



KEPERAWATAN DASAR UNTUK UNIT RAWAT INAP



Ribka S Panjaitan, Selvia Rahayu, Indri Iriani, Yanti Anggraini
Mukhamad Rajin, Nurfantri, Cesarina Silaban
Antonius Yogi Pratama, Isna Amalia Mutiara Dewi
Samuel Hadjo, Telvie Kasenda

KEPERAWATAN DASAR UNTUK UNIT RAWAT INAP



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Keperawatan Dasar untuk Unit Rawat Inap

Ribka S Panjaitan, Selvia Rahayu, Indri Iriani, Yanti Anggraini
Mukhamad Rajin, Nurfantri, Cesarina Silaban, Antonius Yogi Pratama
Isna Amalia Mutiara Dewi, Samuel Hadjo, Telvie Kasenda



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Dasar untuk Unit Rawat Inap

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2025

Penulis:

Ribka S Panjaitan, Selvia Rahayu, Indri Iriani, Yanti Anggraini
Mukhamad Rajin, Nurfantri, Cesarina Silaban
Antonius Yogi Pratama, Isna Amalia Mutiara Dewi
Samuel Hadjo, Telvie Kasenda

Editor: Iko Mart Nadeak

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0813-9680-7167

IKAPI: 044/SUT/2021

Ribka S Panjaitan., dkk.

Keperawatan Dasar untuk Unit Rawat Inap

Yayasan Kita Menulis, 2025

xvi; 220 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-113-809-5

Cetakan 1, April 2025

I. Keperawatan Dasar untuk Unit Rawat Inap

II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa

Izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Keperawatan dasar merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam dunia perawatan kesehatan, terutama di unit rawat inap, di mana pasien membutuhkan perhatian khusus dalam proses pemulihan dan pengobatan. Buku ini hadir untuk memberikan panduan praktis dan teori yang dibutuhkan oleh para perawat dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab mereka, dengan fokus pada pemberian perawatan yang berkualitas kepada pasien di unit rawat inap. Di dalamnya, kami mencoba untuk mengintegrasikan berbagai topik penting yang meliputi prinsip-prinsip dasar keperawatan, etika, hukum, komunikasi terapeutik, pengelolaan nyeri, pemberian nutrisi, serta teknik-teknik mobilisasi dan pencegahan infeksi yang harus dikuasai oleh perawat.

Buku ini membahas:

Bab 1 Pendahuluan Keperawatan Dasar

Bab 2 Etika dan Hukum dalam Keperawatan

Bab 3 Dasar Dasar Komunikasi Terapeutik

Bab 4 Pengenalan Dan Pemberian Nutrisi Pasien

Bab 5 Tehnik Mobilisasi Pasien

Bab 6 Pengelolaan Nyeri Pasien Rawat Inap

Bab 7 Pemeliharaan Kebersihan Diri Pasien

Bab 8 Pemberian Obat dalam Keperawatan

Bab 9 Perawatan Pasien Dengan Gangguan Pernapasan

Bab 10 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit

Bab 11 Keperawatan Keluarga

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, buku ini juga mengedepankan aspek penting dalam pemberian perawatan yang berbasis pada bukti ilmiah dan praktik keperawatan yang adaptif dengan kondisi pasien. Pembaca akan diajak untuk memahami konsep dasar dari keperawatan rawat inap, serta mengaplikasikan teori tersebut dalam praktik melalui berbagai prosedur yang telah disusun secara rinci, mulai

dari perawatan dasar seperti kebersihan diri pasien hingga prosedur yang lebih kompleks seperti pemberian obat dan terapi oksigen.

Kami berharap buku ini dapat memberikan kontribusi yang signifikan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit, dengan memberikan dasar pengetahuan yang kuat serta keterampilan praktis yang dapat diterapkan oleh setiap perawat dalam merawat pasien. Terlebih lagi, dengan adanya pemahaman yang mendalam tentang pentingnya keterlibatan keluarga dalam proses perawatan, buku ini juga mengajak perawat untuk melihat pasien secara holistik, bukan hanya dalam konteks medis, tetapi juga dalam konteks sosial dan psikologis mereka.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penyusunan buku ini, dan semoga buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi perawatan, serta semua pihak yang terlibat dalam dunia kesehatan.

April 2025
Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel	xv

Bab 1 Pendahuluan Keperawatan Dasar

1.1 Memahami Konsep Dasar Keperawatan	1
1.1.1 Manusia sebagai Pusat Pelayanan Keperawatan	1
1.1.2 Kesehatan sebagai Kondisi Dinamis dan Subjektif	2
1.1.3 Lingkungan sebagai Konteks Kesehatan dan Penyembuhan	3
1.1.4 Keperawatan sebagai Seni dan Ilmu	4
1.2 Tokoh-Tokoh Pendiri Keperawatan dan Peranannya	7
1.3 Perkembangan Organisasi Keperawatan	9
1.4 Falsafah Keperawatan	9
1.4.1 Definisi Falsafah Keprawatan	10
1.4.2 Kerangka Konseptual Falsafah	11
1.4.3 Falsafah Keperawatan sebagai Landasan dalam Menjalankan Profesi sebagai Perawat	13

Bab 2 Etika dan Hukum dalam Keperawatan

2.1 Pendahuluan	15
2.2 Definisi Etika Keperawatan	17
2.3 Prinsip Etika Keperawatan	18
2.4 Kode Etik Keperawatan	22
2.5 Masalah Etika Keperawatan	24
2.6 Tahapan Pengambilan Keputusan Etik Keperawatan	26
2.7 Definisi Hukum Keperawatan	28
2.8 Fungsi Hukum Keperawatan	29
2.9 Dasar Hukum Keperawatan	30

Bab 3 Dasar Dasar Komunikasi Terapeutik

3.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik	33
3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik	35
3.3 Perbedaan Komunikasi Terapeutik Dengan Komunikasi Sosial	36

3.4 Karakteristik Komunikasi Terapeutik	38
3.5 Prinsip Prinsip Komunikasi Terapeutik	39
3.6 Tahap Tahap Dalam Komunikasi Terapeutik	40
3.7 Bentuk Bentuk Komunikasi Terapeutik	42
3.8 Strategi Komunikasi Terapeutik	43

Bab 4 Pengenalan Dan Pemberian Nutrisi Pasien

4.1 Pendahuluan	49
4.2 Definisi	50
4.3 Nutrisi Essensial	52
4.3.1 Karbohidrat	52
4.3.2 Protein	52
4.3.3 Lemak	52
4.3.4 Mineral	53
4.3.5 Vitamin	53
4.3.6 Air	53
4.4 Pemberian Nutrisi	54
4.4.1 Pemberian Nutrisi Oral	54
4.4.2 Pemasangan Selang makan	56
4.4.3 Pengukuran Antropometri	58
4.5 Asuhan Keperawatan Yang Berhubungan Dengan Nutrisi	60
4.5.1 Diagnosa Keperawatan	60
4.5.2 Rencana Tindakan Keperawatan	61

Bab 5 Tehnik Mobilisasi Pasien

5.1 Pendahuluan	67
5.2 Bukti Ilmiah dan Penerapan Dalam Praktik Keperawatan	69
5.3 Fisiologi Moblisasi	71
5.3.1 Sistem Muskuloskeltal	71
5.3.2 Sistem Neurologis	72
5.4 Melakukan Latihan Rentang Gerak (ROM)	73
5.5 Membantu Berjalan dan Menggunakan Tongkat, Kruk, dan Alat Bantu Jalan	81

Bab 6 Pengelolaan Nyeri Pasien Rawat Inap

6.1 Pendahuluan	97
6.2 Konsep Nyeri	98
6.2.1 Definisi dan Konsep Dasar Nyeri	98
6.2.2 Klasifikasi nyeri	99

6.2.3 Faktor – faktor yang memengaruhi Timbulnya Nyeri	102
6.2.4 Assesmen Nyeri	104
6.2.5 Intervensi Pengelolaan Nyeri.....	110

Bab 7 Pemeliharaan Kebersihan Diri Pasien

7.1 Kebersihan Diri	119
7.2 SPO Mencuci Rambut Pasien di Tempat Tidur	120
7.3 SPO Memandikan Pasien Di Atas Tempat Tidur	122
7.4 SPO Perawatan Mulut Bagi Pasien Sadar	127

Bab 8 Pemberian Obat dalam Keperawatan

8.1 Prinsip Dasar Pemberian Obat	133
8.2 Rute Pemberian Obat	138
8.2.1 Pemberian Obat Oral.....	138
8.2.2 Pemberian Obat Parenteral	140
8.2.3 Pemberian Obat Inhalasi	144
8.2.4 Berian Obat Topikal	146
8.2.5 Pemberian Obat Rektal	148
8.2.6 Pemberian Obat Secara Vaginal.....	149
8.3 Faktor-faktor yang Memengaruhi Efektivitas Obat.....	149

Bab 9 Perawatan Pasien Dengan Gangguan Pernapasan

9.1 Terapi Oksigen.....	153
9.1.1 Kanula Hidung.....	154
9.1.2 Masker Sederhana (Simple Mask)	154
9.1.3 Masker Venturi (Venturi Mask).....	155
9.1.4 Masker Non-Rebreather (Non Rebreathing Mask/NRB).....	155
9.2 Dukungan Pernapasan Non-Invasif	156
9.2.1 High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy (HFNC).....	157
9.2.2 Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)	157
9.3 Ventilasi Mekanik	157
9.3.1 Indikasi Ventilasi Mekanik Invasif	158
9.3.2 Mode Ventilasi Mekanis	159
9.3.3 Pengaturan Ventilasi Mekanis	160
9.4 Fisioterapi Dada.....	163
9.5 Posisi.....	164
9.6 Terapi Farmakologis	164

Bab 10 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit

10.1 Kebijakan dan Protokol Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit.....	167
10.1.1 Standar dan Pedoman Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit.....	168
10.1.2 Prosedur Sterilisasi dan Dekontaminasi Peralatan Medis	169
10.1.3 Peran Tim Pencegahan Infeksi dalam Memantau dan Mengevaluasi Kepatuhan.....	170
10.2 Pentingnya Higiene Tangan dalam Pencegahan Infeksi Nasokomial...	171
10.2.1 Peran Cuci Tangan dalam Mencegah Penyebaran Infeksi Nasokomial	173
10.2.2 Strategi untuk Meningkatkan Kepatuhan terhadap Praktek Higiene Tangan.....	174
10.3 Pengelolaan Limbah Medis dan Dampaknya terhadap Pengendalian Infeksi.....	175
10.3.1 Proses Pembuangan Limbah Medis yang Aman	176
10.3.2 Dampak Pengelolaan Limbah yang Tidak Tepat terhadap Risiko Infeksi	177
10.3.3 Peran Tenaga Kesehatan dan Kebijakan Rumah Sakit dalam Pengelolaan Limbah Medis	178
10.4 Pendidikan dan Pelatihan bagi Tenaga Kesehatan dalam Pencegahan Infeksi.....	179
10.4.1 Program Edukasi untuk Meningkatkan Kesadaran dan Keterampilan Tenaga Kesehatan.....	180
10.4.2 Peran Simulasi dan Pelatihan Praktis dalam Meningkatkan Efektivitas Pencegahan Infeksi.....	181

Bab 11 Keperawatan Keluarga

11.1 Peran Keluarga dalam Proses Penyembuhan Pasien di Unit Rawat Inap	183
11.1.1 Dukungan Emosional Keluarga dalam Meningkatkan Motivasi Pasien.....	184
11.1.2 Keterlibatan Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisik dan Psikososial Pasien.....	185
11.1.3 Strategi Perawat untuk Meningkatkan Partisipasi Keluarga dalam Perawatan Pasien	186
11.2 Dampak Hospitalisasi terhadap Dinamika Keluarga.....	187
11.2.1 Perubahan peran dan Tanggung Jawab Anggota Keluarga Selama Hospitalisasi	188
11.2.2 Dampak Psikologis Hospitalisasi terhadap Hubungan Keluarga	189
11.2.3 Upaya Perawat dalam Memberikan Dukungan dan Intervensi Kepada Keluarga	190

11.3 Pendidikan Kesehatan bagi Keluarga Pasien Rawat Inap.....	191
11.3.1 Pentingnya Edukasi Kesehatan bagi Keluarga dalam Perawatan Pasien.....	192
11.3.2 Materi Pendidikan Kesehatan yang Relevan bagi Keluarga Pasien Rawat Inap	192
11.3.3 Metode dan Strategi Efektif dalam Menyampaikan Pendidikan Kesehatan kepada Kepala	193
11.4 Kolaborasi Perawat dan Keluarga dalam Perencanaan Pulang (Discharge Planning).....	195
11.4.1 Peran Perawat dalam Menyusun Rencana Perawatan Pasca-Rawat Inap.....	196
11.4.2 Faktor Medis, Psikologis dan Sosial yang Perlu Dipertimbangkan dalam Discharge Planning	197
11.4.3 Strategi Kolaborasi Perawat dan Keluarga Untuk Meningkatkan Kesiapan Perawatan di Rumah.....	198
Daftar Pustaka	199
Biodata Penulis	213

Daftar Gambar

Gambar 4.1:	Proporsi kandungan makanan dan kelompok makanan yang dianjurkan oleh diagram Myplate	50
Gambar 4.2:	Mengukur Antrometrik untuk menilai status nutrisi (A) Mengukur lipatan kulit (B) Lingkar lengan atas	60
Gambar 5.1:	A. Dukung sendi dengan memegang area distal dan proksimal yang berdekatan dengan sendi. B, Dukung sendi dengan menggendong bagian distal ekstremitas. C. Gunakan tangan yang ditangkupkan untuk menyangga sendi	74
Gambar 6.1:	Range skala nyeri berdasarkan NRS	108
Gambar 6.2:	Instrumen Verbal Descriptor Scale (VDS)	109
Gambar 6.3:	Instrumen Wong - baker pain rating scale (kiri) dan Wong - baker pain rating scale modifikasi	110

Daftar Tabel

Tabel 3.1: Perbedaan Komunikasi Sosial dan Komunikasi Terapeutik	37
Tabel 4.1: Fungsi Zat Nutrisi Bagi Tubuh	54
Tabel 4.2: Tujuan kriteria hasil dan intervensi Gangguan nutrisi	61
Tabel 4.3: Intoleransi Aktivitas.....	62
Tabel 4.4: Berat badan lebih	63
Tabel 4.5: Diare.....	63
Tabel 4.6: Konstipasi	64
Tabel 5.1: Mengintegrasikan Latihan Rentang Gerak Aktif ke dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari	75
Tabel 5.2: Rentang Gerak Sendi	76
Tabel 5.3: Penkajian (persiapan pasien).....	84
Tabel 5.4: Perencanaan.....	85
Tabel 5.5: Implementasi	89
Tabel 6.1: Perbandingan jenis nyeri Nosiseptif, Neuropatik dan Neuroplastik	101
Tabel 6.2: Perbandingan mekanisme kerja obat- obatan golongan Analgesik Non-Opioid	111
Tabel 7.1: SPO Mencuci Rambut Pasien di Tempat Tidur	120
Tabel 7.2: SPO Memandikan pasien di atas tempat tidur	123
Tabel 7.3: SPO Perawatan Mulut	128

Bab 1

Pendahuluan Keperawatan Dasar

1.1 Memahami Konsep Dasar Keperawatan

Keperawatan sebagai profesi dan disiplin ilmu memiliki fondasi yang kuat dalam bentuk seperangkat konsep dasar yang membentuk filosofi, praktik, pendidikan, dan penelitian keperawatan. Konsep dasar ini dikenal dengan istilah metaparadigma keperawatan, yang terdiri dari: manusia (individu), kesehatan, lingkungan, dan keperawatan itu sendiri. Keempat konsep ini saling terhubung dan membentuk kerangka pemikiran menyeluruh yang mendasari praktik keperawatan holistik.

1.1.1 Manusia sebagai Pusat Pelayanan Keperawatan

Dalam keperawatan, manusia (yang juga disebut klien atau pasien) adalah fokus utama dari pelayanan. Manusia dipandang sebagai makhluk holistik yang memiliki dimensi fisik, emosional, intelektual, sosial, budaya, dan spiritual. Setiap individu memiliki nilai-nilai, keyakinan, dan pengalaman

hidup yang unik, yang memengaruhi sikap dan perilaku kesehatannya. Manusia adalah sistem terbuka yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan dan berusaha menyesuaikan diri untuk mencapai keseimbangan.

Konsep ini tercermin dalam berbagai teori keperawatan, seperti teori kebutuhan dasar Virginia Henderson, yang menekankan peran perawat dalam membantu individu mencapai kemandirian dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Dengan demikian, peran perawat tidak hanya terbatas pada tindakan klinis, tetapi juga mencakup penghargaan terhadap martabat, pilihan, dan potensi tumbuh kembang individu, serta mendorong terwujudnya kemandirian (Kozier, Erb's, Berman, Synder, & Frandsen, 2022).

1.1.2 Kesehatan sebagai Kondisi Dinamis dan Subjektif

Kesehatan dalam keperawatan dipahami bukan sekadar sebagai ketiadaan penyakit, melainkan sebagai kondisi dinamis yang mencakup kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan spiritual. Definisi ini sejalan dengan pengertian kesehatan menurut World Health Organization (WHO), yang menyatakan bahwa “kesehatan adalah keadaan sejahtera secara menyeluruh, baik fisik, mental, dan sosial, bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (Krahn, Robinson, Murray, & Havercamp, 2021).

Kesehatan bersifat dinamis karena terus berubah dan beradaptasi sebagai respons terhadap faktor internal dan eksternal. Orang mungkin mengalami berbagai tingkat kesehatan sepanjang hidup mereka tergantung pada pilihan gaya hidup, kondisi lingkungan, stress, genetika, akses kelayanan kesehatan, dan faktor penentu sosial.

Misalnya, seseorang yang baru saja pulih dari operasi mungkin tidak dianggap “sehat” dalam pengertian biomedis tetapi mungkin merasakan peningkatan kesejahteraan yang signifikan dibandingkan dengan awal perjalanan perawatan mereka. Hal ini menggaris bawahi model kesehatan berkelanjutan, yang memandang kesehatan sebagai spektrum yang berkisar dari kesejahteraan optimal hingga penyakit parah (Nissanka, 2016).

Sifat dinamis kesehatan juga mencakup kemampuan homeostatis tubuh kemampuannya untuk mengatru dan menstabilkan kondisi internal sebagai respons terhadap stressor. Kemampuan ini dapat dipengaruhi oleh usia, nutrisi, aktivitas fisik, ketahanan psikologis, dan sistem pendukung sosial yang menjadikan kesehatan sebagai keseimbangan yang terus-menerus menyesuaikan diri (Breslow, 2006).

Kesehatan pada dasarnya juga subjektif, apa yang dirasakan seseorang sebagai kondisi sehat mungkin berbeda secara signifikan dari pengalaman prang lain. Misalnya individu dengan kondisi kronis seperti diabetes atau hipertensi mungkin tetap menganggap diri mereka sehat jika mereka merasa sehat dan dapat terlibat dalam aktivitas hidup.

Sebaliknya, seseorang yang tidak terdiagnosis penyakit mungkin merasa tidak sehat karena kecemasan, ketidakpuasan, atau kelelahan. Persepsi individu tentang kesehatan ini dibentuk oleh nilai-nilai pribadi, budaya, harapan, dan pengalaman. Lebih jauh, kesehatan subjektif sering dievaluasi melalui ukuran kesehatan yang dinilai sendiri, yang telah ditemukan sebagai predictor kuat mortalitas dan penurunan fungsional.

Dalam praktik keperawatan, kesehatan dipandang sebagai pengalaman personal apa yang dianggap sehat oleh satu orang mungkin berbeda bagi orang lain. Oleh karena itu, perawat perlu menilai kesehatan klien tidak hanya dari hasil pemeriksaan klinis, tetapi juga dari kualitas hidup, kemampuan beradaptasi, dan rasa makna hidup yang dirasakan oleh klien. Hal ini memungkinkan perawat untuk berperan dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan rehabilitasi, serta menyusun intervensi keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi individu.

1.1.3 Lingkungan sebagai Konteks Kesehatan dan Penyembuhan

Dalam konteks keperawatan, lingkungan secara luas didefinisikan sebagai jumlah semua faktor internal dan eksternal yang dapat memengaruhi kesehatan dan proses penyembuhan seseorang. Faktor-faktor ini berinteraksi dengan orang tersebut dengan cara yang kompleks dan dapat

meningkatkan atau menghambat kesejahteraan. Pandangan holistik ini mencakup lingkungan fisik, kondisi sosial dan budaya, serta dimensi psikologis dan spiritual, yang semuanya merupakan bagian integral dari pemberian perawatan yang efektif dan penuh kasih sayang.

Lingkungan fisik terdiri dari unsur-unsur seperti udara bersih, pencahayaan yang memadai, tingkat kebisingan, suhu, sanitasi, dan keselamatan pribadi. Faktor-faktor ini memainkan peran penting dalam pemulihan dan kenyamanan. Misalnya, pasien di kamar dengan akses ke cahaya alami telah menunjukkan penurunan tingkat nyeri dan peningkatan suasana hati, yang mendukung gagasan bahwa desain lingkungan berkontribusi pada penyembuhan (Ulrich, et al., 2008). Pengurangan kebisingan, ventilasi yang tepat, dan kebersihan juga penting dalam mencegah infeksi dan meningkatkan istirahat dan pemulihan.

Dalam praktik modern, perawat dituntut untuk menciptakan lingkungan penyembuhan dengan cara:

1. Mencegah infeksi nosokomial,
2. Menjaga keamanan pasien,
3. Serta memperhatikan kenyamanan fisik dan psikologis.

1.1.4 Keperawatan sebagai Seni dan Ilmu

Konsep terakhir dalam metaparadigma adalah keperawatan itu sendiri, yang merupakan kombinasi antara ilmu pengetahuan dan seni dalam merawat. Keperawatan berlandaskan pada pengetahuan ilmiah, keterampilan klinis, serta nilai-nilai kemanusiaan seperti empati, kasih sayang, dan keadilan.

Keperawatan memiliki proses tersendiri yang dikenal sebagai proses keperawatan, yang mencakup:

1. Pengkajian
2. Diagnosa keperawatan
3. Perencanaan

4. Implementasi

5. Evaluasi

Seiring dengan semakin kompleksnya masyarakat secara medis, budaya, dan etika sehingga perawat diharapkan untuk memberikan perawatan yang tidak hanya efektif dan berbasis bukti, tetapi juga bermoral dan beretika. Etika profesional dalam keperawatan adalah seperangkat prinsip dan standar moral yang memandu perilaku pengambilan keputusan, dan interaksi dengan pasien, keluarga, kolega, dan masyarakat luas.

Standar etika ini dikodifikasikan dalam dokumen seperti kode etik perawat, yang menawarkan panduan untuk praktik yang bertanggung jawab dan akuntabilitas profesional. Kode ini menekankan nilai-nilai seperti penghormatan terhadap martabat manusia, komitmen terhadap pasien, dan akuntabilitas untuk praktik.

Selain etika profesional, perawat juga diharapkan untuk memenuhi prinsip-prinsip bioetika, yang menyediakan kerangka kerja untuk menavigasi dilemma etika yang kompleks dalam lingkungan perawatan kesehatan.

Prinsip-prinsip inti ini meliputi (American Nurses Association, 2015):

1. Respect for Autonomy

Prinsip ini mengakui hak pasien untuk membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan dan perawatan mereka sendiri. Perawat harus memberikan informasi yang akurat, mendukung persetujuan yang diinformasikan, dan menghormati pilihan pasien bahkan ketika pilihan tersebut berbeda dari keyakinan pribadi perawat.

2. Beneficence

Perawat berkomitmen untuk berbuat baik dan meningkatkan kesejahteraan pasien. Ini termasuk tindakan yang mencegah bahaya, meningkatkan kesehatan, dan berkontribusi positif terhadap proses penyembuhan.

3. Non-Maleficence

Prinsip ini, yang sering diutarakan sebagai "tidak membahayakan," mewajibkan perawat untuk menghindari menyebabkan cedera atau penderitaan. Hal ini memerlukan keseimbangan yang cermat antara intervensi terapeutik dan potensi risikonya.

4. Justice

Perawat harus memastikan perawatan yang adil dan setara untuk semua individu, tanpa memandang ras, jenis kelamin, status sosial ekonomi, atau latar belakang. Keadilan juga melibatkan advokasi untuk hak-hak pasien dan akses yang adil ke sumber daya perawatan kesehatan.

5. Confidentiality

Kerahasiaan merupakan kewajiban etika dalam keperawatan yang berakar pada kode etik profesi dan standar hukum. Perawat dipercayakan dengan informasi pasien yang sensitif dan harus melindungi semua informasi kesehatan pribadi dari akses atau pengungkapan yang tidak sah. Hanya bagian informasi pasien dengan personal perawatan kesehatan yang tepat terlibat dalam perawatan pasien. Menjunjung tinggi kepercayaan dan menjaga martabat serta privasi pasien. Kerahasiaan memperkuat hubungan perawat dan pasien, menumbuhkan kepercayaan dan sejalan dengan undang-undang. Bersama-sama, prinsip-prinsip ini membantu perawat menanggapi tantangan perawatan kesehatan modern yang beragam dan terus berkembang, termasuk isu-isu seperti perawatan akhir hayat, persetujuan dan kapasitas, keberagaman budaya, dan kesenjangan kesehatan.

1.2 Tokoh-Tokoh Pendiri Keperawatan dan Peranannya

Keperawatan merupakan profesi yang telah mengalami perjalanan panjang dari masa ke masa. Pada awalnya, kegiatan merawat orang sakit atau terluka dilakukan atas dasar naluri kemanusiaan, tanpa pelatihan formal atau standar tertentu. Tugas ini umumnya dilakukan oleh perempuan, tabib, atau dukun berdasarkan kebiasaan dan pengalaman yang diwariskan secara turun-temurun.

Namun, seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik, keperawatan pun berkembang menjadi profesi yang terorganisir, ilmiah, dan berbasis etika. Transformasi ini tidak terlepas dari peran tokoh-tokoh penting dalam sejarah yang memberikan kontribusi besar dalam membentuk dasar-dasar keperawatan modern yang kita kenal saat ini (Scott & Thompson, 2019).

1. Florence Nightingale “The Lady with the Lamp”

Florence Nightingale dianggap sebagai pelopor keperawatan modern. Ia dikenal luas karena dedikasinya merawat tentara Inggris yang terluka selama Perang Krimea (1853–1856). Nightingale memperkenalkan standar kebersihan yang ketat, ventilasi yang baik, serta pencatatan statistik kesehatan untuk menunjukkan efektivitas perawatan.

Ia juga mendirikan Nightingale School of Nursing di Rumah Sakit St. Thomas, London, yang menjadi model pendidikan keperawatan di seluruh dunia. Filosofinya menekankan pentingnya lingkungan dalam proses penyembuhan pasien. Ia juga memperkenalkan metode pengambilan keputusan berdasarkan data atau evidence-based practice, yang masih digunakan hingga kini.

"The very first requirement in a hospital is that it should do the sick no harm." – Florence Nightingale

2. Dorothea Dix (Pembaru Kesehatan Jiwa)

Dorothea Dix adalah tokoh yang sangat berpengaruh dalam reformasi sistem perawatan pasien gangguan jiwa di Amerika Serikat. Ia memperjuangkan agar penderita gangguan mental diperlakukan secara manusiawi dan mendapatkan fasilitas perawatan yang layak. Saat Perang Saudara Amerika, ia diangkat sebagai Superintendent of Army Nurses oleh pemerintah Uni. Dorothea juga memperjuangkan pelatihan perawat secara formal dan disiplin.

3. Clara Barton (Malaikat Medan Perang dan Pendiri Palang Merah Amerika)

Clara Barton dikenal karena dedikasinya merawat korban luka selama Perang Saudara Amerika, tanpa memandang latar belakang tentara yang dilayani. Ia kemudian mendirikan Palang Merah Amerika (American Red Cross) pada tahun 1881 dan memperluas peran organisasi ini dari sekadar bantuan perang menjadi lembaga kemanusiaan yang tanggap terhadap bencana alam dan krisis sipil.

4. Linda Richards (Perawat Profesional Pertama di Amerika)

Linda Richards adalah lulusan pertama dari program keperawatan formal di Amerika Serikat pada tahun 1873. Ia dikenal sebagai pelopor dalam pencatatan medis pasien yang sistematis dan efisien. Richards juga mendirikan beberapa sekolah keperawatan di Amerika dan Jepang, dan turut menyusun kurikulum pelatihan perawat yang lebih terstruktur.

1.3 Perkembangan Organisasi Keperawatan

Seiring dengan perkembangan profesi, berdirilah organisasi-organisasi keperawatan yang berperan dalam menjaga nilai-nilai sejarah, menjamin standar profesi, serta memperjuangkan hak perawat.

Beberapa organisasi penting antara lain:

1. American Red Cross:
Berperan dalam penanganan korban perang dan bencana sipil serta pelatihan tanggap darurat.
2. International Council of Nurses (ICN):
Organisasi global yang mewadahi perawat dari berbagai negara untuk berkolaborasi dalam mengembangkan praktik keperawatan.
3. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI):
Organisasi profesi keperawatan di Indonesia yang bertugas melindungi, membina, dan mengembangkan profesi keperawatan secara nasional.

Organisasi-organisasi ini tidak hanya melanjutkan warisan para tokoh sejarah, tetapi juga menjadi jembatan antara nilai-nilai keperawatan klasik dengan tantangan dunia modern.

1.4 Falsafah Keperawatan

Filsafat adalah seperangkat prinsip yang membimbing individu untuk mencapai tujuan mereka dan menjalani kehidupan yang memuaskan. Ciri utama dari setiap komunitas, tidak peduli seberapa besar atau kecilnya, adalah filsafat.

1.4.1 Definisi Falsafah Keperawatan

Landasan fundamental bagi praktik keperawatan adalah filosofi keperawatan, yang merupakan pemahaman dasar tentang hakikat manusia dan hakikat keperawatan. Filosofi perawat adalah keyakinan mereka terhadap kepercayaan mereka sendiri, yang dapat membantu mereka menerapkan teori keperawatan secara lebih efektif dan memberi mereka pemahaman yang lebih baik tentang keperawatan, khususnya yang berkaitan dengan praktik keperawatan. Keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang mengatur perawatan keperawatan bagi orang, keluarga, kelompok, dan masyarakat dikenal sebagai filosofi keperawatan. Setiap perawat harus memberikan layanan keperawatan kepada pasien berdasarkan keyakinan mereka terhadap nilai-nilai keperawatan.

Hakekat manusia yang dimaksud disini adalah manusia sebagai makhluk biologis, psikologis, sosial dan spiritual sedangkan esensinya adalah falsafah keperawatan yang meliputi:

1. Melihat pasien sebagai manusia seutuhnya (holistik) yang kebutuhannya baik biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual harus dipenuhi secara tuntas dan tidak dapat dipenuhi secara parsial atau sepihak.
2. Pelayanan keperawatan yang diberikan mengutamakan pertimbangan aspek kemanusiaan.
3. Terlepas dari kondisi ekonomi, agama, status sosial, ras, atau pandangan, setiap orang berhak atas perawatan kesehatan.
4. Mengingat perawat bekerja dalam kerangka tim kesehatan dan bukan sendirian, layanan keperawatan merupakan komponen penting dari sistem perawatan kesehatan.
4. Pasien adalah mitra yang terus-menerus terlibat dalam proses tersebut.

Menurut perspektif filosofis, sains menunjukkan bagaimana informasi ilmiah dapat digunakan, yang mengarah pada pemahaman tentang kosmos. Filsafat yang digunakan dalam hal ini adalah sains keperawatan, yang

merupakan keyakinan utama dalam memahami biologi dan perilaku manusia baik dalam situasi sehat maupun sakit, dengan penekanan khusus pada bagaimana mereka bereaksi terhadap keadaan.

Falsafah menurut Roy (1991) bahwa seorang individu:

1. Berbagi kapasitas untuk berpikir kreatif yang digunakan untuk mengidentifikasi tantangan yang dihadapi dalam proses menemukan solusi
2. Bertindak untuk mencapai tujuan daripada sekadar mematuhi hukum aksi- reaksi
3. Memiliki keutuhan yang melekat
4. Berusaha untuk menegakkan kejujuran dan menyadari pentingnya interaksi antarpribadi, seperti veritivitas.

Ini menunjukkan bahwa keyakinan Roy bahwa ada sesuatu yang sepenuhnya benar diungkapkan oleh kebenaran yang dipermasalahkan. "Prinsip alami manusia yang menekankan tujuan umum keberadaan manusia" adalah bagaimana Roy menggambarkan veritivitas.

Empat aliran pemikiran berikut didasarkan pada prinsip veritivitas:

1. Mengapa manusia ada di sini
2. Sintesis dari beberapa tujuan peradaban manusia
3. Kreativitas dan tindakan untuk kepentingan semua
4. Nilai dan arti kehidupan

1.4.2 Kerangka Konseptual Falsafah

Filsafat keperawatan menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode, dan pandangan hidup.

Kerangka konseptual filsafat keperawatan:

1. Filsafat sebagai bagian dari isi keperawatan yang berhubungan dengan fenomena utama dalam suatu profesi dan ilmu yang

berkaitan dengan manusia, kesehatan, penyakit, dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan inti dari pemikiran filosofis, yaitu tentang apa itu perawat, apa itu keperawatan, dan apa yang dimaksud dengan keperawatan yang tepat. Filsafat digunakan untuk membuat keputusan dengan tepat dalam praktik keperawatan. Filsafat sebagai bagian dari keperawatan berguna bagi perawat yang berpraktik, pendidik perawat, dan mahasiswa keperawatan.

2. Penerapan filsafat sebagai pendekatan keperawatan membantu perawat dalam melakukan analisis, kritik, menghadapi kendala, dan menyelesaikan situasi yang berkaitan dengan etika keperawatan dan keselamatan pasien. Filsafat keperawatan dapat membantu perawat menjadi perawat yang lebih bermoral.
3. Selain itu, filsafat dapat membantu perawat dalam menyelidiki isu-isu yang berkaitan dengan domain non-ilmiah yang dapat menjadi signifikan bagi pengembangan ilmu keperawatan. Misalnya, perawat dapat mengeksplorasi pertanyaan seperti "apa prinsip praktik keperawatan?" dengan menggunakan penyelidikan filosofis. Apa batasan keperawatan? Bagaimana perawat dan klien dapat membangun hubungan? Perawat dapat diajarkan untuk mendefinisikan ilmu keperawatan secara kritis dan rasional dengan mempertimbangkan masalah-masalah ini.
4. Dalam keperawatan, filsafat adalah cara hidup yang diekspresikan dalam semua tindakan keperawatan, termasuk pengetahuan, etika, dan lain-lain. Perawat dapat membangun teori, praktik keperawatan, dan profesionalisme dengan mengadopsi filsafat keperawatan sebagai cara hidup mereka.

1.4.3 Falsafah Keperawatan sebagai Landasan dalam Menjalankan Profesi sebagai Perawat

Hubungan holistik dan menyeluruh dengan klien sebagai tujuan dan layanan yang difokuskan pada orang sakit dan sehat dengan tujuan meningkatkan tingkat optimal yang dicapai melalui kolaborasi antara klien, keluarga, dan tim kesehatan terkait erat dengan filosofi keperawatan.

Berikut ini adalah beberapa cara filosofi keperawatan berfungsi sebagai landasan bagi keyakinan tentang cara mempraktikkan keperawatan sebagai fasilitator:

1. Manusia adalah individu dengan kebutuhan bio, psiko, sosial, dan spiritual yang berbeda. Keyakinan ini menjadi pedoman bagi perawat dalam bekerja, yang mengharuskan mereka memberikan perawatan keperawatan yang memenuhi kebutuhan klien secara holistik. Hal ini mengharuskan perawat memiliki pemahaman menyeluruh tentang aspek manusia, termasuk kebutuhan bio, psiko, sosial, spiritual, dan budaya.
2. Keperawatan adalah bantuan manusia yang berusaha untuk meningkatkan kesehatan sebaik mungkin.

Gagasan berikut menjadi dasar kontribusi keperawatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat:

- a. Asuhan diberikan perawat bersifat holistik
- b. Sasaran asuhan keperawatan adalah klien dari tingkat individu, keluarga, sampai tingkat masyarakat. Dengan kata lain derajat kesehatan masyarakat akan optimal jika derajat kesehatan individu optimal.
- c. Tahap layanan keperawatan bukan terbatas klien yang sakit tetapi juga klien yang sehat.
- d. Eksistensi keperawatan berlangsung sepanjang kehidupan manusia.

- e. Intervensi keperawatan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
3. Sasaran asuhan keperawatan dapat tercapai melalui usaha bersama dari seluruh anggota tim kesehatan dan pasien serta keluarga. Perawat merupakan bagian dari tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan manusia. Oleh karena itu, dalam melaksanakan sasaran dan rencana serta memberikan asuhan keperawatan, klien dan keluarga terlibat secara aktif. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat menggunakan proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien. Proses keperawatan merupakan perwujudan tanggung jawab perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, guna mencapai dan mempertahankan kondisi bio, psiko, sosial, dan spiritual yang optimal.
 4. Perawat bertanggung jawab dan akuntabel, memiliki kewenangan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan. Tanggung jawab dan akuntabilitas merupakan bukti bahwa keperawatan merupakan profesi yang profesional.
 5. Pendidikan keperawatan harus dilaksanakan secara berkesinambungan untuk mewujudkan tumbuh kembang staf di pelayanan kesehatan. Perawat dituntut untuk terus meningkatkan kompetensinya baik dari segi kognitif, psikomotorik maupun afektif, melalui pendidikan formal maupun nonformal. Hal ini memengaruhi pola pikir perawat yang menjadikan perilaku profesional, yang pada akhirnya dapat berdampak perkembangan mutu asuhan keperawatan.

Bab 2

Etika dan Hukum dalam Keperawatan

2.1 Pendahuluan

Salah satu profesional di bidang kesehatan yang memiliki peran vital dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien berupa asuhan keperawatan ialah perawat. Sehubungan dengan hal tersebut, sebagai seorang tenaga profesional maka perawat harus dapat menjunjung tinggi etika keperawatan dalam menjalankan tugas-tugasnya.

Hal tersebut dikarenakan, perawat memiliki tanggung jawab agar dapat memberi asuhan yang aman, berkualitas, sesuai dengan standar praktik yang berlaku, peraturan perundang-undangan, kode etik keperawatan, maupun standar operasional prosedur (SOP) yang berlaku atau ditetapkan fasilitas pelayanan kesehatan (FASYANKES) sebagai tepat memberikan pelayanan keperawatan.

Lebih lanjut, hal itu perlu dipatuhi oleh semua perawat yang ada di bidang praktik manapun karena senantiasa dapat berhadapan dengan situasi yang memerlukan pertimbangan etik dalam menjalankan tugas profesionalnya, serta dituntut untuk mampu membuat keputusan. Sehubungan dengan hal tersebut, maka seorang perawat memiliki kewajiban untuk dapat memahami peraturan atau standar praktik keperawatan yang telah ditetapkan maupun prinsip etika keperawatan yang berlaku untuk dapat mengambil keputusan yang baik, tepat dan bijak.

Sebagai tenaga profesional, perawat harus dapat memahami terkait prinsip etika, serta melaksanakannya. Hal ini diperlukan, untuk membuat pasien maupun keluarga merasa lebih nyaman dan aman. Selanjutnya, kepuasan pasien terhadap pelayanan dapat meningkat karena telah terjalinnya hubungan yang baik, serta muncul sikap saling menghormati dan menghargai diantara perawat dan pasien. Hal ini dikarenakan, etika keperawatan membantu menciptakan hubungan yang positif antara perawat dan pasien maupun dengan tenaga kesehatan lainnya.

Lebih lanjut, perawat yang menjunjung tinggi etika akan senantiasa memberikan perawatan yang berfokus pada kebutuhan pasien, menghormati hak pasien serta akan melakukan tindakan yang sesuai untuk menghindari tindakan yang memiliki potensi merugikan pasien tersebut. Dikarenakan etika keperawatan juga mencakup prinsip yang berkaitan dengan keselamatan pasien. Perawat yang mematuhi etika akan berusaha keras untuk melindungi pasien dari cedera atau risiko, serta untuk mencegah sanksi hukum dan sanksi profesional yang mungkin ditimbulkan akibat melanggar prinsip etika keperawatan maupun peraturan yang berlaku.

Etika keperawatan ini juga dapat dikatakan sebagai dasar dalam praktik keperawatan, untuk memastikan bahwa tindakan apapun yang perawat putuskan untuk diberikan ialah yang sesuai keinginan dan kebutuhan pasien, aman, etis, dan berkualitas.

2.2 Definisi Etika Keperawatan

Etika keperawatan merupakan cabang khusus dari etika yang berkaitan dengan prinsip-prinsip dan nilai-nilai yang mengatur praktik keperawatan, mencakup kewajiban moral perawat terhadap pasien, kolaborator kesehatan, dan masyarakat (Wulandari, 2024). Selanjutnya, dikemukakan juga oleh Amalia (2013) dalam Tat, (2023) bahwa etika keperawatan ialah suatu standar acuan agar dapat mengatasi berbagai jenis masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan terhadap pasien, yang mengabaikan dedikasi moral dalam melaksanakan tugasnya.

Hal ini di dukung dengan pernyataan Suhaemi (2010) yang menyatakan bahwa etika keperawatan menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan layanan ke pasien dengan memperhatikan moral-moral. Lebih lanjut, Etika profesi keperawatan ini merupakan suatu alat untuk dapat menilai perilaku atau tindakan yang dilakukan perawat berdasarkan moral, serta kode etik digunakan sebagai standar dalam menilai dan mengevaluasi tindakan tersebut. (Hijriana, 2023).

Berger & Williams (1999) menjelaskan bahwa etika keperawatan terdiri dari nilai dan prinsip yang diyakini oleh profesi keperawatan dalam menjalankan tugas terkait pasien, masyarakat, rekan sejawat serta organisasi profesinya, termasuk dalam pengaturan praktik keperawatan tersebut. Lebih lanjut, prinsip etika ini secara formal dituangkan dalam kode etik sebagai wujud komitmen profesi terhadap tanggung jawab maupun kepercayaan yang telah masyarakat berikan (Pangaribuan, 2016).

Berdasarkan beberapa pernyataan tersebut, maka penulis menyimpulkan terkait etika keperawatan ialah pedoman kerja yang berkaitan dengan prinsip dan nilai moral yang mengatur perawat dalam praktik keperawatan. Bertujuan untuk memastikan bahwa perawat menjalankan tugasnya dengan cara yang bermoral, profesional, sesuai dengan standar, menghormati hak pasien dan dapat menyelesaikan berbagai masalah yang mungkin muncul dalam praktik keperawatan.

2.3 Prinsip Etika Keperawatan

Berikut ini merupakan prinsip – prinsip etika keperawatan yang dikemukakan oleh (Tat, 2023), yaitu

1. Autonomi atau Otonom

Autonomi berarti kemampuan individu untuk membuat keputusan bagi dirinya sendiri. Sebagai perawat, kita harus menghargai hak pasien untuk memilih dan bertindak sesuai keinginannya terkait perawatan. Akan tetapi, hal ini memerlukan informed consent yaitu persetujuan pasien setelah mendapatkan penjelasan yang cukup mengenai tindakan medis atau perawatan yang dilakukan. Contoh penerapan prinsip autonomy dalam keperawatan, seperti perawat di ruangan Melati RS X dihadapkan pada suatu situasi, diketahui bahwa pasien menolak untuk menjalani tindakan transfusi darah dikarenakan alasan agama yang dianut pasien.

Sehubungan dengan hal tersebut, perawat harus menghormati hak pasien dan memahami nilai-nilai pasien untuk menolak pengobatan atau tindakan transfusi darah tersebut. Akan tetapi, perawat dapat membantu pasien untuk memahami risiko dan manfaat dari transfusi darah, serta mencari solusi alternatif yang sesuai dengan nilai-nilai kepercayaan pasien tersebut. Hal ini dikarenakan perawat harus tetap membantu pasien untuk memilih pengobatan yang paling tepat dan sesuai dengan kebutuhan maupun keinginannya.

Di mulai dengan menjelaskan berbagai pilihan pengobatan yang tersedia kepada pasien. Oleh sebab itu, informed consent didasari pada hak pasien dalam membuat keputusan ini, walaupun pilihan itu tidak yang terbaik. Namun, ada tiga syarat yang perlu diperhatikan oleh perawat, yaitu pasien yang memiliki hak untuk membuat keputusan sendiri memiliki akal atau kemampuan berpikir, memahami permasalahan dan segala akibat yang mungkin timbul, serta tanpa paksaan atau pengendalian dari pihak manapun (Van Norman, 2010; Emilia et al, 2023).

2. Beneficence

Beneficence adalah prinsip untuk melakukan kebaikan dan menghindari kerugian. Ini mencakup tanggung jawab untuk memberikan manfaat bagi pasien dan menghindari tindakan yang membahayakan mereka. Contoh penerapan prinsip beneficence dalam keperawatan, seperti perawat melakukan penelitian terbaru terkait perawatan efektif untuk penyakit tertentu dan telah terbukti efektif, maka selanjutnya perawat dapat menerapkan hasil penelitian tersebut dalam asuhan keperawatan pasien.

Hal tersebut perawat lakukan karena perawat harus terus berusaha memberikan asuhan keperawatan terbaik bagi pasien dan tentunya asuhan yang diberikan harus yang memiliki risiko minimal dan tidak membahayakan pasien.

3. Justice

Justice adalah prinsip moral untuk berlaku adil terhadap semua individu, dengan pemerataan manfaat dan risiko. Tindakan yang diberikan kepada pasien harus setara, meskipun tidak selalu identik dengan tujuan memberikan kontribusi yang sama bagi kebaikan hidup mereka. Prinsip ini mengharuskan perawatan yang sesuai dengan hak dan kewajiban setiap orang. Contoh penerapan prinsip justice dalam keperawatan, seperti Ners Selvia sebagai seorang perawat memberikan perawatan yang setara dan berkualitas kepada setiap pasien yang ada, tanpa memandang latar belakang pasien tersebut, seperti agama, status sosial, jenis kelamin, ras dan lainnya.

4. Nonmalaficence

Prinsip ini berarti tidak menyebabkan bahaya atau cedera pada orang lain. Lebih lanjut, prinsip ini mencakup kerugian yang jelas merugikan atau risiko kerugian. Oleh sebab itu, prinsip ini mengharuskan perawat untuk berhati-hati dan mempertimbangkan dengan cermat risiko maupun manfaat terapi yang mungkin timbul. Terkadang, lebih mudah memperburuk risiko dari pada memperoleh manfaat.

Namun, dalam menghadapi permasalahan yang akan mengancam nyawa, prinsip ini bisa menjadi yang paling sulit diterapkan dan perawat mungkin akan menghadapi kenyataan bahwa prinsip “do no harm atau jangan membahayakan” kadang bertentangan dengan hak otonomi pasien untuk menolak pengobatan yang dapat menyelamatkan nyawa.

Contoh penerapan prinsip nonmalaficence dalam keperawatan, seperti seorang perawat dihadapkan pada suatu kondisi, dimana harus menghentikan bantuan hidup kepada pasien ataupun pasien itu sendiri telah memutuskan untuk berhenti mengkonsumsi suatu atau keseluruhan obat yang dapat menyelamatkan nyawanya, maka membuat perawat berada dalam posisi yang secara moral menantang. Contoh lainnya, perawat ruangan harus hati-hati dalam memberikan obat kepada pasien dalam perawatannya, serta tetap memantau efek samping dari obat yang dikonsumsi pasien tersebut.

5. Veracity

Prinsip veracity menekankan kejujuran dan transparansi dalam hubungan antara perawat dan pasien. Meskipun kejujuran terkadang sulit dicapai, bukan hanya soal mengungkapkan kebenaran tetapi juga menentukan sejauh mana kebenaran tersebut perlu disampaikan kepada pasien atau keluarganya. Sebagai pemberi layanan kesehatan, perawat harus mampu menyampaikan kebenaran secara jelas dan lengkap, serta memastikan pasien memahami kondisi dan situasi yang dihadapinya. Kejujuran ini penting untuk membangun kepercayaan meskipun terkadang sulit untuk diungkapkan.

6. Fidelity

Fidelity berarti menepati janji, yang juga dapat diartikan sebagai kesetiaan yang menjadi dasar hubungan antara perawat dan pasien. Ini mencakup menjaga rahasia dan bertindak sesuai keinginan pasien. Kesetiaan perawat tercermin dalam kepatuhan terhadap kode etik, dengan fokus pada peningkatan kesehatan dan pengurangan penderitaan. Fidelity juga terlihat ketika perawat menyampaikan pandangan pasien kepada tenaga

profesional lainnya. Perawat harus menghindari agar nilai pribadi tidak memengaruhi pembelaannya terhadap pasien dan mendukung keputusan pasien, meskipun terjadi konflik dengan keinginan ataupun pilihannya sendiri.

7. Confidentiality

Confidentiality atau kerahasiaan adalah aspek dari privasi yang mewajibkan seseorang untuk melindungi informasi. Prinsip ini memastikan bahwa data pasien harus tetap terjaga kerahasiaannya, baik lisan ataupun tertulis. Akses informasi hanya diperbolehkan bagi pihak yang berwenang dengan izin pasien. Lebih lanjut, diskusi tentang pasien diluar lingkungan pelayanan juga harus dihindari seperti menyampaikan informasi kepada teman, keluarga, maupun tenaga kesehatan lainnya.

8. Akuntabilitas (Accountability)

Akuntabilitas adalah kewajiban untuk mempertanggungjawabkan hasil kerja sesuai dengan standar profesional. Setiap tindakan dalam asuhan keperawatan menjadi tanggung jawab praktisi. Prinsip ini terkait dengan fidelity yang menekankan tanggung jawab atas tiap tindakan yang dapat dinilai, bahkan dalam kondisi yang tidak jelas.

Contoh penerapan prinsip Accountability dalam keperawatan, seperti Ners Dedi sebagai seorang perawat diwajibkan untuk mendokumentasikan setiap tindakan keperawatan yang diberikan dengan lengkap dan akurat pada setiap pasien. Hal ini perlu dilakukan, agar jika dihadapkan pada kondisi tertentu dapat siap untuk menjelaskan tindakan yang telah dilakukan kepada pihak yang berwenang.

Prinsip etik berfungsi sebagai panduan untuk menganalisis dan menyelesaikan masalah, meskipun bersifat tidak mutlak, karena setiap prinsip dapat menghasilkan hasil bervariasi tergantung situasi.

2.4 Kode Etik Keperawatan

Kode Etik Keperawatan merupakan sebuah panduan standar profesi yang mengatur perilaku perawat maupun dasar pengambilan keputusan. Di Indonesia, kode etik ini menjadi dasar perawat dalam melaksanakan tugasnya, membantu menghindari pelanggaran etik dan memastikan pelayanan terbaik untuk pasien.

Selanjutnya, melalui kode etik keperawatan ini dapat memberi perlindungan, kode etik juga melindungi perawat dari tindakan yang tidak profesional dan disusun oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yang terdiri dari 5 Pilar untuk menjadi pedoman bagi perawat dikemukakan PPNI (2016) dalam Aprina & Umar (2024) yaitu:

1. Kode Etik Perawat dan Klien

- a. Perawat harus menghormati martabat manusia serta keunikan pasien ketika memberikan layanan perawatan, dan menghormati kewarganegaraan, etnis, warna kulit, umur, jenis kelamin, pendapat politik, keyakinan agama, maupun masyarakat, serta tidak terpengaruh oleh pertimbangan seperti status pribadi;
- b. Perawat senantiasa menjamin terciptanya suasana yang menghargai nilai-nilai budaya, adat istiadat, maupun tradisi agama pasien saat memberikan layanan keperawatan;
- c. Tanggung jawab utama seorang perawat yaitu terhadap individu yang memerlukan asuhan keperawatannya; dan
- d. Harus menjaga kerahasiaan segala informasi yang perawat ketahui tentang pekerjaan perawatan yang diberikan kepadanya, melainkan apabila diwajibkan oleh pihak berwenang menurut undang-undang yang masih berlaku.

2. Kode Etik Perawat dan Praktik

- a. Menjaga serta meningkatkan persaingan dalam bidang keperawatan lewat pembelajaran yang berkelanjutan;
- b. Selalu memberikan layanan keperawatan bermutu dengan integritas profesional dan menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang relevan dengan kebutuhan pasiennya;
- c. Mengambil keputusan, berdasarkan informasi yang ada dan dengan mempertimbangkan keterampilan maupun kualifikasi orang lain ketika berkonsultasi, menerima delegasi dan mendelegasikan tugas; dan
- d. Selalu menjaga reputasi atau kehormatan profesi keperawatan dengan memperlihatkan perilaku profesional setiap saat.

3. Perawat dan Masyarakat

Bersama masyarakat, perawat bertanggung jawab untuk memulai serta mendukung berbagai aktivitas yang bertujuan memenuhi kebutuhan maupun kesehatan masyarakat.

4. Kode Etik Perawat dan Teman Sejawat

- a. Selalu menjaga hubungan yang baik sesama perawat, serta anggota profesional lainnya. Agar dapat menjaga lingkungan kerja yang harmonis dan mencapai tujuan perawatan kesehatan secara menyeluruh; dan
- b. Bertindak untuk melindungi pasien dari tenaga kesehatan yang memberikan layanan yang tidak kompeten, tidak etis, ataupun ilegal.

5. Kode Etik Perawat dengan Profesi

- a. Memegang peranan penting di dalam menetapkan standar pendidikan ataupun pelayanan keperawatan serta menerjemahkannya ke dalam pelayanan dan kegiatan pendidikan keperawatan;

- b. Berpartisipasi aktif dalam beragam kegiatan untuk mengembangkan profesional pada bidang keperawatan; dan
- c. Turut serta dalam usaha profesi agar dapat menciptakan maupun mempertahankan lingkungan pekerjaan yang ramah keperawatan. Agar dapat mencapai asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi.

2.5 Masalah Etika Keperawatan

Permasalahan etika keperawatan merupakan bagian dari bioetika atau biomedis yang mempelajari isu-isu yang muncul akibat kemajuan dari ilmu pengetahuan terutama dalam biologi serta kedokteran.

Berikut ini beberapa contoh masalah etika keperawatan pada praktik keperawatan menurut Wahyuni (2021), yaitu:

1. Berkata Jujur (truth telling)

Truth telling pada konteksnya memiliki keterkaitan dengan istilah "desepsi" dan berasal dari kata "deceive" berarti membuat seseorang percaya pada sesuatu yang tidak benar, meniru, maupun berbohong. Contohnya, perawat memberikan "obat placebo" tanpa memberi tahu pasien. Secara etika, desepsi tidak dibenarkan karena prinsip kejujuran adalah salah satu prinsip etika keperawatan. Pasien berhak tentang perawatannya dan berkata jujur adalah kewajiban moral yang dapat mengurangi kecemasan serta meningkatkan kerja sama.

Akan tetapi, berkata jujur bersifat *prima facie* (tidak mutlak), sehingga dalam kondisi tertentu, desepsi bisa diterima. Menurut Free, desepsi bisa dibenarkan jika pasien tidak dapat menerima kenyataan, atau lebih memilih untuk tidak diberi tahu tentang hal-hal yang menyakitkan. Sebagai tenaga profesional, perawat harus menghindari tindakan yang merugikan pasien, namun desepsi mungkin bermanfaat agar dapat

meningkatkan kerja sama antara perawat dan pasiennya (McCloskey, 1990; Wahyuni, 2021).

2. Inseminasi Artifisial

Prosedur ini dilakukan agar dapat menyebabkan kehamilan, dengan cara mengumpulkan sperma pria kemudian memasukkannya ke dalam uterus atau rahim seorang wanita pada saat ovulasi. Proses ini menggunakan teknologi terbaru yaitu ultrasound dan stimulasi ovarium untuk mengatur waktu ovulasi. Akan tetapi, teknologi ini memunculkan berbagai masalah etika dengan pendapat yang cukup bervariasi. Pendukungnya beragumen bahwa teknologi ini dapat memberi peluang dan membantu pasangan yang mengalami infertilitas untuk memiliki keturunan.

Sementara, penolaknya menilai tindakan ini tidak diperbolehkan, terutama jika telur atau sperma diperoleh dari donor. Meskipun kontroversial dan dapat melanggar nilai-nilai sosial, teknologi ini memberikan peluang bagi pasangan yang mengalami infertilitas. Sehubungan dengan hal tersebut, agar dapat menghindari masalah, dibutuhkan aturan ataupun perundang-undangan untuk mengatur terkait hal ini. Lebih lanjut, perawat berperan penting dalam memberikan konseling, kepada pasien yang memilih tindakan ini.

3. Abortus

Abortus menjadi topik perdebatan internasional berkaitan dengan isu etika, ada pandangan pro dan kontra. Secara umum, abortus berarti penghentian kehamilan baik spontan atau rekayasa. Pendukungnya, melihat abortus sebagai cara mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan, sementara penentangannya menganggap sebagai pembunuhan. Meskipun terdapat berbagai pandangan, perawat sering menghadapi konflik nilai ketika berpartisipasi dalam hal ini.

Diketahui beberapa negara, yaitu Amerika Serikat (AS), Inggris, maupun Australia, ada hukum "Conscience Clauses", dimana memungkinkan tenaga medis menolak terlibat dalam hal ini. Sementara di Indonesia, berkaitan

dengan hal ini telah dilarang yaitu sejak tahun 1918 sesuai dengan pasal 346 s/d 349 KUHP. Permasalahan ini kompleks, akan tetapi sebagai perawat profesional, tidak diperbolehkan memaksakan pandangan yang diyakini pada pasien yang mungkin memiliki pandangan pribadi yang berbeda.

2.6 Tahapan Pengambilan Keputusan Etik Keperawatan

Berikut ini tahapan-tahapan pengambilan keputusan etik dalam keperawatan menurut Emilia et al (2023), yaitu:

1. Identifikasi masalah

Perawat harus mengumpulkan informasi yang lengkap untuk menerangkan keadaan yang sedang dihadapi, yaitu dengan mengidentifikasi lalu mencatat masalah secara spesifik.

2. Terapkan kode etik keperawatan

Usai mengklarifikasi permasalahan, perawat perlu merujuk pada kode etik untuk melihat apakah masalah dapat diselesaikan dengan cara yang sederhana, sambil mempertimbangkan perspektif multicultural dalam setiap kasus tersebut (Frame & Williams, 2005).

3. Tentukan sifat dan dimensi dilema :

Pada tahapan ini, perawat perlu mengikuti langkah-langkah berikut, untuk menganalisis permasalahan dari beragam dimensi, yaitu:

- a. Periksa implikasi dari dilema setiap prinsip dasar seperti prinsip otonomi, prinsip keadilan, prinsip beneficence, prinsip nonmaleficence, dan prinsip kesetian, serta tentukan prioritas prinsip yang relevan;

- b. Tinjau literatur profesional yang terkait untuk memastikan penggunaan pemikiran profesional terbaru dan memahami beragam isu dalam situasi tersebut;
 - c. Konsultasikan dengan perawat yang telah berpengalaman ataupun supervisor yang mengikuti kode etik serupa; dan
 - d. Konsultasi pada asosiasi profesi agar mendapatkan bantuan terkait dilema yang dihadapi.
4. Menghasilkan potensi tindakan
- a. Lakukanlah brainstorming untuk menghasilkan sebanyak mungkin langkah potensial, termasuk opsi yang mungkin tidak berhasil;
 - b. Tujuan tahapan ini, untuk menghasilkan solusi potensial sebanyak mungkin, tanpa langsung menilai atau menghapusnya, karena evaluasi akan dilakukan nanti; dan
 - c. Jika memungkinkan, konsultasikan dengan setidaknya 1 rekan kerja yang mematuhi kode etik keperawatan untuk membantu menghasilkan pilihan.
5. Pertimbangkan konsekuensi potensial dari semua pilihan dan tentukan tindakan:
- a. Timbanglah informasi yang telah dikumpulkan, selanjutnya prioritas yang ditetapkan, dan lakukan evaluasi setiap pilihan serta konsekuensi potensial bagi semua pihak terkait;
 - b. Pertimbangkan implikasi dari tiap tindakan terhadap pasien, ataupun orang lain, dan perawatnya;
 - c. Buang opsi apabila tidak menghasilkan hasil yang diharapkan maupun apabila berisiko timbulnya masalah; dan
 - d. Tinjau opsi yang tersisa untuk memilih manakah yang paling tepat dengan situasi ataupun prioritas yang telah ditetapkan.

6. Evaluasi tindakan yang dipilih
 - a. Evaluasi kembali tindakan yang telah dipilih agar dapat melihat adakah atau tidaknya pertimbangan etis yang baru;
 - b. Terapkanlah tiga uji sederhana pada tindakan yang telah dipilih, berdasarkan prinsip keadilan, publisitas, maupun universalitas pada tindakan tersebut (Stadler,1986);
 - c. Apabila tindakan yang telah dipilih tersebut, menimbulkan permasalahan etika yang baru, maka perawat perlu mengevaluasi ulang setiap proses; dan
 - d. Jika semua langkah sudah dilalui dan tindakan sudah sesuai, maka lanjutkan dengan tahap pelaksanaan.
7. Melaksanakannya jalannya tindakan:
 - a. Kuatkanlah tekad agar dapat menjalankan rencana tersebut; dan
 - b. Setelah proses implementasi, tindak lanjuti untuk menilai apakah efek dan konsekuensi sesuai harapan atau tidak.

2.7 Definisi Hukum Keperawatan

Hukum merupakan sistem peraturan yang diatur oleh pemerintah maupun otoritas hukum dan diikuti oleh individu atau organisasi. Selanjutnya, apabila terjadi suatu pelanggaran hukum, maka dapat mengakibatkan sanksi hukum seperti denda ataupun penahanan (Wulandari, 2024). Lebih lanjut, hukum keperawatan merupakan bagian dari hukum kesehatan yang berkaitan dengan layanan keperawatan. Hal ini meliputi pengetahuan mengenai aturan ataupun ketentuan yang mengatur penyediaan layanan keperawatan kepada masyarakat.

Oleh sebab itu, perawat perlu mengetahui, serta memahami hukum terkait praktik keperawatan untuk memastikan keputusan dan tindakan sesuai

prinsip hukum dan agar dapat memberikan perlindungan bagi perawat (Tat, 2023). Hal tersebut didukung oleh Ottu et al., (2023), yang menyatakan bahwa aspek dari hukum keperawatan ialah aturan ataupun perangkat hukum, dimana secara spesifik mengatur perihal yang diperbolehkan serta tindakan yang dilarang bagi perawat dalam melaksanakan tugas profesionalnya.

Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa hukum keperawatan adalah peraturan yang berlaku untuk mengatur langkah perawat dalam praktik keperawatan agar dapat berjalan sesuai aturan yang ada.

2.8 Fungsi Hukum Keperawatan

Berikut ini, merupakan fungsi hukum keperawatan menurut Tat (2023), yaitu:

1. Hukum keperawatan menyediakan kerangka atau panduan agar dapat menetapkan tindakan keperawatan yang sesuai dengan peraturan hukum.
2. Panduan tersebut (poin 1), bertujuan untuk membedakan antara tanggung jawab perawat tersebut dengan profesional lainnya.
3. Membantu menentukan batasan kewenangan atas tindakan yang bersifat mandiri.
4. Membantu menjaga standar praktik keperawatan dengan menegaskan bahwa posisi dari perawat mempunyai akuntabilitas di bawah hukum.

2.9 Dasar Hukum Keperawatan

Seorang perawat dalam menjalankan praktik keperawatan perlu memahami aturan hukum yang berlaku, agar tindakan keperawatan sesuai dengan standar praktik keperawatan dan dapat dilakukan dengan baik. Selain itu, bertujuan memberikan perlindungan bagi perawat dan pasien.

Berikut beberapa peraturan yang mengatur praktik keperawatan di Indonesia:

1. Tertuang dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945, yaitu pada Pasal 28 D ayat (1) Bab XA dan Pasal 28 H ayat (1);
2. Perihal Hak Asasi Manusia (HAM), yaitu pada Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 39 Tahun 1999;
3. Berkenaan dengan perlindungan Konsumen, tertuang di UU RI Nomor 8 Tahun 1999;
4. Mengenai serikat pekerja/serikat buruh, terdapat pada UU RI Nomor 21 Tahun 2000;
5. Perihal Registrasi dan Praktik Perawat, terdapat pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (KEPMENKES RI) Nomor 1239/MENKES/SK/XI/2001;
6. Perihal Ketenagakerjaan, yaitu pada UU RI Nomor 13 Tahun 2003;
7. Seputar Pedoman Organisasi Rumah Sakit, tertuang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia (PERPRES RI) Nomor 77 Tahun 2005;
8. Berkenaan dengan Rumah Sakit tercantum dalam UU RI Nomor 44 Tahun 2009;
9. Perihal Kesehatan, terdapat di UU RI Nomor 36 Tahun 2009;
10. Mengenai Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, tertuang dalam PERMENKES RI Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010;

11. Seputar Registrasi Tenaga Kesehatan terdapat di PERMENKES RI Nomor 161/MENKES/PER/I/2010;
12. Mengenai Registrasi Tenaga Kesehatan, tertera dalam PERMENKES RI Nomor 1796/MENKES/PER/VIII/2011;
13. Berkaitan dengan Tenaga Kesehatan, tercantum di UU RI Nomor 36 Tahun 2014;
14. Berkaitan dengan Keperawatan tertuang dalam UU RI Nomor 38 Tahun 2014;
15. Perihal Peraturan yang Mengatur Pelaksanaan UU RI Nomor 38 Tahun 2014 tersebut, terdapat dalam PERMENKES RI Nomor 26 Tahun 2019;
16. Berkenaan dengan Standar Profesi Perawat, tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (KEPMENKES RI) Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020;
17. Perihal Kesehatan diatur dalam UU RI Nomor 17 Tahun 2023, yang didalamnya menjabarkan berbagai hal; dan
18. Berkaitan dengan Peraturan yang mengatur terkait Pelaksanaan UU RI Nomor 17 Tahun 2023 tersebut, tertuang dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia (PP RI) Nomor 28 Tahun 2024.

Bab 3

Dasar Dasar Komunikasi Terapeutik

3.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah bagian atau rumpun dari komunikasi interpersonal (Interpersonal Communication) yang dirancang untuk tujuan terapi. Komunikasi terapeutik juga dapat disimpulkan sebagai aktivitas komunikasi yang dilakukan secara sadar, terukur dan terencana untuk membantu pasien atau seseorang yang sedang dalam penderitaan, baik verbal maupun nonverbal agar pasien dapat disembuhkan atau dibangkitkan dari keterpurukannya dengan maksimal atau permanen.

Topik yang penting dalam proses interaksi terapeutik adalah adanya upaya memotivasi pasien agar bersabar atas penderitaan yang dialaminya sehingga tidak stress dan terganggu psikologisnya agar stabil secara kognitif dalam rangka memudahkan upaya penyembuhan atau pemulihan (Sabaruddin Siahaan, 2023).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan, dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal dengan fokus adanya saling pengertian antarperawat dengan pasien. Komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien sehingga dapat dikategorikan dalam komunikasi pribadi antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Asmiana, S, Ilyas., & dkk. 2024).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan klien yang dilakukan secara sadar. Ketika perawat dan klien saling memengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah klien serta memperbaiki pengalaman emosional klien yang pada akhirnya mencapai kesembuhan klien (Asmiana, S, Ilyas., & dkk. 2024).

Kecakapan berinteraksi dalam proses terapeutik merupakan critical skill yang sejatinya dikuasai oleh seorang tenaga medis atau para terapis. Alasannya ialah komunikasi dalam bentuk terapeutik pada intinya merupakan upaya yang bersifat dinamis dan serius untuk melakukan analisis, mengedukasi dan membagi informasi kesehatan kepada klien. Include di dalamnya upaya persuasi terhadap pasien agar mengaplikasikan semua informasi kesehatan yang diterima. Kemudian yang tidak kalah urgennya adalah memberikan pelayanan (caring), rasa nyaman membangkitkan rasa percaya diri dan menghargai nilai-nilai klien (Sabaruddin Siahaan, 2023).

Jadi dapat disimpulkan komunikasi terapeutik pada hakikatnya adalah segala bentuk pelayanan, pengasuhan, dukungan medis dan intervensi keperawatan secara efektif yang dilakukan seluruh personal terhadap klien untuk mendapatkan kepuasan dan kesembuhan. Semakin pasien meningkat keyakinan dan percaya dirinya, puas, elegan dan selesa dalam upaya mendapatkan kesembuhan, maka cukup merupakan indikator kualitasnya komunikasi terapeutik yang diaktori para petugas yang ada (Sabaruddin Siahaan, 2023).

3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Tujuan utama komunikasi terapeutik adalah menjalin hubungan untuk kepentingan medis atau pemulihan. Hubungan pasien dengan dokter/perawat atau terapis dalam komunikasi terapeutik bersifat sejajar (equal) dan manusiawi. Dengan demikian hubungan dalam bentuk seperti ini dalam proses pengobatan lebih tepat dikatakan sebagai interaksi mutualisme.

Terapis dan pasien memperoleh kesempatan yang sama dalam komunikasi. Pasien dengan perasaan nyaman menyampaikan keluhannya kepada dokter sehingga si dokter atau terapis merasa terbantu dalam melaksanakan tugasnya.

Sementara dokter membantu dalam melakukan treatment penyembuhan (Sabaruddin Siahaan, 2023):

1. Membantu mengatasi masalah klien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran
2. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk klien
3. Memperbaiki pengalaman emosional klien
4. Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan

Terdapat beberapa yang memengaruhi pencapaian tujuan dalam komunikasi, pada kelompok tertentu antara lain:

1. Jumlah anggota dalam suatu kelompok merupakan faktor penting dalam efektifitasnya, sebaiknya anggota dalam kelompok tidak sedikit dan juga tidak terlalu banyak agar lebih efektif
2. Setia anggota kelompok terdapat tujuan yang sama, maka tujuan yang disepakati oleh seluruh anggota kelompok harus disepakati bersama untuk memudahkan pencapaian target.

Kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat-klien tersebut bukanlah

hubungan yang memberikan dampak terapeutik yang mempercepat kesembuhan klien, tetapi hubungan sosial biasa (Budi, Widiyanto., & dkk. 2024).

Berdasarkan paparan teori di atas dapat dimengerti bahwa tujuan asasi dari komunikasi terapeutik adalah terjalinnya hubungan yang sepadan dan manusiawi antara tenaga medis dengan klien. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik tentunya menjadikan klien yang tadinya tidak bisa menerima kondisi yang dialaminya menjadi pulih harapan hidup dan harga dirinya. Klien yang tidak mendapat pelayanan yang baik rata-rata mengalami depresi dan hilang spirit untuk berusaha semaksimal mungkin mendapatkan kesembuhan (Sabaruddin Siahaan, 2023).

Sasaran atau tujuan komunikasi terapeutik selanjutnya menciptakan kepuasan pelayanan bagi pasien. Melalui komunikasi dari hati ke hati, klien merasa mendapat perhatian. Perasaan diperhatikan tersebut membangkitkan semangatnya untuk dapat menerima orang lain. Ketika klien membuka diri, maka sangat membantu perawat untuk memberikan pertolongan atau bantuan sesuai dengan kebutuhan kliennya. Keterbukaan klien juga memudahkan dokter atau perawat mempelajari riwayat, historis dan latar belakang klien secara komplet. Jadi intinya komunikasi terapeutik bukan hanya hubungan atau interaksi sosial biasa tetapi lebih mempunyai tanggung jawab baik secara moral maupun intelektual (Sabaruddin Siahaan, 2023).

3.3 Perbedaan Komunikasi Terapeutik Dengan Komunikasi Sosial

Komunikasi terapeutik berbeda secara spesifik dengan komunikasi sosial. Komunikasi terapeutik dalam konteks hubungan saling membantu (the helping relationship) adalah hubungan saling membantu antara perawat-klien yang berfokus pada hubungan untuk memberikan bantuan yang dilakukan oleh perawat kepada klien yang membutuhkan pencapaian

tujuan. Dalam hubungan saling membantu ini, perawat berperan sebagai orang yang membantu dan klien adalah orang yang dibantu, sedangkan sifat hubungan adalah hubungan timbal balik dalam rangka mencapai tujuan klien (Asmiana, S, Ilyas., & dkk. 2024).

Tabel 3.1: Perbedaan Komunikasi Sosial dan Komunikasi Terapeutik

No	Item Perbedaan	Komunikasi Sosial	Komunikasi Terapeutik
1	Goals (short term)	Tujuan dari pembicaraan untuk sekedar bersosialisasi, bertukar pikiran, dan bersenang-senang.	Tujuan komunikasi untuk mengungkap makna gejala, untuk mengeksplorasi perasaan, untuk mengubah kesalahan kognisi, atau untuk melatih perubahan perilaku (behavior)
2	Emotions	Umumnya kepada hal-hal yang dianggap menyenangkan, seperti keakraban, keingintahuan, persaingan dan kesenangan lainnya	Komunikasi terapeutik berfokus pada problem emosi seperti depresi, kecemasan, kebencian, kebosanan, malu, benci dan amukan rasa bersalah.
3	Roles	Dilakukan dua atau lebih pada posisi peran yang sama	Peran peserta komunikasi tidak sama, yakni petugas medis (Profesional) dan pasien (klien)
4	Purpose (long term)	Melanggengkan hubungan sehingga lestari.	Kepuasan dan kesembuhan pasien, ketika hak tersebut diraih, maka interaksi dapat berakhir
5	Power	Tidak ada yang lebih unggul dari yang lain. Kekuatan komunikasi sama dengan komunikator, keduanya saling memengaruhi	Terapis (paramedis) umumnya dipandang memiliki power yang dari klien, yakni memengaruhi pasiennya dengan cara yang diinginkan, tetapi tidak sebaliknya

Berdasarkan uraian table di atas dapat penulis simpulkan bahwa: pertama, maksud utama komunikasi terapeutik adalah mengungkap gejala yang dirasakan klien, menenangkan perasaan, mengubah kesalahpahaman, memberi motivasi, kepuasan layanan dan merubah perilaku sesuai arahan terapis. Kedua, proses komunikasi berjalan seimbang, baik dokter atau perawat maupun menempati posisi yang sama dalam memberi dan mendapatkan informasi.

Ketiga, paramedis berkewajiban mencurahkan segala kemampuannya untuk menyelami kondisi klien dan berusaha membuat kliennya nyaman dan puas, terhadap itu tenaga medis tersebut berhak mendapat bayaran sesuai ketentuan. Keempat, hubungan terapis dengan klien adalah

hubungan yang dibingkai dengan rasa tanggung jawab, sehingga terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan, seperti pelecehan seksual terhadap pasien dan lain-lain yang tidak senonoh (Sabaruddin Siahaan, 2023).

3.4 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Karakteristik komunikasi terapeutik ada tiga, yaitu:

1. Genuinenes (Ketulusan)

Genuineness adalah ketulusan dalam rangka membantu klien. Ketulusan sangat membantu bagi tenaga medis mendalami nilai, sikap dan perasaan klien. Kemampuan menyelami pikiran dan perasaan klien sangat bermanfaat untuk kelancaran komunikasi.

2. Emphathy (Empati)

Emphathy (empati) menurut devito merupakan kesanggupan seseorang untuk memahami apa yang sedang dirasakan oleh orang lain pada keadaan tertentu dari sudut kaca mata orang itu. Pada proses komunikasi terapeutik terapis atau tenaga medis harus mampu menerima, memahami dan merasakan kondisi yang dialami klien dari sudut pandang klien. Empati muncul seiring kejujuran, sensitif dan tidak dibuat buat. Empati tidak sama dengan simpati. Simpati sifatnya subjektif karena hanya sekedar merasakan kondisi yang dirasakan orang lain.

3. Warmth (Kehangatan)

Warmth atau Kehangatan adalah kondisi dimana adanya saling percaya (helping relation) antara petugas medis dengan kliennya. Kehangatan memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan apa saja yang dirasakannya. Kehangatan juga memancing klien untuk mengekspresikan ide dan melaksanakannya tanpa ada perasaan segan, canggung dan rasa

takut. Kehangatan adalah bukti penerimaan terapis akan keadaan klien (Sabaruddin Siahaan, 2023).

3.5 Prinsip Prinsip Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik diaplikasikan dalam rangka meningkatkan wawasan dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif diantara terapis, dokter, perawat dan klien. Dijelaskan juga bahwa komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk membantu klien mencapai harapannya dalam asuhan keperawatan.

Itulah sebabnya urgen sekali bagi para terapis, dokter dan paramedis untuk memahami prinsip dasar komunikasi terapeutik sebagai berikut:

1. Interaksi atau hubungan dokter, perawat dan klien adalah interaksi terapeutik yang saling menguntungkan (helping relationship) yang berpijak pada prinsip 'humanity of nurses and clients'. Keterkaitan antara penolong (helper) yakni dokter dan perawat dengan klien bukan sekedar keterkaitan profesi.
2. Terapis, dokter atau paramedis mesti menghargai keunikan pasien, memaklumi karakter yang berbeda, mengerti kondisi perasaan dan perilaku klien dengan memperhatikan perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan klien sebagai individu.
3. Pengirim dan penerima informasi dalam segala aktivitas komunikasi masing-masing harus dapat menjaga harga diri. Jadi dalam hal ini dokter dan paramedis atau perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.
4. Harus lebih dahulu diawali dengan komunikasi yang menimbulkan saling percaya (trust) sebelum menggali

permasalahan dan memberikan solusi atau alternatif pemecahan masalah. Jadi kunci utama komunikasi terapeutik adalah interaksi saling percaya antara dokter dan paramedis atau perawat dengan klien (Sabaruddin Siahaan, 2023).

3.6 Tahap Tahap Dalam Komunikasi Terapeutik

Terdapat tiga tahapan atau fase yang dilakukan dalam komunikasi terapeutik itu, yaitu:

1. Tahap Orientasi

Orientasi atau pengenalan merupakan kegiatan pertama sekali dilakukan tenaga kesehatan saat kontak dengan klien. Dengan memperkenalkan dirinya berarti perawat telah terbuka pada pasien dan ini hal ini diharapkan akan mendorong klien untuk membuka dirinya.

Fase orientasi ditandai oleh lima kegiatan pokok yaitu testing (percobaan untuk saling berkenalan) building trust (mem bangun kepercayaan), identification of problems and goals (identifikasi permasalahan, menetapkan tujuan), clarification of roles (mengklarifikasi peran) dan contract formation (membuat perjanjian atau kontrak perawatan).

Tahap ini dasar bagi hubungan terapeutik tenaga kesehatan klien dan menentukan tahap selanjutnya. Kegagalan pada tahap orientasi ini menyebabkan kegagalan pada keseluruhan interaksi.

2. Tahap Kerja (Working)

Tahapan ini terdiri dari dua kegiatan pokok yaitu menyatukan proses komunikasi dengan tindakan perawatan dan membangun suasana yang

mendukung untuk proses perubahan itulah sebabnya fase inilah dianggap tahapan inti dari proses komunikasi terapeutik.

Tahap kerja ini perawat/dokter dan klien bekerja sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Tenaga Kesehatan dituntut mempunyai kepekaan dan tingkat analisis yang tinggi terhadap adanya perubahan dalam proses verbal maupun non verbal klien. Tahap kerja berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

Harapan klien pada tahap ini, perawat memahami apa yang disampaikan oleh pasien, akan tetapi perawat terkadang tidak menyimpulkan permasalahan yang dihadapi dan diinginkan oleh pasien, akibatnya dapat terjadi ketidaksamaan persepsi antara perawat dan pasien, sehingga penyelesaian masalah tidak terarah dan tidak relevan dengan hasil yang diharapkan dan masalah pasien tidak terselesaikan.

3. Tahap Terminasi

Tahapan ketiga ini merupakan fase dimana tenaga kesehatan, yakni dokter dan perawat mengakhiri fase relasinya dengan pasien. Terminasi dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Proses terminasi tenaga Kesehatan klien merupakan aspek penting dalam terapeutik, sehingga jika hal itu tidak dilaksanakan dengan baik oleh perawat, maka regresi dan kecemasan dapat terjadi lagi pada klien. Timbulnya respon tersebut sangat dipengaruhi oleh kemampuan perawat untuk terbuka, empati, dan responsive terhadap kebutuhan klien pada pelaksanaan tahap sebelumnya.

Pada fase ini klien didorong untuk memberikan penilaian atas capaian yang telah ditargetkan sebelumnya. Target komunikasi terapeutik dikatakan sukses jika terjadi relasi yang saling menguntungkan. Indikator kesuksesannya adalah jika tercipta kepuasan dan agar kondisi yang saling menguntungkan dan memuaskan. Jadi aktivitas pada fase ini adalah penilaian dan perpisahan (Sabaruddin Siahaan, 2023).

3.7 Bentuk Bentuk Komunikasi Terapeutik

Tiga bentuk komunikasi yang dapat dilakukan oleh perawat dalam konteks terapeutik, yaitu verbal, tertulis, dan nonverbal.

Pada pembahasan ini lebih ditekankan pada komunikasi verbal dan nonverbal:

1. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah pengkodean dengan menggunakan bahasa atau kata-kata. Kata-kata adalah alat atau simbol yang digunakan untuk mengungkapkan ide atau perasaan, membangkitkan respon emosional, atau menguraikan objek, observasi dan ingatan. Komunikasi verbal dominan diaplikasikan jika menyampaikan maksud yang tersembunyi, dan menguji minat orang tertentu.

Keunggulan komunikasi verbal saat tatap muka adalah memungkinkan individu yang terlibat dalam aktivitas komunikasi untuk merespon secara langsung. Itulah sebabnya Jenis komunikasi ini paling lazim digunakan dalam komunikasi pelayanan keperawatan di rumah sakit atau klinik. Berikut hal-hal yang efektif diterapkan ketika melakukan komunikasi verbal terhadap klien antara lain: ringkas dan jelas, yakni bahasa yang tidak bertele-tele.

2. Komunikasi Nonverbal

Komunikasi Nonverbal adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk isyarat tanpa kata-kata (silent language). Model ini sudah lama menarik para ahli di bidang terapeutik. Para terapis atau perawat perlu menyadari bahwa dalam aktivitas pelayanan di rumah sakit atau klinik, pesan verbal dan nonverbal yang disampaikannya kepada pasien mulai dari tahap awal, saat pengkajian maupun sampai pada tahap evaluasi akan berpengaruh kepada kepuasan dan perilaku pasien. Panduan tenaga medis

dalam mendeteksi keperluan asuhan keperawatan bagi klien sangat tergantung pada proses komunikasi terapeutik yang meliputi pesan verbal dan nonverbal (Sabaruddin Siahaan, 2023).

3.8 Strategi Komunikasi Terapeutik

Berikut langkah-langkah atau strategi yang harus dilakukan oleh terapis dalamanggapi klien dikenal dengan teknik komunikasi terapeutik (Sabaruddin Siahaan, 2023).

1. Wawancara

Wawancara atau melakukan aktivitas bertanya merupakan strategi yang efektif yang dilakukan terapis untuk mengetahui lebih dalam keluhan pasien. Pertanyaan yang direkomendasikan adalah pertanyaan yang ada kaitannya dengan terapeutik, tidak boleh liar yang akhirnya membuat klien tidak nyaman.

2. Mendengarkan

Dasar utama dalam proses komunikasi terapeutik diantaranya adalah mendengarkan berbagai keluhan klien. Mendengar (listening) merupakan teknik yang urgen untuk menggali lebih dalam alam pikiran klien dalam menyikapi keluhannya. Bentuk komunikasi nonverbal ini sangat memantik minat pasien dalam merespon komunikasi terapis.

3. Mengulang

Mengulang (restating) ungkapan merupakan strategi untuk memastikan klien memahami ungkapan terapis. Pengulangan harus terukur agar tidak menjadikan klien terseinggung. Variasi ungkapan harus mewarnai pengulangan kata sehingga tidak terkesan menganggap pasien tidak mengerti (slow thinking).

4. Klarifikasi

Pada kondisi yang tidak stabil, sering kali klien menyampaikan ide atau pikiran yang harus diklarifikasi. Klarifikasi (clarification) merupakan metode efektif untuk dapat memahami seluruh pesan yang dilontarkan klien. Cara ini juga menjadikan dokter atau perawat dapat mengecek kebenaran informasi yang diutarakan pasien terkait sakit yang dideritanya. Pada prakteknya terapis hanya menyimak apa adanya dari klarifikasi yang disampaikan.

5. Refleksi

Mengarahkan kembali ide, persepsi dan seluruh isi pembicaraan kepada pasien dikenal dengan istilah refleksi (reflection). Fungsi refleksi dalam komunikasi terapeutik adalah untuk memastikan pengertian yang sama antara terapis dan kliennya atas ungkapan klien. Di samping itu adanya penekanan empati, minat dan penghargaan terhadap klien. Pada umumnya ada dua bentuk refleksi yakni refleksi isi (reflection of content) dan refleksi perasaan (reflection of feeling). Refleksi isi maksudnya memvalidasi kalimat yang terdengar dengan mengulangi maksud yang sama dengan menggunakan kalimat atau kata yang berbeda. Sedangkan refleksi perasaan ialah merefleksikan emosi atau perasaan klien.

6. Memfokuskan

Suasana psikologi klien yang tidak stabil, terkadang membuat pembicaraan cenderung tidak terarah. Kecemasan yang berlebihan menjadikan pembicaraannya kacau. Pada saat demikian, terapis dituntut untuk terampil memfokuskan arah pembicaraan. Memfokuskan (focusing) adalah upaya terapis untuk membantu klien mengarahkan pembicaraan kepada tujuan.

7. Diam

Interaksi pembicaraan membutuhkan jeda untuk merenung dan berpikir sejenak sebelum memberikan jawaban yang tepat. Pada komunikasi terapeutik jeda waktu itu disebut diam (silence). Saat itu memberi kesempatan kepada terapis dan kliennya untuk mengorganisasi pikiran masing-masing. Teknik diam ini memberikan waktu kepada klien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri terhadap penyampaian terapis yang baru diterimanya. Tidak sama dengan teknik mendengarkan dimana terapis menyimak percakapan klien. Sedangkan pada Teknik diam ini, terapis memberikan kesempatan kepada kliennya untuk memahami dan menyusun kata untuk memberi tanggapan atas ucapan terapis.

8. Memberi Informasi

Sebagai penderita, klien sangat membutuhkan informasi untuk percepatan proses penyembuhan dan pemeliharaannya agar tidak kambuh lagi. Pemberian informasi (informing) adalah tindakan penyuluhan bagi klien terkait aspek-aspek yang relevan dengan perawatan. Terapis sebelum memberikan informasi harus mempelajari masalah yang dihadapi klien. Informasi yang disuguhkan harus dapat menjadi alternative pemecahan masalah. Tidak ada penekanan dalam pemberian informasi itu. Keputusannya ada pada pasien itu sendiri. Beda dengan saran (advice) yang ada unsur penekanan bahwa informasi yang disuguhkan adalah alternatif yang sejatinya dilakukan.

9. Menyimpulkan

Teknik menyimpulkan (summerizing) merupakan cara untuk memudahkan klien mengeksplorasi poin utama dari proses komunikasi terapis dan klien. Melalui Teknik ini sangat membantu

mengerutkan ide dan pemikiran sebelum terapi dan kliennya mengakhiri pertemuan mereka.

10. Mengubah Cara Pandang

Teknik mengubah cara pandang (reforming) membantu klien keluar dari cara pandang yang negatif. Upaya mengubah cara pandang klien kepada hal positif akan mendorong pasien mengatur perencanaan yang tepat untuk mengatasi problemnya. Klien terutama penderita penyakit yang akut sering sekali dihantui oleh pikiran negatif. Teknik reforming ini sangat membantunya keluar dari depresi dan pada akhirnya tegar dengan kondisi yang dihadapinya.

11. Eksplorasi

Problem yang dihadapi klien akan dapat diatasi dan ditawarkan solusinya jika dapat digali secara mendalam akar masalahnya. Cara penggalian masalah ini sangat efektif dengan menggunakan teknik eksplorasi (eksploration). Pada fase kerja, gambaran detail tentang pasien harus diketahui terapi agar dapat dilakukan penanganan yang tepat.

12. Membagi Persepsi

Membagi persepsi (sharing perception) merupakan Teknik yang digunakan saat tenaga medis melihat ada ketidaksinkronan antara tampilan verbal dan nonverbal klien. Saat itu pendapat klien sangat diperlukan untuk mengetahui sesuatu yang dirasakan terapis ada yang tidak beres. Tidak mudah mempraktekkan teknik ini, karena dikhawatirkan klien terseinggung. Apalagi jika kliennya adalah orang yang dituakan atau lebih senior. Tetapi jika teknik ini dilakukan dengan benar, justru akan mampu mengklarifikasi perbedaan respon verbal dan nonverbal itu.

13. Mengidentifikasi Tema

Teknik ini sangat berguna untuk mempertajam poin utama yang menjadi fokus pembicaraan. Melalui teknik ini terapis harus tanggap terhadap keseluruhan pembicaraan klien dan mengiringnya pada masalah yang berkaitan dengan problem klien.

14. Humor

Humor dapat memberi ruang bagi emosi untuk distraksi dari perasaan stress dan depresi. Suatu pengalaman yang kurang nyaman hanya dapat dileburkan dengan humor. Kapan dan saat mana humor dilakukan, tidak ada aturan yang mengikat. Namun demikian pada saat tertentu humor sudah pada tempatnya dilakukan. Misalnya saat pasien mengalami kecemasan ringan atau sedang. Namun perlu diperhatikan bahwa humor harus sesuai dengan sosial budaya klien dan humor harus mengatasi masalah lebih efektif.

15. Memberikan Pujian

Klien yang berinteraksi dengan terapis yang mampu memberikan pujian sangat beruntung secara psikologis. Jadi memberikan pujian (reinforcement) adalah Teknik komunikasi terapeutik yang dilakukan untuk membahagiakan klien secara psikologi. Pujian dapat dilakukan dengan verbal maupun nonverbal. Pastinya memberikan pujian dapat meningkatkan harga diri dan mengokohkan perilaku klien.

Bab 4

Pengenalan Dan Pemberian Nutrisi Pasien

4.1 Pendahuluan

Berdasarkan Rosdahi dan Kowalski (2014), makanan penting untuk hidup. Manusia makan agar tetap hidup dan sehat. Makanan merupakan sesuatu yang penting untuk hirarki kebutuhan Maslow. Nutrisi merupakan ilmu gizi dan bagaimana tubuh memakai zat gizi dalam makanan. Nutrisi mempunyai efek untuk kesejahteraan, perilaku dan lingkungan manusia. Zat gizi dan senyawa lain di dalam makanan bisa membuat kesehatan meningkat optimal dan membuat problem kesehatan terhindari.

Berdasarkan Atoilah dan Kusnadi (2013), kebutuhan nutrisi adalah keperluan primer fisik bagi human being yang tidak lepas dari banyak penyebab yang memberikan pengaruh dan dampaknya kepada keperluan dasar lainnya. Pemenuhan kebutuhan nutrisi merupakan hasil kerja sistem cerna yang tidak lepas dari sistem lain sebagai suatu proses yang saling

berhubungan dan sistem yang dimaksud adalah jantung, respirasi, neurologi dan endokrin. Nutrisi memberikan energi dalam memelihara fungsi-fungsi vital tubuh, memberikan produksi panas, aktivitas sel, pergerakan otot, berpikir, sistem kerja syaraf, pertumbuhan, perbaikan jaringan yang rusak.

4.2 Definisi

Berdasarkan Rosdahi dan Kowalski (2014), zat gizi merupakan zat yang diperlukan untuk pertumbuhan, pemeliharaan dan perbaikan badan. Badan bisa membuat beberapa zat gizi bila komponen yang diperlukan tubuh ada dan adekuat. Zat gizi esensial ialah zat gizi yang didapatkan oleh manusia dari makanan karena badan tidak bisa membuat zat gizi utama pada frekuensi yang cukup untuk terpenuhinya keperluan tubuh. 6 bagian zat gizi adalah karbohidrat, lemak, protein, air, mineral dan vitamin. Karbohidrat, lemak dan protein menyediakan energi dinamakan makronutrien. Vitamin dan mineral yang bisa mengatur proses tubuh dinamakan mikronutrien. Air dibutuhkan untuk hampir setiap fungsi tubuh.



Gambar 4.1: Proporsi kandungan makanan dan kelompok makanan yang dianjurkan oleh diagram Myplate (Rosdahi dan Kowalski, 2014)

Menurut pedoman my plate pada bulan Juni 2011 dan dietary guideline for Americans tahun 2010 merekomendasikan khusus untuk membuat pilihan makanan yang meningkatkan kualitas diet rata-rata orang Amerika. Kerangka nutrisi ini memberi pedoman kesehatan, aktivitas dan nutrisi yang praktis bagi pasien.

Menurut Rosdahi dan Kowalski (2014), Dari perspektif perawat, konsep my plate memberikan manfaat bila mengedukasi ke pasien yang berkaitan hubungan antar nutrisi, aktivitas dan terapi diet. Konsep itu menjelaskan keseimbangan asupan kalori, mengkonsumsi jumlah sayur dan buah, gandum utuh dan susu tanpa lemak atau susu rendah lemak yang tepat serta mengurangi jumlah makanan tinggi natrium dan gula.

Rekomendasi ini mengulas tentang:

1. Mengkonsumsi makanan khususnya buah, sayur, gandum utuh dan susu tanpa lemak atau low lemak yang terkandung dalam zat gizi esensial.
2. Mengkonsumsi lebih sedikit makanan lain seperti makanan tinggi kandungan lemak jenuh atau lemak trans, gula tambahan, kolesterol, garam dan alkohol.
3. Menyediakan bermacam-macam makanan dalam diet dan memakan makanan dari semua kelompok makanan dan sub kelompok makanan
4. Memberikan keseimbangan asupan kalori dan kebutuhan energi untuk mencegah berat badan yang meningkat dan untuk menambah berat badan yang sehat
5. Mengkonsumsi makanan yang tidak berlebihan
6. Bergerak aktif setiap hari

4.3 Nutrisi Essensial

Menurut Atoilah dan Kusnandi (2013), nutrisi essensial adalah karbohidrat, protein, lemak, mineral, vitamin dan air.

4.3.1 Karbohidrat

Karbohidrat merupakan golongan makanan terkandung gula dan zat tepung yang mengandung ada karbon, oksigen dan hydrogen. Zat tepung terdapat dalam monosakarida (glukosa, fruktosa, galaktosa), disakarida (sukrosa, maltosa, laktosa) & polisakarida (zat tepung/ amilum). Glukosa dimanfaatkan untuk sumber energi, disimpan dalam bentuk glikogen di dalam sel hati dan otot sebagai cadangan glukosa (Atoilah dan Kusnandi, 2013)

4.3.2 Protein

Protein merupakan molekul kompleks mengandung substansi sederhana (asam amino). Asam amino dibagi 2 bagian yaitu asam amino essensial yang tidak bisa diciptakan oleh badan dan asam amino tidak essensial yg tidak bisa disintesa oleh tubuh. Fungsi protein yaitu untuk bertumbuh, pergantian jaringan rusak dan membentuk hormon dan enzim (Atoilah dan Kusnandi, 2013).

4.3.3 Lemak

Lemak terdiri dari senyawa lemak netral, trigliserida, fosfolipid kolesterol, lipoprotein dan derivatnya. Trigliserida dimanfaatkan membentuk energi untuk proses metabolisme dan sebagian disimpan dalam jaringan adipose, hati dan bawah kulit sehingga bisa dipakai sebagai cadangan panas dan energi. Fosfolipid, kolesterol dan derivatnya dipakai untuk keberlangsungan fungsi sel yang didalam tubuh (Atoilah dan Kusnandi, 2013).

4.3.4 Mineral

Mineral dan garam mineral essensial adalah nutrisi yg dipakai tubuh pada komposisi kecil dan unsur kalsium (Ca), fosfor (P), Natrium (Na), Kalium (K), Iodine (I), zat besi (Fe), Magnesium (Mg), Zinkum (Zn), Kuprum (CU), Kobalt (Co) (Atoilah dan Kusnandi, 2013). Mineral diserap dari dinding halus dengan perembesan pasif dan transport aktif. Cara transport aktif penting bila keperluan badan bertambah / diet rendah kadar mineral. Senyawa organik seperti asam oksalat yang menghambat penyerapan kalsium (Hidayat & Uliyah, 2016).

4.3.5 Vitamin

Vitamin adalah senyawa organik diperlukan pada komposisi tidak banyak untuk kesehatan tubuh. Vitamin terbagi dua golongan adalah larut dalam lemak (A, D, E, K) dan larut dalam air (B dan C). Vitamin bisa diperoleh dari sayur dan buah (Atoilah dan Kusnandi, 2013). Vitamin yang larut ke lemak diserap oleh bagian transport aktif dimana mengantarkan lemak ke badan Vitamin larut air punya jenis-jenis mekanisme transport aktif (Hidayat & Uliyah, 2016).

4.3.6 Air

Air bermanfaat untuk mengirimkan zat-zat makanan ke sel, menolong proses atau reaksi kimia pada tubuh dan memberikan kontrol dalam suhu tubuh. Komponen air 60%-70% Berat badan (BB) orang dewasa & 80% BB bayi. Orang dewasa bisa mengalami hilangnya cairan $\pm 2-3$ liter/ hari dari keringat, urin dan pernafasan. Orang dewasa membutuhkan 6-8 gelas air/hari (Mubarak dan Chayatin, 2016). Air yang masuk ke dalam ntubuh melalui makanan antara 500-900 cc/ hari. Air didapatkan pada akhir proses oksidasi. Keperluan intake air bertambah bila terjadi peningkatan keluarnya air melalui keringat, muntah, diare atau gejala dehidrasi (Hidayat & Uliyah, 2016)

Tabel 4.1: Fungsi Zat Nutrisi Bagi Tubuh (Sumber: Mubarak dan Chayatin, 2016)

No	Komposisi Nurisi	Manfaat
1.	Air	Berguna bagi Keberlangsungan proses-proses di dalam tubuh
2.	Karbohidrat	Sumber energi
3.	Protein	Perkembangan dan pergantian jaringan dan asal muasal energi
4.	Lemak	Sumber energi
5.	Vitamin	Menorganisir proses pada tubuh
6.	Mineral	Menata proses pada tubuh, dipakai perkembangan dan pergantian jaringan

4.4 Pemberian Nutrisi

4.4.1 Pemberian Nutrisi Oral (PPNI, 2021)

Definisi: Memberikan makanan lewat mulut merupakan suatu proses yang memenuhi makanan dan minuman via oral pasien.

Tujuan: Mencukupi dan menyeimbangkan makanan buat pasien dan mensosialisasi antar pasien dan perawat

Persiapan Alat:

1. Satu piring berisi nasi, sayur dan lauk pauk
2. Sendok
3. Garpu
4. Satu gelas minuman dan penutup
5. Sedotan
6. Tissue dan tempatnya
7. Pengalas

8. Tempat baki untuk membawa makanan

Fase Persiapan:

1. Mengidentifikasi data diri pasien
2. Mempersiapkan peralatan dan bahan yang dipakai
3. Mencuci tangan

Fase Komunikasi:

1. Memperkenalkan diri
2. Menjelaskan tujuan intervensi yang dilakukan ke pasien
3. Menjaga kenyamanan pasien dan mengatur kamar pasien
4. Membuat posisi pasien nyaman

Fase Kerja:

1. Mendekatkan alat-alat
2. Menggunakan handscoon bersih
3. Memberikan pasien posisi nyaman
4. Meletakkan pengalas di bawah dagu pasien
5. Memberikan posisi duduk dalam memudahkan pekerjaan
6. Menawari pasien minum
7. Menyuapi pasien makanan sedikit demi sedikit memakai sendok dan garpu
8. Memperhatikan apakah makanan sudah habis di konsumsi oleh pasien
9. Memberikan pasien minum
10. Membersihkan sekitar gigi dan bibir pasien dengan menggunakan tissue.
11. Merapihkan dan membereskan peralatan yang dipakai oleh pasien
12. Membuka handscoon pasien

Fase Akhir:

1. Mencuci tangan
2. Mengevaluasi pasien tentang aktivitas yang sudah dilaksanakan

Mendokumentasi:

1. Mencatat respons intervensi yg sudah dilaksanakan
2. Mencatat tanggapan dari pasien
3. Menyampaikan perolehan pemeriksaan ke pasien
4. Mengkontrak intervensi berikutnya ke pasien

4.4.2 Pemasangan Selang makan (Atoilah dan Kusnandi, 2013)

Definisi: Memberi makanan liquid ke pasien yang tidak bisa makan oral sehingga membutuhkan penggunaan naso gastric tube / NGT (selang makan) ke dalam lambung

Tujuan: Terpenuhinya kebutuhan nutrisi bagi klien yang opname

Indikasi:

1. Pasien yang tidak bisa makan sendiri karena tindakan medis: operasi mulut, operasi rahang dll
2. Pasien yang tidak bisa makan oral akibat penyakitnya seperti marasmus berat, kanker mulut, pasien koma, bayi prematur dll

Peralatan:

1. Selang NGT
2. Corong
3. Makanan liquid
4. Bengkok
5. Perlak
6. Gelas dan air

7. Mangkok dan air
8. Sarung Tangan steril
9. Arteri klem dan pingset
10. Plester
11. Stetoskop
12. Spluit 10 cc

Prosedur Kerja:

1. Mengatur posisi pasien (fowler/ semi fowler)
2. Memasang screen tirai (Jaga privacy)
3. Mendekatkan peralatan
4. Memasang perlak dan alas di atas chest pasien
5. Mencuci tangan
6. Meletakkan bengkok dibawah dagu
7. Memasang sarung tangan
8. Mengukur NGT dari epigastrium ke kening (40 cm utk pasien dewasa)
9. NGT dimasukkan ke hidung atau mulut sambil meminta pasien menelan dengan memakai pingset dan ujung NGT dalam tertutup
10. Pastikan NGT sudah masuk ke lambung
11. Memasang corong diatas pasien (30 cm)
12. Memasukan makanan liquid ke corong dalam posisi diatas pasien. Klem selang bila makanan habis. Buka klem selang bila makanan masih ada di selang
13. Memperhatikan reaksi pasien dan jangan ada udara masuk ke selang
14. Makanan bisa dicampur dengan obat
15. Setelah makan habis, membersihkan makanan dengan air minum sekitar 30 cc.

16. Menutup selang dengan difiksasi plester atau memasang syringe.
17. Mengangkat perlak dan pengalas
18. Membereskan peralatan dan membersihkan pasien
19. Mencuci tangan

Hal-hal yang perlu di perhatikan:

1. Waktu pemberian
2. Jenis dan volume makanan
3. Reaksi pasien
4. Nama Perawat yang melakukan
5. Ujung NGT dimasukkan ke kom air, hasilnya ada gelembung jika selang masuk ke paru-paru
6. Mendengarkan ke stetoskop diatas epigastrium lalu masukan udara melalui syringe, hasilnya terdengar bunyi keras berarti selang masuk ke lambung

4.4.3 Pengukuran Antropometri

Definisi: Pengukuran antropometri merupakan suatu tindakan mengukur height, weight, tebal lipatan kulit dan lingkaran tubuh kepala, dada & tangan bagian atas.

Tujuan: Melakukan evaluasi dan kaji perkembangan, status nutrisi dan energi badan.

Tinggi badan (TB): Mengukur TB orang dewasa & anak kecil dilaksanakan dengan posisi berdiri tidak memakai sepatu/sandal dan bayi dengan berbaring. Pasien penyakit trauma & fraktur tulang belakang, mengukur tinggi badan dengan berbaring. Satuannya yaitu cm atau inci.

Berat Badan (BB): Untuk mengukur BB dengan timbangan manual atau digital. Ada beberapa kondisi yang perlu dipertimbangkan yaitu: alat yang digunakan setiap menimbang harus sama, dilakukan dengan kaki telanjang, pakaian tidak tebal, waktu penimbangan sama

Tebal lipatan kulit: Tujuannya adalah menentukan presentase lemak tubuh dan menggambarkan massa otot, jumlah lemak di jaringan subkutan dan kalori serta mengetahui malnutrisi, normalnya BB atau kegemukan. Daerah yang diukur yaitu lipatan kulit trisep (TSF/ tricep skinfold), skapula dan suprailiaka.

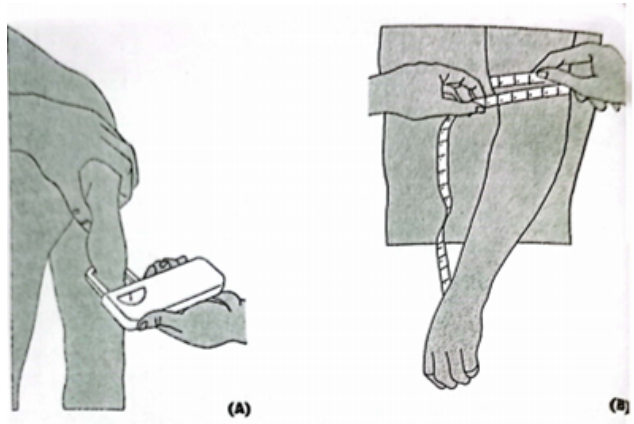
Hal yang perlu diperhatikan:

1. Menganjurkan buka baju yang berguna mengurangi kesalahan pada hasil ukuran.
2. Memperhatikan kerahasiaan & kenyamanan pasien.
3. Untuk mengukur TSF, prioritaskan tangan yang tidak dominan, pada titik tengah lengan atas & dilaksanakan saat rileks. Peralatan yang dipakai yaitu kaliper.

Lingkar Tubuh:

Daerah yang digunakan adalah untuk mengukur kelapa, dada dan otot bagian tengah lengan atas. Lingkar dada dan kelapa dimanfaatkan untuk mengetahui bertumbuhnya & berkembangnya otak bayi. Lingkar lengan atas (LLA) dan lingkar otot lengan atas (LOLA) dipakai menilai status nutrisi. Satuan LLA ialah cm dan peralatan yaitu alat ukur yang dipakai tukang jahit serta dilaksanakan pada titik tengah lengan yang sering tidak dipakai.

Lingkar pergelangan tangan berguna pemberian nilai bentuk atau kerangka manusia. Untuk menilainya dengan meletakkan di sekeliling bagian distal pergelangan tangan dekat prosesus stiloideus. Hasil > 10,4 cm berarti kerangka atau bentuk tubuh besar. Hasil 9,6-10,4 cm artinya bentuk sedang. Jika < 9,6 cm berarti kecil.



Gambar 4.2: Mengukur Antrometrik untuk menilai status nutrisi (A) Mengukur lipatan kulit (B) Lingkar lengan atas (Mubarak dan Chayatin, 2016)

4.5 Asuhan Keperawatan Yang Berhubungan Dengan Nutrisi

4.5.1 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Atoilah dan Kusnandi (2013), Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), nursing diagnosa pasien gangguan nutrisi adalah:

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanana ditandai dengan nafsu makan pasien menurun (D.0019)
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan diatndai dengan pasien merasa lemah, letih dan lesu (D.0056).
3. Berat badan lebih berhubungan dengan kelebihan konsumsi gula ditandai dengan IMT $> 25 \text{ kg/m}^2$ (pada dewasa) (D.0018)
4. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal ditandai dengan defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam (D.0020)

5. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan konsistensi feses membaik (D.0049)

4.5.2 Rencana Tindakan Keperawatan

Luaran kriteria hasil dan intervensi pasien Diabetes Mellitus terdiri dari:

Tabel 4.2: Tujuan kriteria hasil dan intervensi Gangguan nutrisi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tujuan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi/ Implementasi
Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan keadaan nutrisi teratasi (L.03030) dengan kriteria hasil: 1.BB kembali normal (5) 2.IMT membaik (5) 3. Jumlah Makan meningkat(5) 4. Selera Makan meningkat (5) 5. Bising usus kembali normal (5)	Intervensi Utama: Manajemen Nutrisi (I.03119) <u>Observasi:</u> 1. Observasi kondisi nutrisi 2. Kaji alergi dan intoleransi makanan 3. Cek makanan favorite 4. Kaji intake nutrisi 5. Observasi <i>weight</i> <u>Terapeutik:</u> 1.Menyikat gigi <i>before eat</i> bila dibutuhkan 2. menyediakan santapan makan yang baik & hangat 3. Beri nutrisi yang banyak serat 4. Beri nutrisi kalori dan protein yang tinggi 5.Beri suplemen nutrisi bila dibutuhkan <u>Edukasi:</u> 1.Beri nasehat untuk melakukan duduk bila

	mampu 2. Anjurkan program makanan <u>Kolaborasi:</u> 1. Beri pengkolaborasian obat-obatan <i>before eat</i> jika diperlukan 2. Rujuk ke tim gizi
--	---

Tabel 4.3: Intoleransi Aktivitas

Tujuan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan Keperawatan
Setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas teratasi (L.05047) dengan kriteria hasil: 1. <i>Heart Rate</i> meningkat (5). 2. Mudah beraktivitas seharian meningkat (5). 3. Lelah berkurang (5). 4. Sesak nafas ketika dan setelah beraktivitas berkurang (5). 5. Tekanan Darah Membaik (5)	Manajemen Energi (I.05178) <u>Observasi:</u> 1. Observasi fisik dan emosi yang lelah 2. Monitor model dan waktu istirahat <u>Terapeutik:</u> 1. Ciptakan ruangan yang sejuk dan kurangnya perangsang 2. Ajarkan <i>Range Of Motion</i> <u>Edukasi:</u> 1. Nasehati ke pasien untuk <i>bed rest total</i> 2. Ajarkan beraktivitas perlahan-lahan <u>Kolaborasi:</u> 1. Kolaborasi ke tim gizi tentang cara membuat nafsu dan masuknya makanan ke dalam tubuh bertambah

Tabel 4.4: Berat badan lebih

Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 jam diharapkan berat badan membaik (L.03018) dengan kriteria hasil: 1.Weight pasien berkurang 2. IMT Kembali normal	Manajemen Berat Badan (I. 03097) <u>Observasi</u> 1.Observasi kondisi Kesehatan klien yang dapat mempengaruhi berat badan <u>Terapeutik</u> 1.Menghitung weight normalnya pasien 2. Memfasilitasi dan tentukan target weight yang normal <u>Edukasi</u> 1. Menjelaskan korelasi intake, aktivitas dan bertambahnya serta berkurangnya <i>weight</i> pasien 2. Menerangkan penyebab BB berlebih dan berkurang 3. Menganjurkan menulis BB setiap minggu bila diperlukan 4. Menganjurkan menulis intake, Latihan fisik dan BB yang berubah

Tabel 4.5: Diare

Tujuan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan Keperawatan
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik (L.04033) dengan kriteria hasil: 1.Bisa mengontrol keluarnya feses bertambah (5) 2.Buang air besar lama dan susah berkurang (5) 3.Saat Buang air besar, mengejan berkurang (5) 4.Konsistensi feses meningkat (5)	Manajemen Diare (I.03101) <u>Observasi</u> 1.Kaji etiologi mencepet 2.Observasi kronologis mengkonsumsi makan pasien 4.Observasi jumlah dan bentuk diare 5. Kaji sign & symphoms hypovolemia 6.Observasi iritasi dan ulserasi di area

5. Jumlah defekasi menurun (5) 6. Suara bising usus normal (5)	bokong 7. Kaji frekuensi mencret 8. Observasi amannya dalam <i>food packing</i> <u>Terapeutik</u> 1. Berikan intake minuman 2. Pasang infus 3. Lakukan periksa darah 4. Periksa konsistensi BAB 5. Menganjurkan makan sedikit demi sedikit 6. Menganjurkan menghindari makan pencetus gas 7. Menganjurkan melanjutkan menyusui <u>Kolaborasi</u> 1.. Beri obat anti diare
---	---

Tabel 4.6: Konstipasi

Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi/ Implementasi
Setelah dilakukan intervensi selama 3x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik (L.04033) dengan kriteria hasil: 1. Pasien bisa mengontrol buang air besar bertambah (5) 2. Pasien mengeluh Buang air besar lama berkurang (5) 3. Pasien mengejan saat Buang Air Besar berkurang (5) 4. Konsistensi defekasi bertambah (5) 5. Frekuensi defekasi bertambah (5) 6. Bising usus normal (5)	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) <u>Observasi</u> 1. Kaji problema usus dan pemakaian obat laksatif 2. Observasi obat yang berdampak ke saluran pencernaan 3. Kaji BAB 4. Identifikasi <i>sign & symptoms</i> diare, konstipasi / impaksi <u>Terapeutik</u> 1. Memberikan minum hangat 2. Menjadwalkan waktu BAB dengan klien 3. Menyediakan makanan berserat

	<u>Edukasi</u> 1.Menganjurkan menulis jumlah dan bentuk BAB 2.Menganjurkan Menambah aktivitas sesuai kemampuan 3.Menganjurkan untuk mengurangi makanan pencetus gas 4.Menganjurkan makan berserat 5.Menganjurkan banyak minum <u>Kolaborasi</u> 1.Beri obat laksatif via dubur
--	---

Bab 5

Teknik Mobilisasi Pasien

5.1 Pendahuluan

Mobilitas adalah kemampuan untuk beraktivitas dan gerakan yang mencakup berjalan, berlari, duduk, berdiri, mengangkat, mendorong, menarik, dan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL). Mobilitas sering dianggap sebagai indikator status kesehatan karena memengaruhi fungsi banyak sistem tubuh, terutama sistem pernapasan, gastrointestinal, dan saluran kemih. Mobilitas meningkatkan tonus otot, meningkatkan tingkat energi, dan dikaitkan dengan manfaat psikologis seperti kemandirian dan kebebasan (DeLaune & Ladner, 2011).

Tingkat mobilitas memiliki dampak yang signifikan pada kesejahteraan fisiologis, psikososial, dan perkembangan seseorang (Janelli et al., 2009). Ketika mobilitas mengalami perubahan, banyak sistem tubuh berisiko mengalami gangguan. Mobilitas yang terganggu dapat mengakibatkan perubahan fungsi kardiovaskular, gangguan fungsi metabolisme normal, peningkatan risiko komplikasi paru-paru, perkembangan ulkus dekubitus,

dan perubahan eliminasi urin (Huether dan McCance 2008; Lewis et al., 2011).

Tingkat keparahan gangguan mobilitas bergantung pada usia pasien, status kesehatan secara keseluruhan, status gizi, dan tingkat imobilitas yang dialami. Misalnya, efek imobilitas yang nyata berkembang lebih cepat pada orang dewasa yang lebih tua dengan penyakit kronis daripada pada pasien yang lebih muda (Touhy et al., 2010). Orang dewasa yang lebih tua berisiko lebih besar mengalami hipotensi ortostatik, sinkop, kebingungan, peningkatan risiko patah tulang, dan inkontinensia fungsional sebagai akibat dari penurunan mobilitas akibat istirahat di tempat tidur (Craig et al., 2010; Johnson et al., 2009). Peningkatan aktivitas dan olahraga dapat mengurangi lamanya rawat inap dan biaya untuk orang dewasa yang lebih tua yang dirawat di rumah sakit.

Perubahan dalam mobilitas dapat memiliki dampak psikososial dan perkembangan. Imobilisasi sering kali menyebabkan perubahan emosional, intelektual, sensorik, dan sosial budaya. Bagi orang dewasa muda dan tua, imobilitas dapat mengubah pekerjaan, fungsi peran keluarga, dan interaksi sosial. Perubahan tersebut dapat menyebabkan perubahan konsep diri, penurunan harga diri, dan depresi. Anak-anak juga terpengaruh oleh imobilitas. Aktivitas bagi mereka adalah cara melepaskan energi dan mengekspresikan diri. Ketika kehilangan aktivitas fisik, anak-anak menjadi gelisah dan bahkan mungkin menunjukkan tanda-tanda kemarahan dan agresi (Hockenberry dan Wilson, 2011).

Perubahan mobilitas pasien disebabkan oleh berbagai masalah kesehatan. Misalnya, kondisi muskuloskeletal seperti fraktur ekstremitas atau terkilirnya otot, kondisi neurologis seperti trauma sumsum tulang belakang, kondisi neurologis degeneratif seperti miastenia gravis, dan cedera kepala. Beberapa pasien diimobilisasi karena alasan terapeutik (misalnya, istirahat di tempat tidur atau aktivitas yang dikurangi). Tindakan keperawatan berupaya untuk mempertahankan dan/atau memulihkan mobilitas optimal dan mengurangi bahaya yang terkait dengan imobilitas. Reposisi yang sering, latihan pernapasan dalam dan batuk, latihan otot dan sendi,

peningkatan asupan cairan, dan asupan makanan yang mengandung serat adalah contoh tindakan yang membantu mengurangi bahaya imobilitas (Potter & Perry, 2014).

5.2 Bukti Ilmiah dan Penerapan Dalam Praktik Keperawatan

Lansia mengalami penurunan aktivitas fisik dan beberapa perubahan pada persendian yang dapat rentan terhadap masalah mobilitas. Dalam penelitian terkini, waktu yang dihabiskan untuk aktivitas fisik aktif, bahkan 1-2 jam per hari, menghasilkan risiko kematian yang jauh lebih rendah (15% hingga 35%) dibandingkan dengan tidak ada waktu untuk aktivitas aktif (Paganini-Hill et al., 2011).

Ada bukti kuat bahwa olahraga dan aktivitas fisik membantu lansia mempertahankan gaya hidup aktif, meningkatkan kualitas hidup, dan mencegah cedera (Potter & Perry, 2014):

1. Sumber daya untuk program latihan perlu direncanakan. Latihan menahan beban dan ketahanan memperlambat pengeroposan tulang lebih lanjut dan mencegah patah tulang pada orang dewasa yang lebih tua dengan osteoporosis (De Kam et al., 2009; Touhy et al., 2010).
2. Rekomendasikan program latihan ketahanan dan kelincahan. Bentuk-bentuk latihan ini mengurangi rasa takut jatuh dan meningkatkan rasa kesejahteraan pada orang dewasa yang lebih tua (De Kam et al., 2009; Sherrington et al., 2008).
3. Konsultasikan dengan penyedia layanan kesehatan sebelum memulai program latihan, terutama jika ada penyakit jantung atau paru-paru dan penyakit kronis lainnya (Chodzko-Zajko et al., 2009).

4. Saat menyusun program latihan untuk lansia, pertimbangkan tidak hanya tingkat aktivitas, rentang gerak, kekuatan dan tonus otot, serta respons terhadap aktivitas fisik, tetapi juga minat, kapasitas, dan keterbatasan lansia.

Menilai harapan pasien, terkait aktivitas dan latihan serta menentukan persepsinya tentang apa yang normal atau dapat diterima merupakan hal yang paling penting. Misalnya, salah satu faktor yang memengaruhi aktivitas fisik adalah terbebas dari rasa sakit. Jika latihan terasa menyakitkan atau melelahkan bagi pasien, komitmen terhadap intervensi yang diinginkan mungkin kurang.

Saat membantu latihan rentang gerak atau ambulasi, ingatlah bahwa aktivitas ini dapat menempatkan pasien dalam posisi yang dapat memalukan. Sediakan pakaian yang melindungi privasi pasien. Banyak budaya yang menekankan kesopanan, dan pasien dari budaya ini mungkin tidak berpartisipasi dalam tindakan pengobatan karena takut terekspos. Misalnya, wanita Muslim perlu menutupi seluruh tubuhnya saat berada di depan umum karena penekanan pada jilbab, atau kesopanan wanita (Potter & Perry, 2014).

Penerapan Pedoman Keselamatan dalam melakukan mobilisasi pada pasien perlu diperhatikan antara lain:

1. Dapatkan dan identifikasi semua jenis alat bantu yang akan digunakan. Pengetahuan tentang persiapan dan penggunaan alat bantu yang tepat diperlukan untuk mengajarkan pasien cara menggunakannya dengan aman dan benar.
2. Persiapkan pasien. Pastikan mereka beristirahat dan tidak kelelahan.
3. Dapatkan personel tambahan untuk membantu; gunakan alat bantu keselamatan dan sepatu datar antiselip untuk pasien.
4. Atasi rasa takut pasien untuk jatuh jika ada.

5. Tentukan jenis dan frekuensi intervensi. Aktivitas yang sesuai untuk 1 hari atau satu shift dapat berubah, yang mengakibatkan kebutuhan bantuan untuk berjalan meningkat atau menurun atau perubahan jenis intervensi.
6. Ketahui rencana perawatan pasien di rumah. Pasien mungkin perlu melanjutkan latihan atau menggunakan alat bantu di rumah.

5.3 Fisiologi Mobilisasi

Mobilitas diatur oleh upaya terkoordinasi dari sistem muskuloskeletal dan neurologis. Fungsi utama sistem muskuloskeletal adalah untuk menjaga keselarasan tubuh dan memfasilitasi mobilitas (Potter & Perry, 2014).

5.3.1 Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal (tulang, tulang rawan, sendi, tendon, ligamen, bursa, dan otot) memiliki beberapa fungsi. Tulang merupakan fondasi sistem muskuloskeletal. Mobilitas dan kapasitas menahan beban berhubungan langsung dengan ukuran dan bentuk tulang. Sendi bekerja sama dengan otot untuk memberikan gerakan dan fleksibilitas. Otot rangka yang melapisi sendi mengarahkan gaya yang berlawanan dan, oleh karena itu, menyebabkan gerakan.

Otot pada dasarnya adalah mesin yang mengubah energi menjadi kerja mekanis. Kontraktilitas adalah sifat umum di antara tiga jenis otot: otot polos, otot jantung, dan otot rangka. Serat otot rangka dipersarafi oleh saraf somatik dan, oleh karena itu, umumnya berada di bawah kendali kesadaran.

Otot bekerja sama dengan sistem saraf untuk menjaga kesejajaran tubuh dan menyebabkan gerakan. Otot bekerja berpasangan untuk melakukan pekerjaan. Satu otot dari pasangan tersebut menghasilkan gerakan dalam satu arah. Otot lainnya dari pasangan tersebut menghasilkan gerakan ke

arah yang berlawanan. Ketika satu otot dari pasangan tersebut berkontraksi, yang lain menjadi rileks. Tindakan kontraksi dan relaksasi yang berlawanan memungkinkan terjadinya gerakan. Posisi tendon pada tulang dan artikulasi tulang memungkinkan jenis gerakan seperti fleksi, ekstensi, sirkumduksi, rotasi, dan meluncur.

Otot yang menjaga kesejajaran tubuh bekerja sama untuk menstabilkan bagian tubuh di sekitarnya dan untuk menopang berat tubuh. Postur tubuh dipertahankan terutama oleh otot-otot di punggung, leher, badan, dan ekstremitas bawah.

5.3.2 Sistem Neurologis

Kontraksi otot dikendalikan oleh sistem saraf pusat (SSP) dan dipengaruhi oleh pengangkutan nutrisi dan oksigen serta pembuangan produk limbah. SSP yang utuh sangat penting untuk terjadinya gerakan terkoordinasi karena impuls saraf merangsang otot untuk berkontraksi. Myoneural Junction adalah titik di mana ujung saraf bersentuhan dengan sel otot.

Jalur aferen menyampaikan informasi dari reseptor sensorik ke SSP; neuron ini menghantarkan impuls ke seluruh tubuh. SSP memproses masukan sensorik dan menentukan respons. Jalur eferen mengirimkan respons yang diinginkan ke otot rangka melalui sistem saraf somatik. Jika impuls saraf terputus, otot menjadi lumpuh dan tidak dapat berkontraksi.

Propriosepsi adalah kesadaran akan postur, gerakan, dan perubahan keseimbangan serta pengetahuan tentang posisi, berat, dan hambatan benda dalam kaitannya dengan tubuh. Ujung saraf (proprioceptor) pada otot, tendon, dan sendi terus-menerus memberikan masukan ke otak, yang selanjutnya mengatur gerakan tak sadar yang halus dan terkoordinasi. Refleks Postur Tubuh Tonus postur dipertahankan oleh refleks postur atau refleks meluruskan tubuh.

5.4 Melakukan Latihan Rentang Gerak (ROM)

Latihan rentang gerak (ROM) dapat berupa latihan aktif, pasif, atau dengan bantuan aktif. Latihan tersebut bersifat aktif jika pasien mampu melakukan latihan secara mandiri dan pasif jika latihan tersebut dilakukan untuk pasien oleh perawat atau keluarga. Dalam setiap aspek aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL), dorong pasien untuk menjadi semandiri mungkin. Dorong dan awasi pasien untuk melakukan latihan ROM aktif dan pasif. Gabungkan latihan ROM aktif dalam ADL pasien (Tabel 10-1). Gabungkan ROM pasif ke dalam aktivitas mandi dan makan. Berkolaborasi dengan pasien untuk mengembangkan jadwal aktivitas ROM. (Potter & Perry, 2014)

Delegasi dan Kolaborasi

Keterampilan melakukan latihan ROM dapat didelegasikan kepada asisten perawat. Pasien dengan trauma sumsum tulang belakang atau ortopedi biasanya memerlukan latihan ROM oleh perawat profesional atau terapis fisik.

Perawat mengarahkan asisten perawat untuk:

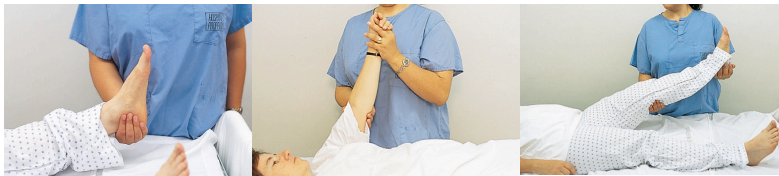
1. Melakukan latihan secara perlahan dan memberikan dukungan yang memadai pada setiap sendi yang sedang dilatih.
2. Tidak melatih sendi melebihi batas resistensi atau hingga kelelahan atau nyeri.
3. Membahas keterbatasan individu pasien atau kondisi yang sudah ada sebelumnya seperti artritis, yang dapat memengaruhi ROM.

Peralatan:

1. Tidak memerlukan peralatan mekanis atau fisik
2. Sarung tangan bersih (opsional)

Langkah Prosedural:

1. Kaji dan lakukan penilaian fisik pasien, intruksi dokter, diagnosis medis, riwayat medis, dan kemajuan dari sebelumnya.
2. Dapatkan data tentang fungsi sendi dasar pasien. Amati keterbatasan mobilitas sendi, kemerahan, atau rasa hangat pada sendi; nyeri sendi; deformitas; atau krepitasi yang disebabkan oleh gerakan sendi.
3. Tentukan kesiapan pasien atau keluarga untuk belajar.
4. Jelaskan tujuan latihan ROM dan peragakan latihan yang akan dilakukan.
5. Kaji tingkat nyeri pasien sebelum latihan.
6. Tentukan perlunya obat pereda nyeri sebelum memulai latihan ROM.
7. Lakukan cuci tangan dan pakai sarung tangan bersih
8. Bantu pasien ke posisi yang nyaman, sebaiknya duduk atau berbaring.
9. Saat melakukan latihan ROM aktif atau pasif, dukung sendi dengan memegang bagian distal ekstremitas atau gunakan tangan yang ditangkupkan untuk mendukung sendi.



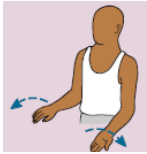
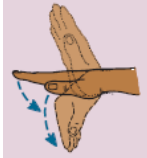
Gambar 5.1: A. Dukung sendi dengan memegang area distal dan proksimal yang berdekatan dengan sendi. B, Dukung sendi dengan menggendong bagian distal ekstremitas. C. Gunakan tangan yang ditangkupkan untuk menyangga sendi. (Perry et al., 2014)

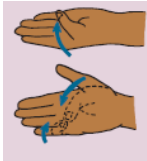
Tabel 5.1: Mengintegrasikan Latihan Rentang Gerak Aktif ke dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (Perry et al., 2014)

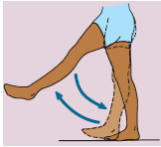
Sendi yang dilatih	Aktivitas sehari-hari	Gerakan
leher	Menganggukkan kepala Menggelengkan kepala Menggerakkan telinga kanan ke bahu kanan Menggerakkan telinga kiri ke bahu kiri	Fleksi Bukan rotasi Flexi lateral Flexi lateral
bahu	Menggapai untuk menyalakan lampu langit-langit Menggapai ke tempat tidur untuk mengambil buku Memutar bahu ke arah dada Memutar bahu ke arah punggung	Fleksi, ekstensi Hiperekstensi Abduksi Adduksi
Siku	Makan, mandi, bercukur, berdandan	Fleksi, ekstensi
Pergelangan tangan	Makan, mandi, bercukur, berdandan	Fleksi, ekstensi, deviasi ulnaris/radial
Jari dan ibu jari	Semua aktivitas yang memerlukan koordinasi motorik halus (misalnya, menulis, makan, melukis)	Fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, oposisi
Pinggul	Berjalan Bergerak ke posisi berbaring miring Bergerak dari posisi berbaring miring Menggulung kaki ke dalam Menggulung kaki ke luar	Fleksi, ekstensi, hiperekstensi Flexi, ekstensi, abduksi Ekstensi, adduksi Rotasi internal Rotasi eksternal
Lutut	Berjalan Bergerak ke dan dari posisi berbaring miring	Fleksi, ekstensi Flexi, ekstensi
Pergelangan kaki	Berjalan Menggerakkan jari kaki ke arah kepala tempat tidur Menggerakkan jari kaki ke arah kaki tempat tidur	Dorsifleksi, plantar fleksi Dorsifleksi Plantar fleksi
Jari kaki	Jalan kaki Menggoyangkan jari kaki	Ekstensi,hiperekstensi Abduksi, adduksi

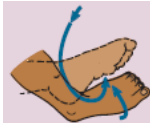
Tabel 5.2: Rentang Gerak Sendi

Bagian Tubuh	Jenis Sendi	Jenis Gerakan	Jangkauan (Derajat)	Otot Utama
Sendi Bahu	bola dan soket	Fleksi: Angkat lengan dari posisi samping ke depan ke posisi di atas kepala. Ekstensi: Kembalikan lengan ke posisi di samping tubuh. Hiperekstensi: Gerakkan lengan di belakang tubuh, jaga siku tetap lurus.	45-60 180 45-60	Coracobrachialis, deltoid, pectoralis mayor Latissimus dorsi, teres mayor, triceps brachii Latissimus dorsi, teres mayor, Deltoid
		Abduksi: Angkat lengan ke samping hingga berada di atas kepala dengan telapak tangan menjauh dari kepala. Adduksi: Turunkan lengan ke samping dan melintasi tubuh sejauh mungkin.	180 320	Deltoid, supraspinatus Pectoralis mayor
		Abduksi: Angkat lengan ke samping hingga berada di atas kepala dengan telapak tangan menjauh dari kepala. Adduksi: Turunkan lengan ke samping dan melintasi tubuh sejauh mungkin.	180 320	Deltoid, supraspinatus Pectoralis mayor
		Sirkumduksi: Gerakkan lengan dalam lingkaran penuh,	360	Deltoid, coracobrachialis, latissimus dorsi, teres mayor

Bagian Tubuh	Jenis Sendi	Jenis Gerakan	Jangkauan (Derajat)	Otot Utama
Siku	Engsel 	Fleksi: Tekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke arah sendi bahu dan tangan sejajar dengan bahu. Ekstensi: Luruskan siku dengan menurunkan tangan.	150 150	Bisep brakialis, brakialis, Brakioradialis Trisep brakialis
Lengan Bawah:	Pivotal 	Supinasi: Putar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas. Pronasi: Putar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.	70-90 70-90	Supinator, bisep brakialis Pronator teres, pronator quadratus
Pergelangan Tangan	Kondiloid,  	Fleksi: gerakkan telapak tangan ke arah bagian dalam lengan bawah. Ekstensi: Gerakkan jari dan tangan ke belakang garis tengah. Hiperekstensi: Bawa permukaan punggung tangan sejauh mungkin. Deviasi radial: Tekuk pergelangan tangan ke arah medial ke arah ibu jari. Deviasi ulnaris: Tekuk pergelangan tangan ke arah lateral ke arah jari kelima.	80-90 80-90 80-90 Hingga 30 30-50	Fleksor karpi ulnaris, fleksor karpi radialis Ekstensor karpi radialis brevis, ekstensor karpi radialis longus, ekstensor karpi ulnaris Ekstensor karpi radialis brevis, ekstensor karpi radialis longus, Fleksor karpi radialis brevis, ekstensor karpi radialis brevis, ekstensor karpi radialis longus Fleksor karpi ulnaris, ekstensor karpi ulnaris
Bagian	Jenis Sendi	Jenis Gerakan	Jangkauan	Otot Utama

Tubuh			(Derajat)	
Jari	Engsel kondiloid 	Fleksi: Kepalkan tangan. Ekstensi: Luruskan jari. Hiperekstensi: Tekuk jari ke belakang sejauh mungkin mungkin. Abduksi: Rentangkan jari-jari. Adduksi: Satukan jari-jari.	90 90 30-60 30 30	Lumbricales, interosseus volaris, interosseus dorsalis Ekstensor digiti quinti proprius, ekstensor digitorum communis, ekstensor indicis proprius Ekstensor digitorum Interosseus dorsalis Interosseus volaris
Ibu jari	Pelana 	Fleksi: Gerakkan ibu jari melintasi palmar permukaan tangan. Ekstensi: Langsung gerakkan ibu jari dari tangan. Abduksi: Rentangkan ibu jari ke samping Adduksi: Gerakkan ibu jari ke belakang tangan. Oposisi: Sentuhkan ibu jari ke masing-masing jari dari tangan yang sama.	90 90 30 30	Fleksor pollicis brevis Extensor pollicis longus, extensor pollicis brevis Abductor pollicis brevis and Longus Adduktor pollicis obliquus, adduktor pollicis transversus Opponens pollicis, opponens digiti Minimi
Bagian Tubuh	Jenis Sendi	Jenis Gerakan	Jangkauan (Derajat)	Otot Utama

Pinggul	Ball dan soket			
		Fleksi: Gerakkan kaki ke depan dan ke atas. Ekstensi: Gerakkan kaki ke belakang di samping kaki lainnya.	90-120 90-120	Psoas mayor, iliacus, sartorius Gluteus maximus, semitendinosus, semimembranosus
		Hiperekstensi: Gerakkan kaki sejauh mungkin di belakang tubuh.	30-50	Gluteus maximus, semitendinosus, semimembranosus
		Abduksi: Gerakkan kaki ke samping menjauhi tubuh. Adduksi: Gerakkan kaki kembali ke posisi medial dan lebih jauh jika memungkinkan.	30-50 30-50	Gluteus medius, gluteus minimus Adductor longus, adductor brevis, adductor magnus
		Rotasi internal: Putar kaki dan kaki ke arah kaki lainnya. Rotasi eksternal: Putar kaki menjauh dari kaki lainnya.	90 90	Gluteus medius, gluteus minimus, tensor fasciae latae Obturatorius internus, obturatorius eksternus, kuadratus femoris, piriformis, gemellus superior dan gluteus maximus
		Sirkumduksi: Gerakkan kaki membentuk lingkaran.	120-130	Psoas mayor, gluteus maximus, gluteus medius, adductor magnus
Bagian Tubuh	Jenis Sendi	Jenis Gerakan	Jangkauan (Derajat)	Otot Utama

Lutut	Engsel 	Fleksi: Bawa tumit kembali ke belakang paha. Ekstensi: Kembalikan kaki ke lantai.	120-130 120-130	Bisep femoris, semitendinosus, semimembranosus, sartorius Rektus femoris, vastus lateralis, vastus medialis, vastus intermedius
Pergelangan kaki	Engsel 	Fleksi dorsal: Gerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menunjuk ke atas. Fleksi plantar: Gerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menunjuk ke bawah.	20-30 45-50	Tibialis anterior Gastrocnemius, soleus
Kaki	Meluncur 	Inversi: Putar telapak kaki ke arah medial. Eversi: Putar telapak kaki ke arah lateral.	10 atau kurang 10 atau kurang	Tibialis anterior, tibialis posterior Peroneus longus, peroneus brevis
Jari kaki	Kondiloid  	Fleksi: Tekuk jari kaki ke bawah. Ekstensi: Luruskan jari kaki. Abduksi: Rentangkan jari-jari kaki. Adduksi: Satukan jari-jari kaki.	30-60 30-60 15 atau kurang	Flek. digitorum, lumbricalis pedis, fleksor hallucis brevis Ekstensor digitorum longus, ekstensor digitorum brevis, ekstensor hallucis longus

5.5 Membantu Berjalan dan Menggunakan Tongkat, Kruk, dan Alat Bantu Jalan

Pasien yang tidak dapat bergerak bahkan untuk waktu yang singkat mungkin memerlukan bantuan untuk berjalan. Pasien yang *bedrest* atau tidak mampu bergerak di tempat tidur yang lama, terdapat risiko hipotensi ortostatik. Hipotensi ortostatik atau hipotensi postural adalah penurunan tekanan darah yang terjadi ketika pasien berubah dari posisi horizontal ke vertikal, ketika bangun untuk duduk atau berdiri.

Penurunan tekanan darah lebih dari 20 mm Hg pada tekanan sistolik atau 10 mm Hg pada tekanan diastolik dengan gejala pusing, pening, mual, takikardia, pucat, dan pingsan menunjukkan hipotensi ortostatik (Lewis et al., 2011; Thompson et al., 2011). Sebelum berjalan, pasien memerlukan tindakan perawatan untuk mempertahankan tonus otot, meningkatkan aliran balik vena ke jantung, dan mengurangi stasis darah di ekstremitas bawah. Gunakan tindakan pencegahan keselamatan sebelum dan selama berjalan untuk mengendalikan hipotensi ortostatik dan risiko terjatuh.

Seorang pasien mungkin memerlukan penggunaan alat bantu untuk membantu ambulasi. Penggunaan alat bantu meningkatkan stabilitas, menyokong pinggul, lutut, atau pergelangan kaki. Tongkat standar, yang memberikan keseimbangan dan dukungan fisik minimal, kruk dan alat bantu jalan, dapat digunakan oleh pasien dengan keterbatasan menahan beban pada satu atau lebih kaki. Pemilihan perangkat yang tepat bergantung pada usia pasien, diagnosis, koordinasi otot, dan kemudahan manuver (Pierson dan Fairchild, 2008). Penggunaan alat bantu dapat bersifat sementara (misalnya, selama pemulihan dari ekstremitas yang patah atau operasi ortopedi) atau permanen (misalnya, pasien dengan kelumpuhan atau kelemahan permanen pada ekstremitas bawah).

Tongkat (Cane) adalah alat yang ringan dan mudah dipindahkan yang panjangnya sekitar pinggang dan terbuat dari kayu atau logam. Tongkat

membantu menjaga keseimbangan dengan memperlebar dasar penyangga. Tongkat diindikasikan untuk pasien dengan hemiparesis dan digunakan untuk mengurangi ketegangan pada sendi yang menahan beban. Tongkat tidak direkomendasikan untuk pasien dengan kelemahan tungkai bilateral; kruk atau alat bantu jalan lebih cocok untuk pasien tersebut (Pierson dan Fairchild, 2008).

Ada tiga jenis tongkat yang umum digunakan. Tongkat bengkok standar memberikan penyangga paling sedikit dan digunakan oleh pasien yang hanya membutuhkan sedikit bantuan untuk berjalan. Tongkat ini memiliki pegangan setengah lingkaran, yang memungkinkannya untuk dikaitkan di atas kursi. Tongkat tripod (tongkat piramida) memiliki tiga kaki, dan tongkat quad memiliki empat kaki; kaki tambahan memberikan dasar penyangga yang lebar. Jenis tongkat ini berguna untuk pasien dengan kelumpuhan tungkai unilateral atau parsial. Tongkat tersebut juga memiliki keuntungan karena dapat berdiri sendiri, sehingga membebaskan lengan untuk membantu pasien bangkit dari kursi.

Kruk (Crutch) adalah tongkat kayu atau logam yang menjulur dari tanah hingga hampir ke ketiak. Kruk menghilangkan beban dari satu atau kedua kaki. Alat ini digunakan oleh pasien yang harus memindahkan beban lebih banyak ke lengan mereka daripada yang dapat dilakukan dengan tongkat. Ada tiga jenis Kruk: kruk aksila, kruk Lofstrand, dan kruk platform. Untuk jangka pendek pasien dari segala usia sering menggunakan kruk aksila. Kruk Lofstrand memiliki pegangan tangan dan tali logam yang pas di lengan bawah pasien.

Tali logam dan pegangan tangan disesuaikan agar sesuai dengan tinggi pasien. Jenis tongkat ini berguna untuk pasien dengan cacat permanen seperti paraplegia. Tali logam di lengan menstabilkan dan membantu mengarahkan kruk. Alat ini juga mempunyai keuntungan lain. Pertama, tali melingkar memungkinkan pasien menggunakan tangan mereka untuk aktivitas lain seperti membuka pintu tanpa menjatuhkan kruk.

Kedua, bukaan anterior band memungkinkan pasien untuk melepaskan diri dari kruk jika terjatuh. Pasien yang tidak mampu menahan beban pada

pergelangan tangan mereka menggunakan kruk platform. Kruk ini memiliki palung horizontal tempat pasien dapat meletakkan lengan bawah dan pergelangan tangan mereka serta pegangan vertikal agar pasien dapat memegangnya (Potter & Perry, 2014).

Alat bantu jalan (Walker) adalah alat yang sangat ringan dan mudah dipindah-pindahkan yang tingginya sekitar pinggang, terdiri dari rangka logam dengan pegangan tangan, empat kaki kokoh yang ditempatkan secara luas, dan satu sisi terbuka. Karena memiliki alas penyangga yang lebar, alat bantu jalan memberikan stabilitas dan keamanan yang baik. Alat bantu jalan dapat digunakan oleh pasien yang lemah atau memiliki masalah keseimbangan (Pierson dan Fairchild, 2008).

Selain alat bantu jalan standar, tersedia beberapa model lain: versi yang dapat dilipat yang mudah dibawa, satu dengan tempat duduk yang dapat dilipat, dan satu dengan roda di kaki depannya. Alat bantu jalan beroda berguna bagi pasien yang kesulitan mengangkat alat bantu jalan saat berjalan karena keseimbangan atau daya tahan tubuh yang terbatas. Namun, kekurangannya adalah alat bantu jalan dapat menggelinding ke depan saat beban diberikan (Potter & Perry, 2014).

Delegasi dan Kolaborasi

Keterampilan membantu pasien berjalan dapat dilakukan oleh perawat atau didelegasikan kepada asisten perawat. Beberapa hal yang perlu dipersiapkan:

1. Pasien menggantungkan kaki setelah berbaring di tempat tidur sebelum berjalan.
2. Segera mengembalikan pasien ke tempat tidur atau kursi jika ia merasa mual, pusing, pucat, atau berkeringat dan segera melaporkan tanda dan gejala ini kepada perawat.
3. Pentingnya mengenakan sepatu yang aman dan antiselip dan memastikan bahwa lingkungan bebas dari kekacauan dan tidak ada kelembapan di lantai sebelum pasien berjalan

Peralatan:

1. Alat bantu jalan (tongkat, tongkat jalan, tongkat)
2. Alat pengaman (sabuk berjalan)
3. Sepatu pasien yang pas, datar, dan antiselip
4. Goniometer (opsional)

Tabel 5.3: Penkajian (persiapan pasien)

No	Langkah-langkah	Rasional
1	Tinjau catatan pasien : a. Riwayat medis pasien. b. Tingkat aktivitas pasien sebelumnya. c. Perintah aktivitas saat ini	Obat-obatan tertentu, penyakit kronis, dan riwayat terjatuh dapat memengaruhi kemampuan pasien untuk berjalan secara mandiri. Pasien dapat mudah lelah atau rentan terhadap hipotensi ortostatik jika istirahat di tempat tidur telah berlangsung lama. Memverifikasi apakah alat bantu berjalan diperlukan dan menentukan jumlah aktivitas yang diizinkan.
2	Menilai kesiapan fisik pasien: a. Ukur denyut jantung; tekanan darah; dan bagaimana orientasi pasien terhadap waktu, tempat, dan orang. b. Menilai rentang gerak (ROM), kekuatan otot, koordinasi, dan apakah ada kelainan bentuk kaki. c. Menilai adanya gangguan visual, persepsi, atau sensorik.	Ambulasi setelah imobilitas dapat melelahkan dan membuat stres. Menilai adanya hipotensi ortostatik Pasien yang berorientasi mampu memahami instruksi. Menentukan apakah pasien memiliki cukup fleksibilitas dan kekuatan otot untuk berjalan dengan aman dan apakah ia memerlukan latihan penguatan otot. Menentukan adanya kelainan bentuk kaki yang memengaruhi ambulasi. Menentukan apakah pasien dapat menggunakan alat bantu dengan

	d. Menilai lingkungan yang berpotensi mengancam keselamatan pasien.. e. Nilai tingkat nyeri pasien pada skala 0-10.	aman. Berjalan setelah imobilitas dapat melelahkan dan membuat stres. Melindungi pasien dari potensi cedera Pasien mungkin merasakan nyeri atau takut nyeri akibat latihan. Jika perlu, berikan analgesik 30 hingga 60 menit sebelum latihan.
3	Tentukan pemahaman pasien atau keluarga tentang teknik ambulasi yang akan digunakan.	Pasien yang tidak dapat bergerak dalam waktu lama mungkin ragu untuk berjalan.
4	Tentukan waktu optimal untuk ambulasi.	Kebiasaan pribadi pasien harus dipertimbangkan saat merencanakan aktivitas.
5	Kaji tingkat bantuan yang dibutuhkan pasien.	Demi keselamatan, orang lain mungkin diperlukan pada awalnya untuk membantu ambulasi pasien. Berikan pasien kemandirian sebanyak mungkin.

Tabel 5.4: Perencanaan

	Langkah-langkah	Rasional
1	Hasil yang diharapkan setelah prosedur selesai: • Pasien dapat berjalan tanpa cedera. • Pasien dapat berjalan tanpa kelelahan atau pusing yang berlebihan. • Pasien menunjukkan gaya berjalan yang benar. • Pasien melanjutkan aktivitas sosial dan perawatan diri.	Tindakan pencegahan mencegah hipotensi ortostatik. Tingkat bantuan yang tepat pada alat bantu memastikan keselamatan pasien. Alat bantu yang dipilih memerlukan tenaga minimal. Menunjukkan pembelajaran. Berjalan progresif meningkatkan daya tahan dan kemandirian pasien.
2	Mempersiapkan pasien untuk berjalan: a. Jelaskan alasan melakukan latihan dan tunjukkan teknik berjalan yang spesifik kepada pasien atau keluarga.	Pengajaran dan demonstrasi meningkatkan pembelajaran, mengurangi kecemasan, dan

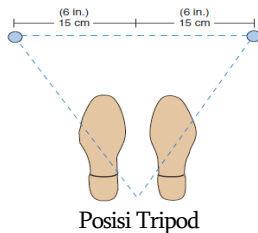
	b. Putuskan bersama pasien seberapa jauh mereka akan berjalan. c. Jadwalkan berjalan di sekitar aktivitas pasien lainnya. d. Letakkan tempat tidur pada posisi rendah dan bantu pasien secara perlahan ke posisi tegak Fowler. Jika di kursi, minta pasien duduk tegak dengan kaki rata di lantai. e. Bantu pasien di tempat tidur ke posisi menggantung di sisi tempat tidur. Pasang sabuk berjalan. (lihat gambar)  Membantu pasien ke sisi tempat tidur f. Bantu pasien yang duduk untuk berdiri dan biarkan berdiri sampai keseimbangan pulih. Dukung dengan memegang sabuk jalan. g. Tanyakan apakah pasien merasa pusing atau pening. Jika pasien tampak pening, dudukkan kembali dan periksa kembali tekanan darah. h. Harus diperhatikan jika pasien memiliki selang infus atau kateter Foley. Tiang infus dengan roda yang dapat didorong saat pasien berjalan. Kantong drainase kateter urin harus tetap berada di atas atau di bawah kandung kemih.	mendorong kerja sama. Tentukan tujuan bersama. Mengambil waktu istirahat terjadwal di antara aktivitas mengurangi kelelahan pasien. Biarkan beberapa menit agar sirkulasi menjadi seimbang. Mencegah hipotensi ortostatik dan potensi cedera. Gerakan kaki dalam posisi menggantung meningkatkan aliran balik vena. Memungkinkan Anda mendeteksi hipotensi ortostatik sebelum berjalan dimulai. Memungkinkan pasien berjalan tanpa beban. Urine dalam selang tidak boleh masuk kembali ke kandung kemih, yang akan meningkatkan risiko infeksi
3	Menentukan ketinggian alat bantu	

berjalan yang tepat:

Pengukuran kruk

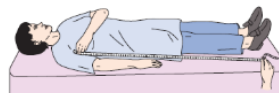
Meliputi tiga area: Tinggi pasien, jarak antara bantalan kruk dan aksila, dan sudut fleksi siku. Gunakan salah satu dari dua metode berikut:

- a. Berdiri: Posisikan kruk dengan ujung kruk pada jarak 15 cm (6 inci) ke samping dan 15 cm di depan kaki pasien (posisi tripod) dan bantalan kruk 5 cm (2 inci) di bawah aksila (Pierson dan Fairchild, 2008) (lihat gambar).



- b. Supinasi: Alas kruk kira-kira selebar 5 cm (2 inci) atau selebar dua hingga tiga jari di bawah aksila dengan ujung kruk diposisikan 15 cm (6 inci) dari tumit pasien (Pierson dan Fairchild, 2008) (lihat gambar).
- c. Instruksikan pasien untuk melaporkan bila kesemutan atau mati rasa di tubuh bagian atas.
- d. Setelah penyesuaian kruk yang benar, dua hingga tiga jari harus pas di antara bagian atas kruk dan aksila (lihat gambar)
- e. Dengan metode pengukuran apa pun, siku ditekuk 15 hingga 30 derajat. Verifikasikan fleksi siku dengan goniometer (lihat gambar).

Saraf radial berjalan di bawah area aksila superfisial. Jika kruk terlalu panjang, dapat menyebabkan tekanan pada aksila dan saraf radial. Cedera pada saraf radial menyebabkan kelumpuhan ekstensor siku dan pergelangan tangan, yang umumnya disebut kelumpuhan kruk. Selain itu, jika kruk terlalu panjang, bahu akan terangkat ke atas, dan pasien tidak dapat mendorong tubuh dari tanah. Jika alat ambulasi terlalu pendek, pasien akan membungkuk dan tidak nyaman.



Posisi Supinasi

Mungkin berarti kruk digunakan secara tidak benar atau ukurannya salah.

Ruang yang cukup mencegah kelumpuhan kruk.

Sudut memastikan bahwa lengan dapat mendorong tubuh dari tanah. Dapatkan goniometer dari departemen terapi fisik.

	 Posisi atas kruk pada aksila f. Selain panjang keseluruhan kruk aksila, tinggi pegangan tangan juga penting. Kedua dimensi dapat disesuaikan dengan baik. Sesuaikan pegangan tangan sehingga siku pasien sedikit ditekuk. Pengukuran tongkat (<i>cone</i>) Pasien memegang tongkat pada sisi yang tidak cedera 10 hingga 15 cm (4 hingga 6 inci) di sisi kaki. Tongkat memanjang dari trokanter mayor ke lantai saat dipegang 15 cm (6 inci) dari kaki. Berikan sekitar 15 hingga 30 derajat fleksi siku.. Pengukuran alat bantu jalan (<i>walker</i>) Bagian atas alat bantu jalan harus sesuai dengan lipatan di pergelangan tangan saat pasien berdiri tegak (American Academy of Orthopaedist Surgeons, 2011). Siku ditekuk sekitar 15 hingga 30 derajat saat pasien berdiri di dalam alat bantu jalan dengan tangan memegang pegangan.	 fleksi dan verifikasi fleksi siku. Jika pegangan tangan terlalu rendah, kerusakan saraf radial dapat terjadi. Jika pegangan tangan terlalu tinggi, siku pasien ditekuk tajam, dan kekuatan serta stabilitas lengan berkurang. Memberikan dukungan paling banyak saat tongkat diletakkan di sisi tubuh yang lebih kuat. Tongkat dan kaki yang lebih lemah bekerja sama pada setiap langkah. Jika tongkat terlalu pendek, pasien kesulitan menopang berat badan dan membungkuk serta tidak nyaman. Saat berat badan ditanggung dengan tangan dan kaki yang cedera diangkat dari lantai, ekstensi siku sepenuhnya diperlukan Alat bantu jalan harus berada pada ketinggian yang tepat sehingga pasien tidak membungkuk ke depan.
4	Pastikan alat bantu berjalan memiliki ujung karet.	Ujung karet mencegah alat agar tidak tergelincir.
5	Pastikan permukaan tempat pasien akan berjalan bersih dan kering. Singkirkan benda apa pun yang dapat menghalangi jalan.	Mencegah jatuh dan cedera.

Tabel 5.5: Implementasi

	Langkah-langkah	Rasional
1	Ambulasi dengan bantuan satu perawat: - Sebelum memulai ambulasi, pastikan kembali bahwa pasien tidak merasa pusing. - Melakukan cuci tangan. Pastikan sabuk berjalan terpasang dengan aman. Bantu pasien untuk berdiri; jaga keseimbangan. - Minta pasien berjalan beberapa langkah sementara. Perawat berdiri di sisi yang lebih kuat. Jika alat bantu jalan digunakan, berdirilah di sisi pasien yang lemah. - Berdiri dan pegang sabuk berjalan di tengah punggung pasien. - Ambil beberapa langkah ke depan bersama pasien. Kemudian nilai kekuatan dan keseimbangan. - Jika pasien menjadi lemah atau pusing, kembalikan pasien ke tempat tidur atau kursi, mana yang lebih dekat. - Jika pasien mulai jatuh, turunkan pasien dengan lembut ke lantai dengan memegang sabuk berjalan dengan kuat; berdiri dengan kaki terbuka untuk memberikan dasar dukungan yang luas, luruskan kaki, dan biarkan pasien meluncur dengan lembut ke lantai. Saat pasien meluncur, tekuk lutut Anda ke bagian bawah tubuh (lihat gambar).	Membantu pasien mendapatkan keseimbangan sebelum mencoba ambulasi dan tidak akan pingsan saat berjalan. Mengurangi penularan. Mencegah cedera. Jika pasien tampak lemah atau tidak stabil, kembalikan pasien ke tempat tidur. Jika pasien mengalami hemiplegia atau hemiparesis, berdirilah di samping sisi pasien yang kuat dan dukung pasien dengan meletakkan lengan yang paling dekat dengannya pada sabuk berjalan. Jika pasien mulai jatuh, posisi ini memungkinkan perawat untuk memindahkannya ke sisi yang lebih kuat dan mengurangi cedera. Memberikan dukungan di pinggang sehingga pusat gravitasi pasien tetap berada di garis tengah Pastikan pasien memiliki kekuatan dan keseimbangan yang memuaskan untuk melanjutkan. Biarkan pasien beristirahat. Perawat dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada diri sendiri dan pasien dengan mencoba menangkap pasien.



	 A, Berdirilah dengan kedua kaki terbuka untuk memberikan dasar penyangga yang lebar. B, Rentangkan satu kaki dan biarkan pasien meluncur ke lantai.	C. Tekuk lutut ke bagian bawah tubuh saat pasien meluncur ke lantai.
2	Ambulasi dengan bantuan dua perawat: - Ikuti Langkah 1a dan b. - Minta seorang perawat berdiri di kedua sisi pasien. - Kedua perawat memegang sabuk pengaman di tengah punggung pasien. - Melangkah maju serempak dengan pasien, jaga kecepatan dan ukuran langkah sama dengan pasien. - Tingkatkan jarak yang ditempuh secara bertahap. menjadi terlalu lelah. - Jika pasien menjadi lemah atau pusing, ikuti Langkah 1f.	Memberikan pegangan yang aman bagi masing-masing perawat. Pastikan pasien stabil. Memperkuat otot, meningkatkan daya tahan, dan mencegah pasien
3	Berjalan dengan alat bantu: Bantu pasien berjalan dengan kruk dengan memilih gaya berjalan yang tepat. 1) Gaya berjalan empat titik: Merupakan gaya berjalan kruk yang paling stabil. Pasien harus mampu menahan beban pada kedua kaki. Pasien menggerakkan setiap kaki secara bergantian dengan setiap kruk yang berlawanan sehingga tiga titik tumpuan berada di lantai	Untuk menggunakan kruk, pasien menopang dengan tangan dan lengan; oleh karena itu kekuatan otot lengan dan bahu, kemampuan menyeimbangkan tubuh dalam posisi tegak, dan stamina diperlukan. Jenis gaya berjalan yang digunakan pasien dengan kruk bergantung pada jumlah berat yang dapat ditopangnya dengan satu atau kedua kaki.

sepanjang waktu. Langkah-langkah : - Mulailah dalam posisi tripod. Letakkan kruk 15 cm (6 inci) di depan dan 15 cm (6 inci) di samping setiap kaki. Minta pasien meletakkan beban pada pegangan tangan, bukan di bawah lengan [lihat Langkah Perencanaan 3a. - Pindahkan kruk kanan ke depan 10 hingga 15 cm (4 hingga 6 inci) - Pindahkan kaki kiri ke depan hingga sejajar dengan kruk kiri - Pindahkan kruk kiri ke depan sejauh 10 hingga 15 cm (4 hingga 6 inci) (li - Pindahkan kaki kanan ke depan hingga sejajar dengan kruk kanan - Ulangi urutan di atas. 2) Jalan tiga titik: Memerlukan pasien untuk memikul seluruh berat badan pada satu kaki. Berat badan dipikul pada kaki yang kuat dan kemudian pada kedua kruk. Kaki yang sakit tidak menyentuh tanah selama fase awal jalan tiga titik. Langkah-langkah : - Mulailah dalam posisi tripod (lihat gambar) - Majukan kedua kruk dan kaki yang sakit. - Gerakkan kaki yang lebih kuat ke depan, sambil menginjak lantai. - Ulangi urutan tersebut. 3) Jalan dua titik: Memerlukan setidaknya sebagian	Sering digunakan ketika pasien memiliki beberapa bentuk kelumpuhan, seperti untuk anak-anak dengan cerebral palsy spastik (Hockenberry dan Wilson, 2011). Dapat juga digunakan untuk pasien artritis. Meningkatkan keseimbangan pasien dengan menyediakan dasar penyangga yang lebar. Pasien harus memiliki postur kepala dan leher tegak, tulang belakang lurus, dan pinggul serta lutut terentang. Posisi kruk dan kaki mirip dengan posisi lengan dan kaki saat berjalan normal. Mungkin berguna bagi pasien dengan kaki patah atau pergelangan kaki terkilir.
---	--

	beban pada setiap kaki. Lebih cepat daripada jalan empat titik. waktu. a) Mulailah dalam posisi tripod b) Pindahkan kruk kiri dan kaki kanan ke depan c) Pindahkan kruk kanan dan kaki kiri ke depan d) Ulangi urutan. 4) Gaya berjalan ayun: a) Mulailah dalam posisi tripod. Ini adalah gaya berjalan ayun yang lebih mudah dari dua gaya berjalan ayun. b) Pindahkan kedua kruk ke depan. c) Angkat dan ayunkan kaki ke kruk, biarkan kruk menopang berat badan. d) Ulangi dua langkah sebelumnya.	Memerlukan keseimbangan lebih karena hanya dua titik yang menopang tubuh pada satu. Meningkatkan keseimbangan pasien dengan menyediakan dasar penyangga yang lebar. Gerakan kruk mirip dengan gerakan lengan selama berjalan normal; pasien menggerakkan kruk pada saat yang sama dengan kaki yang berlawanan. Sering digunakan oleh pasien yang anggota tubuh bagian bawah lumpuh atau yang memakai penyangga beban pada kakinya. Gaya berjalan ini membutuhkan kemampuan untuk menahan sebagian berat badan pada kedua kaki.
4	Membantu pasien menaiki tangga dengan kruk: a) Mulailah dalam posisi tripod. b) Pasien memindahkan berat badan ke kruk c) Pasien memajukan kaki yang kuat dan tidak sakit ke tangga d) Kedua kruk sejajar dengan kaki yang kuat dan tidak sakit di tangga e) Ulangi urutan tersebut hingga pasien mencapai puncak tangga.	Meningkatkan keseimbangan pasien dengan menyediakan alas penyangga yang lebar. Mempersiapkan pasien untuk memindahkan berat badan ke kaki yang kuat saat menaiki tangga pertama. Kruk menambah penyangga ke kaki yang sakit. Pasien kemudian memindahkan berat badan dari kruk ke kaki yang kuat. Mempertahankan keseimbangan

	 Pindahkan berat badan ke kruk. Majukan kaki yang tidak cedera ke tangga.	dan menyediakan alas penyangga yang lebar.  Sejajarkan kruk dengan kaki yang tidak cedera.
5	Membantu pasien menuruni tangga dengan kruk: - Mulailah dalam posisi tripod. - Pasien memindahkan berat badan ke kaki yang kuat dan tidak cedera, dan sejajar dengan kruk - Dengan beban pada kaki yang kuat dan tidak cedera, pasien memposisikan kruk dengan kuat di tangga bawah dan melangkah turun dengan kaki yang cedera. Berat badan ditopang oleh kruk. - Kaki yang tidak cedera diturunkan ke tangga bawah, sejajar dengan kruk, dan posisi tripod dilanjutkan - Ulangi urutan tersebut hingga tangga turun.	Meningkatkan keseimbangan pasien dengan menyediakan dasar penyangga yang lebar. Mempersiapkan pasien untuk melepaskan penyangga berat badan yang dipertahankan oleh kruk. Menjaga keseimbangan dan menyediakan dasar penyangga.  Pindahkan berat badan ke kruk. Gerakkan kaki yang tidak cedera dan sejajarkan kruk.

	 Berat badan dipindahkan ke kaki yang tidak cedera.	
6	Membantu pasien berjalan dengan alat bantu jalan. - Minta pasien berdiri tegak di tengah alat bantu jalan dan pegang pegangan tangan pada palang atas. Pasien menyeimbangkan diri sebelum mencoba berjalan. - Minta pasien mengangkat alat bantu jalan; gerakkan 15 hingga 20 cm (6 hingga 8 inci) ke depan; lalu turunkan, pastikan keempat kaki alat bantu jalan tetap di lantai. Pasien kemudian melangkah maju dengan salah satu kaki dan melangkah maju dengan kaki lainnya. - Setelah alat bantu jalan dimajukan, jika terdapat kelemahan unilateral, instruksikan pasien untuk melangkah maju dengan kaki yang lebih lemah, menopang diri dengan lengan, dan lanjutkan dengan kaki yang kuat.	Pasien yang mampu menahan sebagian berat badan menggunakan alat bantu jalan. Alat bantu jalan perlu digendong, jadi pasien memerlukan kekuatan yang cukup untuk dapat mengangkatnya. Model roda empat tidak perlu diangkat; namun, alat bantu jalan tersebut tidak stabil Memberikan dasar penyangga yang luas antara alat bantu jalan dan pasien. Pasien kemudian menggerakkan pusat gravitasi ke arah alat bantu jalan. Menjaga keempat kaki alat bantu jalan tetap di lantai diperlukan untuk mencegah alat bantu jalan terguling. Jika pasien tidak dapat menahan beban pada satu kaki, setelah alat bantu jalan dimajukan, minta pasien untuk berayun ke arah alat bantu jalan, sambil menopang beban pada tangan.
7	Membantu pasien berjalan dengan alat bantu jalan:	Pasien yang mampu menahan sebagian berat badan menggunakan alat bantu jalan. Alat bantu jalan

	a. Minta pasien berdiri tegak di tengah alat bantu jalan dan pegang pegangan tangan pada palang atas. Pasien menyeimbangkan diri sebelum mencoba berjalan. b. Minta pasien mengangkat alat bantu jalan; gerakkan 15 hingga 20 cm (6 hingga 8 inci) ke depan; lalu turunkan, pastikan keempat kaki alat bantu jalan tetap di lantai. Pasien kemudian melangkah maju dengan salah satu kaki dan melangkah maju dengan kaki lainnya. c. Setelah alat bantu jalan dimajukan, jika terdapat kelemahan unilateral, instruksikan pasien untuk melangkah maju dengan kaki yang lebih lemah, menopang diri dengan lengan, dan lanjutkan dengan kaki yang kuat.	perlu digendong, jadi pasien memerlukan kekuatan yang cukup untuk dapat mengangkatnya. Model roda empat tidak perlu diangkat; namun, alat bantu jalan tersebut tidak stabil. Memberikan dasar penyangga yang luas antara alat bantu jalan dan pasien. Pasien kemudian menggerakkan pusat gravitasi ke arah alat bantu jalan. Menjaga keempat kaki alat bantu jalan tetap di lantai diperlukan untuk mencegah alat bantu jalan terguling. Jika pasien tidak dapat menahan beban pada satu kaki, setelah alat bantu jalan dimajukan, minta pasien untuk berayun ke arah alat bantu jalan, sambil menopang beban pada tangan.
8	Membantu pasien berjalan dengan tongkat (langkah-langkahnya sama dengan tongkat standar atau tongkat quad) a. Mulailah dengan meminta pasien meletakkan tongkat di sisi kaki yang kuat. b. Letakkan tongkat ke depan sejauh 15 hingga 25 cm (6 hingga 10 inci), pertahankan berat badan pada kedua kaki. c. Minta pasien berdiri tegak, lihat lurus ke depan, dan gerakkan kaki yang cedera ke depan, bahkan dengan tongkat.	Memberikan dukungan tambahan untuk sisi yang lemah atau cacat. Mendistribusikan berat badan secara merata. Berat badan ditopang oleh tongkat dan kaki yang tidak cedera.

	d. Majukan kaki yang kuat melewati tongkat. Berat badan ditopang oleh tongkat dan kaki yang kuat.	
--	---	--

Bab 6

Pengelolaan Nyeri Pasien Rawat Inap

6.1 Pendahuluan

Manajemen nyeri yang efektif merupakan aspek krusial dalam perawatan pasien rawat inap karena memiliki dampak signifikan terhadap hasil klinis, kepuasan pasien, dan efisiensi layanan kesehatan. Beberapa alasan mengapa pengelolaan nyeri harus menjadi prioritas, diantaranya meningkatkan kualitas hidup, mempercepat pemulihan dan menurunkan komplikasi, mengurangi lama rawat inap dan biaya kesehatan, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, memenuhi standar etik dan legal, mendukung outcome jangka panjang (Pandey et al., 2021).

Nyeri yang tidak terkontrol dapat memiliki dampak signifikan terhadap pemulihan pasien, baik secara fisik maupun psikologis, gangguan Pemulihan Fisik, serta menimbulkan dampak Psikologis hingga gangguan sistemik. gangguan pemulihan fisik berupa penyembuhan luka yang

lambat, imobilisasi dan komplikasi, gangguan pernapasan. Secara psikologis nyeri yang tidak terkontrol dapat memicu ansietas, depresi, atau bahkan gangguan stres pascatrauma (PTSD). Gangguan Tidur serta menimbulkan Respons Stres Metabolik berupa peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan kebutuhan oksigen, memperberat beban jantung (Hadi MA, McHugh GA, 2019).

Tujuan penulisan bab ini adalah memberikan pemahaman komprehensif tentang mekanisme nyeri, metode penilaian nyeri, Menyajikan pendekatan multimodal (farmakologis & non-farmakologis) untuk mengontrol nyeri serta memberikan rekomendasi berbasis bukti (evidence-based) tentang penggunaan analgesik, opioid, terapi adjuvan, dan intervensi lain serta membahas manajemen nyeri pada populasi khusus (lansia, anak, ibu hamil, pasien kanker).

6.2 Konsep Nyeri

6.2.1 Definisi dan Konsep Dasar Nyeri

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP) dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), nyeri didefinisikan sebagai: Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau yang digambarkan dalam istilah kerusakan tersebut. Nyeri bersifat personal dan dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan sosial, meskipun tidak selalu berkorelasi langsung dengan tingkat kerusakan jaringan.

Selain itu nyeri melibatkan komponen Sensorik & Emosional, kerusakan aktual atau potensial, nyeri bisa muncul karena cedera (nyeri akut) atau tanpa kerusakan jaringan yang jelas (nyeri kronis, seperti fibromyalgia atau neuropati). Nyeri dapat dideskripsikan berupa ungkapan seperti "terbakar," "ditusuk," atau "berdenyut," meskipun tidak selalu ada bukti kerusakan fisik (Raja, S.N., 2020).

6.2.2 Klasifikasi nyeri

Berikut adalah klasifikasi nyeri berdasarkan durasi dan mekanisme patofisiologis:

1. Klasifikasi Berdasarkan Durasi

- a. Nyeri Akut, merupakan nyeri yang muncul tiba-tiba, berdurasi pendek (<3–6 bulan), biasanya terkait dengan cedera atau penyakit akut. Yang termasuk kategori ini adalah Pasca operasi, patah tulang, luka bakar, infeksi, Persalinan atau serangan jantung. Jenis nyeri ini berfungsi sebagai sinyal peringatan tubuh. Responsif terhadap analgesik misalnya parasetamol, NSAID, atau opioid jangka pendek (Hyland et al., 2023).
- b. Nyeri Kronis, merupakan nyeri yang menetap >3–6 bulan, sering tanpa fungsi protektif dan bisa bertahan setelah penyembuhan jaringan. Beberapa contoh yang termasuk dalam golongan nyeri punggung kronis, osteoarthritis, fibromyalgia. Nyeri neuropatik seperti diabetes neuropati. Jenis nyeri ini memiliki karakteristik berupa dampak psikososial (depresi, ansietas, penurunan kualitas hidup), sehingga membutuhkan pendekatan multidisiplin seperti farmakoterapi, terapi fisik dan psikologis (Pandelani FF, Nyalunga SLN, Mogotsi MM, 2023).

2. Klasifikasi Berdasarkan Mekanisme

a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri akibat aktivasi reseptor nyeri (nosiseptor) oleh kerusakan jaringan (misalnya inflamasi, tekanan, atau trauma). Nyeri Nosiseptor terdiri dari beberapa subtype diantaranya:

- 1) Tipe Somatal, nyeri dengan karakteristik nyeri tajam/lokalisasi jelas, contoh Luka kulit, patah tulang.

- 2) Tipe nyeri Viseral (nyeri tumpul/sulit dilokalisasi), yang termasuk jenis nyeri ini adalah Nyeri appendicitis, kolesistitis.

Dalam proses pengobatan nyeri nosiseptor responsive terhadap antiinflamasi (NSAID) atau opioid (Bokolo, 2021)(Maio et al., 2023).

b. Nyeri Neuropatik

Tipe nyeri ini terjadi akibat kerusakan atau disfungsi sistem saraf baik perifer maupun sentral, karakteristik nyeri ini berupa rasa terbakar, kesetrum, atau ditusuk jarum. Yang termasuk nyeri neuropati diantaranya Neuropati diabetik, postherpetic neuralgia, sciatica, Phantom limb pain. Terapi yang diberikan pada pasien dengan nyeri neuropatik berupa Antikonvulsan (gabapentin), antidepresan (amitriptilin), atau terapi modalitas (Bokolo, 2021).

c. Nyeri Nociplastic

Nyeri tanpa bukti kerusakan jaringan atau saraf, tetapi akibat sensitivitas abnormal sistem saraf. Beberapa contoh kasus yang sering mengalami nyeri tipe ini diantaranya Fibromyalgia, irritable bowel syndrome (IBS). Tipe nyeri ini sulit didiagnosis; memerlukan pendekatan holistik dan komprehensif, meliputi terapi kognitif-behavioral, olahraga (Snodgrass, 2023).

Tabel 6.1: Perbandingan jenis nyeri Nosiseptif, Neuropatik dan Neuroplastik ((WHO, 2018) (Snodgrass, 2023))

Kriteria	Nosiseptif	Neuropatik	Neuroplastik
Gambaran nyeri	Nyeri yang timbul akibat kerusakan atau ancaman kerusakan pada jaringan non-	Nyeri yang timbul akibat lesi atau penyakit pada sistem saraf somatosensori.	Nyeri yang timbul akibat perubahan nosisepsi.

	saraf.		
Durasi	Bisa akut/kronis	Sering kronis	Kronis
Area Nyeri	Nyeri sebagian besar terlokalisasi. Dapat ditemukan nyeri alih, erat kaitannya dengan sumber nosisepsi.	Nyeri terbatas pada distribusi sesuai neuroanatomi.	Penjalaran nyeri tidak memiliki pola neuroanatomi yang jelas
Gejala yang menyertai	Gejala sensorik non-nyeri lebih jarang terjadi.	Gejala sensorik non-nyeri seperti kesemutan, mati rasa, dan nyeri otot. Kelemahan sangat umum terjadi dan harus mematuhi distribusi yang masuk akal secara neuroanatomi.	Sering ditemukan Kelelahan, masalah kognitif, dan gangguan tidur
Anamnesis klinis	Ditemukannya Dapat mengungkapkan kerusakan jaringan, cedera, atau patologi yang sesuai dengan presentasi nyeri klinis.	Teridentifikasi lesi atau penyakit pada sistem saraf.	Dapat disertai kerusakan jaringan atau patologi, tetapi temuan seperti itu biasanya hanya menjelaskan sebagian gambaran klinis.
Edukasi Nyeri	Nyeri nociceptif: jelaskan sumber nociceptif	Menjelaskan lesi atau penyakit sistem saraf serta gambaran sensitisasi sentral	menjelaskan sensitisasi sentral
Mobilisasi neurodinamik		Hanya boleh dipertimbangkan pada nyeri neuropatik (baik nyeri dominan atau nyeri campuran yang mencakup nyeri neuropatik)	
Koreks/ intervensi gaya	Direkomendasikan	terutama pada tipe nyeri neuropatik, nociplastik,	Direkomendasikan

hidup		dan campuran yang dominan	
Terapi Latihan	pendekatan yang bergantung pada nyeri)	pendekatan kognitif-perilaku (termasuk kontingensi waktu	pendekatan kognitif-perilaku (termasuk kontingensi waktu

6.2.3 Faktor – faktor yang memengaruhi Timbulnya Nyeri

Persepsi nyeri bersifat multidimensi dan melibatkan interaksi faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Pendekatan holistik (seperti terapi medis, psikoterapi, dan manajemen stres) sering diperlukan untuk penanganan nyeri yang efektif. Nyeri adalah pengalaman subjektif yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor.

Berikut adalah faktor-faktor utama yang memengaruhi persepsi nyeri:

1. Faktor Biologis/Fisiologis

Beberapa indikator yang menggambarkan keterlibatan faktor biologis atau fisiologis dalam timbulnya nyeri diantaranya:

- a. Jenis dan Intensitas Stimulus, indikator ini melibatkan Kerusakan jaringan, inflamasi, atau tekanan saraf dapat memicu sinyal nyeri
- b. Genetik
Variasi gen dapat memengaruhi sensitivitas nyeri contoh: mutasi gen catechol-O-methyltransferase (COMT) atau OPRM1 (Šanjug et al., 2023).
- c. Riwayat Kesehatan: Penyakit seperti diabetes, fibromyalgia, atau neuropati dapat mengubah persepsi nyeri.

2. Faktor Psikologis

Faktor ini terdiri atas Emosi: Stres, kecemasan, dan depresi dapat memperburuk persepsi nyeri. Perhatian (Attention): Fokus pada nyeri membuatnya terasa lebih intens, sementara distraksi dapat mengurangi nyeri, selain itu harapan dan keyakinan (Expectancy)

jika seseorang percaya bahwa suatu prosedur akan sangat sakit, persepsi nyerinya bisa meningkat (nocebo effect).

3. Faktor Sosial dan Budaya

Latar Belakang Budaya: Beberapa budaya mengajarkan untuk menahan nyeri, sementara yang lain lebih ekspresif, Dukungan Sosial baik yang bersumber dari keluarga atau teman. Selain itu pengalaman masa lalu*: Riwayat nyeri kronis atau trauma dapat memengaruhi respons terhadap nyeri baru.

4. Faktor Kognitif

Faktor ini berkaitan dengan Interpretasi Nyeri atau cara seseorang memaknai nyeri, sehingga dapat memengaruhi persepsinya. misalnya, sebagai ancaman atau sesuatu yang bersifat sementara. Pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang penyebab nyeri dapat mengurangi kecemasan dan memengaruhi persepsi nyeri.

5. Faktor Lingkungan

Kondisi Fisik Lingkungan seperti Suhu, kebisingan, atau pencahayaan dapat memengaruhi persepsi nyeri. Situasi dan Konteks misalnya pada lingkungan yang tidak dikenal (seperti rumah sakit) seseorang akan dapat merasakan nyeri lebih intens.

6. Faktor Farmakologis

Obat-obatan: Analgesik (seperti parasetamol, NSAID, atau opioid) dapat mengurangi nyeri, sedangkan obat tertentu (seperti kemoterapi) dapat meningkatkan sensitivitas nyeri. Selain itu toleransi Obat (penggunaan obat nyeri jangka panjang dapat menurunkan efektivitasnya).

6.2.4 Asesmen Nyeri

1. Prinsip Asesmen Nyeri

Asesmen nyeri panduan dasar yang digunakan untuk mengevaluasi nyeri secara komprehensif dan akurat, terutama dalam praktik klinis. Dengan menerapkan prinsip-prinsip ini, tenaga kesehatan dapat memberikan asesmen nyeri yang akurat dan penanganan yang lebih personal.

Berikut adalah prinsip-prinsip utamanya:

a. Percaya pada Laporan Pasien

Nyeri adalah pengalaman subjektif, sehingga laporan pasien harus dianggap sebagai sumber paling valid. Penting untuk menghargai persepsi pasien, bahkan jika tidak ada bukti objektif (misalnya, pada nyeri kronik atau nyeri neuropatik).

b. Menggunakan Pendekatan Holistik

Asesmen nyeri harus mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pertimbangkan faktor seperti kecemasan, depresi, budaya, dan keyakinan pasien yang dapat memengaruhi persepsi nyeri.

c. Gunakan Skala Nyeri yang Tepat

Pilih instrument alat asesmen sesuai kondisi pasien (misalnya, Numerical Rating Scale/NRS, Visual Analog Scale/VAS, Wong-Baker FACES untuk anak-anak atau pasien dengan kesulitan komunikasi). Untuk pasien dengan gangguan kognitif (misalnya demensia), gunakan alat seperti Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).

d. Lakukan Asesmen Berkala dan Dokumentasi

Nyeri dapat berubah seiring waktu, sehingga perlu dievaluasi secara rutin (misalnya sebelum dan setelah pemberian analgesik). Dokumentasikan karakteristik nyeri (lokasi,

intensitas, durasi, faktor pencetus, dan respons terhadap terapi).

e. Evaluasi Karakteristik Nyeri

Tanyakan tentang: Lokasi: Di mana nyeri terasa? , Intensitas: Seberapa parah (skala 0–10)? , Kualitas: Seperti apa rasanya (tajam, tumpul, berdenyut)?, Durasi: Kapan mulai dan apakah terus-menerus atau hilang-timbul? Faktor yang Memperberat atau Meringankan: Apakah ada aktivitas atau posisi tertentu yang memengaruhi?

f. Perhatikan Ekspresi Non-Verbal

Pada pasien yang tidak bisa berkomunikasi (misalnya bayi, pasien ICU, atau gangguan neurologis), amati tanda seperti: Ekspresi wajah (mengerut, mengernyit), Gerakan tubuh (gelisah, melindungi area nyeri). Perubahan fisiologis (takikardia, berkeringat).

g. Libatkan Keluarga atau Pengasuh

Keluarga/pengasuh seringkali memahami perubahan perilaku pasien yang mengindikasikan nyeri, terutama pada anak atau lansia.

h. Pertimbangkan Penyebab dan Jenis Nyeri

Bedakan antara nyeri akut (misalnya pascaoperasi) dan kronis (misalnya arthritis). Identifikasi jenis nyeri (nosiseptif, neuropatik, atau campuran) untuk terapi yang tepat.

i. Gunakan Pendekatan Multidisiplin

Kolaborasi dengan dokter, perawat, fisioterapis, psikolog, atau tim paliatif untuk manajemen nyeri yang optimal.

j. Evaluasi Efektivitas Intervensi

Setelah intervensi (obat, terapi fisik, dll.), lakukan reassessment untuk menilai apakah nyeri berkurang atau perlu penyesuaian terapi (Chandra et al., 2024)

2. Pengkajian Nyeri dan Instrumen Assesmen Nyeri

Salah satu faktor yang berperan penting dalam keefektifan penanggulangan nyeri pada pasien rawat inap adalah dengan melakukan pengkajian Nyeri. Penilaian dilakukan secara komprehensif dan konsisten terhadap ketidaknyamanan dengan pemeriksaan fisik yang cermat, penilaian kondisi psikologis, menggunakan instrumen yang valid dan prosedur diagnostik yang tepat.

Data dasar yang menjadi acuan dalam pelaksanaan pengkajian meliputi:

a. Riwayat/ karakteristik nyeri secara spesifik dan komprehensif

Tujuan pengkajian ini adalah untuk mengidentifikasi karakteristik nyeri, yang terdiri atas intensitas, kualitas, lokasi, tipe nyeri (akut, subakut atau kronis), konsistensi nyeri (terus menerus atau periodik), hal-hal yang memperberat atau meringankan. Ketidaknyamanan fisik dan perilaku berupa wajah meringis, vokalisasi, perubahan dalam interaksi interpersonal dan gerakan tubuh (non verbal).

Beberapa metode penilaian nyeri yang digunakan pada orang dewasa dan sudah tervalidasi diantaranya:

- 1) Skala analog visual (VAS), skala peringkat verbal (VRS),
- 2) Skala peringkat numerik (NRS),
- 3) Pada anak dapat menggunakan Wong Baker Faces Pain Rating Scale (Chandran, 2019) (Adeolu Adeboye, 2021)

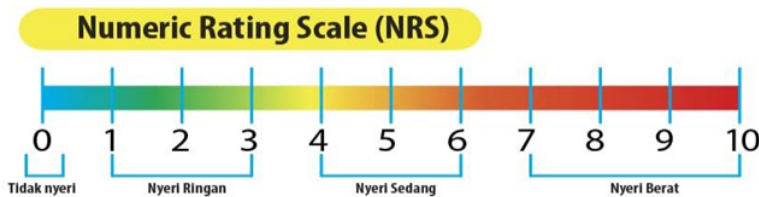
b. Pemeriksaan fisik dan studi diagnostic

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien yang mengalami nyeri bertujuan memudahkan identifikasi pengaruh riwayat nyeri yang menimbulkan gangguan terutama yang terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar meliputi kemampuan melakukan aktivitas, pemenuhan kebutuhan nutrisi, kebutuhan tidur dan istirahat yang berpengaruh terhadap vitalitas. Selain itu, melalui pemeriksaan fisik dapat mengidentifikasi penurunan sensasi, peningkatan sensitifitas terhadap nyeri berupa: nyeri yang timbul pada kulit akibat kontak sederhana, yang seharusnya secara normal rangsangan tidak menimbulkan rasa sakit (allodynia) dan meningkatnya respon nyeri terhadap stimulus yang biasanya menyebabkan nyeri (hiperalgesia), mengidentifikasi penyebab reversibel, seperti dehidrasi, kelainan elektrolit, infeksi, nyeri, dan obat-obatan (yaitu, opioid, benzodiazepin, antikolinergik, steroid). Beberapa instrumen yang digunakan untuk mengevaluasi nyeri antara lain:

1) Numerical Rating Scale (NRS)

Numerical Rating Scale (NRS) sering digunakan sebagai alternatif atau pendukung VDS. Dalam konteks ini, pasien menilai rasa sakit mereka dengan menggunakan angka dari 0 sampai 10. Skala ini sering digunakan dalam mengevaluasi tingkat nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Penilaian dengan skala NRS umumnya memakai titik acuan sepanjang 10 cm untuk mengukur nyeri yang dialami pasien. Nyeri yang dilaporkan pasien dapat dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3) di mana pasien dapat berkomunikasi

dengan baik, (4-6) di mana pasien menunjukkan reaksi, dapat mendemonstrasikan lokasi nyeri, dan dapat mendiskripsikannya dengan baik, (7-9) di mana pasien kadang-kadang tidak dapat mengikuti instruksi tetapi tetap merespons tindakan, serta dapat dikelola dengan mengubah posisi, pernapasan dalam, dan distraksi, sementara (10) menunjukkan bahwa pasien sudah tidak mampu berkomunikasi lagi.



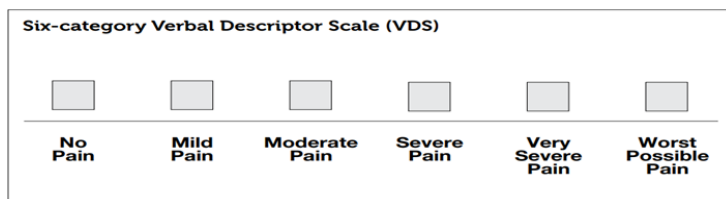
Gambar 6.1: Range skala nyeri berdasarkan NRS

2) Skala Analog Visual (Visual Analog Scale/VAS)

VAS merupakan metode yang paling umum digunakan untuk mengevaluasi rasa sakit. Skala yang berbentuk linier ini secara visual menunjukkan variasi intensitas nyeri yang mungkin dirasakan oleh seorang pasien. Rentang rasa sakit ditandai sebagai garis sepanjang 10 cm, baik dengan atau tanpa penanda di setiap sentimeter. Penanda di kedua ujung garis bisa berupa angka atau ungkapan deskriptif. Skala Analog Visual (Visual Analog Scale/VAS) lebih peka dalam mengukur tingkat nyeri karena pasien dapat menunjukkan setiap titik pada deretan angka yang mereka anggap paling tepat menggambarkan tingkat rasa sakit yang dirasakan saat itu.

3) Verbal Descriptor Scale (VDS)

VDS adalah sebuah skala yang terdiri dari tiga hingga lima kata yang menjelaskan tingkatan rasa sakit, yang disusun secara berurutan di sepanjang garis. Instrumen ini memberi kesempatan kepada pasien untuk memilih kategori tertentu dalam mendeskripsikan rasa sakit mereka rasakan. Tingkat nyeri tersebut terdiri atas tidak ada nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat, nyeri ekstrem dan nyeri yang paling hebat yang tidak bisa ditoleransi.



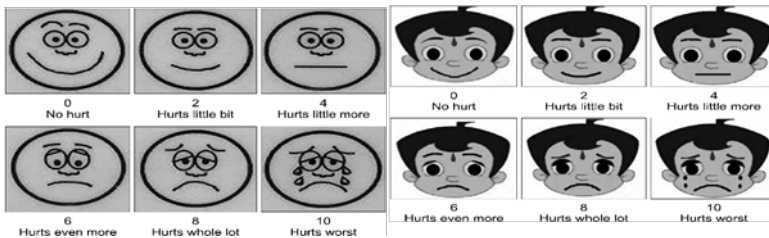
Gambar 6.2: Instrumen Verbal Descriptor Scale (VDS)

Instrumen ini sering digunakan pada lansia, tanpa mempertimbangkan ada tidaknya gangguan kognitif. Syarat yang perlu diperhatikan dalam penggunaan instrument ini adalah kemampuan berkomunikasi verbal yang baik.

4) Wong - baker pain rating scale

Metode yang bersifat subyektif dipakai untuk menilai intensitas rasa sakit pada pasien dengan cara meminta mereka memilih satu di antara enam gambar wajah yang menunjukkan tingkat nyeri, dari wajah yang tersenyum (0 = tanpa nyeri) hingga wajah yang menangis (5= nyeri sangat parah). Skala ini digunakan untuk anak-anak dan orang dewasa yang tidak bisa memberikan penjelasan verbal atau menggunakan skala angka. Wong-Baker Pain Rating Scale biasanya dianggap sederhana untuk

digunakan dan mampu memberikan gambaran yang jelas tentang tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien. Keterbatasan kemampuan verbal pada anak-anak membuat mereka tidak dapat mengkomunikasikan rasa sakit yang mereka rasakan. Oleh karena itu, beberapa alat penilaian nyeri telah dikembangkan untuk memfasilitasi pendokumentasian nyeri secara mandiri pada anak-anak (Chandran, 2019). Beberapa skala penilaian nyeri yang dapat digunakan pada anak-anak adalah skala analog visual, skala nyeri deskriptif, skala nyeri numerik, skala nyeri wajah, skala kromatik analog, palpasi, pertanyaan, dll. Beberapa metode lain seperti kuesioner nyeri Mc Gill & kuesioner nyeri ediatrik, digunakan untuk penilaian nyeri secara rinci



Gambar 6.3: Instrumen Wong - baker pain rating scale (kiri) dan Wong - baker pain rating scale modifikasi (Chandran, 2019)

6.2.5 Intervensi Pengelolaan Nyeri

Manajemen nyeri mencakup pendekatan farmakologis (menggunakan obat) dan non-farmakologis (tanpa obat) untuk mengurangi rasa sakit, meningkatkan fungsi tubuh, dan memperbaiki kualitas hidup pasien. Pemilihan intervensi harus disesuaikan dengan penyebab nyeri, kondisi pasien, dan rekomendasi tenaga medis.

Berikut adalah intervensi yang diberikan dalam penanggulangan nyeri pasien di rawat inap:

1. Pendekatan Farmakologis

Penggunaan obat-obatan disesuaikan dengan jenis dan intensitas nyeri:

a. Analgesik Non-Opioid

Analgesik non-opioid adalah obat yang digunakan untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang tanpa bekerja pada reseptor opioid di sistem saraf pusat. Kelompok ini terutama mencakup paracetamol (asetaminofen) dan NSAID (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) seperti ibuprofen, aspirin, dan naproxen serta obat analgesic topikal untuk nyeri ringan-sedang. Mekanisme Kerja NSAID Umum (Ibuprofen, Aspirin, Naproxen, dll.) melalui beberapa mekanisme, diantaranya Penghambatan COX-1 dan COX-2 yang berimplikasi pada penghambatan produksi prostaglandin (PGE_2) yang menyebabkan nyeri, inflamasi, dan demam. Efek secara umum berupa Analgesik (mengurangi nyeri), Antipiretik (menurunkan demam) dan Antiinflamasi (mengurangi peradangan)(S, 2023)

Tabel 6.2: Perbandingan mekanisme kerja obat- obatan golongan Analgesik Non-Opioid

Indikator	Paracetamol	NSAID (Non Selektif)	NSAID Selektif COX-2
1. Target COX	COX-2 (SSP)	COX-2 & COX-2	COX-2
2. Efek Analgesik	✓	✓	✓
3. Efek Antiinflamasi	x	✓	✓

4. Risiko Gangguan Lambung	Rendah	Tinggi karena inhibisi COX-1	Sedang
5. Pengaruh Trombosit	x	x (kecuali aspirin)	x
6. Contoh Obat	Panadol, Sanmol, Tempa	buprofen, Aspirin, Naproxen	elecoxib, Meloxicam

b. Golongan Opioid

Opioid adalah kelas obat yang digunakan untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat dengan bekerja pada sistem saraf pusat (SSP). Mereka berikatan dengan reseptor opioid di otak, sumsum tulang belakang, dan jaringan lain, memodulasi persepsi nyeri dan respons emosional terhadap nyeri.

Mekanisme Kerja Opioid, terdiri atas:

- 1) Interaksi dengan Reseptor Opioid, Terdapat 3 jenis reseptor opioid utama (μ /mu, κ /kappa, δ /delta) yang tersebar di SSP dan perifer:
 - Reseptor μ (Mu): Efek utama: Analgesia, euforia, depresi pernapasan, konstipasi, dan ketergantungan. Contoh agonis: Morfin, fentanil, hidrokodon.
 - Reseptor κ (Kappa):
Efek: Analgesia (terutama di sumsum tulang belakang), sedasi, dan disforia. Contoh agonis: Pentazosin, butorfanol.
 - Reseptor δ (Delta):
Efek: Modulasi nyeri, efek antidepresan, tetapi kurang dipahami dibanding μ dan κ (Mazzeo et al., 2023)

2) Cara Kerja di Tingkat Seluler

- Opioid berikatan dengan reseptor opioid memiliki efek Mengaktivasi protein G_i/o sehingga dapat menghambat adenilat siklase dan menurunkan cAMP.
- Menghambat saluran Ca^{2+} (mengurangi pelepasan neurotransmitter nyeri seperti substansi P dan glutamat).
- Membuka saluran K^+ sehingga menyebabkan Hiperpolarisasi neuron dan menghambat transmisi sinyal nyeri.

3) Efek pada Jalur Nyeri

- Di Otak (Periaqueductal Gray, Thalamus, Limbik): meningkatkan descending inhibitory pathways (jalur penghambat turun) dan menekan sinyal nyeri di sumsum tulang belakang.
- Di sumsum tulang belakang: menghambat transmisi sinyal nyeri dari perifer ke otak.
- Di Perifer (Pada Peradangan): Reseptor opioid perifer dapat diaktivasi untuk mengurangi nyeri lokal.

4) Analgesik Adjuvan

Analgesik adjuvan adalah obat yang tidak dirancang khusus untuk nyeri, tetapi memiliki efek analgesik ketika digunakan dalam kondisi tertentu, terutama pada nyeri kronis atau neuropatik. Mereka sering dikombinasikan dengan analgesik konvensional (seperti opioid atau NSAID) untuk meningkatkan efektivitas pengobatan nyeri (Kummer et al., 2024).

Klasifikasi dan mekanisme kerja:

- Antidepresan (misal: Amitriptilin, Duloxetine)
Menghambat reuptake serotonin (5-HT) dan noradrenalin (NA) bekerja dengan cara meningkatkan aktivitas jalur penghambat nyeri descending inhibitory pathways di otak dan sumsum tulang belakang. Amitriptilin juga memblokir saluran natrium (efek seperti anestetik lokal). Indikasi: Nyeri neuropatik (diabetik, postherpetic neuralgia), fibromyalgia. Obat – obat termasuk golongan ini diantaranya Amitriptilin (TCA), Duloxetine (SNRI), Venlafaxine.
- Antikonvulsan (misal: Gabapentin, Pregabalin)
Gabapentin & Pregabalin: Berikatan dengan subunit $\alpha_2\delta$ dari saluran kalsium voltage-gated bekerja dengan mengurangi pelepasan neurotransmitter eksitatori (glutamat, substansi P).
Carbamazepine/Oxcarbazepine: Menstabilkan membran neuron dengan memblokir saluran natrium yang berguna untuk neuralgia trigeminal. Indikasi: Nyeri neuropatik, nyeri sentral (stroke, multiple sclerosis) (Portenoy RK., 2020).
- Anestetik Lokal (Topikal/Sistemik)
Mekanisme kerja obat ini dalam mengatasi nyeri yaitu dengan memblokir saluran natrium voltage-gated → Mencegah hantaran sinyal nyeri di saraf perifer. Indikasi: Nyeri neuropatik lokal (postherpetic neuralgia), nyeri kronis regional. Beberapa obat yang termasuk dalam golongan ini, diantaranya: Lidocaine patch, Mexiletine (oral).

- Kortikosteroid

Cara kerja obat – obatan golongan ini yaitu dengan Menghambat fosfolipase A_2 sehingga dapat mengurangi produksi prostaglandin & sitokin pro-inflamasi ($TNF-\alpha$, IL-6). Obat golongan ini bias diberikan pada pasien dengan Nyeri inflamasi (arthritis, kompresi saraf oleh tumor) (Stone et al., 2021).

2. Pendekatan Non-Farmakologis

Terapi non-farmakologis merupakan pendekatan penting dalam manajemen nyeri, terutama untuk mengurangi ketergantungan pada obat-obatan dan meminimalkan efek samping. Berikut adalah beberapa terapi non-farmakologis yang efektif dalam mengatasi nyeri, baik akut maupun kronis (Leung et al., 2024).

Intervensi ini dapat dilakukan mandiri atau dengan bimbingan tenaga medis:

- a. Teknik Relaksasi Pernapasan Dalam, tindakan ini bertujuan Mengurangi ketegangan otot, kecemasan, dan nyeri. Metode ini dilakukan dengan menarik napas dalam melalui hidung, keluarkan perlahan lewat mulut (Vambheim et al., 2021).
- b. Distraksi (Pengalihan Perhatian)
Distraksi adalah strategi non-farmakologis yang mengalihkan perhatian seseorang dari rangsangan nyeri ke stimulus lain, sehingga mengurangi persepsi nyeri. Teknik ini sering digunakan dalam manajemen nyeri akut (misalnya, prosedur medis) maupun kronis.

Jenis-Jenis Teknik Distraksi, terdiri atas:

1) Distraksi Kognitif:

Teknik ini melibatkan korteks prefrontal (pusat pemrosesan kognitif) untuk mengalihkan sumber daya otak dari pemrosesan sinyal nyeri. Terapi ini menggambarkan efektivitas keterlibatan kognitif dalam mengalihkan perhatian dari rasa sakit sehingga dapat membantu mengoptimalkan pencapaian maksimal dalam perawatan pasien. Salah satu contoh distraksi kognitif dengan membimbing pasien mendengar lagu atau puisi sambil membayangkan tempat yang menyenangkan (guided imagery) (Rischer et al., 2020).

2) Distraksi Sensorik

Mekanisme kerja teknik ini dalam mengatasi nyeri yaitu dengan Stimulasi indera (pendengaran, penciuman, sentuhan) mengaktifkan jalur sensorik non-nosiseptif, menghambat transmisi nyeri di sumsum tulang belakang (Teori Gate Control). Metode ini dapat dilakukan dengan Mendengarkan music, Memegang benda dengan tekstur tertentu (bola stres, es batu) (Rischer et al., 2020) dan Aromaterapi (menghirup minyak esensial seperti lavender) (Nascimento, 2022). Metode ini efektif terhadap kasus nyeri akut pada orang dewasa (Bascour-Sandoval C, 2019). Mekanisme Kerja Distraksi melalui beberapa jalur neurofisiologis:

- Teori Gate Control (Melzack & Wall, 1965)
- Stimulasi saraf non-nosiseptif (A-beta) menutup "gerbang" di substantia gelatinosa (medula spinalis), menghambat transmisi sinyal nyeri (A-delta & C) ke

otak. Contoh: Menggosok area yang sakit → mengaktifkan serabut A-beta → mengurangi persepsi nyeri.

- Modulasi Descending Inhibition
- Distraksi mengaktifkan korteks prefrontal dan periaqueductal gray (PAG) dengan memicu pelepasan endorfin & serotonin → menghambat nyeri di medula spinalis.
- Pengurangan Aktivitas di Cortex Cingulate Anterior (ACC)
- ACC adalah area otak yang terlibat dalam persepsi nyeri dan emosi negatif. Distraksi (misal: musik, VR) mengurangi aktivitas ACC → menurunkan persepsi nyeri dan kecemasan.
- Efek Psikologis (Atensi & Emosi)
- Atensi terbagi (divided attention): Otak memiliki kapasitas terbatas dalam memproses informasi. Jika fokus dialihkan ke stimulus lain, sinyal nyeri menjadi kurang dominan. Efek relaksasi: Distraksi yang menyenangkan (misal: humor, musik) menurunkan stres → mengurangi pelepasan kortisol & meningkatkan endorfin.

c. Hipnoterapi

Hipnoterapi adalah teknik terapi yang menggunakan sugesti terarah dalam keadaan relaksasi fokus (trance) untuk memodifikasi persepsi, emosi, dan sensasi fisik termasuk nyeri (Wasita et al., 2023).

Cara kerja hipnoterapi dalam mengatasi nyeri adalah dengan memodulasi sistem saraf dan psikologis, melalui beberapa mekanisme diantaranya:

- 1) Mengubah Persepsi Nyeri: Sugesti hipnotis dapat "mengalihkan" otak dari fokus pada sinyal nyeri (gate control theory).
- 2) Aktivasi Sistem Endorfin: Memicu pelepasan endorfin (penghilang nyeri alami) dan serotonin.
- 3) Pengurangan Stres dan Kecemasan: Menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik yang memperburuk nyeri.
- 4) Efek Placebo yang Diperkuat: Keyakinan pasien dalam terapi meningkatkan respons analgesic.

Bab 7

Pemeliharaan Kebersihan Diri Pasien

7.1 Kebersihan Diri

Kebersihan diri merupakan salah satu yang terpenting yang perlu dijaga untuk meningkatkan tingkat kesembuhan pasien yang sedang rawat inap di Rumah Sakit. Apabila pasien merasakan nyaman pada tubuh dan lingkungan yang bersih di sekitar kamar pasien, penulis yakin pasien akan merasa puas dan pemulihan pasien akan lebih cepat terjadi. Pada bab ini penulis akan menjabarkan beberapa Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mendukung pemeliharaan kebersihan diri pasien pada saat rawat inap di rumah sakit diantaranya: SPO mencuci rambut, SPO memandikan pasien di atas tempat tidur (bed bath), SPO perawatan mulut.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan defisit perawatan diri meliputi kebersihan diri (personal hygiene). Kebersihan diri (personal hygiene) merupakan suatu kegiatan untuk memenuhi kebutuhan

sehari-hari, yang dapat disebut dengan aktivitas hidup sehari-hari. Aktivitas ini dapat dilatih seiring berjalannya waktu dan menjadi kebiasaan seumur hidup yang dilakukan setiap hari. Perawatan diri sangat memengaruhi kesehatan fisik, seseorang dapat mengalami banyak gangguan kesehatan yang dideritanya karena kurangnya kebersihan diri yang baik. Gangguan fisik yang terjadi akibat kurangnya kebersihan diri adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa pada mulut, gangguan mata, infeksi telinga dan gangguan fisik lainnya (Wati, C.S. dkk 2023).

7.2 SPO Mencuci Rambut Pasien di Tempat Tidur

Rambut adalah aksesoris tubuh manusia yang perlu dijaga dan dirawat kebersihannya. Jika rambut tidak dirawat maka kuman-kuman akan banyak terakumulasi disana, minyak rambut dari kelenjar sebasea, ketombe, kutu rambut. Semua ini akan membuat ketidaknyamanan kepada pasien. Di bawah ini adalah SPO yang bisa dilakukan oleh perawat atau keluarga kepada pasien kita pasien memiliki rambut yang mulai kotor. Efektifnya pasien perlu cuci rambut 3 kali seminggu atau bisa lebih sering disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pasien yang tirah baring lama atau bed rest total tetap bisa merasakan rambutnya dirawat dengan melakukan SPO ini (Novieastari, Ibrahim, & Ramdaniati, 2020).

Tabel 7.1: SPO Mencuci Rambut Pasien di Tempat Tidur

Pengertian	Mencuci rambut pasien di atas tempat tidur adalah membersihkan rambut pasien dari kotoran baik dari ketombe, kutu dan rambut berminyak akibat tidak keramas bagi pasien yang mengalami masalah defisit perawatan diri.
Tujuan	• Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien • Untuk melancarkan sirkulasi darah • Untuk menjaga kesehatan integritas kulit

Persiapan Alat	• Sisir • Sampo • Talang air • Conditioner • Handuk • Perlak • Pengereng rambut • Baskom berisi air hangat
Fase Pra-Interaksi	• Konfirmasi identitas pasien • Mempersiapkan alat • Cuci tangan
Fase Orientasi	• Memulai komunikasi dengan pengenalan dan klarifikasi kebutuhan serta masalah pasien • Mengidentifikasi bagaimana keterampilan akan memengaruhi pasien • Diskusikan prosedur dengan pasien untuk memperjelas pemahaman • Mendapatkan persetujuan pasien
Fase Kerja	• Letakkan alas tahan air di bawah bahu, leher dan kepala pasien. Posisikan pasien terlentang, dengan kepala dan bahu di tepi atas tempat tidur. Taruh talang plastik di bawah kepala pasien dan baskom di ujung palung (lihat ilustrasi). Pastikan bahwa palung melampaui tepi kasur • Tempatkan handuk yang digulung di bawah leher pasien dan handuk mandi di atas bahu pasien • Sikat dan sisir rambut pasien • Siapkan air hangat • Tawarkan pilihan pada pasien untuk memegang handuk wajah atau waslap di atas mata • Secara perlahan tusngksn air ke rambut sampai benar-benar basah (lihat ilustrasi). Jika rambut mengandung darah lengket, kenakan sarung tangan, oleskan peroksida untuk melarutkan pembekuan, dan bilas rambut dengan saline. Gunakan sedikit sampo. • Pekerjaan selanjutnya menggunakan kedua tangan. Mulai dari garis rambut dan arahkan ke belakang leher. Angkat sedikit kepala dengan satu tangan untuk mencuci bagian belakang kepala. Berikan sampo pada sisi depan.

	Pijat kulit kepala dengan memberikan tekanan dengan ujung jari. • Bilas rambut dengan air. Pastikan bahwa air mengalir ke baskom. Ulangi pembilasan sampai rambut bebas dari sabun. • Berikan conditioner atau krim bilas jika diminta dan bilas rambut secara menyeluruh • Tutup kepala pasien dengan handuk mandi. Keringkan wajah pasien dengan kain yang digunakan untuk melindungi mata. Keringkan semua yang basah di sepanjang leher atau bahu. • Keringkan rambut dan kulit kepala pasien. Gunakan handuk kedua jika pertama basah. • Sisir rambut untuk menghilangkan kusut dan keringkan dengan pengering jika di inginkan. • Berikan minyak atau produk kondisioner pada rambut jika diinginkan oleh pasien • Bantu pasien untuk posisi yang nyaman dan tata rambut secara lengkap.
Fase terminasi	• Catat selesainya prosedur dilakukan pada lembar dokumentasi, catat tingkat bantuan yang dibutuhkan. • Catat kondisi kulit dan adanya temuan yang signifikan (ada benjolan, kemerahan pada kulit kepala, kutu atau ketombe) • Laporkan bukti perubahan kulit kepada perawat penanggung jawab atau dokter.

7.3 SPO Memandikan Pasien Di Atas Tempat Tidur

Novieastari, Ibrahim, dan Ramdaniati (2020) memandikan pasien di tempat tidur adalah prosedur keperawatan yang dilakukan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri. Prosedur ini dapat dilakukan pada pasien yang sadar maupun yang

mengalami penurunan kesadaran. Mandi merupakan kebutuhan manusia yang bisa dilakukan satu sampai dua kali sehari, dan dapat disesuaikan sesuai kebutuhan pasien.

Tabel 7.2: SPO Memandikan pasien di atas tempat tidur

Memandikan pasien diatas tempat tidur pada pasien sadar dan penurunan kesadaran	
Pengertian	Memandikan pasien di tempat tidur adalah prosedur keperawatan yang dilakukan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan pasien yang tidak mampu mandi secara mandiri. Prosedur ini dapat dilakukan pada pasien yang sadar maupun yang mengalami penurunan kesadaran.
Tujuan	• Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien • Untuk melancarkan sirkulasi darah • Untuk menjaga kesehatan integritas kulit
Persiapan Alat	• Dua kain waslap • Dua handuk mandi • Selimut mandi • Sabun dan kotak sabun • Perlengkapan mandi (deodoran, bedak, lotion, cologne) • Gaun rumah sakit bersih atau piyama atau gaun pasien • Sarung tangan sekali pakai • Baskom
Fase Pra-Interaksi	• Konfirmasi identitas pasien • Mempersiapkan alat
Fase Orientasi	• Memulai komunikasi dengan perkenalan dan klarifikasi kebutuhan serta masalah pasien • Mengidentifikasi bagaimana keterampilan akan memengaruhi pasien • Diskusikan prosedur dengan pasien untuk memperjelas pemahaman • Mendapatkan persetujuan pasien
	• Menawarkan pasien bed pan urinal. Berikan handuk dan waslap karena pasien akan merasa lebih nyaman setelah BAK untuk mencegah gangguan mandi. • Cuci tangan anda. Jika kulit pasien itu kotor dengan drainase atau sekresi tubuh, gunakan sarung tangan sekali pakai. Pastikan pasien tersebut tidak alergi terhadap lateks

Fase Kerja	• Turunkan rel sisi tempat tidur yang paling dekat dengan anda dan bantu pasien ke posisi yang nyaman, pertahankan kesejajaran tubuh. Bawa pasien ke sisi yang paling dekat dengan perawat. Tempatkan tempat tidur rumah sakit diposisi tinggi • Melepaskan penutup atas pada kaki tempat tidur. Tempatkan selimut mandi diatas linen atas. Lipat dan lepaskan linen atas dari bawah selimut. Jika memungkinkan, minta pasien yang memegang selimut mandi sambil menarik linen. • Jika linen atas akan digunakan kembali, lipat untuk diganti nanyi. Jika tidak, letakkan dalam kantong linen kotor, berhati-hatilah agar tidak membiarkan kain linen mengenai seragam. • Lepaskan pakaian atau piyama pasien. Jika ekstremitas ada luka atau mobilitasnya berkurang, mulailah melepas dari sisi yang tidak terkena. Jika pasien tersebut terpasang selang intravena, lepaskan pakaian dengan lengan tanpa IV terlebih dahulu, kemudian turunkan kontainer IV atau lepaskan dari pompa infus dan geser pakaian yang menutupi lengan yang terkena diatas selang dan kontainer, gantungkan kembali kontainer IV dan periksa kecepatan aliran atau set ulang kecepatan infus pump. Jangan melepas selang infus. • Tarik rel samping atas. Isi baskom mandi dua pertiga penuh dengan air hangat. Mintalah pasien memasukkan jari-jari mereka kedalam air untuk menguji toleransi suhu. Simpan wadah plastik lotion mandi dalam air mandi untuk menghangatkan, jika diinginkan. • Lepaskan bantal jika diizinkan, dan naikkan kepala tempat tidur 30-45 derajat. Tempatkan handuk mandi dibawah kepala orang tersebut. Letakkan handuk kedua diatas dada pasien. • Lipat waslap mandi di sekitar jari tangan perawat untuk membentuk sarung tangan. Celupkan waslap ke dalam air dan peras sepenuhnya. • Cuci mata pasien dengan air hangat biasa. Tanyakan apakah orang itu memakai lensa kontak. Jika ya, lakukan perawatan mata seperti yang dijelaskan dalam keterampilan 37-8. Gunakan bagian waslap yang berbeda untuk masing-masing mata. Pindahkan waslap dari canthus bagian dalam keluar. Basahi krusta pada
--------------------------	--

	kelopak pada selama 2-3 menit dengan kain lembab sebelum mencoba melepaskan. Keringkan mata secara menyeluruh dengan lembut. • Menanyakan apakah pasien suka memakai sabun pada wajah. Cuci, bilas dan keringkan dengan baik dahi, pipi, hidung, leher dan telinga. • Membuka selimut mandi dari lengan pasien yang paling dekat dengan perawat. Tempatkan handuk mandi memanjang di bawah lengan pasien. • Mencuci lengan dengan sabun dan air menggunakan sapuan yang panjang dan kerjakan dari daerah distal ke proksimal. Angkat dan topang lengan seperlunya sambil mencuci aksila secara menyeluruh. • Bilas dan keringkan lengan dan aksila secara menyeluruh, gunakan bedak pewangi. Jika pasien terbiasa menggunakan. • Lipat handuk mandi menjadi dua, letakkan ditempat tidur disamping pasien. Taruh baskom diatas handuk. Rendam tangan orang itu kedalam air. Biarkan tangan meresap selama 3-5 menit sebelum mencuci tangan dan kuku jari. Angkat baskom dan keringkan tangan dengan baik. • Naikkan rel samping, dan pindah ke sisi tempat tidur yang lain. Turunkan rel samping, dan ulangi langkah 12-15 untuk lengan lainnya. • Periksa suhu mandi dan ganti air jika perlu • Tutup dada dengan handuk mandi, dan lipat selimut mandi turunkan ke umbilikus. Dengan satu tangan, angkat tepi handuk dari dada. Dengan sarung tangann pada tangan, basuh dada dengan gerakan yang tegas, dan panjang, lakukan perawatan khusus untuk mencuci lipatan kulit dibawah payudara wanita. Mungkin jika perlu mengangkat payudara keatas sambil mencuci dibawahnya. Jaga agar dada tertutup diantara waktu mencuci dan membilasnya, kemudian keringkan dengan baik. • Tempatkan handuk mandi memanjang di dada dan perut. Lipat selimut dan turunkan ke tepat diatas daerah pubis. • Dengan satu tangan, angkat handuk mandi. Dengan waslap memandikan abdomen, berikan perhatian khusus pada umbilikus dan lipatan perut, bersihkan abdomen dari sisi ke sisi. Jaga agar perut tertutup antara mencuci
--	---

	dan membilas, kemudian keringkan dengan baik. • Pakaikan pakaian dalam bersih atau piyama. Jika perlu ekstremitas terluka atau imobilisasi, selalu pakaikan bagian yang terganggu terlebih dahulu. Langkah ini dapat di tunda sampai selesai mandi, pakaian tidak boleh menjadi kotor selama mandi. • Tutupi daerah dada dan abdomen dengan bagian atas selimut mandi. Buka dekat kaki dengan melipat selimut kearah garis tengah. Pastikan perineum tertutup. • Tekuk lutut seseorang dengan menempatkan lengan perawat dibawah kaki. Sambil memegang tumit, angkat kaki dari matras sedikit dari geser handuk mandi memanjang di bawah kaki minta pasien untuk menahan kaki. Taruh baskom mandi di atas handuk di tempat tidur dengan baik selanjutnya kaki di cuci. • Dengan satu tangan menopang kaki bagian bawah, naikkan dan geser baskom di bawah kaki yang diangkat. Pastikan kaki diletakkan dengan kuat didasar baskom. Biarkan kaki meresap saat mencuci kaki. Jika orang tersebut tidak dapat memegang kaki, jangan membenamkannya, cukup cuci dengan kain lap. • Kecuali jika ada kontraindikasi, gunakan sapuan yang panjang dan tegas dalam mencuci dari pergelangan kaki ke lutut dan dari lutut ke paha. Keringkan dengan baik. • Bersihkan kaki, pastikan untuk mencuci diantara jari-jari kaki. Bersihkan dan gunting kuku sesuai kebutuhan, keringkan dengan baik. Jika kulit kering, oleskan lotion. Jangan memijat area yang memerah pada kulit. • Naikkan rel samping dan pindah kesisi lain tempat tidur, turunkan rel samping dan ulangi langkah 22-26 untuk kaki dan telapak kaki lainnya. • Tutupi orang dengan selimut mandi, naikkan rel samping untuk keselamatan orang tersebut dan ganti air mandi. • Turunkan rel samping. Bantu orang ke posisi tengkurap atau miring sesuai kebutuhan. Tempatkan handuk memanjang di sepanjang sisi pasien. • Kenakan sarung tangan sekali pakai jika tidak dilakukan sebelumnya. • Jaga agar orang tertutup dengan menarik selimut mandi diatas pundak dan paha. Cuci, bilas dan keringkan kembali dari leher ke bokong menggunakan sapuan
--	--

	panjang dan tegas. Lakukan gosokan pada punggung. Ganti air mandi • Bantu orang itu keposisi baring atau terlentang. Tutupi dada atau ekstremitas atas dengan handuk dan ekstremitas bawah dengan selimut mandi, buka hanya area genitalia. Cuci, bilas dan keringkan perineum . Berikan perhatian khusus pada lipatan kulit. Oleskan water-repellent ointment ke area lembab. • Buang sarung tangan pada tempatnya • Oleskan lotion tubuh atau minyak tambahan sesuai keinginan. • Bantu pasien berpakaian. Sisir rambut pasien. Wanita mungkin ingin menggunakan make up • Rapihan tempat tidur pasien • Ganti linen kotor dan masukkan kedalam tas linen kotor. Bersihkan dan ganti peralatan mandi. Ganti bel lampu dengan barang pribadi. Tinggalkan ruang sebersih dan nyaman mungkin. • Cuci tangan.
Fase terminasi	• Catat selesainya prosedur dilakukan pada lembar dokumentasi, catat tingkat bantuan yang dibutuhkan. • Catat kondisi kulit dan adanya temuan yang signifikan (area merah, memar, naevi, atau nyeri sendi atau otot) • Laporkan bukti perubahan kulit kepada perawat penanggung jawab atau dokter.

7.4 SPO Perawatan Mulut Bagi Pasien Sadar

Mulut yang sehat adalah dambaan setiap orang. Oleh karena itu, perawatan mulut sangat penting untuk diperhatikan oleh karena bisa meningkatkan kenyamanan kepada pasien, keluarga dan tenaga medis saat melakukan komunikasi tatap muka. Pada bab ini akan dibahas mengenai perawatan mulut kepada pasien yang sadar dan bed rest total di tempat tidur. Perawat atau keluarga boleh terlibat dalam melakukan prosedur ini untuk menjaga kebersihan mulut pasien (Effendi & Supartini, 2020).

Tabel 7.3: SPO Perawatan Mulut

Pengertian	Perawatan mulut adalah perawatan yang dilakukan untuk membersihkan mulut agar napas pasien segar, sekitar mulut bersih baik itu gigi dan lidah.
Tujuan	• Untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien • Untuk menjaga citra diri
Persiapan Alat	• Sikat gigi berbulu lembut • Pasta gigi • Benang gigi • Gelas berisi air dingin • Obat kumur • Bengkok • Handuk wajah • Kertas tisu • Sarung tangan sekali pakai
Fase Pra-Interaksi	• Konfirmasi identitas pasien • Mempersiapkan alat • Cuci tangan
Fase Orientasi	• Memulai komunikasi dengan perkenalan dan klarifikasi kebutuhan serta masalah pasien • Mengidentifikasi bagaimana keterampilan akan memengaruhi pasien • Diskusikan prosedur dengan pasien untuk memperjelas pemahaman • Mendapatkan persetujuan pasien
	• Cuci tangan dan kenakan dan kenakan sarung tangan sekali pakai • Periksa integritas bibir, gigi, mukosa mulut, gusi, langit-langit mulut dan lidah. • Identifikasi adanya masalah mulut umum: a. Karies gigi: perubahan warna putih pada gigi atau adanya perubahan warna coklat atau hitam b. Gingivitis : radang gusi c. Periodontitis: garis gusi surut, peradangan celah

Fase Kerja	di antara gigi d. Halitosis: bau mulut e. Cheilosis : retak bibir f. Stomatitis : radang mulut • Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan • Kaji risiko masalah kebersihan mulut • Tentukan praktik kebersihan mulut seseorang: a. Frekuensi menyikat gigi dan flossing b. Jenis pasta gigi yang digunakan c. Kunjungan gigi terakhir d. Frekuensi kunjungan gigi e. Jenis obat kumur atau preparate pelembab • Nilai kemampuan pasien untuk memahami dan memanipulasi sikat gigi. (Untuk dewasa yang lebih tua, coba 30 detik penilaian sikat gigi). • Persiapkan peralatan di samping tempat tidur • Jelaskan prosedur kepada pasien tersebut dan diskusikan preferensi mengenai penggunaan alat bantu kebersihan • Tempatkan serbet kertas di atas meja dan susun peralatan lain yang mudah di jangkau. • Tinggikan tempat tidur untuk posisi keja yang nyaman. Tinggikan bagian kepala tempat tidur (jika diizinkan) dan rel samping yang lebih rendah. Pindahkan pasien, atau bantu meteka mendekat . Posisi miring dapat di gunakan • Letakkan handuk di atas dada pasien • Gunakan sarung tangan • Oleskan pasta gigi ke sikat, memegang sikat di atas baskom. Tuangkan sedikit air ke atas pasta gigi. • Pasien dapat membantu dengan menyikat. Pegang sikat gigi dengan sudut 45 derajat ke garis gusi (lihat
--------------------------	---

	ilustrasi). Pastikan ujung bulu nya menempel dan menembus di bawah garis gusi. Sikat permukaan dalam dan luar gigi atas dan bawah dengan menyikat dari gusi ke bagian setiap gigi. Bersihkan permukaan gigi seri dengan memegang bagian atas nulu yang sejajar dengan gigi dan menyikat lembut maju mundu (lihat ilustrasi) . Sikat sisi gigi dengan menggerakkan bulu bolak balik (lihat ilustrasi) • Biarkan pasien berkumur dengan seksama dengan mengambil beberapa teguk air, menghirup air di seluruh permukaan gigi dan mengeluarkan ke dalam bengkok • Bantu untuk menyeka mulut pasien • Izinkan pasien melakukan flossing (lihat ilustrasi) • Biarkan pasien berkumur dengan air dingin dan meludah ke dalam bengkok. Bantu menyeka mulut pasien • Bantu pasien ke posisi yang nyaman, keluarkan bengkok dan meja samping tempat tidur, naikan rel samping dan tempat tidur yang lebih rendah ke posisi semula • Berasihkan meja, buang linen kotor dan serbet kertas ke dalam wadah yang sesuai, lepaskan sarung tangan yang kotor dan kembalikan peralatan ke tempat yang tepat • Cuci tangan • Tanyakan kepada pasien apakah ada area rongga mulut yang tidak nyaman atau teriritasi • Kenakan sarung tangan dan periksa kondisi rongga mulut • Kenakan sarung tangan dan periksa kondisi rongga mulut
--	--

	• Minta pasien untuk menjelaskan Teknik kebersihan yang benar • Perhatikan cara menyikat gigi.
Fase terminasi	• Catat selesainya prosedur dilakukan pada lembar dokumentasi, catat tingkat bantuan yang dibutuhkan. • Catat kondisi mulut apakah ada stomatitis, gigi berlubang, luka

Kebersihan mulut kepada pasien yang sedang diintubasi di ruang Intensive Care Unit (ICU) juga perlu dirawat. Dimana pasien tersebut mengalami penurunan kesadaran akibat penyakit yang sedang dideritanya sehingga kebersihan mulut pasien dilakukan oleh perawat yang merawat. Penelitian dilakukan Sari dan Utami (2020) tentang perawatan mulut yang dilakukan pada pasien kritis khususnya pada pasien tidak sadar yang terintubasi dan menerima ventilasi mekanik memiliki efek yang signifikan pada pencegahan kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP).

Dari hasil review yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa peralatan perawatan mulut yang efektif dan signifikan terhadap pencegahan insiden VAP adalah penggunaan gabungan sikat gigi anak-anak dan swab. Chlorehexidin (CHX) 0,2% menjadi larutan yang paling berpengaruh. Sedangkan frekuensi perawatan mulut yang paling efektif merupakan frekuensi yang menyesuaikan hasil pengkajian Back Oral Assessment Score (BOAS) yang dilakukan setiap 12 jam pada pasien tanpa disfungsi oral, setiap 8 jam pada pasien dengan disfungsi ringan, setiap enam jam pada pasien dengan disfungsi sedang, dan setiap empat jam pada pasien dengan disfungsi berat.

Bab 8

Pemberian Obat dalam Keperawatan

8.1 Prinsip Dasar Pemberian Obat

Pemberian obat merupakan salah satu intervensi keperawatan yang penting dan membutuhkan ketelitian tinggi. Seorang perawat harus memahami prinsip "Enam Benar" dalam pemberian obat (Potter & Perry, 2021): benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute/jalur dan benar dokumentasi. Dalam perkembangannya, prinsip ini telah diperluas menjadi "Sepuluh Benar" dengan tambahan: benar informasi, benar respons, benar penyimpanan dan benar alasan.

Benar Pasien

Prinsip ini memastikan bahwa obat diberikan kepada pasien yang tepat. Menurut Wilkinson et al. (2020), kesalahan identifikasi pasien merupakan salah satu kesalahan pemberian obat yang paling umum terjadi.

Implementasi:

1. Menggunakan minimal dua identitas untuk verifikasi (nama lengkap dan tanggal lahir/nomor rekam medis)
2. Memverifikasi gelang identitas pasien
3. Meminta pasien menyebutkan identitasnya (jika sadar)
4. Tidak mengandalkan nomor kamar untuk identifikasi.

Gellner et al. (2021) melaporkan bahwa penggunaan sistem identifikasi berbasis teknologi dapat mengurangi kesalahan identifikasi pasien hingga 54%.

Benar Obat

Prinsip ini memastikan bahwa obat yang diberikan tepat sesuai resep. Karch (2023) menekankan pentingnya perawat memahami nama generik dan nama dagang obat untuk menghindari kesalahan.

Implementasi:

1. Membaca label obat tiga kali: saat mengambil, saat menyiapkan, dan sebelum memberikan
2. Memeriksa tanggal kedaluwarsa
3. Memverifikasi obat dengan resep
4. Mengidentifikasi obat-obatan LASA (Look-Alike Sound-Alike).

Menurut Sharma et al. (2022), sekitar 25% kesalahan pemberian obat terjadi karena kesalahan identifikasi obat.

Benar Dosis

Prinsip ini memastikan pasien menerima jumlah obat yang tepat. Potter et al. (2021) menekankan bahwa kesalahan dosis dapat berakibat fatal, terutama untuk obat dengan indeks terapeutik sempit.

Implementasi:

1. Melakukan perhitungan dosis secara mandiri
2. Meminta verifikasi untuk obat berisiko tinggi
3. Memahami kisaran dosis normal
4. Memerhatikan faktor pasien (berat badan, usia, kondisi)
5. Memverifikasi kembali dosis yang tidak biasa.

Cohen (2021) mencatat bahwa kesalahan kalkulasi dosis bertanggung jawab atas hampir 30% kesalahan pengobatan di rumah sakit.

Benar Waktu

Prinsip ini memastikan obat diberikan pada waktu yang tepat untuk mencapai efek terapeutik optimal. Kozier et al. (2022) menjelaskan pentingnya ketepatan waktu untuk mempertahankan kadar obat dalam darah.

Implementasi:

1. Mengikuti aturan 30 menit (30 menit sebelum/sesudah jadwal)
2. Memahami hubungan waktu pemberian dengan asupan makanan
3. Mempertimbangkan farmakokinetik obat
4. Menjadwalkan ulang pemberian jika terjadi penundaan.

Hughes dan Blegen (2020) menemukan bahwa ketidaktepatan waktu pemberian dapat meningkatkan risiko interaksi obat sebesar 15-22% pada pasien yang menerima multipel obat.

Benar Rute/Jalur

Prinsip ini memastikan obat diberikan melalui jalur yang tepat. Lynn & Taylors (2023) menekankan bahwa kesalahan rute dapat menyebabkan efek yang fatal atau mengurangi efektivitas terapi.

Implementasi:

1. Memverifikasi rute pemberian dalam instruksi
2. Memastikan bentuk sediaan sesuai dengan rute
3. Menilai kondisi pasien terkait rute tertentu
4. Memberi label pada semua jalur pemberian

Kumar et al. (2023) melaporkan bahwa 12% insiden keselamatan pasien terkait dengan kesalahan rute pemberian obat.

Benar Dokumentasi

Prinsip ini memastikan semua aspek pemberian obat dicatat dengan akurat. Menurut Berman et al. (2021), dokumentasi yang baik menciptakan komunikasi efektif antar tenaga kesehatan.

Implementasi:

1. Mendokumentasikan segera setelah pemberian
2. Mencatat nama obat, dosis, rute, waktu, dan respons pasien
3. Mendokumentasikan alasan penundaan/penolakan
4. Menggunakan format standar dan konsisten.

Dharma et al. (2021) menemukan bahwa dokumentasi tidak lengkap berkontribusi pada 18% kesalahan pengobatan selama transisi perawatan.

Benar Informasi

Prinsip ini memastikan pasien dan perawat memiliki informasi cukup tentang obat. Dewi & Santoso (2021) menekankan pentingnya edukasi untuk meningkatkan keamanan pengobatan.

Implementasi:

1. Memberi informasi tentang nama, tujuan, dan efek obat kepada pasien
2. Memastikan perawat memahami indikasi, kontraindikasi, dan efek samping

3. Mengakses sumber informasi terpercaya
4. Memberikan instruksi spesifik kepada pasien/keluarga.

Yanti dan Warsito (2023) melaporkan bahwa pemberian informasi komprehensif dapat meningkatkan kepatuhan terapi hingga 40%.

Benar Respons

Prinsip ini mencakup evaluasi efek obat pada pasien. Simamora (2020) menjelaskan pentingnya pemantauan respons untuk mendeteksi efek terapeutik dan efek samping.

Implementasi:

1. Mengevaluasi respons pasien sesuai onset kerja obat
2. Memantau tanda vital dan parameter laboratorium relevan
3. Mendokumentasikan efektivitas
4. Melaporkan respons yang tidak diharapkan.

Siagian et al. (2022) menemukan bahwa evaluasi sistematis dapat mendeteksi sekitar 67% reaksi obat yang tidak diinginkan sebelum menjadi serius.

Benar Penyimpanan

Prinsip ini memastikan obat disimpan dalam kondisi optimal. Hamdani (2021) menekankan bahwa penyimpanan tidak tepat dapat mengurangi efektivitas obat.

Implementasi:

1. Menyimpan obat pada suhu, kelembaban, dan pencahayaan yang sesuai
2. Memisahkan obat berisiko tinggi
3. Mengamankan obat yang berpotensi disalahgunakan
4. Mengikuti prinsip FEFO (First Expired, First Out).

WHO (2022) melaporkan bahwa sekitar 14% penurunan efektivitas obat di negara berkembang disebabkan oleh praktik penyimpanan yang tidak tepat.

Benar Alasan

Prinsip ini memastikan obat memiliki indikasi yang tepat. Kemenkes RI (2020) menekankan pentingnya pemberian obat yang rasional dan berbasis bukti.

Implementasi:

1. Memverifikasi kesesuaian indikasi dengan kondisi pasien
2. Memahami tujuan terapeutik obat
3. Menilai risiko vs. manfaat pemberian
4. Mengkomunikasikan kekhawatiran jika pemberian tampak tidak sesuai.

Rahman et al. (2021) menemukan bahwa penerapan prinsip "benar alasan" dapat menurunkan kejadian pengobatan tidak tepat sebesar 23% pada pasien lanjut usia.

8.2 Rute Pemberian Obat

Obat dapat diberikan melalui berbagai rute, masing-masing dengan teknik khusus (Kozier et al., 2022) diantaranya pemberian obat secara oral, parenteral, topikal, inhalasi, rektal dan vaginal.

8.2.1 Pemberian Obat Oral

Pemberian obat oral adalah administrasi obat melalui mulut, yang kemudian akan diserap melalui saluran pencernaan. Rute ini merupakan cara paling umum, mudah, dan ekonomis dalam pemberian obat (Potter et al., 2021). Obat dalam bentuk oral tersedia dalam berbagai sediaan seperti tablet, kapsul, sirup, suspensi, dan larutan. Menurut beberapa penelitian,

sekitar 80% obat yang diresepkan di seluruh dunia diberikan melalui rute oral karena kemudahan administrasi dan tingkat kepatuhan pasien yang lebih tinggi.

Prosedur Pemberian Obat Oral

Persiapan:

1. Mencuci tangan dengan teknik aseptik
2. Menyiapkan obat sesuai dengan prinsip enam benar
3. Memeriksa rekam medis pasien untuk alergi, interaksi obat, dan kontraindikasi
4. Menyiapkan air minum dan alat bantu pemberian jika diperlukan.

Pelaksanaan:

1. Identifikasi pasien menggunakan dua identitas (nama lengkap dan tanggal lahir/nomor rekam medis)
2. Jelaskan prosedur dan obat yang akan diberikan kepada pasien
3. Atur posisi pasien menjadi duduk atau semi-Fowler
4. Berikan obat dengan cara yang sesuai dengan bentuk sediaannya:
 - a. Tablet: Berikan dengan air minimal 150 ml; untuk tablet sublingual, instruksikan pasien untuk meletakkannya di bawah lidah
 - b. Kapsul: Berikan dengan air cukup; instruksikan pasien untuk menelan utuh
 - c. Sirup/suspensi: Kocok terlebih dahulu, ukur dengan gelas ukur atau sendok obat yang tepat
 - d. Larutan: Ukur dengan gelas ukur yang tepat
 - e. Pastikan pasien telah menelan obat dengan benar
 - f. Bantu pasien kembali ke posisi nyaman.

Evaluasi dan Dokumentasi:

1. Evaluasi respons pasien terhadap obat
2. Dokumentasikan nama obat, dosis, waktu pemberian, rute, respons pasien, dan nama perawat yang memberikan
3. Laporkan segera jika terdapat efek samping atau reaksi alergi

8.2.2 Pemberian Obat Parenteral

Pemberian obat parenteral adalah administrasi obat melalui suntikan, menembus salah satu lapisan pertahanan tubuh yaitu kulit atau membran mukosa (Lynn & Taylors, 2023). Rute parenteral meliputi intravena (IV), intramuskuler (IM), subkutan (SC), dan intradermal (ID).

Prosedur Pemberian Obat Parenteral

1. Pemberian Intravena (IV)
Persiapan:
 - a. Cuci tangan dengan teknik aseptik
 - b. Siapkan obat sesuai protokol, pastikan sterilitas
 - c. Siapkan peralatan: sarung tangan, disinfektan, jarum dan spuit atau set infus
 - d. Periksa kompatibilitas obat dengan cairan IV yang sedang diberikan
2. Pelaksanaan:
 - a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
 - b. Jelaskan prosedur kepada pasien
 - c. Gunakan sarung tangan
 - d. Pilih vena yang tepat (jika memasang akses baru)
 - e. Disinfeksi area suntikan dengan alkohol 70% atau chlorhexidine

- f. Untuk injeksi langsung (bolus): Masukkan jarum ke dalam vena, aspirasi untuk memastikan posisi di dalam vena, suntikkan obat dengan kecepatan sesuai rekomendasi
 - g. Untuk infus: Pasang sistem infus, atur kecepatan infus sesuai protokol, buang alat suntik pada wadah benda tajam
3. Evaluasi:
- a. Monitor tanda vital pasien
 - b. Perhatikan tanda-tanda flebitis atau ekstrasvasasi
 - c. Evaluasi efek terapeutik dan efek samping

Pemberian Intramuskuler (IM)

1. Persiapan:
- a. Cuci tangan dengan teknik aseptik
 - b. Siapkan obat sesuai protokol
 - c. Siapkan peralatan: sarung tangan, disinfektan, jarum ukuran 21-23G, spuit
2. Pelaksanaan:
- a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
 - b. Jelaskan prosedur kepada pasien
 - c. Posisikan pasien sesuai situs injeksi yang dipilih
 - d. Pilih situs injeksi yang tepat. Bisa diberikan pada ventroglutal (lebih dianjurkan), dorsoglutal, vastus lateralis, deltoid (untuk volume kecil)
 - e. Gunakan sarung tangan
 - f. Disinfeksi area suntikan dengan alkohol 70%
 - g. Regangkan kulit atau gunakan teknik Z-track
 - h. Masukkan jarum dengan sudut 90 derajat
 - i. Aspirasi untuk memastikan tidak ada darah
 - j. Suntikkan obat dengan kecepatan 1 ml/10 detik

- k. Cabutkan jarum dengan cepat dan tekan area suntikan
- l. Buang alat suntik pada wadah benda tajam
- 3. Evaluasi:
 - a. Observasi adanya tanda-tanda reaksi lokal atau sistemik
 - b. Evaluasi efek terapeutik dan efek samping

Pemberian Subkutan (SC)

- 1. Persiapan:
 - a. Cuci tangan dengan teknik aseptik
 - b. Siapkan obat sesuai protokol
 - c. Siapkan peralatan: sarung tangan, disinfektan, jarum ukuran 25-27G, spuit
- 2. Pelaksanaan:
 - a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
 - b. Jelaskan prosedur kepada pasien
 - c. Pilih situs injeksi (abdomen, paha bagian depan, lengan atas bagian luar)
 - d. Gunakan sarung tangan
 - e. Disinfeksi area suntikan
 - f. Cubiti kulit dengan ibu jari dan telunjuk
 - g. Masukkan jarum dengan sudut 45-90 derajat (tergantung jaringan subkutan pasien)
 - h. Lepaskan cubitan kulit
 - i. Aspirasi (untuk beberapa obat, tidak semua memerlukan aspirasi)
 - j. Suntikkan obat perlahan
 - k. Cabutkan jarum dengan cepat dan tekan area suntikan
 - l. Buang alat suntik pada wadah benda tajam

3. Evaluasi:

- a. Observasi adanya tanda-tanda reaksi lokal
- b. Evaluasi efek terapeutik dan efek samping

Pemberian Intradermal (ID)

1. Persiapan:

- a. Cuci tangan dengan teknik aseptik
- b. Siapkan obat sesuai protokol
- c. Siapkan peralatan: sarung tangan, disinfektan, jarum ukuran 26-27G, spuit tuberkulin

2. Pelaksanaan:

- a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
- b. Jelaskan prosedur kepada pasien
- c. Pilih situs injeksi (biasanya lengan bawah bagian dalam)
- d. Gunakan sarung tangan
- e. Disinfeksi area suntikan
- f. Regangkan kulit dengan satu tangan
- g. Masukkan jarum dengan sudut 10-15 derajat, lubang jarum menghadap ke atas
- h. Suntikkan obat perlahan hingga terbentuk wheal (tonjolan kecil) pada kulit
- i. Jangan melakukan aspirasi
- j. Cabutkan jarum dengan cepat, jangan menekan area suntikan
- k. Buang alat suntik pada wadah benda tajam

3. Evaluasi:

- a. Beri tanda pada area injeksi
- b. Catat waktu pemberian dan jadwal pembacaan hasil (untuk tes tuberculin)
- c. Evaluasi reaksi lokal sesuai waktu yang ditentukan

8.2.3 Pemberian Obat Inhalasi

Pemberian obat inhalasi adalah administrasi obat melalui saluran pernapasan, dimana obat dihantarkan langsung ke paru-paru atau saluran napas dalam bentuk aerosol, kabut, atau bubuk kering (Berman et al., 2021). Cara ini terutama digunakan untuk pengobatan penyakit pernapasan. Sebuah studi oleh Davidson et al. (2023) menunjukkan bahwa penggunaan rutin obat inhalasi yang tepat dapat mengurangi kejadian eksaserbasi asma sebesar 65% dan meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK sebesar 40%.

Prosedur Pemberian Obat Inhalasi

1. Menggunakan Metered-Dose Inhaler (MDI)

Pelaksanaan:

- a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
- b. Jelaskan prosedur kepada pasien
- c. Posisikan pasien duduk tegak atau berdiri
- d. Siapkan inhaler: lepaskan tutup, kocok inhaler dengan baik, jika baru pertama kali digunakan atau tidak digunakan dalam waktu lama, lakukan spray ke udara
- e. Teknik tanpa spacer: keluarkan napas sepenuhnya, posisikan mouthpiece 1-2 cm dari mulut yang terbuka (teknik mulut terbuka) atau masukkan ke dalam mulut dengan bibir tertutup rapat (teknik mulut tertutup) → mulai menghirup perlahan dan dalam, bersamaan tekan canister untuk melepaskan dosis → lanjutkan inspirasi hingga paru-paru terisi penuh → tahan napas selama 10 detik atau selama mungkin → keluarkan napas perlahan
- f. Teknik dengan spacer: pasang spacer pada inhaler → keluarkan napas sepenuhnya → posisikan mouthpiece spacer dalam mulut dengan bibir tertutup rapat → tekan canister untuk melepaskan dosis ke dalam spacer → hirup perlahan dan dalam → tahan

napas selama 10 detik atau selama mungkin → keluarkan napas perlahan

- g. Jika perlu dosis kedua, tunggu minimal 30-60 detik
- h. Bersihkan mulut dengan kumur air (terutama untuk steroid inhalasi)

2. Menggunakan Dry Powder Inhaler (DPI)

Pelaksanaan:

- a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
- b. Jelaskan prosedur kepada pasien
- c. Posisikan pasien duduk tegak
- d. Siapkan DPI sesuai instruksi spesifik alat: buka atau aktifkan inhaler sesuai petunjuk → masukkan kapsul (untuk jenis tertentu) atau siapkan dosis
- e. Keluarkan napas sepenuhnya (jauh dari mouthpiece)
- f. Tempatkan mouthpiece di antara gigi dan tutup bibir rapat
- g. Hirup cepat dan dalam
- h. Tahan napas selama 10 detik atau selama mungkin
- i. Keluarkan napas perlahan (jauh dari mouthpiece)
- j. Periksa apakah dosis telah dihirup sepenuhnya
- k. Tutup atau nonaktifkan inhaler

3. Menggunakan Nebulizer

Pelaksanaan:

- a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
- b. Jelaskan prosedur kepada pasien
- c. Posisikan pasien duduk tegak
- d. Siapkan larutan obat: masukkan dosis yang tepat ke dalam cup nebulizer → encerkan dengan normal saline jika diperlukan
- e. Pasang semua bagian nebulizer dengan benar
- f. Hidupkan kompresor

- g. Instruksikan pasien: tempatkan mouthpiece di antara gigi dengan bibir tertutup rapat (atau gunakan masker) → ernapas normal melalui mulut → esekali lakukan napas dalam dan tahan sebentar
- h. Lanjutkan sampai larutan habis (biasanya 5-15 menit)
- i. Matikan nebulizer
- j. Bersihkan wajah pasien jika menggunakan masker

8.2.4 Berian Obat Topikal

Pemberian obat topikal adalah administrasi obat pada permukaan tubuh, termasuk kulit, mata, telinga, hidung, dan rongga mulut (Kozier et al., 2022). Obat topikal dirancang untuk memberikan efek lokal atau sistemik melalui absorpsi kulit.

Prosedur Pemberian Obat Topikal

1. Aplikasi pada Kulit (Salep, Krim, Lotion)
Pelaksanaan:
 - a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
 - b. Jelaskan prosedur kepada pasien
 - c. Jaga privasi pasien
 - d. Bersihkan area aplikasi dengan lembut jika diperlukan
 - e. Keringkan kulit dengan tepuk lembut
 - f. Aplikasikan obat dengan teknik yang sesuai: Salep/krim: oleskan lapisan tipis ke area yang ditentukan, gunakan teknik aseptik; Lotion: tuangkan pada kapas atau langsung dan oleskan dengan gerakan lembut; Patch: buka kemasan, tempelkan pada area yang bersih dan kering
 - g. Untuk beberapa obat, tutup dengan perban atau dresing sesuai petunjuk

2. Pemberian Obat Mata (Tetes Mata, Salep Mata)

Pelaksanaan untuk Tetes Mata:

- a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
- b. Jelaskan prosedur kepada pasien
- c. Posisikan pasien dalam posisi duduk atau berbaring dengan kepala sedikit ekstensi
- d. Buka kemasan steril
- e. Instruksikan pasien untuk melihat ke atas
- f. Tarik kelopak mata bawah untuk membentuk kantong
- g. Teteskan jumlah tetes yang diresepkan ke dalam kantong konjungtiva (hindari menyentuh mata)
- h. Instruksikan pasien untuk menutup mata perlahan dan berkedip
- i. Tekan saluran lakrimal selama 1-2 menit jika diperlukan
- j. Bersihkan kelebihan cairan dengan kapas steril

Pelaksanaan untuk Salep Mata:

- a. Ikuti langkah 1-5 seperti pada tetes mata
- b. Aplikasikan salep sepanjang 1-2 cm mulai dari kantong konjungtiva bagian dalam ke luar
- c. Instruksikan pasien untuk menutup mata dan bergerak lembut
- d. Bersihkan kelebihan salep dengan kapas steril
- e. Pemberian Obat Telinga (Tetes Telinga)

Pelaksanaan:

- a. Identifikasi pasien dengan dua identitas
- b. Jelaskan prosedur kepada pasien
- c. Posisikan pasien dengan telinga yang sakit menghadap ke atas
- d. Periksa adanya kontraindikasi (perforasi gendang telinga)

- e. Untuk dewasa: Tarik daun telinga ke atas dan ke belakang
- f. Untuk anak: Tarik daun telinga ke bawah dan ke belakang
- g. Teteskan jumlah tetes yang diresepkan
- h. Minta pasien tetap dalam posisi tersebut selama 5-10 menit
- i. Letakkan kapas pada meatus luar jika diperlukan (tidak dimasukkan ke dalam).

8.2.5 Pemberian Obat Rektal

Pemberian obat rektal adalah administrasi obat melalui rektum dalam bentuk supositoria, enema, atau krim (Lynn & Taylors, 2023). Metode ini digunakan ketika rute oral tidak memungkinkan atau tidak optimal, serta untuk efek lokal pada area rektum atau kolon.

Prosedur Pemberian Obat Secara Rektal (Supositoria):

1. Posisikan pasien miring ke kiri (posisi Sims)
2. Pasang pernak di bawah bokong pasien
3. Ekspose area anal dengan hati-hati
4. Kenakan sarung tangan
5. Keluarkan supositoria dari kemasan
6. Oleskan lubrikasi pada ujung supositoria
7. Minta pasien bernafas dalam melalui mulut untuk relaksasi sfingter ani
8. Masukkan supositoria dengan ujung yang runcing terlebih dahulu ke dalam rektum sedalam 3-4 cm (melewati sfingter ani internal)
9. Pada anak-anak, kedalaman penyisipan adalah 2-3 cm
10. Tekan bokong pasien selama 30-60 detik untuk mencegah pengeluaran supositoria
11. Anjurkan pasien untuk menahan supositoria selama 15-20 menit atau sesuai petunjuk

8.2.6 Pemberian Obat Secara Vaginal

Pemberian obat secara vaginal adalah pemberian obat melalui vagina untuk mendapatkan efek lokal pada area vagina dan serviks. Metode ini sering digunakan untuk mengobati infeksi, peradangan, atau kondisi hormonal pada area genital wanita (Potter & Perry, 2021).

8.3 Faktor-faktor yang Memengaruhi Efektivitas Obat

Usia dan Berat Badan Pasien

Usia dan berat badan berperan penting dalam menentukan respons tubuh terhadap obat. Pada anak-anak, sistem metabolisme dan ekskresi belum berkembang sempurna, sementara pada lansia terjadi penurunan fungsi fisiologis yang memengaruhi farmakokinetik obat (Stader et al., 2019). Berat badan memengaruhi volume distribusi obat dan dosis yang dibutuhkan.

Pada anak-anak:

1. Absorpsi obat dapat berbeda karena pH lambung yang lebih tinggi
2. Persentase air dalam tubuh lebih tinggi, memengaruhi distribusi obat larut air
3. Enzim metabolisme obat belum matang sempurna.

Pada lansia:

1. Penurunan massa otot dan peningkatan lemak tubuh
2. Penurunan aliran darah ke hati dan ginjal
3. Penurunan kadar albumin yang memengaruhi ikatan obat

Berat badan menjadi dasar penghitungan dosis untuk banyak obat, terutama pada obat dengan indeks terapi sempit (Thelen et al., 2020).

Kondisi Fisiologis (Fungsi Hati dan Ginjal)

Hati dan ginjal adalah organ utama dalam metabolisme dan ekskresi obat. Gangguan pada organ-organ ini dapat menyebabkan akumulasi obat dan meningkatkan risiko efek samping.

Fungsi hati:

1. Bertanggung jawab untuk metabolisme obat melalui enzim sitokrom P450
2. Gangguan fungsi hati dapat memperlambat metabolisme dan meningkatkan konsentrasi obat dalam darah
3. Dapat mengubah bioavailabilitas obat yang mengalami efek lintas pertama (Verbeeck, 2016)

Fungsi ginjal:

1. Berperan dalam ekskresi obat dan metabolitnya
2. Penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) memengaruhi eliminasi obat
3. Pada pasien dengan gangguan ginjal, penyesuaian dosis sering diperlukan untuk mencegah toksisitas (Matzke et al., 2015).

Interaksi dengan Obat Lain atau Makanan

Interaksi obat-obat dan obat-makanan dapat mengubah efektivitas terapi dengan memengaruhi proses farmakokinetik dan farmakodinamik.

Interaksi obat-obat:

1. Dapat terjadi pada tahap absorpsi, distribusi, metabolisme, atau ekskresi
2. Dapat bersifat farmakokinetik (memengaruhi konsentrasi obat) atau farmakodinamik (memengaruhi efek obat)
3. Penghambatan atau induksi enzim CYP450 adalah mekanisme interaksi yang umum (Palleria et al., 2016).

Interaksi obat-makanan:

1. Makanan dapat meningkatkan atau mengurangi absorpsi obat
2. Beberapa makanan dapat memengaruhi enzim yang memetabolisme obat (contoh: jus grapefruit menghambat CYP3A4)
3. Waktu pemberian obat terkait makanan penting untuk beberapa obat (Mouly et al., 2017).

Riwayat Alergi:

1. Reaksi alergi terhadap obat adalah respons imun yang dapat memengaruhi keamanan dan efektivitas pengobatan.
2. Reaksi alergi dapat berkisar dari ringan (ruam) hingga berat (syok anafilaksis)
3. Reaksi silang sering terjadi pada obat dengan struktur kimia serupa
4. Riwayat alergi harus didokumentasikan dengan baik dan diperhitungkan saat meresepkan obat (Doña et al., 2018).

Faktor risiko reaksi alergi obat meliputi:

1. Riwayat alergi sebelumnya
2. Faktor genetik
3. Jenis obat tertentu (contoh: antibiotik beta-laktam, NSAID)
4. Rute pemberian (intravena lebih berisiko dibanding oral).

Kepatuhan Pasien terhadap Regimen Pengobatan

Kepatuhan pasien adalah faktor krusial yang menentukan keberhasilan terapi. Ketidakepatuhan dapat menyebabkan kegagalan terapi dan peningkatan biaya kesehatan.

Faktor yang memengaruhi kepatuhan:

1. Kompleksitas regimen pengobatan
2. Efek samping obat
3. Pemahaman pasien tentang penyakit dan pengobatan
4. Faktor sosial ekonomi
5. Hubungan pasien-tenaga kesehatan (Brown & Bussell, 2018).

Strategi meningkatkan kepatuhan:

1. Edukasi pasien yang komprehensif
2. Penyederhanaan regimen pengobatan
3. Penggunaan pengingat dan teknologi
4. Dukungan sosial dan keluarga.

Kondisi Penyimpanan Obat

Penyimpanan obat yang tepat menjamin stabilitas dan efektivitas obat hingga waktu kedaluwarsa.

Faktor penyimpanan yang memengaruhi stabilitas obat:

1. Suhu: beberapa obat memerlukan penyimpanan pada suhu tertentu (ruangan, kulkas, beku)
2. Kelembapan: dapat mempercepat degradasi beberapa sediaan farmasi
3. Cahaya: beberapa obat sensitif terhadap cahaya dan memerlukan perlindungan
4. Kemasan: menjaga stabilitas dan melindungi dari kontaminasi (Crichton et al., 2017).

Pentingnya penyimpanan yang tepat:

1. Mempertahankan potensi obat
2. Mencegah pembentukan produk degradasi yang berpotensi toksik
3. Memastikan keamanan dan efektivitas hingga tanggal kedaluwarsa.

Bab 9

Perawatan Pasien Dengan Gangguan Pernapasan

9.1 Terapi Oksigen

Gangguan pernapasan di negara berkembang merupakan beban utama dalam hal morbiditas dan mortalitas dan, khususnya yang terkait dengan gangguan/ penyakit pernapasan kronis, menjadi perhatian yang semakin meningkat. Gangguan pernapasan merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan.

Beban gangguan pernapasan memengaruhi individu dan keluarga mereka, sekolah, dan tempat kerja, dan beban penyakit pernapasan juga dibebankan pada masyarakat, melalui pajak, biaya asuransi kesehatan yang lebih tinggi, dan hilangnya produktivitas. Sehingga dalam keadaan ini diperlukan beberapa strategi untuk mengobati pasien dengan gangguan pernapasan sehingga dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas. Bab ini memberikan

informasi tentang beberapa teknik strategi perawatan pada pasien dengan gangguan pernapasan yang akan di bahas pada pembahasan di bawah ini.

Terapi oksigen direkomendasikan oleh WHO sebagai terapi lini pertama untuk mengobati gangguan pernapasan dan hipoksia. Metode pemberian bervariasi dan harus ditentukan berdasarkan tingkat keparahan penyakit. Target terapi ini adalah pasien dapat mempertahankan saturasi oksigen >90% dan 92%–95% untuk wanita hamil. Pasien harus diberikan konsentrasi tinggi pada awalnya. Jumlahnya kemudian dapat disesuaikan dengan hasil oksimetri nadi dan analisis gas darah arteri.

Oksigen biasanya diberikan melalui masker wajah, meskipun kanula hidung atau kanula mungkin lebih dapat ditoleransi. Masker dengan kinerja tetap, aliran tinggi, dan penghantar udara dapat memberikan konsentrasi oksigen inspirasi fraksional (F_{IO_2}) yang diketahui dalam kisaran 0,24 - 0,60. Konsentrasi oksigen inspirasi fraksional tidak diketahui dengan masker kinerja variabel yang lebih umum. Konsentrasi maksimum adalah 0,6 kecuali kantong reservoir ditambahkan ke masker (WHO, 2020).

9.1.1 Kanula Hidung

Oksigen tambahan melalui kanula hidung memberikan aliran hingga sekitar 5–6 L/menit yang meningkatkan fraksi oksigen inspirasi (FiO_2) hingga sekitar 45%. FiO_2 aktual dapat bervariasi tergantung pada aliran puncak inspirasi pasien. Meskipun efektif untuk pasien hipoksia ringan, oksigen suplemental yang diberikan melalui kanula hidung dapat menyebabkan penyebaran udara yang dihembuskan secara signifikan, bahkan pada laju aliran rendah. Dalam penelitian yang menggunakan model manekin manusia dengan ketelitian tinggi, jarak maksimum penyebaran udara yang dihembuskan yang dilaporkan adalah 30 cm pada 1 L/menit, dan 40 cm pada 5 L/menit (Wang et al., 2020).

9.1.2 Masker Sederhana (Simple Mask)

Masker sederhana menyediakan oksigen tambahan dengan laju aliran hingga sekitar 5–10 L/menit. Laju pernapasan dan pernafasan dikontrol

oleh pasien dan masing-masing memengaruhi FiO_2 aktual yang diberikan. Pemberian oksigen tambahan melalui masker sederhana hanya sedikit lebih besar daripada kanula hidung. Studi model manekin manusia dengan ketelitian tinggi menunjukkan jarak dispersi hembusan maksimum menggunakan masker sederhana pada 10 L/menit adalah 40 cm (Wang et al., 2020).

9.1.3 Masker Venturi (Venturi Mask)

Oksigen tambahan melalui masker venturi memungkinkan pemberian oksigen yang lebih tepat. FiO_2 diberikan dalam kadar yang berbeda, biasanya antara 24% dan 60% oksigen. Masker menggunakan alat penyalur udara/oksigen (venturi) untuk mencampur udara dan oksigen dengan lebih tepat. Setiap kadar FiO_2 dicapai dengan venturi "snap-on", yang menentukan laju aliran oksigen untuk mencapai FiO_2 yang dipilih.

Laju aliran oksigen ditentukan, dan biasanya bervariasi dari 2 hingga 15 L/menit. Dalam penelitian yang menggunakan model manekin manusia dengan ketelitian tinggi, jarak dispersi maksimum yang dihembuskan bervariasi dari 33 cm pada FiO_2 40%, hingga 40 cm pada FiO_2 24% (Wang et al., 2020).

9.1.4 Masker Non-Rebreather (Non Rebreathing Mask/NRB)

Masker non-rebreather (NRB) menawarkan cara yang aman untuk menyediakan oksigen tambahan bagi pasien karena masker membantu membatasi penyebaran droplet. Masker NRB dapat menyediakan oksigen tambahan hingga tingkat sekitar 90% pada laju aliran mendekati 15 L/menit.¹³

Untuk mencegah hiperkapnia, kantong reservoir harus tetap mengembang setiap saat; ini membutuhkan laju aliran minimal 8–10 L/menit.¹⁴ Penelitian manekin manusia dengan ketelitian tinggi menunjukkan bahwa jarak dispersi maksimum yang dihembuskan pada 10 L/menit adalah <10

cm, yang menunjukkan bahwa modalitas ini menghasilkan aerosol yang paling sedikit tersebar (Wang et al., 2020).

9.2 Dukungan Pernapasan Non-Invasif

Jika pasien tetap hipoksemia dengan oksigen aliran tinggi (15 l/menit), strategi oksigenasi dukungan pernapasan noninvasif dapat dilakukan. Sementara oksigen tambahan harus ditawarkan kepada semua pasien dengan gagal napas hipoksemia akut tanpa memandang tingkat sesak napas, alat bantu pernapasan noninvasif disediakan untuk pasien yang paling hipoksemia dengan tanda-tanda klinis gangguan pernapasan dan ditujukan untuk menghilangkan dispnea (Helms et al., 2024).

Dalam sebagian besar uji klinis yang menilai alat bantu pernapasan noninvasif pada gagal napas hipoksemia akut, pasien yang diikutsertakan mengalami hipoksemia sedang hingga berat ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ mm Hg), dan peningkatan laju pernapasan di atas 25 napas per menit atau tanda-tanda klinis gangguan pernapasan. Kriteria operasional ini dapat memungkinkan identifikasi bentuk gagal napas hipoksemia akut yang paling parah, dan membantu dalam memutuskan kapan harus memulai alat bantu pernapasan noninvasif (Helms et al., 2024).

Dukungan pernapasan non-invasif mengacu pada dukungan ventilasi tanpa intubasi trakea. Ini dapat digunakan sebagai langkah pertama pada pasien yang memerlukan beberapa dukungan ventilasi dan yang tidak mengalami hipoksemia berat. Ventilasi melalui masker hidung atau wajah dapat menghindari kebutuhan intubasi, terutama pada eksaserbasi penyakit saluran napas obstruktif kronis. Beberapa pasien dengan kegagalan ventilasi kronis bergantung pada ventilasi non-invasif jangka panjang. Ventilasi ini juga dapat digunakan selama penghentian ventilasi konvensional. Jenis terapi ini meliputi meliputi HFNC dan CPAP (Helms et al., 2024).

9.2.1 High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy (HFNC)

HFNC dapat mencapai kadar FiO_2 melebihi 80–90%. Selain meningkatkan oksigenasi dan meningkatkan kenyamanan, pembersihan ruang mati saluran napas bagian atas dan, pada tingkat yang lebih rendah, pemberian tekanan saluran napas positif tingkat rendah secara terus-menerus dapat mengurangi kerja pernapasan, pengurangan beban kerja pernapasan dapat menjadi tujuan utama dari dukungan pernapasan noninvasif dalam bentuk gagal napas yang parah, yang mungkin mengarah pada hasil yang lebih baik. HFNC harus dipertimbangkan terutama pada pasien dengan hipoksemia sedang hingga berat ($\text{rasio } \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$) (Thille et al., 2024).

9.2.2 Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)

Teknik ini meningkatkan oksigenasi dengan merekrut alveoli yang kurang berventilasi dan karenanya paling berhasil dalam situasi klinis di mana alveoli mudah direkrut, seperti edema paru akut dan atelektasis pascaoperasi. Teknik ini juga membantu pasien dengan gangguan kekebalan tubuh yang mengalami pneumonia. Karena intubasi dihindari, risiko pneumonia nosokomial berkurang. CPAP sering kali terasa tidak nyaman dan dapat terjadi distensi lambung. Oleh karena itu, pasien harus kooperatif, mampu melindungi saluran napas mereka, dan memiliki kekuatan untuk bernapas spontan dan batuk secara efektif (Thille et al., 2024).

9.3 Ventilasi Mekanik

Ventilasi mekanis merupakan intervensi penting untuk mempertahankan hidup dalam situasi akut atau darurat, khususnya pada pasien dengan gangguan jalan napas, gangguan ventilasi, atau gagal napas hipoksemia. Prosedur ini melibatkan penerapan napas bertekanan positif dan

bergantung pada kepatuhan dan ketahanan sistem jalan napas (Farkas et al., 2020).

Ventilasi mekanis bekerja dengan menerapkan napas bertekanan positif, bergantung pada kepatuhan dan resistensi sistem saluran napas. Selama inspirasi spontan, paru-paru mengembang karena tekanan transpulmonal terutama berasal dari tekanan pleura negatif yang dihasilkan oleh otot-otot inspirasi. Sebaliknya, ventilasi mekanis terkontrol memanfaatkan tekanan saluran napas positif untuk mendorong gas ke dalam paru-paru, menciptakan lingkungan bertekanan positif.

Volume tidal (VT) merupakan udara yang dipertukarkan selama setiap siklus pernapasan. Secara fisiologis, VT dipengaruhi oleh tinggi badan dan jenis kelamin individu, biasanya antara 8 dan 10 mL/kg berat badan ideal. Ventilasi mekanis dapat diberikan melalui berbagai moda, termasuk moda wajib atau moda bantuan. Dalam moda bantuan, upaya inspirasi pasien memicu ventilasi mekanis untuk memberikan napas. Pada saat yang sama, tekanan merupakan hasil dari tekanan pleura negatif dan tekanan alveolar positif (Farkas et al., 2020).

9.3.1 Indikasi Ventilasi Mekanik Invasif

Indikasi utama ventilasi mekanik invasif dikategorikan sebagai berikut:

1. Kesulitan jalan napas akibat penyakit
 - a. Pasien yang mengalami obstruksi atau jalan napas yang dinamis memerlukan perlindungan jalan napas, seperti pasien yang mengalami trauma atau infeksi orofaring;
 - b. Pasien dengan obstruksi jalan napas dapat mengalami masalah proksimal (seperti angioedema) atau distal (seperti bronkospasme asma atau eksaserbasi akut penyakit paru obstruktif kronik atau PPOK) (Jablonski et al., 2020).
2. Hipoventilasi dapat terjadi akibat gangguan dorongan, kegagalan pompa, atau kesulitan pertukaran gas, yang menyebabkan kegagalan pernapasan hiperkapnia.

Etiologi kondisi ini dapat dibagi menjadi beberapa subkategori berikut:

- a. Gangguan dorongan sentral (seperti overdosis obat);
 - b. Kelemahan otot pernapasan (seperti distrofi otot dan miositis);
 - c. Kelainan sistem saraf tepi (seperti sindrom Guillain-Barré atau krisis miastenia);
 - d. Kelainan ventilasi restriktif (seperti trauma atau penyakit dinding dada atau pneumotoraks masif atau efusi) (Jablonski et al., 2020).
3. Gagal pernapasan hipoksemia dapat timbul akibat ketidakmampuan untuk menukar oksigen secara efektif atau menyalurkannya ke jaringan tepi karena alasan berikut:
- a. Kelainan pengisian alveolar (seperti pneumonia, sindrom gangguan pernapasan akut (ARDS), atau edema paru);
 - b. Kelainan pembuluh darah paru yang menyebabkan ketidaksesuaian ventilasi-perfusi (seperti emboli paru masif atau emboli udara);
 - c. Kelainan difusi (seperti fibrosis paru lanjut) (Neumann et al., 2020).
4. Peningkatan kebutuhan ventilasi dapat disebabkan oleh kondisi seperti sepsis berat, syok, atau asidosis metabolik berat (Neumann et al., 2020).

9.3.2 Mode Ventilasi Mekanis

Mode ventilasi mekanis yang paling umum meliputi:

1. Ventilasi kontrol bantuan terbatas volume (VAC);
2. Ventilasi kontrol bantuan terbatas tekanan (PAC);
3. Ventilasi wajib terputus-putus tersinkronisasi (SIMV) dengan ventilasi pendukung tekanan (PSV) (Palmer et al., 2019).

PSV biasanya tidak digunakan sebagai mode utama; sebaliknya, umumnya digunakan selama proses penyapihan dari ventilasi mekanis. Jenis mode ventilasi mekanis lainnya meliputi ventilasi mekanis terkendali, yang dapat dibatasi volume atau dibatasi tekanan, serta ventilasi wajib terputus-putus. Selain itu, ventilasi pelepasan tekanan jalan napas (APRV) atau ventilasi mekanis dua tingkat lebih jarang digunakan sebagai pengaturan awal. Pemberian napas dalam ventilasi mekanis secara umum dapat dikategorikan sebagai terbatas volume atau terbatas tekanan.

Variasi volume tidal (VT) dan tekanan jalan napas terjadi tergantung pada kepatuhan pernapasan, resistensi jalan napas, dan mode ventilasi mekanis spesifik yang digunakan. Misalnya, VT diatur ke jumlah tetap dalam mode VAC, dengan tekanan jalan napas statis (atau tekanan plateau pada akhir inspirasi) dipengaruhi oleh kepatuhan paru-paru.

Sebaliknya, dalam mode PAC, tekanan penggerak diatur dan ditetapkan, yang menghasilkan VT variabel dari napas ke napas, yang bergantung pada kepatuhan paru-paru (yaitu, kepatuhan paru-paru yang lebih tinggi menyebabkan VT yang lebih tinggi, dan kepatuhan paru-paru yang lebih rendah menyebabkan VT yang lebih rendah) (Palmer et al., 2019).

Ventilasi mekanis terdiri dari empat tahap: fase pemicu, fase inspirasi, fase siklus, dan fase ekspirasi. Fase pemicu memulai inhalasi, baik didorong oleh upaya pasien atau parameter yang telah ditentukan sebelumnya yang ditetapkan oleh ventilator mekanis. Fase inspirasi melibatkan asupan udara ke paru-paru pasien. Setelah inspirasi, fase siklus menunjukkan penghentian inhalasi tetapi mendahului permulaan ekshalasi. Terakhir, fase ekspirasi menandakan ekshalasi pasif udara dari paru pasien (Palmer et al., 2019).

9.3.3 Pengaturan Ventilasi Mekanis

Mode ventilasi mekanis yang disebutkan di atas digunakan untuk inisiasi. Pemilihan mode ventilasi mekanis harus disesuaikan untuk memastikan keselamatan dengan mengoptimalkan pencocokan ventilasi-perfusi dan hubungan tekanan-volume paru-paru.

Selain itu, sinkronisasi dan kenyamanan pasien-ventilator merupakan faktor penting untuk pemilihan mode (Chang et al., 2021):

1. Mode VAC: Saat mode VAC dipilih, parameter berikut harus ditetapkan pada ventilator:
 - a. Volume tidal (VT): Volume tidal biasanya ditentukan berdasarkan berat badan ideal atau yang diprediksi (PBW) dan bukan berat badan aktual. Dalam kondisi seperti ARDS yang memerlukan strategi perlindungan paru-paru, VT ditetapkan pada kisaran rendah 4 hingga 8 mL/kg PBW;
 - b. Laju pernapasan (RR): Laju pernapasan biasanya antara 12 dan 16 napas per menit. Laju pernapasan yang lebih tinggi (hingga 35 napas per menit) dapat dipilih untuk mencapai ventilasi menit yang cukup, terutama selama strategi paru-paru protektif pada ARDS untuk mencegah hiperkapnia berat atau mengatasi asidosis berat;
 - c. Laju aliran inspirasi (IFR): Laju aliran inspirasi biasanya ditetapkan antara 40 dan 60 L/menit untuk mencapai rasio inspirasi dan ekspirasi 1:2 atau 1:3. Laju aliran inspirasi yang lebih tinggi (hingga 90 L/menit) sering direkomendasikan dalam kasus obstruksi jalan napas distal yang berat, seperti eksaserbasi PPOK akut atau eksaserbasi asma berat. Laju yang lebih tinggi ini memungkinkan waktu ekspirasi yang lebih lama untuk mengosongkan paru-paru, yang menargetkan rasio inspirasi-ekspirasi (I:E) lebih besar dari 1:3;
 - d. Fraksi oksigen yang diinspirasi (FiO₂): FiO₂ harus disesuaikan ke tingkat minimum yang diperlukan untuk mempertahankan pembacaan oksimetri nadi (SpO₂) sebesar 90% hingga 96%. Menghindari hiperoksemia sangatlah penting, karena penelitian telah menunjukkan peningkatan mortalitas di

- antara pasien yang sakit kritis dengan kadar oksigen yang berlebihan;
- e. Tekanan akhir ekspirasi positif (PEEP): PEEP meningkatkan kapasitas residual fungsional dan mencegah kolapsnya alveoli, sehingga mengurangi atelektrektoma. Awalnya, kadar PEEP biasanya ditetapkan pada 5 cm H₂O dan disesuaikan berdasarkan kondisi dasar pasien dan kebutuhan oksigenasi. PEEP dititrasi menurut mekanika sistem pernapasan atau pedoman seperti tabel jaringan ARDS dalam kondisi seperti ARDS;
 - f. Sensitivitas pemicu: Pemicu dapat dikategorikan menjadi 2 jenis pemicu aliran dan pemicu tekanan. Pemicu tekanan biasanya ditetapkan pada -2 cm H₂O tetapi harus dihindari jika diduga terjadi auto-PEEP. Dalam kasus seperti itu, pemicu aliran harus digunakan dan ditetapkan pada ambang batas 2 L/menit (Chang et al., 2021).
2. Mode PAC: Parameter berikut harus disesuaikan pada ventilator saat menggunakan mode PAC:
- a. Tekanan inspirasi (P_i): Seperti yang dibahas di atas, tingkat tekanan inspirasi biasanya ditetapkan antara 10 dan 20 cm H₂O, berdasarkan kondisi dasar pasien untuk mencapai VT yang memadai;
 - b. Waktu inspirasi (T_i): Waktu inspirasi biasanya ditetapkan pada 1 detik dan disesuaikan untuk mencapai rasio I:E 1:2 hingga 1:3;
 - c. Pengaturan PEEP dan FiO₂ dipilih serupa dengan mode VAC. Namun, tekanan inspirasi menambah tekanan tambahan pada tekanan saluran napas puncak dan dapat semakin meningkatkan risiko barotrauma (Chang et al., 2021).

3. Mode SIMV/PSV: Saat mode SIMV/PSV dipilih, pengaturan awal mencakup yang berikut:
 - a. Dukungan tekanan (PS): Dukungan tekanan biasanya berkisar antara 5 hingga 15 cm H₂O untuk napas spontan yang dimulai oleh pasien di atas laju yang ditetapkan. Dukungan ini dapat disesuaikan sesuai kebutuhan untuk mempertahankan ventilasi menit tertentu;
 - b. Volume tidal (VT): Volume tidal diatur serupa dengan mode VAC untuk mencapai ventilasi menit yang ditargetkan tanpa menyebabkan cedera paru terkait ventilator (biasanya 4 hingga 8 mL/kg PBW) untuk napas non-spontan (Chang et al., 2021).

9.4 Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada dan penghisapan trakea secara teratur sangat penting. Pemberian fisioterapi dada dapat membantu membersihkan dan mengeluarkan sekret serta melonggarkan jalan napas. Fisioterapi dada sebagai terapi untuk mengeluarkan lendir atau sekret yang menyumbat saluran napas akibat beberapa penyakit. Fisioterapi dada sendiri dapat dilakukan untuk mengeluarkan sekret dari saluran napas kecil maupun besar sehingga sekret dapat dikeluarkan. Fisioterapi dada tidak memerlukan tempat yang luas dan alat yang mahal sehingga mudah untuk diterapkan, sehingga intervensi ini dapat dijadikan salah satu modalitas pengobatan pasien dengan gangguan pernapasan (Windiastoni, Basuki and Haritsah, 2023).

9.5 Posisi

Salah satu posisi yang dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan pernapasan adalah posisi orthopneic. Posisi orthopneic yaitu posisi condong kedepan dengan disangga lengan akan meningkatkan otot diafragma dan otot interkosta eksternal. Otot diafragma yang berada dalam posisi orthopneic menyebabkan gaya gravitasi bumi bekerja cukup adekuat pada otot utama inspirasi dibandingkan dengan posisi lainnya. Gaya gravitasi bumi yang bekerja pada otot diafragma memudahkan otot tersebut berkontraksi bergerak kebawah memperbesar volume rongga thoraks dengan menambah panjang vertikalnya (Siregar, Tarigan and Ariani, 2021).

Selain itu otot eksternal, gaya gravitasi bumi yang bekerja pada otot tersebut mempermudah iga terangkat keluar sehingga semakin memperbesar rongga toraks dalam dimensi anteroposterior. Rongga thoraks yang membesar menyebabkan tekanan didalam rongga thoraks mengembang dan memaksa paru untuk mengembang, dengan demikian tekanan intraalveolus akan menurun.

Penurunan tekanan intraalveolus lebih rendah dari tekanan atmosfer menyebabkan udara mengalir masuk ke dalam pleura. Proses tersebut menunjukan bahwa dengan posisi orthopneic mempermudah pasien melakukan inspirasi tanpa banyak mengeluarkan banyak energi. Proses inspirasi dengan menggunakan energi yang sedikit dapat mengurangi kelelahan pasien saat bernafas dan juga meminimalkan penggunaan oksigen (Siregar, Tarigan and Ariani, 2021).

9.6 Terapi Farmakologis

1. Steroid memiliki peran terbatas dalam penanganan akut pasien yang menggunakan ventilator, kecuali untuk mengobati penyakit yang mendasarinya misalnya, asma. Namun, ada bukti bahwa steroid meningkatkan fungsi paru-paru pada fase fibroproliferatif

selanjutnya dari sindrom gangguan pernapasan akut (Mittauer, 2024).

2. Sedasi pasien yang menggunakan ventilator umumnya memerlukan sedasi untuk menoleransi ventilasi dan keberadaan tabung endotrakeal. Tujuannya adalah agar pasien merasa nyaman setiap saat. Di masa lalu, ventilasi hanya dapat dikontrol jika pasien sangat terbius atau bahkan lumpuh. Ventilator canggih kini memungkinkan sedasi yang lebih sedikit, tetapi pasien tetap memerlukan analgesia untuk meredakan nyeri dan kecemasan serta tekanan. Pasien memiliki kebutuhan individu dan indikasi yang berbeda untuk analgesia dan sedasi.

Indikasi untuk analgesia dan sedasi (Mittauer, 2024):

- a. Memungkinkan ventilasi yang efektif
 - b. Mengurangi kebutuhan oksigen
 - c. Memberikan analgesia
 - d. Mengurangi kecemasan
 - e. Meredakan tekanan
 - f. Memfasilitasi tidur
 - g. Memberikan amnesia
 - h. Mengurangi depresi
3. Relaksan otot kini jarang digunakan.
Perawatan yang penuh kasih sayang dan komunikasi yang efektif membantu pasien, tetapi obat-obatan sering kali diperlukan untuk membuat mereka tetap nyaman. Namun, obat penenang memiliki beberapa efek samping. Obat induk atau metabolit aktif dapat terakumulasi karena gagal ginjal dan memiliki aksi yang berkepanjangan. Mungkin juga ada efek sirkulasi misalnya, hipotensi. Toleransi terkadang terjadi. Pasien dapat mengalami sindrom putus obat saat obat dihentikan, sementara pola tidur

yang berubah dapat menyebabkan kurang tidur. Beberapa pasien mengalami ileus, yang dapat mengganggu makan. Karena pasien yang sakit kritis biasanya tidak dapat mengatakan apakah mereka merasa nyaman, kecemasan, depresi, dan bahkan rasa sakit mungkin sulit dinilai. Penilaian ini cenderung subjektif dan berbagai sistem penilaian digunakan, sebagian besar didasarkan pada respons pasien terhadap rangsangan yang berbeda.

Indikasi untuk relaksan otot (Mittauer, 2024):

- a. Memungkinkan intubasi dan prosedur lainnya
- b. Memungkinkan kontrol ventilasi saat dorongan pernapasan sangat tinggi misalnya, hiperkapnia permisif
- c. Mengobati penyakit tertentu misalnya, tetanus
- d. Mengurangi kebutuhan oksigen saat oksigenasi sangat penting
- e. Mengontrol tekanan karbon dioksida dan mencegah peningkatan.

Bab 10

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit

10.1 Kebijakan dan Protokol Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit

Kebijakan dan protokol pencegahan infeksi di rumah sakit merupakan komponen penting dalam memastikan keselamatan pasien, tenaga kesehatan, dan pengunjung. Standar dan pedoman yang diterapkan, seperti penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur sterilisasi, dirancang untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi nosokomial. Menurut penelitian oleh Allegranzi et al. (2017), kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi, termasuk higiene tangan dan penggunaan APD, dapat secara signifikan menurunkan angka infeksi terkait perawatan kesehatan.

Selain itu, pedoman dari organisasi seperti WHO dan CDC menjadi acuan utama bagi rumah sakit dalam menyusun kebijakan yang efektif (World Health Organization, 2020). Dengan demikian, kebijakan dan protokol

yang ketat menjadi fondasi utama dalam menciptakan lingkungan rumah sakit yang aman.

Prosedur sterilisasi dan dekontaminasi peralatan medis juga merupakan bagian integral dari kebijakan pencegahan infeksi. Metode sterilisasi, seperti autoklaf dan desinfeksi kimia, digunakan untuk memastikan bahwa peralatan medis bebas dari patogen sebelum digunakan kembali. Menurut Rutala et al. (2019), proses sterilisasi yang tepat dapat mencegah infeksi silang dan melindungi pasien dari risiko infeksi yang serius. Selain itu, penggunaan teknologi terkini, seperti sinar UV dan plasma dingin, semakin meningkatkan efektivitas sterilisasi di rumah sakit (Weber et al., 2020). Dengan menerapkan prosedur sterilisasi yang ketat, rumah sakit dapat meminimalkan risiko infeksi dan meningkatkan kualitas perawatan.

Peran tim pencegahan infeksi dalam memantau dan mengevaluasi kepatuhan terhadap protokol tidak kalah pentingnya. Tim ini bertanggung jawab untuk melakukan audit, memberikan pelatihan, dan memastikan bahwa semua tenaga kesehatan memahami dan menerapkan protokol dengan benar. Menurut penelitian oleh Saint et al. (2020), rumah sakit dengan tim pencegahan infeksi yang aktif memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi terhadap protokol pencegahan infeksi.

Selain itu, evaluasi berkala dan umpan balik dari tim pencegahan infeksi dapat membantu mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan dan memastikan bahwa kebijakan pencegahan infeksi tetap efektif (Siegel et al., 2019). Dengan demikian, tim pencegahan infeksi memainkan peran krusial dalam menjaga standar keselamatan di rumah sakit.

10.1.1 Standar dan Pedoman Pencegahan Infeksi di Rumah Sakit

Standar dan pedoman pencegahan infeksi di rumah sakit didasarkan pada rekomendasi dari organisasi kesehatan internasional dan nasional, seperti World Health Organization (WHO) dan Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Panduan ini mencakup berbagai aspek, termasuk higiene tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), dan prosedur isolasi,

yang dirancang untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi nosokomial. Menurut penelitian oleh Allegranzi et al. (2017), kepatuhan terhadap standar ini telah terbukti secara signifikan menurunkan angka infeksi terkait perawatan kesehatan, seperti infeksi saluran kemih dan infeksi luka operasi.

Selain itu, WHO (2020) menekankan pentingnya pendekatan multidisiplin dalam mengimplementasikan pedoman ini untuk memastikan efektivitasnya di seluruh tingkat layanan kesehatan. Dengan mengadopsi standar internasional, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi pasien dan tenaga kesehatan.

Implementasi protokol dasar, seperti penggunaan APD, higiene tangan, dan prosedur isolasi, merupakan langkah kritis dalam pencegahan infeksi di rumah sakit. Penggunaan APD yang tepat, termasuk masker, sarung tangan, dan gaun pelindung, dapat mengurangi risiko transmisi patogen antara pasien dan tenaga kesehatan. Menurut penelitian oleh Mitchell et al. (2019), pelatihan rutin dan pemantauan kepatuhan terhadap protokol ini dapat meningkatkan efektivitas pencegahan infeksi.

Selain itu, prosedur isolasi yang ketat untuk pasien dengan infeksi menular juga menjadi komponen penting dalam mencegah penyebaran patogen di lingkungan rumah sakit (Siegel et al., 2019). Dengan menerapkan protokol dasar secara konsisten, rumah sakit dapat meminimalkan risiko infeksi dan meningkatkan kualitas perawatan.

10.1.2 Prosedur Sterilisasi dan Dekontaminasi Peralatan Medis

Prosedur sterilisasi dan dekontaminasi peralatan medis merupakan langkah penting dalam mencegah infeksi silang dan memastikan keselamatan pasien di rumah sakit. Metode sterilisasi yang umum digunakan meliputi autoklaf, desinfeksi kimia, dan penggunaan sinar UV, yang dirancang untuk menghilangkan patogen seperti bakteri, virus, dan jamur. Menurut penelitian oleh Rutala et al. (2019), autoklaf, yang menggunakan uap

bertekanan tinggi, adalah salah satu metode sterilisasi yang paling efektif untuk peralatan medis yang tahan panas.

Selain itu, desinfeksi kimia dan sinar UV juga digunakan untuk peralatan yang tidak dapat disterilisasi dengan panas, sehingga memastikan bahwa semua peralatan medis aman untuk digunakan kembali (Weber et al., 2020). Dengan menerapkan metode sterilisasi yang tepat, rumah sakit dapat meminimalkan risiko infeksi dan meningkatkan kualitas perawatan.

Pentingnya dekontaminasi peralatan medis tidak dapat diabaikan, karena peralatan yang terkontaminasi dapat menjadi sumber utama penyebaran infeksi silang. Dekontaminasi yang efektif tidak hanya melindungi pasien, tetapi juga tenaga kesehatan yang menangani peralatan tersebut. Menurut penelitian oleh Otter et al. (2018), infeksi silang yang disebabkan oleh peralatan medis yang tidak disterilkan dengan benar dapat menyebabkan komplikasi serius, termasuk infeksi aliran darah dan infeksi luka operasi. Selain itu, prosedur dekontaminasi yang ketat juga membantu mematuhi standar akreditasi rumah sakit dan regulasi kesehatan (Siegel et al., 2019). Dengan demikian, dekontaminasi peralatan medis merupakan komponen kritis dalam strategi pencegahan infeksi di rumah sakit.

10.1.3 Peran Tim Pencegahan Infeksi dalam Memantau dan Mengevaluasi Kepatuhan

Tim pencegahan infeksi memainkan peran krusial dalam memastikan kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi di rumah sakit. Fungsi utama tim ini meliputi melakukan audit, memberikan pelatihan, dan memantau kepatuhan tenaga kesehatan terhadap kebijakan yang telah ditetapkan. Menurut penelitian oleh Saint et al. (2020), rumah sakit dengan tim pencegahan infeksi yang aktif memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi terhadap protokol, seperti higiene tangan dan penggunaan alat pelindung diri (APD).

Selain itu, audit rutin yang dilakukan oleh tim ini membantu mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan dan memastikan bahwa kebijakan pencegahan infeksi diterapkan secara konsisten (Siegel et al.,

2019). Dengan demikian, tim pencegahan infeksi menjadi garda terdepan dalam menjaga standar keselamatan di rumah sakit.

Strategi untuk meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap kebijakan pencegahan infeksi meliputi pendekatan edukasi, umpan balik, dan insentif. Pelatihan rutin dan simulasi praktis dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menerapkan protokol pencegahan infeksi.

Menurut penelitian oleh Allegranzi et al. (2017), umpan balik yang konstruktif dan pengingat visual, seperti poster dan tanda-tanda di area strategis, juga efektif dalam meningkatkan kepatuhan. Selain itu, insentif dan pengakuan terhadap tenaga kesehatan yang konsisten dalam menerapkan protokol dapat memotivasi untuk tetap patuh (Mitchell et al., 2019). Dengan kombinasi strategi ini, tim pencegahan infeksi dapat menciptakan budaya keselamatan yang kuat di rumah sakit.

10.2 Pentingnya Higiene Tangan dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial

Higiene tangan merupakan salah satu langkah paling efektif dalam mencegah penyebaran infeksi nosokomial di rumah sakit. Praktik cuci tangan yang tepat dapat secara signifikan mengurangi transmisi patogen, termasuk bakteri, virus, dan jamur, yang dapat menyebabkan infeksi serius. Menurut penelitian oleh Allegranzi et al. (2017), higiene tangan yang konsisten dapat menurunkan angka infeksi terkait perawatan kesehatan hingga 50%.

Selain itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah menetapkan pedoman "5 Momen Cuci Tangan" yang menjadi standar global untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan mencuci tangan pada waktu-waktu kritis selama perawatan pasien (World Health Organization, 2020). Dengan demikian,

higiene tangan menjadi fondasi utama dalam strategi pencegahan infeksi di rumah sakit.

Meskipun pentingnya higiene tangan telah diakui secara luas, kepatuhan terhadap praktik ini masih menjadi tantangan di banyak rumah sakit. Faktor-faktor seperti beban kerja yang tinggi, kurangnya fasilitas cuci tangan, dan kesadaran yang rendah dapat menghambat kepatuhan tenaga kesehatan. Menurut penelitian oleh Erasmus et al. (2018), intervensi seperti pelatihan rutin, pengingat visual, dan umpan balik langsung dapat meningkatkan kepatuhan terhadap higiene tangan.

Selain itu, penyediaan hand sanitizer berbasis alkohol di area strategis juga telah terbukti efektif dalam memudahkan akses dan meningkatkan frekuensi cuci tangan (Boyce et al., 2019). Dengan menerapkan strategi ini, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang mendukung praktik higiene tangan yang konsisten.

Selain tenaga kesehatan, pengunjung dan pasien juga memainkan peran penting dalam mencegah penyebaran infeksi melalui higiene tangan. Edukasi yang diberikan kepada pengunjung tentang pentingnya cuci tangan sebelum dan setelah mengunjungi pasien dapat membantu mengurangi risiko transmisi patogen. Menurut penelitian oleh Kingston et al. (2020), kampanye kesadaran publik dan penggunaan media visual, seperti poster dan video edukasi, dapat meningkatkan pemahaman dan kepatuhan pengunjung terhadap praktik higiene tangan.

Selain itu, partisipasi aktif pasien dalam mengingatkan tenaga kesehatan untuk mencuci tangan juga dapat menjadi strategi efektif dalam meningkatkan kepatuhan (Sax et al., 2019). Dengan melibatkan semua pihak, rumah sakit dapat menciptakan budaya higiene tangan yang kuat dan berkelanjutan.

10.2.1 Peran Cuci Tangan dalam Mencegah Penyebaran Infeksi Nasokomial

Standar dan pedoman pencegahan infeksi di rumah sakit didasarkan pada rekomendasi dari organisasi kesehatan internasional dan nasional, seperti World Health Organization (WHO) dan Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Panduan ini mencakup berbagai aspek, termasuk higiene tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), dan prosedur isolasi, yang dirancang untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi nosokomial. Menurut penelitian oleh Allegranzi et al. (2017), kepatuhan terhadap standar ini telah terbukti secara signifikan menurunkan angka infeksi terkait perawatan kesehatan, seperti infeksi saluran kemih dan infeksi luka operasi.

Selain itu, WHO (2020) menekankan pentingnya pendekatan multidisiplin dalam mengimplementasikan pedoman ini untuk memastikan efektivitasnya di seluruh tingkat layanan kesehatan. Dengan mengadopsi standar internasional, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi pasien dan tenaga kesehatan.

Implementasi protokol dasar, seperti penggunaan APD, higiene tangan, dan prosedur isolasi, merupakan langkah kritis dalam pencegahan infeksi di rumah sakit. Penggunaan APD yang tepat, termasuk masker, sarung tangan, dan gaun pelindung, dapat mengurangi risiko transmisi patogen antara pasien dan tenaga kesehatan. Menurut penelitian oleh Mitchell et al. (2019), pelatihan rutin dan pemantauan kepatuhan terhadap protokol ini dapat meningkatkan efektivitas pencegahan infeksi.

Selain itu, prosedur isolasi yang ketat untuk pasien dengan infeksi menular juga menjadi komponen penting dalam mencegah penyebaran patogen di lingkungan rumah sakit (Siegel et al., 2019). Dengan menerapkan protokol dasar secara konsisten, rumah sakit dapat meminimalkan risiko infeksi dan meningkatkan kualitas perawatan.

10.2.2 Strategi untuk Meningkatkan Kepatuhan terhadap Praktek Higiene Tangan

Program edukasi dan pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pengunjung tentang teknik cuci tangan yang benar merupakan strategi penting untuk meningkatkan kepatuhan terhadap praktik higiene tangan. Edukasi ini tidak hanya mencakup langkah-langkah cuci tangan yang tepat, tetapi juga menjelaskan pentingnya higiene tangan dalam mencegah penyebaran infeksi nosokomial.

Menurut penelitian oleh Erasmus et al. (2018), pelatihan rutin dan simulasi praktis dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan tenaga kesehatan dalam menerapkan teknik cuci tangan yang efektif. Selain itu, melibatkan pengunjung dalam program edukasi juga dapat meningkatkan kesadaran tentang peran dalam mencegah infeksi (Kingston et al., 2020). Dengan demikian, edukasi dan pelatihan menjadi fondasi utama dalam menciptakan budaya higiene tangan yang kuat di rumah sakit.

Penggunaan alat bantu seperti poster, pengingat visual, dan pemasangan dispenser hand sanitizer di area strategis juga terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran dan kepatuhan terhadap praktik higiene tangan. Menurut penelitian oleh Boyce et al. (2019), pengingat visual yang ditempatkan di area dengan lalu lintas tinggi, seperti pintu masuk ruang pasien dan area perawatan, dapat meningkatkan frekuensi cuci tangan.

Selain itu, penyediaan hand sanitizer berbasis alkohol yang mudah diakses juga mendorong tenaga kesehatan dan pengunjung untuk lebih sering membersihkan tangan (Sax et al., 2019). Dengan kombinasi strategi ini, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang mendukung praktik higiene tangan yang konsisten dan efektif.

10.3 Pengelolaan Limbah Medis dan Dampaknya terhadap Pengendalian Infeksi

Pengelolaan limbah medis yang aman merupakan komponen penting dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Limbah medis, termasuk limbah infeksius, limbah kimia, dan limbah tajam, dapat menjadi sumber penyebaran patogen jika tidak dikelola dengan benar. Proses pembuangan yang aman melibatkan pemisahan limbah berdasarkan kategori, penggunaan wadah yang sesuai, dan metode sterilisasi seperti insinerasi atau autoklaf untuk limbah infeksius.

Menurut penelitian oleh Windfeld dan Brooks (2015), pengelolaan limbah medis yang tepat dapat secara signifikan mengurangi risiko infeksi nosokomial dan melindungi tenaga kesehatan serta pasien dari paparan patogen berbahaya. Dengan demikian, proses pembuangan limbah yang aman menjadi fondasi utama dalam strategi pencegahan infeksi di rumah sakit.

Dampak pengelolaan limbah yang tidak tepat terhadap risiko infeksi di rumah sakit tidak dapat diabaikan. Limbah medis yang tidak dipisahkan atau dibuang dengan benar dapat menjadi sumber kontaminasi silang, meningkatkan risiko infeksi pada pasien dan tenaga kesehatan. Menurut penelitian oleh Otter et al. (2018), limbah tajam yang tidak dibuang dalam wadah yang sesuai dapat menyebabkan cedera dan infeksi serius, seperti hepatitis atau HIV.

Selain itu, limbah infeksius yang tidak disterilisasi dengan benar dapat menyebarkan patogen ke lingkungan rumah sakit, meningkatkan risiko wabah infeksi (Rutala et al., 2019). Oleh karena itu, pengelolaan limbah yang tidak tepat tidak hanya membahayakan keselamatan individu, tetapi juga meningkatkan beban biaya dan sumber daya rumah sakit.

Untuk memastikan pengelolaan limbah medis yang efektif, rumah sakit perlu menerapkan kebijakan dan protokol yang ketat, serta memberikan pelatihan rutin kepada tenaga kesehatan. Menurut penelitian oleh Chartier et al. (2014), pelatihan yang komprehensif tentang pemisahan dan pembuangan limbah medis dapat meningkatkan kepatuhan terhadap protokol dan mengurangi risiko infeksi.

Selain itu, penggunaan teknologi canggih, seperti insinerator dengan sistem pengendalian emisi, dapat memastikan bahwa limbah medis dibuang dengan cara yang aman dan ramah lingkungan (Weber et al., 2020). Dengan menggabungkan kebijakan yang ketat, pelatihan yang efektif, dan teknologi yang tepat, rumah sakit dapat meminimalkan risiko infeksi dan melindungi kesehatan semua pihak yang terlibat.

10.3.1 Proses Pembuangan Limbah Medis yang Aman

Proses pembuangan limbah medis yang aman dimulai dengan klasifikasi limbah berdasarkan tingkat bahaya, seperti limbah infeksius, limbah kimia, limbah tajam, dan limbah umum. Klasifikasi ini penting untuk memastikan bahwa setiap jenis limbah ditangani dengan cara yang sesuai untuk mencegah penyebaran patogen dan mengurangi risiko infeksi.

Menurut penelitian oleh Windfeld dan Brooks (2015), limbah infeksius, yang mengandung patogen seperti bakteri dan virus, memerlukan metode pembuangan yang khusus, seperti sterilisasi sebelum dibuang. Selain itu, limbah tajam, seperti jarum suntik dan pisau bedah, harus ditempatkan dalam kontainer yang tahan tusukan untuk mencegah cedera dan infeksi pada tenaga kesehatan (Otter et al., 2018). Dengan mengklasifikasikan limbah medis secara tepat, rumah sakit dapat meminimalkan risiko kesehatan dan lingkungan.

Metode pembuangan yang aman untuk limbah medis meliputi insinerasi, autoklaf, dan penggunaan kontainer khusus untuk limbah tajam. Insinerasi, yang melibatkan pembakaran limbah pada suhu tinggi, efektif untuk menghancurkan patogen dalam limbah infeksius dan mengurangi volume limbah. Menurut penelitian oleh Rutala et al. (2019), autoklaf, yang

menggunakan uap bertekanan tinggi, juga merupakan metode yang efektif untuk mensterilkan limbah infeksius sebelum dibuang ke tempat pembuangan akhir.

Selain itu, penggunaan kontainer khusus untuk limbah tajam, yang dirancang untuk mencegah kebocoran dan tusukan, dapat melindungi tenaga kesehatan dari cedera dan infeksi (Chartier et al., 2014). Dengan menerapkan metode pembuangan yang aman, rumah sakit dapat memastikan bahwa limbah medis dikelola dengan cara yang bertanggung jawab dan ramah lingkungan.

10.3.2 Dampak Pengelolaan Limbah yang Tidak Tepat terhadap Risiko Infeksi

Pengelolaan limbah medis yang tidak tepat dapat menjadi sumber penyebaran patogen, meningkatkan risiko infeksi nosokomial di rumah sakit. Limbah infeksius yang tidak disterilisasi atau dibuang dengan benar dapat mengandung bakteri, virus, dan jamur yang berpotensi menyebabkan infeksi serius. Menurut penelitian oleh Otter et al. (2018), limbah medis yang terkontaminasi dapat menjadi media transmisi patogen ke pasien, tenaga kesehatan, dan pengunjung, terutama jika limbah tersebut tidak dipisahkan atau dibuang dalam wadah yang sesuai.

Selain itu, limbah tajam yang tidak dikelola dengan benar, seperti jarum suntik yang dibuang sembarangan, dapat menyebabkan cedera dan infeksi pada tenaga kesehatan (Rutala et al., 2019). Dengan demikian, pengelolaan limbah yang tidak tepat dapat menciptakan lingkungan rumah sakit yang berisiko tinggi terhadap penyebaran infeksi.

Dampak pengelolaan limbah yang tidak tepat tidak hanya terbatas pada rumah sakit, tetapi juga dapat memengaruhi masyarakat sekitar. Limbah medis yang dibuang ke lingkungan tanpa melalui proses sterilisasi yang memadai dapat mencemari air, tanah, dan udara, menimbulkan risiko kesehatan bagi masyarakat. Menurut penelitian oleh Chartier et al. (2014), paparan terhadap limbah medis yang terkontaminasi dapat menyebabkan infeksi serius, seperti hepatitis, HIV, atau infeksi saluran pernapasan.

Selain itu, biaya yang terkait dengan penanganan infeksi nosokomial dan dampak lingkungan dari limbah medis yang tidak dikelola dengan benar dapat membebani sistem kesehatan dan masyarakat (Weber et al., 2020). Oleh karena itu, pengelolaan limbah medis yang tepat tidak hanya penting untuk keselamatan pasien dan tenaga kesehatan, tetapi juga untuk melindungi lingkungan dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

10.3.3 Peran Tenaga Kesehatan dan Kebijakan Rumah Sakit dalam Pengelolaan Limbah Medis

Tenaga kesehatan memainkan peran kunci dalam pengelolaan limbah medis di rumah sakit, terutama dalam memastikan bahwa limbah dipisahkan dan dibuang sesuai dengan protokol yang telah ditetapkan. Tanggung jawab ini mencakup pemisahan limbah berdasarkan kategori, seperti limbah infeksius, limbah kimia, dan limbah tajam, untuk mencegah kontaminasi dan penyebaran patogen.

Menurut penelitian oleh Windfeld dan Brooks (2015), kesalahan dalam pemisahan limbah medis dapat meningkatkan risiko infeksi nosokomial dan membahayakan keselamatan tenaga kesehatan serta pasien. Selain itu, pelatihan rutin dan pemantauan kepatuhan terhadap protokol pengelolaan limbah juga diperlukan untuk memastikan bahwa semua tenaga kesehatan memahami dan menerapkan praktik yang aman (Otter et al., 2018). Dengan demikian, peran tenaga kesehatan sangat penting dalam menjaga lingkungan rumah sakit yang aman dan bebas infeksi.

Kebijakan rumah sakit dan peraturan pemerintah juga memainkan peran penting dalam mengatur pengelolaan limbah medis. Kebijakan ini mencakup pedoman tentang pemisahan, penyimpanan, transportasi, dan pembuangan limbah medis yang aman, serta penggunaan teknologi seperti insinerasi dan autoklaf untuk sterilisasi limbah infeksius. Menurut penelitian oleh Rutala et al. (2019), kebijakan yang ketat dan terstruktur dapat mengurangi dampak lingkungan dari limbah medis dan memastikan kepatuhan terhadap standar keselamatan.

Selain itu, peraturan pemerintah, seperti yang dikeluarkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan badan lingkungan nasional, memberikan kerangka kerja yang jelas untuk pengelolaan limbah medis yang bertanggung jawab (World Health Organization, 2020). Dengan mengikuti kebijakan dan peraturan ini, rumah sakit dapat meminimalkan risiko kesehatan dan lingkungan yang terkait dengan limbah medis.

Keberlanjutan lingkungan juga menjadi pertimbangan penting dalam pengelolaan limbah medis. Limbah medis yang tidak dikelola dengan benar dapat mencemari lingkungan, termasuk air, tanah, dan udara, serta menimbulkan risiko kesehatan bagi masyarakat sekitar. Menurut penelitian oleh Chartier et al. (2014), penggunaan metode pembuangan yang ramah lingkungan, seperti insinerasi dengan teknologi pengendalian emisi dan daur ulang limbah non-infeksius, dapat mengurangi dampak negatif limbah medis terhadap lingkungan.

Selain itu, rumah sakit juga dapat mengadopsi praktik pengurangan limbah, seperti penggunaan kembali peralatan medis yang aman dan pengurangan penggunaan bahan kimia berbahaya (Weber et al., 2020). Dengan menggabungkan kebijakan yang ketat dan praktik berkelanjutan, rumah sakit dapat berkontribusi pada perlindungan lingkungan dan kesehatan masyarakat.

10.4 Pendidikan dan Pelatihan bagi Tenaga Kesehatan dalam Pencegahan Infeksi

Program edukasi bagi tenaga kesehatan merupakan komponen penting dalam meningkatkan kesadaran dan keterampilan dalam pencegahan infeksi. Edukasi ini mencakup pemahaman tentang prinsip dasar pencegahan infeksi, seperti higiene tangan, penggunaan alat pelindung diri

(APD), dan prosedur isolasi, yang dirancang untuk mengurangi risiko penyebaran patogen di rumah sakit.

Menurut penelitian oleh Allegranzi et al. (2017), tenaga kesehatan yang menerima pelatihan rutin tentang pencegahan infeksi cenderung lebih patuh terhadap protokol dan lebih mampu mengidentifikasi serta mengelola risiko infeksi. Selain itu, program edukasi yang interaktif, seperti workshop dan seminar, dapat meningkatkan retensi pengetahuan dan keterampilan praktis (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, edukasi yang komprehensif menjadi fondasi utama dalam membangun budaya pencegahan infeksi di rumah sakit.

Peran simulasi dan pelatihan praktis juga sangat penting dalam meningkatkan efektivitas pencegahan infeksi. Simulasi memungkinkan tenaga kesehatan untuk berlatih menghadapi situasi infeksi yang kompleks, seperti wabah atau pandemi, dalam lingkungan yang terkendali. Menurut penelitian oleh Eggenberger et al. (2021), pelatihan praktis, seperti teknik sterilisasi dan penggunaan APD yang benar, dapat meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan dan mengurangi kesalahan dalam penerapan protokol pencegahan infeksi.

Selain itu, simulasi juga membantu tenaga kesehatan mengembangkan kemampuan komunikasi dan kolaborasi, yang penting dalam merespons situasi infeksi secara efektif (Shorofi et al., 2020). Dengan menggabungkan edukasi teoritis dan pelatihan praktis, rumah sakit dapat memastikan bahwa tenaga kesehatan siap menghadapi tantangan pencegahan infeksi dengan percaya diri.

10.4.1 Program Edukasi untuk Meningkatkan Kesadaran dan Keterampilan Tenaga Kesehatan

Program edukasi untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan tenaga kesehatan dalam pencegahan infeksi harus mencakup materi yang komprehensif tentang prinsip dasar pencegahan infeksi. Materi ini meliputi higiene tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), dan prosedur isolasi,

yang merupakan langkah kritis dalam mengurangi risiko penyebaran patogen di rumah sakit.

Menurut penelitian oleh Allegranzi et al. (2017), tenaga kesehatan yang memahami dan menerapkan prinsip-prinsip ini secara konsisten dapat secara signifikan menurunkan angka infeksi nosokomial. Selain itu, edukasi tentang manajemen gejala, pengobatan, dan tindakan darurat juga penting untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan siap menghadapi berbagai situasi infeksi (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, materi edukasi yang komprehensif menjadi fondasi utama dalam membangun kompetensi tenaga kesehatan.

Metode penyampaian edukasi juga memainkan peran penting dalam memastikan pemahaman yang mendalam dan retensi pengetahuan yang baik. Workshop dan seminar interaktif memungkinkan tenaga kesehatan untuk berdiskusi, bertanya, dan mempraktikkan keterampilan secara langsung. Menurut penelitian oleh Eggenberger et al. (2021), metode pembelajaran yang partisipatif, seperti simulasi dan studi kasus, dapat meningkatkan keterampilan praktis dan kepercayaan diri tenaga kesehatan.

Selain itu, modul online yang fleksibel dan mudah diakses juga menjadi pilihan efektif untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan dapat terus memperbarui pengetahuan tanpa mengganggu jadwal kerja (Shorofi et al., 2020). Dengan menggabungkan berbagai metode penyampaian, rumah sakit dapat memastikan bahwa edukasi pencegahan infeksi mencapai hasil yang optimal.

10.4.2 Peran Simulasi dan Pelatihan Praktis dalam Meningkatkan Efektivitas Pencegahan Infeksi

Simulasi memainkan peran penting dalam melatih tenaga kesehatan untuk menghadapi situasi infeksi yang kompleks, seperti wabah atau pandemi. Melalui simulasi, tenaga kesehatan dapat berlatih merespons situasi darurat dalam lingkungan yang terkendali, sehingga meningkatkan kesiapan dan kepercayaan diri. Menurut penelitian oleh Eggenberger et al. (2021), simulasi yang realistis, seperti skenario wabah infeksi atau pandemi,

membantu tenaga kesehatan mengembangkan keterampilan kritis, termasuk komunikasi, koordinasi, dan pengambilan keputusan.

Selain itu, simulasi juga memungkinkan tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi kelemahan dalam protokol pencegahan infeksi dan memperbaikinya sebelum situasi nyata terjadi (Shorofi et al., 2020). Dengan demikian, simulasi menjadi alat yang efektif untuk meningkatkan kesiapan tenaga kesehatan dalam menghadapi tantangan infeksi yang kompleks.

Pelatihan praktis, seperti teknik sterilisasi dan penggunaan alat pelindung diri (APD), juga merupakan komponen kunci dalam meningkatkan efektivitas pencegahan infeksi. Pelatihan ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk mempraktikkan keterampilan langsung, seperti cara memakai dan melepas APD dengan benar, serta teknik sterilisasi peralatan medis. Menurut penelitian oleh Mitchell et al. (2019), pelatihan praktis yang terstruktur dapat meningkatkan kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi dan mengurangi risiko kesalahan dalam penerapannya.

Selain itu, umpan balik langsung dari pelatih selama sesi praktis juga membantu tenaga kesehatan memperbaiki kesalahan dan meningkatkan keterampilan (Allegranzi et al., 2017). Dengan menggabungkan simulasi dan pelatihan praktis, rumah sakit dapat memastikan bahwa tenaga kesehatan memiliki keterampilan dan kepercayaan diri yang diperlukan untuk mencegah infeksi secara efektif.

Bab 11

Keperawatan Keluarga

11.1 Peran Keluarga dalam Proses Penyembuhan Pasien di Unit Rawat Inap

Peran keluarga dalam proses penyembuhan pasien di unit rawat inap telah menjadi fokus penting dalam praktik keperawatan modern. Keluarga tidak hanya memberikan dukungan emosional, tetapi juga berperan aktif dalam memenuhi kebutuhan fisik dan psikososial pasien selama hospitalisasi.

Menurut penelitian oleh Davidson et al. (2017), dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan dan mengurangi risiko komplikasi selama perawatan. Selain itu, keterlibatan keluarga dalam proses perawatan telah terbukti meningkatkan kualitas hidup pasien dan mempercepat pemulihan (Hinkle et al., 2020). Oleh karena itu, memahami dan memaksimalkan peran keluarga menjadi kunci dalam meningkatkan outcomes pasien di unit rawat inap.

Perawat sebagai tenaga kesehatan utama di rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk melibatkan keluarga dalam proses perawatan pasien. Strategi

yang efektif, seperti komunikasi terbuka, edukasi kesehatan, dan kolaborasi dalam pengambilan keputusan, dapat meningkatkan partisipasi keluarga (Mitchell et al., 2019). Menurut Eggenberger et al. (2021), keluarga yang terlibat dalam perawatan pasien cenderung merasa lebih percaya diri dan siap untuk memberikan perawatan lanjutan setelah pasien pulang. Dengan demikian, perawat perlu mengembangkan pendekatan yang holistik untuk memastikan keluarga menjadi mitra aktif dalam proses penyembuhan pasien.

11.1.1 Dukungan Emosional Keluarga dalam Meningkatkan Motivasi Pasien

Dukungan emosional dari keluarga memainkan peran krusial dalam meningkatkan motivasi pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit. Kehadiran dan perhatian keluarga dapat memberikan rasa nyaman dan aman, yang secara signifikan mengurangi tingkat kecemasan dan stres pasien.

Menurut penelitian oleh Li et al. (2019), pasien yang menerima dukungan emosional dari keluarga cenderung menunjukkan peningkatan semangat dan optimisme dalam menghadapi proses penyembuhan. Selain itu, dukungan ini juga membantu pasien merasa lebih dihargai dan tidak sendirian, sehingga mendorong partisipasi aktif dalam terapi dan perawatan (Corry et al., 2020). Dengan demikian, keluarga menjadi sumber kekuatan psikologis yang penting bagi pasien selama masa hospitalisasi.

Dampak positif dukungan emosional keluarga tidak hanya terbatas pada aspek psikologis, tetapi juga berpengaruh pada proses penyembuhan secara fisik. Studi oleh Johansson et al. (2021) menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan emosional dari keluarga memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi terhadap rencana pengobatan, yang pada akhirnya mempercepat pemulihan.

Selain itu, dukungan ini juga dapat mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca-rawat inap (Shorofi et al., 2020). Oleh karena itu, perawat perlu memfasilitasi interaksi positif antara pasien

dan keluarga untuk memaksimalkan manfaat dukungan emosional dalam proses penyembuhan.

11.1.2 Keterlibatan Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisik dan Psikososial Pasien

Keterlibatan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan fisik pasien selama rawat inap merupakan aspek penting yang mendukung proses penyembuhan. Keluarga sering kali membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari, seperti makan, kebersihan diri, dan mobilitas, yang dapat meningkatkan kenyamanan dan kemandirian pasien. Menurut penelitian oleh Olding et al. (2020), pasien yang mendapatkan bantuan fisik dari keluarga cenderung mengalami peningkatan kualitas hidup dan kepuasan terhadap perawatan.

Selain itu, keterlibatan keluarga dalam aktivitas sehari-hari juga mengurangi beban kerja perawat, sehingga memungkinkan tenaga kesehatan untuk fokus pada aspek medis yang lebih kompleks (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, keluarga menjadi mitra penting dalam memastikan kebutuhan fisik pasien terpenuhi selama hospitalisasi.

Selain kebutuhan fisik, keluarga juga memainkan peran krusial dalam memenuhi kebutuhan psikososial pasien. Interaksi sosial dan dukungan emosional dari keluarga dapat mengurangi perasaan isolasi dan meningkatkan kesejahteraan mental pasien. Menurut studi oleh Eggenberger et al. (2021), pasien yang menerima dukungan psikososial dari keluarga menunjukkan penurunan tingkat depresi dan kecemasan selama perawatan.

Hiburan dan interaksi positif yang diberikan keluarga, seperti berbicara, membaca, atau menonton bersama, juga dapat meningkatkan suasana hati pasien dan mempercepat pemulihan (Shorofi et al., 2020). Oleh karena itu, perawat perlu mendorong keluarga untuk terlibat aktif dalam memenuhi kebutuhan psikososial pasien sebagai bagian dari perawatan holistik.

11.1.3 Strategi Perawat untuk Meningkatkan Partisipasi Keluarga dalam Perawatan Pasien

Strategi perawat untuk meningkatkan partisipasi keluarga dalam perawatan pasien merupakan langkah penting dalam mencapai outcomes perawatan yang optimal. Salah satu kunci keberhasilan adalah penggunaan metode komunikasi efektif yang memungkinkan perawat dan keluarga membangun kolaborasi yang kuat.

Menurut penelitian oleh Olding et al. (2020), komunikasi yang jelas, empatik, dan transparan dapat meningkatkan kepercayaan keluarga terhadap tim perawatan kesehatan, sehingga mendorong partisipasi aktif dalam proses perawatan. Selain itu, pendekatan komunikasi yang melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan juga telah terbukti meningkatkan kepuasan keluarga dan mengurangi perasaan ketidakberdayaan selama hospitalisasi (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, komunikasi yang efektif menjadi fondasi utama dalam membangun kemitraan antara perawat dan keluarga.

Selain komunikasi, program edukasi dan pelatihan bagi keluarga juga merupakan strategi penting untuk meningkatkan partisipasi dalam perawatan pasien. Program ini dirancang untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan praktis tentang cara merawat pasien di rumah sakit serta persiapan pasca-rawat inap.

Menurut Eggenberger et al. (2021), keluarga yang menerima edukasi dan pelatihan cenderung lebih percaya diri dalam memberikan perawatan dan lebih siap menghadapi tantangan pasca-pulang. Studi oleh Shorofi et al. (2020) juga menunjukkan bahwa program edukasi yang terstruktur dapat mengurangi kecemasan keluarga dan meningkatkan kualitas perawatan lanjutan di rumah. Oleh karena itu, perawat perlu mengembangkan program edukasi yang komprehensif untuk memastikan keluarga siap berperan aktif dalam perawatan pasien.

11.2 Dampak Hospitalisasi terhadap Dinamika Keluarga

Hospitalisasi pasien sering kali membawa dampak signifikan terhadap dinamika keluarga, termasuk perubahan dalam hubungan dan tanggung jawab antaranggota keluarga. Ketika salah satu anggota keluarga dirawat di rumah sakit, peran dan tanggung jawab sehari-hari, seperti pengasuhan anak, pengelolaan keuangan, atau tugas rumah tangga, dapat mengalami pergeseran yang menimbulkan stres dan ketegangan.

Menurut penelitian oleh Li et al. (2019), perubahan ini dapat menyebabkan ketidakseimbangan dalam hubungan keluarga, terutama jika anggota keluarga tidak siap menghadapi tuntutan baru. Selain itu, hospitalisasi juga dapat memicu perasaan ketidakberdayaan dan kecemasan, yang berpotensi memperburuk dinamika keluarga jika tidak dikelola dengan baik (Corry et al., 2020). Oleh karena itu, memahami dampak hospitalisasi terhadap keluarga menjadi langkah penting dalam memberikan perawatan yang holistik.

Perawat memainkan peran krusial dalam membantu keluarga mengatasi stres dan perubahan yang terjadi selama hospitalisasi. Melalui intervensi yang tepat, seperti konseling keluarga, edukasi, dan dukungan emosional, perawat dapat membantu keluarga beradaptasi dengan situasi baru. Menurut Eggenberger et al. (2021), program dukungan psikososial yang diberikan perawat dapat meningkatkan ketahanan keluarga dan mengurangi dampak negatif hospitalisasi terhadap hubungan antaranggota.

Selain itu, perawat juga dapat memfasilitasi komunikasi terbuka antara anggota keluarga untuk memastikan bahwa kebutuhan dan perasaan masing-masing terakomodasi (Shorofi et al., 2020). Dengan demikian, upaya perawat tidak hanya berfokus pada pasien, tetapi juga pada keluarga sebagai sistem pendukung utama.

11.2.1 Perubahan peran dan Tanggung Jawab Anggota Keluarga Selama Hospitalisasi

Hospitalisasi pasien sering kali mengakibatkan perubahan signifikan dalam peran dan tanggung jawab anggota keluarga, yang dapat memengaruhi keseimbangan dinamika keluarga. Ketika salah satu anggota keluarga dirawat di rumah sakit, tugas sehari-hari seperti pengasuhan anak, pengelolaan keuangan, atau pekerjaan rumah tangga harus dialihkan atau dibagi kembali di antara anggota keluarga yang tersisa.

Menurut penelitian oleh Olding et al. (2020), perubahan ini dapat menimbulkan tekanan tambahan, terutama jika anggota keluarga tidak memiliki sumber daya atau dukungan yang memadai. Selain itu, ketidakseimbangan dalam pembagian tugas dapat menyebabkan konflik dan ketegangan dalam hubungan keluarga, yang berpotensi memperburuk situasi stres yang sudah ada (Mitchell et al., 2019). Oleh karena itu, penting untuk memahami bagaimana hospitalisasi memengaruhi struktur peran dalam keluarga.

Tantangan yang dihadapi keluarga dalam menyesuaikan diri dengan perubahan peran selama hospitalisasi sering kali meliputi ketidakpastian, kelelahan, dan perasaan kewalahan. Anggota keluarga yang mengambil tanggung jawab baru mungkin merasa tidak siap atau tidak memiliki keterampilan yang diperlukan, seperti merawat pasien dengan kondisi medis tertentu. Menurut Eggenberger et al. (2021), keluarga yang tidak mendapatkan dukungan yang memadai dari tenaga kesehatan cenderung mengalami peningkatan stres dan penurunan kualitas hidup.

Selain itu, perubahan peran juga dapat memengaruhi keseimbangan emosional dan psikologis anggota keluarga, terutama jika harus menyeimbangkan tanggung jawab baru dengan pekerjaan atau kehidupan pribadi (Shorofi et al., 2020). Dengan demikian, dukungan dari perawat dan tim kesehatan sangat penting untuk membantu keluarga beradaptasi dengan perubahan ini.

11.2.2 Dampak Psikologis Hospitalisasi terhadap Hubungan Keluarga

Hospitalisasi pasien tidak hanya berdampak pada kondisi fisik pasien, tetapi juga membawa konsekuensi psikologis yang signifikan bagi hubungan keluarga. Stres, kecemasan, dan tekanan emosional yang dialami oleh anggota keluarga selama proses perawatan dapat memengaruhi dinamika hubungan antaranggota keluarga. Menurut penelitian oleh Li et al. (2019), keluarga yang menghadapi hospitalisasi sering kali mengalami peningkatan tingkat kecemasan dan ketidakpastian, yang dapat mengganggu komunikasi dan interaksi sehari-hari.

Selain itu, perasaan khawatir tentang kondisi pasien dan beban tanggung jawab yang meningkat dapat menyebabkan ketegangan emosional, yang berpotensi memperburuk hubungan keluarga jika tidak dikelola dengan baik (Corry et al., 2020). Oleh karena itu, penting untuk memahami dampak psikologis hospitalisasi terhadap hubungan keluarga sebagai bagian dari pendekatan perawatan yang holistik.

Konflik atau ketegangan dalam keluarga sering kali muncul sebagai akibat dari perubahan dinamika selama hospitalisasi, seperti pergeseran peran dan tanggung jawab. Anggota keluarga mungkin merasa kewalahan dengan tuntutan baru, sementara yang lain mungkin merasa tidak dihargai atau terabaikan. Menurut Eggenberger et al. (2021), ketidakseimbangan dalam pembagian tugas dan kurangnya komunikasi yang efektif dapat memicu konflik antaranggota keluarga.

Selain itu, tekanan finansial dan emosional yang terkait dengan perawatan jangka panjang juga dapat memperburuk situasi (Shorofi et al., 2020). Dalam konteks ini, perawat memiliki peran penting dalam memfasilitasi komunikasi yang sehat dan memberikan dukungan psikososial untuk membantu keluarga mengatasi konflik dan menjaga keharmonisan hubungan.

11.2.3 Upaya Perawat dalam Memberikan Dukungan dan Intervensi Kepada Keluarga

Upaya perawat dalam memberikan dukungan dan intervensi kepada keluarga selama hospitalisasi pasien merupakan komponen penting dalam perawatan holistik. Perawat memiliki peran kunci dalam mengidentifikasi kebutuhan psikososial keluarga, seperti stres, kecemasan, atau ketidakpastian, yang sering muncul selama proses perawatan. Menurut penelitian oleh Davidson et al. (2017), perawat yang terampil dalam melakukan asesmen psikososial dapat membantu keluarga mengatasi tantangan emosional dan meningkatkan kemampuan untuk mendukung pasien. Dengan menggunakan pendekatan komunikasi yang empatik, perawat dapat membangun hubungan saling percaya dengan keluarga, sehingga memudahkan identifikasi kebutuhan dan penyediaan intervensi yang tepat (Mitchell et al., 2019).

Selain identifikasi kebutuhan, perawat juga dapat memberikan program konseling, edukasi, dan dukungan emosional kepada keluarga untuk membantu mengelola stres dan perubahan selama hospitalisasi. Program edukasi yang dirancang khusus, seperti pelatihan manajemen stres atau sesi konseling keluarga, telah terbukti efektif dalam meningkatkan ketahanan psikologis keluarga (Eggenberger et al., 2021).

Menurut Shorofi et al. (2020), keluarga yang menerima dukungan emosional dan edukasi dari perawat cenderung lebih siap menghadapi tantangan perawatan dan menunjukkan kepuasan yang lebih tinggi terhadap layanan kesehatan. Dengan demikian, intervensi yang diberikan perawat tidak hanya bermanfaat bagi keluarga, tetapi juga berkontribusi pada outcomes pasien yang lebih baik.

11.3 Pendidikan Kesehatan bagi Keluarga Pasien Rawat Inap

Pendidikan kesehatan bagi keluarga pasien rawat inap merupakan komponen penting dalam perawatan yang holistik dan berpusat pada pasien. Edukasi yang diberikan kepada keluarga tentang kondisi pasien, rencana perawatan, dan tindakan pasca-rawat inap dapat meningkatkan pemahaman dan kesiapan keluarga dalam mendukung proses penyembuhan. Menurut penelitian oleh Davidson et al. (2017), keluarga yang teredukasi dengan baik cenderung lebih mampu memberikan perawatan yang efektif dan mengurangi risiko komplikasi setelah pasien pulang.

Selain itu, pemahaman yang jelas tentang kondisi medis pasien juga dapat mengurangi kecemasan dan ketidakpastian yang sering dialami oleh keluarga selama hospitalisasi (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, pendidikan kesehatan tidak hanya bermanfaat bagi pasien, tetapi juga bagi keluarga sebagai mitra utama dalam perawatan.

Metode efektif dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada keluarga menjadi kunci keberhasilan program edukasi. Pendekatan yang interaktif dan partisipatif, seperti penggunaan media visual, diskusi kelompok, atau simulasi praktis, telah terbukti meningkatkan retensi informasi dan keterlibatan keluarga. Menurut Eggenberger et al. (2021), keluarga yang menerima edukasi melalui metode yang disesuaikan dengan kebutuhan cenderung lebih percaya diri dalam merawat pasien.

Selain itu, komunikasi yang empatik dan berkelanjutan antara perawat dan keluarga juga penting untuk memastikan bahwa informasi yang diberikan dapat dipahami dan diterapkan dengan baik (Shorofi et al., 2020). Oleh karena itu, perawat perlu mengembangkan strategi edukasi yang inovatif dan relevan untuk memaksimalkan dampak positif pendidikan kesehatan bagi keluarga.

11.3.1 Pentingnya Edukasi Kesehatan bagi Keluarga dalam Perawatan Pasien

Edukasi kesehatan bagi keluarga memainkan peran krusial dalam meningkatkan pemahaman tentang kondisi medis pasien dan proses perawatan yang diperlukan. Ketika keluarga memiliki pengetahuan yang memadai tentang diagnosis, rencana pengobatan, dan prosedur medis, dapat berpartisipasi lebih aktif dalam mendukung pasien. Menurut penelitian oleh Olding et al. (2020), keluarga yang teredukasi dengan baik cenderung lebih mampu membuat keputusan yang tepat dan mengurangi kesalahpahaman tentang perawatan pasien.

Selain itu, pemahaman yang jelas tentang kondisi pasien juga membantu keluarga mengelola ekspektasi dan mengurangi kecemasan yang sering muncul selama hospitalisasi (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, edukasi kesehatan menjadi fondasi penting dalam membangun kemitraan antara tenaga kesehatan dan keluarga.

Dampak positif edukasi kesehatan tidak hanya terbatas pada peningkatan pemahaman, tetapi juga berpengaruh pada kepatuhan keluarga dalam mendukung perawatan dan pemulihan pasien. Keluarga yang teredukasi cenderung lebih patuh dalam mengikuti instruksi perawatan, seperti pemberian obat, terapi, atau perubahan gaya hidup yang diperlukan. Menurut Eggenberger et al. (2021), kepatuhan keluarga terhadap rencana perawatan dapat meningkatkan outcomes pasien dan mengurangi risiko komplikasi atau readmission. Selain itu, edukasi kesehatan juga membantu keluarga merasa lebih percaya diri dan siap untuk memberikan perawatan lanjutan di rumah (Shorofi et al., 2020). Oleh karena itu, perawat perlu memprioritaskan program edukasi yang komprehensif untuk memastikan keluarga dapat berperan optimal dalam proses penyembuhan pasien.

11.3.2 Materi Pendidikan Kesehatan yang Relevan bagi Keluarga Pasien Rawat Inap

Materi pendidikan kesehatan yang relevan bagi keluarga pasien rawat inap harus mencakup informasi mendetail tentang diagnosis, rencana

perawatan, dan pengobatan pasien. Pemahaman yang jelas tentang kondisi medis pasien memungkinkan keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam proses pengambilan keputusan dan memberikan dukungan yang tepat. Menurut penelitian oleh Davidson et al. (2017), keluarga yang memahami diagnosis dan rencana perawatan cenderung lebih mampu mengelola ekspektasi dan mengurangi kecemasan selama hospitalisasi.

Selain itu, informasi tentang pengobatan, seperti dosis obat, efek samping, dan jadwal pemberian, juga membantu keluarga memastikan kepatuhan pasien terhadap terapi (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, materi edukasi yang komprehensif tentang aspek medis pasien menjadi dasar penting dalam meningkatkan kualitas perawatan.

Selain informasi tentang diagnosis dan pengobatan, panduan perawatan pasca-rawat inap juga merupakan komponen kritis dalam pendidikan kesehatan bagi keluarga. Materi ini harus mencakup manajemen gejala, pengobatan lanjutan, dan tindakan darurat yang mungkin diperlukan setelah pasien pulang. Menurut Eggenberger et al. (2021), keluarga yang menerima panduan perawatan pasca-rawat inap yang jelas cenderung lebih siap menghadapi tantangan di rumah dan mengurangi risiko komplikasi atau readmission.

Selain itu, edukasi tentang tanda-tanda darurat dan langkah-langkah yang harus diambil dapat membantu keluarga merespons situasi kritis dengan cepat dan tepat (Shorofi et al., 2020). Oleh karena itu, perawat perlu menyediakan materi edukasi yang praktis dan mudah dipahami untuk memastikan keluarga dapat memberikan perawatan yang optimal setelah pasien pulang.

11.3.3 Metode dan Strategi Efektif dalam Menyampaikan Pendidikan Kesehatan kepada Kepala

Penggunaan media visual, seperti brosur, video, atau presentasi, telah terbukti efektif dalam menyampaikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien rawat inap. Media visual tidak hanya memudahkan pemahaman informasi yang kompleks, tetapi juga meningkatkan retensi

informasi dengan menyajikan konten secara menarik dan mudah diakses. Menurut penelitian oleh Olding et al. (2020), keluarga yang menerima edukasi melalui media visual cenderung lebih mampu mengingat dan menerapkan informasi yang diberikan, terutama dalam hal perawatan pasien dan manajemen gejala.

Selain itu, media visual juga dapat disesuaikan dengan tingkat literasi kesehatan keluarga, sehingga memastikan bahwa semua anggota keluarga, terlepas dari latar belakang pendidikan, dapat memahami materi dengan baik (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, penggunaan media visual menjadi strategi penting dalam meningkatkan efektivitas pendidikan kesehatan.

Selain media visual, pendekatan komunikasi interpersonal yang empatik dan partisipatif juga merupakan kunci keberhasilan dalam menyampaikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. Komunikasi yang melibatkan keluarga secara aktif, seperti diskusi dua arah dan sesi tanya jawab, dapat meningkatkan keterlibatan dan kepuasan keluarga terhadap proses edukasi. Menurut Eggenberger et al. (2021), pendekatan ini membantu membangun kepercayaan antara perawat dan keluarga, sehingga memudahkan penyampaian informasi yang sensitif atau kompleks.

Selain itu, komunikasi yang empatik juga memungkinkan perawat untuk memahami kebutuhan dan kekhawatiran keluarga, sehingga materi edukasi dapat disesuaikan dengan situasi spesifik (Shorofi et al., 2020). Oleh karena itu, kombinasi antara media visual dan komunikasi interpersonal yang efektif menjadi strategi optimal dalam menyampaikan pendidikan kesehatan.

11.4 Kolaborasi Perawat dan Keluarga dalam Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

Kolaborasi antara perawat dan keluarga dalam perencanaan pulang (discharge planning) merupakan langkah penting untuk memastikan keberhasilan perawatan pasien setelah meninggalkan rumah sakit. Perawat memiliki peran krusial dalam mempersiapkan keluarga untuk mengambil alih tanggung jawab perawatan, termasuk memberikan edukasi tentang manajemen gejala, pengobatan, dan tindakan darurat. Menurut penelitian oleh Davidson et al. (2017), keluarga yang terlibat aktif dalam perencanaan pulang cenderung lebih siap menghadapi tantangan perawatan di rumah dan mengurangi risiko readmission.

Selain itu, perawat juga perlu memastikan bahwa keluarga memahami rencana perawatan dan memiliki akses ke sumber daya yang diperlukan, seperti alat medis atau layanan kesehatan lanjutan (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, kolaborasi yang efektif antara perawat dan keluarga menjadi kunci dalam memastikan transisi yang aman dan lancar dari rumah sakit ke rumah.

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam perencanaan pulang meliputi kebutuhan medis, psikologis, dan sosial pasien serta keluarga. Kebutuhan medis, seperti pengobatan rutin dan terapi lanjutan, harus dijelaskan secara rinci kepada keluarga untuk memastikan kepatuhan dan keamanan pasien. Selain itu, aspek psikologis, seperti dukungan emosional dan manajemen stres, juga perlu diperhatikan untuk membantu keluarga menghadapi perubahan dinamika rumah tangga.

Menurut Eggenberger et al. (2021), faktor sosial, seperti lingkungan rumah dan dukungan komunitas, juga memengaruhi kesiapan keluarga dalam merawat pasien. Perawat perlu melakukan asesmen menyeluruh untuk mengidentifikasi kebutuhan ini dan menyusun rencana pulang yang komprehensif (Shorofi et al., 2020). Dengan mempertimbangkan faktor-

faktor tersebut, perawat dapat membantu keluarga memastikan perawatan yang optimal bagi pasien setelah pulang.

11.4.1 Peran Perawat dalam Menyusun Rencana Perawatan Pasca-Rawat Inap

Peran perawat dalam menyusun rencana perawatan pasca-rawat inap sangat penting untuk memastikan kelangsungan perawatan pasien setelah meninggalkan rumah sakit. Langkah pertama dalam proses ini adalah mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga, termasuk kebutuhan medis, psikologis, dan sosial. Menurut penelitian oleh Olding et al. (2020), asesmen yang komprehensif terhadap kebutuhan pasien dan keluarga membantu perawat mengembangkan rencana perawatan yang sesuai dengan kondisi spesifik pasien.

Selain itu, identifikasi kebutuhan ini juga memungkinkan perawat untuk mengantisipasi tantangan yang mungkin dihadapi keluarga, seperti manajemen gejala atau penggunaan alat medis tertentu (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, perawat dapat memastikan bahwa rencana perawatan pasca-rawat inap tidak hanya efektif, tetapi juga realistis dan dapat diterapkan oleh keluarga.

Koordinasi antara perawat, tim medis, dan keluarga merupakan langkah krusial dalam menyiapkan rencana perawatan pasca-rawat inap yang komprehensif. Perawat bertindak sebagai penghubung antara keluarga dan tim medis, memastikan bahwa semua pihak memahami tanggung jawab dan langkah-langkah yang perlu diambil. Menurut Eggenberger et al. (2021), kolaborasi yang efektif antara perawat, dokter, terapis, dan keluarga dapat meningkatkan kualitas rencana perawatan dan mengurangi risiko kesalahan atau miskomunikasi.

Selain itu, perawat juga perlu memastikan bahwa keluarga memiliki akses ke sumber daya yang diperlukan, seperti layanan kesehatan lanjutan atau dukungan komunitas (Shorofi et al., 2020). Dengan koordinasi yang baik, perawat dapat memastikan bahwa pasien dan keluarga siap menghadapi transisi dari rumah sakit ke rumah.

11.4.2 Faktor Medis, Psikologis dan Sosial yang Perlu Dipertimbangkan dalam Discharge Planning

Dalam perencanaan pulang (discharge planning), faktor medis merupakan aspek utama yang perlu dipertimbangkan untuk memastikan kelangsungan perawatan pasien setelah meninggalkan rumah sakit. Kebutuhan medis pasien, seperti pengobatan rutin, terapi lanjutan, atau tindakan medis khusus, harus diidentifikasi dan dijelaskan secara rinci kepada keluarga. Menurut penelitian oleh Davidson et al. (2017), pemahaman yang jelas tentang kebutuhan medis pasien dapat meningkatkan kepatuhan terhadap rencana perawatan dan mengurangi risiko komplikasi atau readmission.

Selain itu, perawat juga perlu memastikan bahwa keluarga memiliki akses ke alat medis yang diperlukan dan memahami cara menggunakannya dengan benar (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, perencanaan yang matang terkait kebutuhan medis pasien menjadi fondasi penting dalam memastikan transisi yang aman dari rumah sakit ke rumah.

Selain faktor medis, aspek psikologis dan sosial juga memainkan peran krusial dalam discharge planning. Dukungan psikologis bagi pasien dan keluarga diperlukan untuk membantu menghadapi transisi dari rumah sakit ke rumah, yang sering kali menimbulkan kecemasan dan ketidakpastian. Menurut Eggenberger et al. (2021), keluarga yang mendapatkan dukungan psikologis cenderung lebih siap menghadapi perubahan dinamika rumah tangga dan lebih mampu memberikan perawatan yang optimal.

Faktor sosial, seperti lingkungan rumah, dukungan komunitas, dan ketersediaan sumber daya, juga perlu dipertimbangkan untuk memastikan bahwa pasien dapat pulih dalam lingkungan yang mendukung (Shorofi et al., 2020). Dengan mempertimbangkan faktor medis, psikologis, dan sosial secara holistik, perawat dapat menyusun rencana pulang yang komprehensif dan berpusat pada kebutuhan pasien serta keluarga.

11.4.3 Strategi Kolaborasi Perawat dan Keluarga Untuk Meningkatkan Kesiapan Perawatan di Rumah

Kolaborasi antara perawat dan keluarga dalam meningkatkan kesiapan perawatan di rumah merupakan langkah penting untuk memastikan keberhasilan transisi pasien dari rumah sakit ke lingkungan rumah. Salah satu strategi utama adalah melalui edukasi dan pelatihan bagi keluarga tentang perawatan pasien, termasuk manajemen gejala, pemberian obat, dan penggunaan alat medis. Menurut penelitian oleh Olding et al. (2020), keluarga yang menerima pelatihan praktis cenderung lebih percaya diri dalam merawat pasien dan lebih mampu menghadapi tantangan yang mungkin muncul.

Selain itu, edukasi yang komprehensif juga membantu keluarga memahami tanda-tanda darurat dan langkah-langkah yang harus diambil, sehingga mengurangi risiko komplikasi atau readmission (Mitchell et al., 2019). Dengan demikian, edukasi dan pelatihan menjadi fondasi penting dalam mempersiapkan keluarga untuk peran sebagai caregiver.

Selain pelatihan langsung, penyusunan panduan tertulis atau sumber daya tambahan juga merupakan strategi efektif untuk memudahkan keluarga dalam merawat pasien di rumah. Panduan ini dapat mencakup instruksi perawatan, jadwal pengobatan, dan kontak darurat yang dapat diakses oleh keluarga kapan saja. Menurut Eggenberger et al. (2021), keluarga yang memiliki akses ke sumber daya tertulis cenderung lebih terorganisir dan kurang mengalami kecemasan dalam menjalankan tanggung jawab perawatan.

Selain itu, panduan tertulis juga dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien, sehingga memastikan bahwa keluarga memiliki informasi yang relevan dan mudah dipahami (Shorofi et al., 2020). Dengan kombinasi edukasi praktis dan sumber daya tertulis, perawat dapat memastikan bahwa keluarga siap memberikan perawatan yang optimal bagi pasien di rumah.

Daftar Pustaka

- Adeolu Adeboye. (2021). Assessment of Functional Pain Score by Comparing to Traditional Pain Scores Monitoring Ed. Cureus., 13(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.16847>
- Allegranzi, B., Pittet, D., & Boyce, J. M. (2017). The role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 95(1), 1–3.
- Aprina and Umar, E. (2024) Buku Ajar Etika dan Hukum Keperawatan. Jakarta Selatan: Mahakarya Citra Utama.
- Asmiana, S, Ilyas., & dkk. (2024). Komunikasi Terapeutik Keperawatan. Gowa : CV. Cahaya Bintang Cemerlang
- Atoilah dan Kusnandi. (2013). Askep Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia.In Media: Jakarta
- Bascour-Sandoval C, S. (2019). Pain and Distraction According to Sensory Modalities: Current Findings and Future Directions. *P Pain Pract.*, 19(7), 686-702. <https://doi.org/10.1111/papr.12799>. Epub 2019 Jun 17.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (11th ed.). Pearson.
- Bokolo, A. J. (2021). Application of telemedicine and eHealth technology for clinical services in response to the Covid-19 pandemic. *Journal of Health and Technology*, 11(2), 359–366. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12553-020-00516-4>

- Boyce, J. M., Pittet, D., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2019). Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(1), 1–70.
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2018). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 93(9), 1280–1300.
- Budi, Widiyanto., & dkk. (2024). *Buku Ajar Komunikasi Terapeutik Keperawatan*. Jakarta : PT. Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta
- Chandra, S. S., Pooja, G., Kaur, M. T., & Ramesh, D. (2024). Current Trends in Modalities of Pain Assessment: A Narrative Review. *Neurology India*, 72(5), 951–966. <https://doi.org/10.4103/neurol-india.Neurol-India-D-23-00665>
- Chandran, R. (2019). Pain Assessment in Children Using a Modified Wong Baker Faces Pain Rating Scale. *Int J Clin Prev Dent*, 15(4), 202–205. <https://doi.org/https://doi.org/10.15236/ijcpd.2019.15.4.202>
- Chang, H. C. et al. (2021). Maintenance of low driving pressure in patients with early acute respiratory distress syndrome significantly affects outcomes'. *Respiratory Research*. BioMed Central, 22(313), pp. 1–7. doi: 10.1186/s12931-021-01912-8.
- Chartier, Y., Emmanuel, J., Pieper, U., Prüss, A., Rushbrook, P., Stringer, R., Townend, W., Wilburn, S., & Zghondi, R. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities* (2nd ed.). World Health Organization.
- Cohen, M. R. (2021). *Medication errors* (3rd ed.). American Pharmacists Association.
- Corry, M., Neenan, K., Brabyn, S., & Sheaf, G. (2020). The role of family support in increasing adherence to treatment in chronic illness: A systematic review. *Journal of Family Nursing*, 26(3), 183–203.

- Crichton, B., Siebert, S., & Elkady, R. (2017). The importance of proper medication storage: A review of temperature and humidity requirements. *Drugs & Therapy Perspectives*, 33(3), 129-135.
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., & Netzer, G. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128.
- Dewi, R., & Santoso, S. (2021). Manajemen risiko kesalahan pemberian obat dalam praktik keperawatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 9(2), 112-125.
- Dharma, S., Wijaya, D., & Raharja, P. (2021). Hubungan kelengkapan dokumentasi keperawatan dengan kejadian kesalahan pemberian obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 24(3), 185-192.
- Doña, I., Barrionuevo, E., Blanca-Lopez, N., & Torres, M. J. (2018). Trends in hypersensitivity drug reactions: More drugs, more response patterns, more heterogeneity. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 28(4), 236-250.
- Dougherty, L., Lister, S., (2015), *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures*, ed 9, NHS Foundation.
- Effendi, F & Supartini, Y. (2020). *Keperawatan Dasar Manual Keterampilan Klinis*. Indonesia: Elsevier.
- Eggenberger, S. K., Sanders, M., & Meiers, S. J. (2021). Family-centered care in the intensive care unit: An integrative review of the literature. *Nursing in Critical Care*, 26(3), 145–153.
- Emilia, N. L., Samutri, E., Mu'awanah, Sarman, J. N., Nurfitriani, Purnomo, H., et al (2023) *Bunga Rampai Etika Dan Hukum Kesehatan*. Jawa Tengah: PT Media Pustaka Indo.
- Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. D., Vos, M. C., & van Beeck, E. F. (2018). Systematic review of studies on

- compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(1), 1–17.
- Farkas, A. et al. (2020). Pulmonary Complications of Opioid Overdose Treated With Naloxone'. *Annals of Emergency Medicine*. American College of Emergency Physicians, 75(1), pp. 39–48. doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.04.006.
- Gellner, P., Landis, R., & Mitra, S. (2021). Impact of bar-code medication administration on medication administration errors. *Journal of Patient Safety*, 17(5), 308–315.
- Hadi MA, McHugh GA, C. S. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *J Patient Exp*, 6(2), 133–141. <https://doi.org/doi: 10.1177/2374373518786013>. Epub 2018 Jul 5.
- Hamdani, D. F. (2021). Sistem pelayanan kefarmasian dan keselamatan pasien. Penerbit Universitas Indonesia.
- Helms, J. et al. (2024). Oxygen therapy in acute hypoxemic respiratory failure: guidelines from the SRLF - SFMU consensus conference. *Annals of Intensive Care*. Springer International Publishing, 14(140). doi: 10.1186/s13613-024-01367-2.
- Hidayat & Uliyah. (2016). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Salemba Medika: Jakarta
- Hijriana, I. (2023) Buku Ajar Etika Keperawatan. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Hinkle, J. L., Cheever, K. H., & Overbaugh, K. J. (2020). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (15th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Hughes, R. G., & Blegen, M. A. (2020). Medication administration safety. In Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality.

- Hyland, S. J., Wetshtein, A. M., Grable, S. J., & Jackson, M. P. (2023). Acute Pain Management Pearls: A Focused Review for the Hospital Clinician. *Healthcare* (Switzerland), 11(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare11010034>
- Jablonski, R. et al. (2020). Recognition and Management of Myositis-Associated Rapidly Progressive Interstitial Lung Disease. *CHEST*. Elsevier Inc, 158(1), pp. 252–263. doi: 10.1016/j.chest.2020.01.033.
- Johansson, S., Rosengren, K., & Hjelm, M. (2021). The impact of family support on patient outcomes in chronic illness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103842.
- Karch, A. M. (2023). Focus on nursing pharmacology (9th ed.). Wolters Kluwer.
- Kemenkes RI. (2020). Pedoman pemberian obat untuk tenaga kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kingston, L., O'Connell, N. H., & Dunne, C. P. (2020). Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 105(1), 1–12.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2022). Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice (11th ed.). Pearson Education.
- Kumar, S., Sahoo, D., & Mishra, P. (2023). Analysis of medication route errors in tertiary care hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 16(2), 176–184.
- Kummer, I., Lüthi, A., Klingler, G., Anderegg, L., Urman, R. D., Luedi, M. M., & Stieger, A. (2024). Adjuvant Analgesics in Acute Pain – Evaluation of Efficacy. *Current Pain and Headache Reports*, 28(9), 843–852. <https://doi.org/10.1007/s11916-024-01276-w>
- Leung, D. K. Y., Fong, A. P. C., Wong, F. H. C., Liu, T., Wong, G. H. Y., & Lum, T. Y. S. (2024). Nonpharmacological Interventions for Chronic

- Pain in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontologist*, 64(6). <https://doi.org/10.1093/geront/gnae010>
- Li, Q., Lin, Y., Qiu, Y., Gao, B., & Xu, Y. (2019). The assessment of family functioning and its relationship to quality of life in patients with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 816–826.
- Lynn, P., & Taylors, C. (2023). *Taylor's clinical nursing skills: A nursing process approach* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Maio, G. Di, Villano, I., Ilardi, C. R., Messina, A., Monda, V., Iodice, A. C., Porro, C., Panaro, M. A., Chieffi, S., Messina, G., Monda, M., & Marra, M. La. (2023). Mechanisms of Transmission and Processing of Pain: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043064>
- Matzke, G. R., Aronoff, G. R., Atkinson, A. J., & Bennett, W. M. (2015). Drug dosing consideration in patients with acute and chronic kidney disease—a clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 87(6), 1114–1125.
- Mazzeo, F., Meccariello, R., & Guatteo, E. (2023). Molecular and Epigenetic Aspects of Opioid Receptors in Drug Addiction and Pain Management in Sport. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(9). <https://doi.org/10.3390/ijms24097831>
- Mitchell, M. L., Coyer, F., Kean, S., Stone, R., Murfield, J., & Dwan, T. (2019). Patient, family-centred care interventions within the adult ICU setting: An integrative review. *Australian Critical Care*, 32(2), 165–174.
- Mittauer, D. (2024). The practice change and clinical impact of lung-protective ventilation initiated in the emergency department: a secondary analysis of individual patient-level data from prior clinical trials and cohort studies. *Critical Care Medicine*, 51(2), pp. 279–290. doi: 10.1097/CCM.0000000000005717.The.

- Mouly, S., Lloret-Linares, C., Sellier, P. O., & Bergmann, J. F. (2017). Clinical relevance of the major effect of food on drug absorption. *European Journal of Drug Metabolism and Pharmacokinetics*, 42(5), 739-754.
- Mubarak dan Chayatin. (2016). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori dan Aplikasi Dalam Praktik*. EGC: Jakarta
- Nascimento, J. C. (2022). New approaches to the effectiveness of inhalation aromatherapy in controlling painful conditions: A systematic review with meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101628>
- Neumann, B. et al. (2020). Myasthenic crisis demanding mechanical ventilation. *Neurology*, 94(3), pp. 1-16. doi: 10.1212/WNL.0000000000008688.
- Novieastari, E., Kusman Ibrahim, D., & Ramdaniati, S. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan*. Indonesia: Elsevier.
- Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K., & Kitto, S. (2020). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: A scoping review. *Health Expectations*, 23(3), 689-700.
- Ostendorf, W.R., (2014), *Clinical Nursing Skill & Techniques*, Ed 8, St. Louis, Mosby/Elsevier.
- Otter, J. A., Yezli, S., & French, G. L. (2018). The role of contaminated surfaces in the transmission of nosocomial pathogens. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(1), 1-17.
- Ottu, E.R. et al. (2023) 'Penerapan Aspek Hukum dalam Keperawatan pada SMK Keperawatan Utama Insani', *Jurnal Pengabdian Mandiri*, 2, pp. 2329-2338. Available at: <https://bajangjournal.com/index.php/JPM/article/view/6876>.
- Paganini-Hill A, et al, (2011), Activities and mortality in the elderly: the Leisure World Cohort Study, *J Gerontol* 66A(5):559

- Palleria, C., Di Paolo, A., Giofrè, C., & Russo, E. (2016). Pharmacokinetic drug-drug interaction and their implication in clinical management. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21(1), 22-30.
- Palmer, E. et al. (2019). The Association between Supraphysiologic Arterial Oxygen Levels and Mortality in Critically Ill Patients A Multicenter Observational Cohort Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 200(11), pp. 1373–1380. doi: 10.1164/rccm.201904-0849OC.
- Pandelani FF, Nyalunga SLN, Mogotsi MM, M. V. (2023). Chronic pain: its impact on the quality of life and gender. *Front Pain Res (Lausanne)*, 13(4). <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1253460>. PMID: 37781217;
- Pandey, A., Nikam, A. N., Mutalik, S. P., Fernandes, G., Shreya, A. B., Padya, B. S., Raychaudhuri, R., Kulkarni, S., Prassl, R., Subramanian, S., Korde, A., & Mutalik, S. (2021). Architected Therapeutic and Diagnostic Nanoplatfoms for Combating SARS-CoV-2: Role of Inorganic, Organic, and Radioactive Materials. *ACS Biomaterials Science & Engineering*, 7(1), 31–54. <https://doi.org/10.1021/acsbiomaterials.0c01243>
- Pangaribuan, R. (2016) 'Persepsi Perawat Terhadap Prinsip-Prinsip Etik Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Di ICU Rumah Sakit TK. II Putri Hijau Medan', *Jurnal Riset Hesti Medan*, 1(1), p. 37. Available at: <https://doi.org/10.34008/jurhesti.v1i1.6>.
- Pierson F, Fairchild S., (2008), *Principles & techniques of patient care*, ed 4, St Louis, Saunders/Elsevier.
- Portenoy RK. (2020). A Practical Approach to Using Adjuvant Analgesics in Older Adults. 2020 Apr;68(4):691-698. *J Am Geriatr Soc.*, 68(4), 691–698. <https://doi.org/10.1111/jgs.16340>. Epub 2020 Mar 26.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier Mosby.

- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Amy M. Hall. AM., (2016) *Fundamentals of Nursing*, Ed 10, Elsevier.
- PPNI. 2021. *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Rahman, A., Wahyuni, S., & Hermansyah, A. (2021). Evaluasi penggunaan obat pada pasien geriatri dengan multimorbiditas. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, 10(2), 124-135.
- Raja, S.N., et al. (2020). The Revised IASP Definition of Pain: Concepts, Challenges, and Compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/0000000000001939>
- Rischer, K. M., González-Roldán, A. M., Montoya, P., Gigl, S., Anton, F., & van der Meulen, M. (2020). Distraction from pain: The role of selective attention and pain catastrophizing. *European Journal of Pain* (United Kingdom), 24(10), 1880–1891. <https://doi.org/10.1002/ejp.1634>
- Rosdahi dan Kowalski. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Volume 1. EGC: Jakarta
- Rutala, W. A., Weber, D. J., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2019). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 40(1), 1–70.
- S, D. (2023). Impact of methocarbamol on opioid use after ventral incisional hernia repair. *Am J Surg*, 226(6), 858–863.
- Sabaruddin, Siahaan. (2023). *Komunikasi Terapeutik Perspektif Hadis : Pelayanan Medis Berdasarkan Hadis-Hadis Al-Bukhari dan Sahih Muslim*. Indramayu : CV. Adanu Abimata
- Saint, S., Greene, M. T., Fowler, K. E., Ratz, D., Patel, P. R., Meddings, J., & Krein, S. L. (2020). What US hospitals are currently doing to prevent

- common device-associated infections: Results from a national survey. *BMJ Quality & Safety*, 29(1), 1–9.
- Šanjug, J., Kuna, K., Goldštajn, M. Š., Dunkić, L. F., Carek, A., & Negovetić Vranić, D. (2023). Relationship between COMT Gene Polymorphism, Anxiety, and Pain Perception during Labour. *Journal of Clinical Medicine*, 12(19), 1–14. <https://doi.org/10.3390/jcm12196298>
- Sari, N. R. G., & Utami, R. S. (2020). Kajian Literatur: Perawatan Mulut sebagai Intervensi Pencegahan Ventilator-Associated Pneumonia pada Pasien Kritis. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(2), 1-11.
- Sax, H., Allegranzi, B., Uçkay, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. (2019). ‘My five moments for hand hygiene’: A user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 92(1), 1–7.
- Sharma, N., Chauhan, R., & Gupta, S. (2022). Analysis of medication errors related to look-alike sound-alike drugs. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 27(2), 75-83.
- Shorofi, S. A., Arbon, P., & Sayed Fatemi, N. (2020). The impact of family involvement on patient outcomes in the ICU: A systematic review. *Australian Critical Care*, 33(1), 89–96.
- Siagian, P., Manurung, S., & Tarigan, R. (2022). Systematic evaluation of patient response to medication in preventing adverse drug reactions. *Southeast Asian Journal of Case Report and Review*, 9(3), 155-162.
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2019). Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Centers for Disease Control and Prevention.
- Simamora, R. H. (2020). Farmakologi untuk keperawatan. *Trans Info Media*.
- Siregar, M., Tarigan, A. and Ariani, Y. (2021). The effect of combination orthopneic position and pursed lips breathing on respiratory status of COPD patients. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 8(03), pp. 4106–4111.

- Snodgrass, S. J. (2023). EDITORIAL : Phenotyping nociceptive, neuropathic, and nociplastic pain: who, how, & why? *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 25, 872–889. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.10.001>
- Stader, F., Siccardi, M., Battegay, M., & Kinvig, H. (2019). Repository describing an aging population to inform physiologically based pharmacokinetic models considering anatomical, physiological, and biological age-dependent changes. *Clinical Pharmacokinetics*, 58(4), 483–501.
- Stone, S., Malanga, G. A., & Capella, T. (2021). Corticosteroids: Review of the history, the effectiveness, and adverse effects in the treatment of joint pain. *Pain Physician*, 24(S1), 233–246. <https://doi.org/10.36076/ppj.2021.24.s233-s246>
- Tat, F. (2023) *Buku Ajar Etika Keperawatan*. Nusa Tenggara Timur: Penerbit Tangguh Denara Jaya.
- Thelen, K., Coboeken, K., Willmann, S., & Hempel, G. (2020). Mechanisms-based population pharmacokinetic modeling to assess altered drug disposition in pediatric patients. *Clinical Pharmacokinetics*, 59(9), 1093–1108.
- Thille, A. W. et al. (2024). Oxygen therapy and noninvasive respiratory supports in acute hypoxemic respiratory failure : a narrative review. *Annals of Intensive Care*, 14(158).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI
- Vambheim, S. M., Kylo, T. M., Hegland, S., & Bystad, M. (2021). Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: A systematic review of

- randomized controlled trials. *Heliyon*, 7(8), e07837.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07837>
- Verbeeck, R. K. (2016). Pharmacokinetics and dosage adjustment in patients with liver dysfunction. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 72(10), 1225–1243.
- Wahyuni, S. (2021) *Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan*. Jawa Barat: Rumah Pustaka.
- Wang, Yixuan et al. (2020). Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID - 19) implicate special control measures. *Journal of Medical Virology*. John Wiley & Sons, Ltd, 92(6), pp. 568–576. doi: 10.1002/jmv.25748.
- Wasita, R., Peristiowati, Y., Ellina, A. D., & Fajriyah, A. S. (2023). the Effect of Hypnosis Therapy on the Pain Scale of Post Operative Patients: Literature Review. *Journal of Public Health Research and Community Health Development*, 7(1), 65–71.
<https://doi.org/10.20473/jphrecode.v7i1.29624>
- Wati, C. S., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2023). Penerapan Latihan Personal Hygiene: Kebersihan Diri Terhadap Kemampuan Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(1), 103–111.
- Weber, D. J., Rutala, W. A., & Anderson, D. J. (2020). The role of the environment in transmission of healthcare-associated pathogens. *Current Infectious Disease Reports*, 22(1), 1–9.
- WHO (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. pp. 1–10.
- WHO. (2018). *Guidelines for Chronic Pain Management*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>
- {Bibliography}

- Wilkinson, J. M., Treas, L. S., Barnett, K. L., & Smith, M. H. (2020). *Fundamentals of nursing: Theory, concepts & applications* (4th ed.). F.A. Davis Company.
- Windfeld, E. S., & Brooks, M. S. (2015). Medical waste management – A review. *Journal of Environmental Management*, 163, 98–108.
- Windiastoni, Y. H., Basuki, N. and Haritsah, N. F. (2023). Effects of Chest Physiotherapy and Effective Cough Exercise on Sputum Clearance and Respiratory Frequency in Tuberculosis Patients. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 08(04), pp. 527–532.
- World Health Organization. (2020). *Infection prevention and control in health care: Time for collaborative action*. WHO Press.
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on medication safety*. WHO Press.
- Wulandari, I.S.M. (2024) *Profesioners Kiat Menjadi Perawat Profesional*. Riau: Dotplus Publisher.
- Yanti, N., & Warsito, B. E. (2023). Penerapan prinsip 10 benar dalam menurunkan insiden kesalahan pemberian obat di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 26(1), 45-53.

Biodata Penulis



Ribka Sabarina Panjaitan lahir di Sulawesi Utara, pada 26 Januari 1994. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran pada tahun 2022. Sebelumnya mengikuti pendidikan Program S1 Keperawatan UNSRIT di Tomohon dan mengikuti Program Ners di STIKes Immanuel Bandung dan sempat bekerja selama 2 tahun di Santosa Hospital Bandung. Wanita yang kerap disapa Ribka Sabrina ini adalah anak dari pasangan Robert Panjaitan (ayah) dan Selfie Sumangando (ibu). Selama ini telah menjadi Dosen Keperawatan

Medikal Bedah (KMB) di STIKes RS Husada Jakarta.

Email : sabrinapanjaitan26@gmail.com



Selvia Rahayu, S.Kep.,Ners.,M.Kep. Penulis kelahiran 30 Juli 1993 dan berasal dari Bengkulu. Suami penulis bernama Dedi Kurnia, S.Kep.,Ners.,M.Kep dan memiliki seorang putri bernama Alesha Eleanor Ameera. Penulis merupakan lulusan S2 di Universitas Padjadjaran Bandung Peminatan Manajemen Keperawatan tahun 2021. Sebelumnya penulis menempuh Pendidikan Program S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Dehasen Bengkulu. Penulis saat ini adalah dosen tetap Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sebelas April Sumedang sejak tahun 2022. Penulis mengawali karir pertama sebagai perawat di Rumah Sakit Immanuel Bandung

pada tahun 2017 sampai dengan 2019.

Mengampu mata kuliah manajemen keperawatan, proses keperawatan dan berpikir kritis, serta etika keperawatan. Penulis telah menulis modul

management strategis dalam keperawatan, Buku Pengantar Komunikasi untuk Keperawatan, Buku Proses Berpikir Kritis dalam Keperawatan penerbit Kita Menulis dan memiliki karya berupa beberapa artikel yang telah diterbitkan di jurnal nasional. Penulis juga senantiasa berkomitmen untuk aktif terus menulis buku-buku referensi keperawatan.

Email penulis : selviarahayu325@gmail.com



Indri Iriani, S.Kep., Ners., M.Kep lahir di Sentani, pada tanggal 10 Agustus 1987. Saat ini penulis tinggal di Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah. Penulis lulusan Strata I Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Cimahi tahun 2009. Kemudian melanjutkan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Cimahi tahun 2009 sampai 2010. Pada tahun 2017 tercatat sebagai mahasiswa Pasca Sarjana Magister Ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Cimahi dan lulus pada tahun 2019.

Pernah mengajar Keperawatan Anak, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, Ilmu Dasar Keperawatan serta sebagai pembimbing dan penguji Karya Tulis Ilmiah di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura (Poltekes Jayapura) Program Studi Diploma III Keperawatan di Kepulauan Yapen dari tahun 2010 sampai tahun 2014. Sejak tahun 2022 sampai sekarang tercatat sebagai dosen tetap di Akademi Keperawatan Justitia Palu. Wanita yang kerap kali disapa Indri ini adalah anak kedua dari pasangan Drs. Sukmana (Ayah) dan Aida Rosdiana (Ibu). Alamat email: indriiriani59@gmail.com



Yanti Anggraini. Lahir di Jakarta, pada tanggal 06 September 1984, anak pertama dari dua bersaudara. Menyelesaikan pendidikan TK Tirta Sari tamat tahun 1990, SD Advent Anggrek tamat tahun 1996, SMP Advent Anggrek tamat tahun 1999, SMA Advent 1 Jakarta tamat tahun 2002, S1 Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2007, Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2009 dan S2 Keperawatan Medikal Bedah STIK

Carolus tahun 2015. Pengalaman dibidang pelayanan keperawatan sebagai perawat pelaksana di RS Advent Bandung tahun 2007-2010. Sejak tahun 2016 hingga saat ini sebagai dosen tetap di Program studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat, Book Chapter dan Buku Referensi. Penulis Pernah menerima hibah penelitian dari Kemenristek Dikti untuk dosen pemula. Selama ini terlibat aktif sebagai dosen pembimbing akademik serta sudah menjadi anggota PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia).

Email penulis: yanti.anggraini@uki.ac.id



Mukhamad Rajin lahir di Jombang Jawa Timur, pada 18 Agustus 1971. Ia menempuh pendidikan Program Studi Pendidikan Ners Fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2023 dan Magister Kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Mukhamad Rajin adalah Dosen Tetap prodi keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang sejak tahun 1994 sampai sekarang.



Nurfantri, S.Kep.,Ns.,MSc. Dosen Prodi DIII Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari. Penulis Lahir di Kendari, Sulawesi Tenggara, pada tanggal 15 Desember 1983. Penulis adalah dosen tetap Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan, prodi DIII Keperawatan. Menyelesaikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2008. Selanjutnya melanjutkan menjadi tenaga pengajar di AKPER PPNI Kendari, dan pada tahun 2010. Melanjutkan pendidikan dengan magister pada program studi Ilmu Kedokteran dan Biomedik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Penulis bergabung menjadi dosen di Poltekkes Kendari pada tahun 2014, dan tersertifikasi pada tahun 2019. Beberapa matakuliah yang diampu diantaranya : Keperawatan dasar, Keperawatan maternitas dan Ilmu Biomedik Dasar. Selain dibidang pengajaran penulis aktif menjalankan kegiatan penelitian dan Pengabdian Masyarakat melalui hibah penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Pengalaman organisasi saat ini penulis aktif dalam organisasi PPNI, Himpunan Perawat Medikal Bedah dan juga pengelola jurusan Keperawatan sebagai Ketua Prodi program Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari. Alamat korespondensi: nurfantri5@gmail.com, 085256235158



Cesarina Silaban, S.Kep.,Ns.,MSN lahir 11 Oktober 1987 di Nagatimbul, Kab. Humbang Hasundutan. Sumatera Utara. Menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan S1 tahun 2009 & Profesi Ners tahun 2011 di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung, Master of Science in Nursing-Adult Health Nursing tahun 2015 di Adventist University of the Philippines (AUP) Filipina. Menjadi Dosen sekaligus Instruktur Klinik Akademi Keperawatan Surya Nusantara dari tahun 2015-sekarang, memiliki pengalaman bekerja sebagai perawat UGD di Rumah Sakit Columbia Asia Medan selama 2 tahun.

Email: cesarina.silaban@suryanusantara.ac.id



Antonius Yogi Pratama. Lahir di Wonogiri pada 27 Desember 1990. Penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta dan Magister Keperawatan dengan Spesialisasi Keperawatan Kesehatan Komunitas di St.Paul University Manila, Filipina. Penulis merupakan Dosen di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta. Bidang Studi yang diampu diantaranya:

Keperawatan Komunitas dan Keluarga, Promosi Kesehatan, Sistem Informasi Keperawatan dan Entrepreneur. Penulis aktif dalam melakukan Penelitian dan juga Pengabdian kepada Masyarakat yang didanai oleh internal perguruan tinggi maupun Kemenristek DIKTI. Penelitian berfokus pada Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tidak menular. Salah satu penelitian yang telah dilakukan berjudul: “Strategi pemberdayaan kader dengan inovasi ginger hot pack untuk menurunkan tekanan darah dan kolesterol”. Sedangkan, pengabdian kepada masyarakat penulis terlibat dalam Program Institusi maupun Pemerintah daerah. Salah satunya adalah penanganan Covid-19, sebagai vaksinator, pembentuk Satgas Covid RT dan juga edukator bagi masyarakat. Penulis aktif menulis buku sejak tahun 2021 baik Buku Ajar maupun Buku Bunga Rampai. Penulis tertarik Menulis Book Chapter yang ke 3 ini sebagai pengembangan diri dan kontribusi akademisi dalam perkembangan teknologi berbasis digital. Penulis akan terus mengembangkan diri untuk menjadi pendidik yang berguna baik untuk dunia pendidikan maupun masyarakat secara umum.

Email Penulis: yogi@stikesbethesda.ac.id



Isna Amalia Mutiara Dewi merupakan dosen keperawatan yang telah menempuh pendidikan secara bertahap dan komprehensif di bidang keperawatan. Ia memulai jenjang pendidikannya dengan menyelesaikan program Sarjana Keperawatan (S. Kep) selama 4 tahun, di mana ia memperoleh dasar-dasar ilmu keperawatan baik secara teori maupun praktik klinis.

Setelah meraih gelar sarjana, Ia melanjutkan ke program profesi Ners (Ns.) selama 1 tahun, yang berfokus pada penerapan

keterampilan klinis dan penguatan kompetensi profesional di berbagai lahan praktik keperawatan, termasuk rumah sakit dan komunitas.

Guna memperdalam pengetahuan akademik dan kemampuan riset, Ia kemudian menempuh pendidikan Magister Keperawatan (M. Kep) selama 2 tahun. Pada tahap ini, ia mempelajari keperawatan secara lebih mendalam, termasuk pengembangan model asuhan keperawatan dengan kekhususan medikal bedah.

Sebagai bentuk pengkhususan dalam praktik klinis, Ia melanjutkan pendidikannya pada program Spesialis Keperawatan Medikal Bedah dengan kekhususan keperawatan respirasi selama 1 tahun, yang mempersiapkannya menjadi perawat spesialis dengan kompetensi tinggi dalam menangani kasus-kasus kompleks sesuai bidang keahliannya.

Email: isnaamalia.md@gmail.com



Samuel Hadjo baru saja menyelesaikan pendidikan pada Program Doctor of Philosophy (PhD) pada bidang Applied Epidemiology dengan topik disertasi Perinatal Mortality di Asia Tenggara dari Newcastle University, United Kingdom. Sebelumnya menyelesaikan program studi sarjana Biologi dari Universitas Advent Indonesia, Bandung dan Master of Public Health dari Adventist International Institute of Advanced Studies, Phillipines. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada Fakultas Keperawatan,

Universitas Klabat. Mengampu matakuliah Biomedic Dasar, Keperawatan Dasar, Nutrition, Community Health Nursing, Nutrition Science, Research Methodology, Biostatistics dan Data Analysis.

Sat ini aktif menjadi anggota Ikatan Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) dan Society of Social Medicine (SSM), United Kingdom serta berpartisipasi dalam berbagai konfrensi ilmiah baik nasional maupun internasional.

Email: shadjo@unklab.ac.id



Telvie Kasenda, saat ini dalam tahap akhir menyelesaikan pendidikan Master Keperawatan (Ujian akhir Tesis), dengan peminatan Keperawatan Komunitas dari Universitas Airlangga, Surabaya. Sebelumnya menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dari Universitas Advent Indonesia, Bandung. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat. Mengampu matakuliah Instruktur klinis dalam praktik keperawatan, Keperawatan Keluarga, Etika Keperawatan, Praktik Keperawatan Komunitas.

KEPERAWATAN DASAR UNTUK UNIT RAWAT INAP

Keperawatan dasar merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam dunia perawatan kesehatan, terutama di unit rawat inap, di mana pasien membutuhkan perhatian khusus dalam proses pemulihan dan pengobatan. Buku ini hadir untuk memberikan panduan praktis dan teori yang dibutuhkan oleh para perawat dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab mereka, dengan fokus pada pemberian perawatan yang berkualitas kepada pasien di unit rawat inap. Di dalamnya, kami mencoba untuk mengintegrasikan berbagai topik penting yang meliputi prinsip-prinsip dasar keperawatan, etika, hukum, komunikasi terapeutik, pengelolaan nyeri, pemberian nutrisi, serta teknik-teknik mobilisasi dan pencegahan infeksi yang harus dikuasai oleh perawat.

Buku ini membahas:

Bab 1 Pendahuluan Keperawatan Dasar

Bab 2 Etika dan Hukum dalam Keperawatan

Bab 3 Dasar Dasar Komunikasi Terapeutik

Bab 4 Pengenalan Dan Pemberian Nutrisi Pasien

Bab 5 Teknik Mobilisasi Pasien

Bab 6 Pengelolaan Nyeri Pasien Rawat Inap

Bab 7 Pemeliharaan Kebersihan Diri Pasien

Bab 8 Pemberian Obat dalam Keperawatan

Bab 9 Perawatan Pasien Dengan Gangguan Pernapasan

Bab 10 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit

Bab 11 Keperawatan Keluarga



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-113-809-5



9

786231

138095