



# KONSEP DASAR PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

Santa Maria Pangaribuan • Kurniawati • Nurhidayah Amir  
Sufendi Hariyanto • Budi Antoro • Mukhoirotin  
Neza Purnamasari • Pipin Sumantrie • Rifki Sakinah Nampo  
Tinah • Indah Mukarromah • Keristina Ajul • Vincencius Surani



# KONSEP DASAR PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

## UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### Tentang diperhaluskannya Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi

### Pendataan Perihal Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 adalah sebagai berikut:

- penggunaan tujuan selain Ciptaan tersebut untuk Hak Terkait untuk kepentingan pemenuhan sosial yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi sosial;
- Penggunaan Ciptaan tersebut untuk Hak Terkait hanya untuk keperluan penelitian ilmu pengetahuan;
- Penggunaan Ciptaan tersebut untuk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, keolah-olahragaan dan Program yang tidak dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; atau
- penggunaan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan yang menggunakan suatu Ciptaan tersebut untuk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### Sanksi Pidana Pasal 113

- Setiap Orang yang dengan sengaja hak tersebut tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 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);
- Setiap Orang yang dengan sengaja hak tersebut 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 2 (dua) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah);

# **Konsep Dasar Praktik Keperawatan Profesional**

Santa Maria Pangaribuan, Kurniawati, Nurhidayah Amir  
Sufendi Hariyanto, Budi Antoro, Mukhoirotin  
Neza Purnamasari, Pipin Sumantrie, Rifki Sakinah Nompo  
Tinah, Indah Mukarromah, Keristina Ajul, Vincencius Surani



Penerbit Yayasan Kita Menulis

# Konsep Dasar Praktik Keperawatan Profesional

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Santa Maria Pangaribuan, Kurniawati, Nurhidayah Amir  
Sufendi Hariyanto, Budi Antoro, Mukhoirotin  
Neza Purnamasari, Pipin Sumantrie, Rifki Sakinah Nompo  
Tinah, Indah Mukarromah, Keristina Ajul, Vincencius Surani

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: [kitamenulis.id](http://kitamenulis.id)

e-mail: [press@kitamenulis.id](mailto:press@kitamenulis.id)

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Santa Maria Pangaribuan., dkk.

Konsep Dasar Praktik Keperawatan Profesional

Yayasan Kita Menulis, 2022

xvi; 204 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-477-6

Cetakan 1, Mei 2022

- I. Konsep Dasar Praktik Keperawatan Profesional
- 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

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya sehingga buku “Konsep Dasar Praktik Keperawatan Profesional” ini dapat dicetak untuk edisi pertama. Buku ini didesain dengan cermat untuk menambah ilmu pengetahuan khususnya keperawatan yang kompleks dan terus berkembang melalui penyajian materi-materi dengan evidence based yang dapat dipertanggungjawabkan.

Buku ini tersusun atas kolaborasi penulis dari berbagai institusi di Indonesia baik institusi negeri maupun swasta. Buku ini merupakan pilihan referensi yang tepat dan harus dimiliki terutama dalam melakukan praktik keperawatan profesional.

Buku ini disusun dalam 13 Bab secara sistematis dan sangat lengkap penjabarannya.

Bab 1 Sejarah Dan Perkembangan Keperawatan

Bab 2 Organisasi Profesi Keperawatan

Bab 3 Pendidikan Keperawatan Di Indonesia

Bab 4 Model Model Praktik Keperawatan

Bab 5 Standar Praktik Keperawatan Profesional

Bab 6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Bab 7 Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

Bab 8 Pelayanan Keperawatan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Bab 9 Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Bab 10 Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur

Bab 11 Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Dan Latihan

Bab 12 Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Dan Perawatan Diri

Bab 13 Integritas Kulit Dan Luka Bakar

Akhirnya, tim penulis juga menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang membantu dalam proses penerbitan buku ini. Tim penulis menyadari, buku ini masih memiliki keterbatasan sehingga kami membutuhkan saran untuk penyempurnaan buku ini. Akhir kata, kiranya buku ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan terutama dalam praktek keperawatan profesional.

Jakarta, 13 April 2022  
Penulis

# Daftar Isi

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

## **Bab 1 Sejarah Dan Perkembangan Keperawatan**

1.1 Pendahuluan.....	1
1.1.1 Sejarah Perkembangan Keperawatan Di Dunia .....	2
1.1.2 Sejarah Penyebaran Keperawatan Di Dunia .....	5
1.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan Di Indonesia .....	8
1.2.1 Sejarah Keperawatan Sebelum Kemerdekaan .....	8
1.2.2 Masa Penjajahan Inggris .....	8
1.2.3 Masa Penjajahan Jepang .....	9
1.3 Sejarah Keperawatan Setelah Kemerdekaan.....	9

## **Bab 2 Organisasi Profesi Keperawatan**

2.1 Pendahuluan.....	11
2.2 Identitas Organisasi Profesi Keperawatan .....	12
2.2.1 Nama Organisasi.....	12
2.2.2 Bentuk Organisasi.....	12
2.2.3 Lambang Organisasi Ppni .....	12
2.3 Ciri – Ciri Organisasi.....	14
2.4 Peran Dan Manfaat Organisasi Profesi .....	14
2.5 Azaz, Nilai Dan Tujuan .....	15
2.5.1 Azaz .....	15
2.5.2 Nilai .....	15
2.5.3 Tujuan.....	15
2.6 Peran, Fungsi Dan Kegiatan .....	16
2.6.1 Peran Dan Fungsi.....	16
2.6.2 Kegiatan.....	16
2.7 Keanggotaan .....	17

2.7.1 Jenis Keanggotaan Ppni Terdiri Dari: .....	17
2.7.2 Kewajiban Anggota.....	18
2.7.3 Hak Anggota.....	18
2.7.4 Pemberhentian Anggota.....	19
2.8 Struktur Organisasi .....	19
2.9 Pembiayaan.....	20

### **Bab 3 Pendidikan Keperawatan Di Indonesia**

3.1 Pendahuluan.....	23
3.2 Definisi Pendidikan Keperawatan.....	24
3.3 Sistem Pendidikan Keperawatan Di Indonesia .....	25

### **Bab 4 Model Model Praktik Keperawatan**

4.1 Pendahuluan.....	33
4.2 Model Praktik Keperawatan .....	34
4.2.1 Pengertian Model Praktik Keperawatan .....	34
4.2.2 Tujuan Model Praktik Keperawatan .....	34
4.2.3 Pilar – Pilar Dalam Model Praktik Keperawatan.....	35
4.2.4 Komponen-Komponen Metode Praktik Keperawatan.....	38
4.3 Peran, Fungsi, Dan Tugas Perawat Di Ruangannya Sesuai Dengan Jabatan Dan Latar Belakang Pendidikan .....	41
4.3.1 Fungsional.....	41
4.3.2 Keperawatan Tim .....	42

### **Bab 5 Standar Praktik Keperawatan Profesional**

5.1 Pendahuluan.....	47
5.2 Standar Praktik.....	48
5.3 Klasifikasi Praktek Keperawatan .....	48
5.4 Tipe Standar Keperawatan.....	49
5.5 Tujuan Standar Praktek Keperawatan.....	50
5.6 Manfaat Praktek Keperawatan .....	51
5.7 Metode Dan Implementasi Standar Praktek Keperawatan.....	52
5.7.1 Lisensi Praktik.....	52
5.7.2 UU Praktek Keperawatan .....	53
5.8 Pengembangan Standar Keperawatan.....	54

**Bab 6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

6.1 Pendahuluan.....	57
6.2 Pengertian Dokumentasi Keperawatan.....	58
6.3 Komponen Model Dokumentasi Keperawatan.....	59
6.4 Tujuan Dokumentasi Keperawatan.....	61
6.5 Pedoman Untuk Dokumentasi Dan Pelaporan Yang Berkualitas .....	64
6.6 Pedoman Legal Dalam Pendokumentasian.....	66
6.7 Model Dokumentasi Keperawatan.....	67

**Bab 7 Praktik Keperawatan Berbasis Bukti**

7.1 Pendahuluan.....	85
7.2 Praktik Berbasis Bukti (Evidence-Based Practice).....	86
7.3 Manfaat Praktik Berbasis Bukti.....	87
7.4 Penerapan Praktik Keperawatan Berbasis Bukti.....	88
7.5 Model Berbasis Bukti.....	89
7.6 Mengembangkan Pertanyaan Klinis Yang Menarik.....	91
7.7 Pendekatan Berbasis Bukti Untuk Meningkatkan Kualitas Layanan Keperawatan.....	96

**Bab 8 Pelayanan Keperawatan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan**

8.1 Pendahuluan.....	103
8.1.1 Primary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama) .....	104
8.1.2 Secondary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua).....	104
8.1.3 Tertiary Health Services ( Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga)..	104
8.2 Isu And Trand Pelayanan Keperawatan .....	107
8.2.1 Telenursing.....	108
8.2.2 Telehealth .....	109

**Bab 9 Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman**

9.1 Pendahuluan.....	113
9.2 Konsep Kenyamanan .....	114
9.3 Nyeri.....	116
9.3.1 Teori Nyeri.....	116
9.3.2 Sifat Nyeri .....	117
9.3.3 Fisiologi Nyeri .....	117
9.3.4 Klasifikasi Nyeri.....	117
9.3.5 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Nyeri.....	119
9.3.6 Terapi Nyeri.....	120
9.3.7 Strategi Kesehatan Holistik.....	121

**Bab 10 Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur**

10.1 Pendahuluan.....	123
10.2 Kebutuhan Istirahat .....	124
10.2.1 Karakteristik Istirahat .....	124
10.2.2 Meningkatkan Istirahat.....	125
10.3 Kebutuhan Tidur.....	125
10.3.1 Fisiologi Tidur .....	125
10.3.2 Tahapan Tidur.....	126
10.4 Kebutuhan Istirahat Dan Tidur .....	128
10.5 Faktor Yang Memengaruhi Kuantitas Dan Kualitas Tidur.....	129
10.6 Gangguan Istirahat Dan Tidur .....	131

**Bab 11 Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Dan Latihan**

11.1 Pendahuluan.....	133
11.1.1 Sistem Tubuh Yang Berperan Dalam Aktivitas.....	134
11.2 Kebutuhan Mobilitas Dan Imobilitas.....	135
11.2.1 Mobilisasi .....	135
11.3.2 Imobilisasi.....	136
11.3 Asuhan Keperawatan Pada Masalah Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Dan Imobilisasi.....	140

**Bab 12 Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Dan Perawatan Diri**

12.1 Pendahuluan.....	149
12.2 Konsep Dasar Personal Hygiene.....	151
12.2.1 Pengertian.....	151
12.2.2 Tujuan.....	151
12.2.3 Macam-Macam.....	152
12.2.4 Faktor Yang Memengaruhi.....	154
12.2.5 Prinsip.....	156
12.2.6 Waktu Pelaksanaan .....	157
12.3 Konsep Keperawatan Personal Hygiene .....	158
12.3.1 Pengkajian.....	158
12.3.2 Diagnosa Dan Luaran.....	161
12.3.3 Intervensi.....	163
12.3.4 Implementasi.....	164
12.3.5 Evaluasi .....	165

**Bab 13 Integritas Kulit Dan Luka Bakar**

13.1 Pendahuluan.....	167
13.2 Integritas Kulit .....	168
13.2.1 Jenis-Jenis Luka .....	169
13.2.2 Pengkajian Integritas Kulit.....	170
13.3 Luka Bakar.....	175
13.3.1 Pengertian Luka Bakar .....	175
13.3.2 Penyebab Luka Bakar.....	175
13.3.3 Penilaian Luas dan Kedalaman Luka Bakar.....	177
13.3.4 Klasifikasi Luka Bakar .....	179
13.3.5 Kriteria Rujukan Pasien Luka Bakar.....	180
13.3.6 Penatalaksanaan pada Pasien Luka Bakar .....	180
Daftar Pustaka .....	187
Biodata Penulis .....	197



# Daftar Gambar

Gambar 2.1. Lambang PPNI.....	12
Gambar 4.1: Hubungan antara Keempat Unsur dalam Penerapan Sistem MAKP .....	34
Gambar 4.2: Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional .....	42
Gambar 4.3: Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan TIM\.....	42
Gambar 7.1: Model Berbasis Bukti.....	91
Gambar 13.1: Wallas Rules of Nine.....	178



# Daftar Tabel

Tabel 4.1: Derajat kebutuhan perawatan pasien.....	39
Tabel 6.1: Format SOR .....	68
Tabel 6.2: Contoh Daftar Masalah .....	70
Tabel 6.3: Contoh Format Model POR.....	71
Tabel 6.4: Contoh Format PIE.....	78
Tabel 6.5: Contoh Format Fokus.....	80
Tabel 6.6: Contoh Format DAE .....	82
Tabel 7.1: Manfaat Praktik Berbasis Bukti .....	87
Tabel 9.1: Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis.....	118
Tabel 9.2: Pengkajian Nyeri .....	118
Tabel 9.3: NPAT (Nonverbal Pain Assessment Tool).....	119
Tabel 10.1: Kebutuhan Istirahat Tidur Berdasarkan Usia .....	128
Tabel 11.1: Derajat Normal Rentang Gerak Sendi .....	140
Tabel 11.2: Derajat Kekuatan Otot.....	142
Tabel 12.1: SDKI: Defisit Perawatan Diri .....	161
Tabel 12.2: Luaran Perawatan Diri (L.11103).....	162
Tabel 12.3: Intervensi dengan Masalah Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri sesuai dengan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia.....	163
Tabel 13.1: Panduan Pengkajian Risiko Luka Tekan Dengan Menggunakan Braden Score.....	171
Tabel 13.2: Panduan Pengkajian Risiko Luka Dekubitus Dengan Menggunakan Norton Scale .....	173
Tabel 11.3: Primary Survey dan Secondray Survey Pada Luka Bakar Berat ..	181



# Bab 1

# Sejarah dan Perkembangan Keperawatan

## 1.1 Pendahuluan

Sejarah keperawatan dimulai dari zaman dahulu di mana manusia hidup dalam zaman primitive. Pada saat tersebut perawatan yang dilakukan hanya berdasarkan naluri instintif yaitu hanya berdasarkan naluri seseorang. Atau juga dapat disebut sebagai "mother instinc" hal ini berdasarkan suatu fakta bahwa seorang ibu adalah bertugas melindungi, merawat dan menyusukan bayinya. Sedangkan seorang laki-laki bertugas mencari makanan, berperang, berburu dan sebagainya. Pada saat tersebut belum ada batas antara pengobatan dan perawatan.

Berikut ini beberapa contoh pengobatan dan perawatan yang dilakukan oleh orang-orang primitif, yaitu:

1. merawat dan membalut luka walaupun hanya menggunakan daun-daunan yang di temukan di alam sekitarnya
2. telah mengenal cara penurunan badan dengan memberikan minum yang banyak dan melakukan kompres. Hal tersebut ternyata sampai saat ini masih dilakukan tentunya telah melalui metode ilmiah.

3. Membuka abses yang terjadi dengan menempelkan batu-batu yang masih panas. Hal ini dilakukan dengan tujuan agar pembuluh darah menjadi konstiksi sehingga perdarahan berhenti atau berkurang.
4. Sudah melakukan pengobatan dan perawatan dengan tumbuh-tumbuhan yang ada di alam untuk mengobati suatu penyakit.

Hal tersebut dilakukan karena dalam keadaan memaksa dan mereka sangat membutuhkan pertolongan segera. Tindakan tersebut masih banyak yang dipertahankan sampai karena telah dibuktikan dengan metode ilmiah. Pengaruh kepercayaan seperti animisme juga memengaruhi perawatan dan pengobatan. Dalam kepercayaan tersebut mereka percaya bahwa alam gaib dapat memengaruhi kehidupan manusia. Kepercayaan tersebut meyakini bahwa arwah-arwah tersebut terdapat pada jasad yang sudah mati atau yang masih hidup dan juga pada benda-benda di alam. Mereka menghubungkan keadaan sakitnya seseorang disebabkan karena adanya roh halus yang merasuki mereka. Untuk menghubungkan dengan roh yang mengganggu seseorang maka diperlukan seorang dukun. Tugasnya adalah mencari atau mengetahui roh manakah yang mengganggu dan setelah itu mengeluarkan dari tubuh orang tersebut.

Dalam melakukan pengobatan dukun memperhatikan ajaran alam dan transmigrasi di mana ajaran alam mereka percaya bahwa dalam hal ini alam sebenarnya telah menyediakan berbagai obat-obatan yang diperoleh dan alam sekitarnya. Dan hal ini terbukti sampai sekarang ternyata banyak di sekitar kita tumbuh-tumbuhan yang memang cukup efektif untuk pengobatan dan kecil risikonya. Adapun ajaran transmigrasi mengajarkan bahwa adanya kekuatan dengan menghubungkan fenomena yang terjadi dengan kejadian di sekitarnya. Seperti untuk membantu proses persalinan mereka akan membuka pintu lebar-lebar agar bayinya mudah keluar. Mereka percaya bahwa sakitnya seseorang karena dewa yang mereka percayai sedang marah.

### 1.1.1 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia

Merawat orang sama tuanya dengan keberadaan umat manusia. Oleh karena itu perkembangan keperawatan, termasuk yang kita ketahui saat ini, tidak dapat dipisahkan dan sangat dipengaruhi oleh perkembangan struktur dan kemajuan peradaban manusia. Kepercayaan terhadap animisme, penyebaran agama-agama besar dunia serta kondisi sosial ekonomi masyarakat.

### 1. Sejarah Keperawatan Masa Sebelum Masehi

Pada masa sebelum masehi perawatan belum begitu berkembang, disebabkan masyarakat lebih mempercayai dukun untuk mengobati dan merawat penyakit. Dukun dianggap lebih mampu untuk mencari, mengetahui, dan mengatasi roh yang masuk ke tubuh orang sakit. Demikian juga di Mesir yang bangsanya masih menyembah Dewa Iris agar dapat disembuhkan dari penyakit. Sementara itu bangsa Cina menganggap penyakit disebabkan oleh setan atau makhluk halus dan akan bertambah parah jika orang lain menyentuh orang sakit tersebut.

### 2. Sejarah Keperawatan Masa Setelah Masehi

Kemajuan peradaban manusia dimulai ketika manusia mengenal agama. Penyebaran agama sangat memengaruhi perkembangan peradaban manusia, sehingga berdampak positif terhadap perkembangan keperawatan.

#### a. Sejarah Keperawatan Masa Penyebaran Kristen

Pada permulaan Masehi, Agama Kristen mulai berkembang. Pada masa itu, keperawatan mengalami kemajuan yang berarti, seiring dengan kepesatan perkembangan Agama Kristen. Ini dapat dilihat pada masa pemerintahan Lord Constantine, yang mendirikan Xenodhoeum atau hospes (latin), yaitu tempat penampungan orang yang membutuhkan pertolongan terutama bagi orang-orang sakit yang memerlukan pertolongan dan perawatan.

#### b. Sejarah Keperawatan Masa Penyebaran Islam

Pada pertengahan Abad VI Masehi, Agama Islam mulai berkembang. Pengaruh Agama Islam terhadap perkembangan keperawatan tidak terlepas dari keberhasilan Nabi Muhammad SAW menyebarkan Agama Islam. Memasuki Abad VII Masehi Agama Islam tersebar ke berbagai pelosok Negara. Pada masa itu di Jazirah Arab berkembang pesat ilmu pengetahuan seperti: ilmu pasti, ilmu kimia, hygiene dan obat-obatan. Prinsip-prinsip dasar perawatan kesehatan seperti pentingnya menjaga kebersihan makanan, air dan lingkungan berkembang secara pesat. Tokoh

keperawatan yang terkenal dari dunia Arab pada masa tersebut adalah “Rafida”.

c. Sejarah Keperawatan Masa Kekuasaan

Pada permulaan Abad XVI, struktur dan orientasi masyarakat mengalami perubahan, dari orientasi kepada agama berubah menjadi orientasi kepada kekuasaan, yaitu: perang, eksplorasi kekayaan alam serta semangat kolonialisme. Pada masa itu telah terjadi kemunduran terhadap perkembangan keperawatan, di mana gereja dan tempat-tempat ibadah ditutup, sehingga tenaga perawat sangat jauh berkurang. Untuk memenuhi kekurangan tenaga tersebut maka digunakanlah bekas wanita jalanan (WTS) yang telah bertobat sebagai, sehingga derajat seorang perawat turun sangat drastis di pandangan masyarakat saat itu.

d. d. Sejarah Keperawatan Di Inggris

Perkembangan keperawatan di Inggris sangat penting untuk kita pahami, karena Inggris melalui Florence Nightingale telah membuka jalan bagi kemajuan dan perkembangan keperawatan yang kemudian diikuti oleh negara-negara lain. Florence Nightingale, lahir dari keluarga kaya dan terhormat pada tahun 1820 di Flonce (Italia). Setahun setelah kelahirannya, keluarga Florence kembali ke Inggris. Di Inggris Florence mendapatkan pendidikan sekolah yang baik sehingga ia mampu menguasai bahasa Perancis, Jerman, dan Italia. Pada usia 31 tahun Florence mengikuti kursus pendidikan perawat di Keiserwerth (Italia) dan Liefdezuster di Paris, dan setelah pendidikan ia kembali ke Inggris.

Pada saat Perang Krim (Crimean War) terjadi di Turki tahun 1854, Florence bersama 38 suster lainnya di kirim ke Turki. Berkat usaha Florence dan teman-teman, telah terjadi perubahan pada bidang hygiene dan keperawatan dengan indikator angka kematian turun sampai 2%. Kontribusi Florence Nightingale bagi perkembangan keperawatan adalah menegaskan bahwa nutrisi merupakan satu bagian penting dari asuhan keperawatan, meyakinkan bahwa okupasional dan rekreasi merupakan suatu terapi bagi orang sakit, mengidentifikasi kebutuhan personal klien dan peran perawat untuk memenuhinya, menetapkan

standar manajemen rumah sakit, mengembangkan suatu standar okupasi bagi klien wanita, mengembangkan pendidikan keperawatan, menetapkan 2 (dua) komponen keperawatan, yaitu: kesehatan dan penyakit. Hal tersebut menegaskan bahwa keperawatan berdiri sendiri dan berbeda dan berbeda dengan profesi kedokteran dan menekankan kebutuhan pendidikan berlanjut bagi perawat.

### 1.1.2 Sejarah Penyebaran Keperawatan di Dunia

#### 1. Mesir

Bangsa mesir pada zaman purba telah menyembah banyak dewa. Dewa yang terkenal antara lain Isis. Mereka beranggapan bahwa dewa ini menaruh minat terhadap orang sakit dan memberikan pertolongan pada waktu si sakit sedang tidur. Didirikanlah kuil yang merupakan rumah sakit pertama di mesir. Ilmu ketabiban terutama ilmu bedah telah dikenal oleh bangsa mesir zaman purba ( $\pm$  4800 SM). Dalam menjalankan tugasnya sebagai tabib ia menggunakan bidai (spalk), alat-alat pembalut, ia mempunyai pengetahuan tentang anatomi, hygiene umum serta tentang obat-obatan. Di dalam buku-buku tertulis dalam kitab Papyrus di dalamnya memuat kurang lebih 700 macam resep obat-obatan dari Mesir (Nugraha, Ners, & Wianti, 2021).

#### 2. Babylon dan Syiria

Ilmu pengetahuan tentang anatomi dan obat-obat ramuan telah diketahui oleh bangsa Babylon sejak beberapa abad SM. Pada salah satu tulisan yang menyatakan bahwa pada 680 SM orang telah mengetahui cara menahan darah yang keluar dari hidung dan merawat jerawat pada muka. Bangsa Babylon menyembah dewa oleh karena itu perawatan atau pengobatan berdasarkan kepercayaan tersebut.

#### 3. Yahudi Kuno

Ilmu pengetahuan bangsa Yahudi banyak di peroleh dari bangsa Mesir. Misalnya: cara-cara memberi pengobatan orang yang terkenal adalah Musa. Ia juga dikenal sebagai seorang ahli hygiene. Di bawah pimpinannya bangsa Yahudi memajukan minatnya yang besar

terhadap kebersihan umum dan kebersihan diri. Undang-undang kesehatan bangsa Yahudi menjadi dasar bagi hygiene modern di mana cara-cara dan peraturannya sesuai dengan bakteriologi zaman sekarang, misalnya:

- a. Pemeriksaan dan pemilahan bahan makanan yang akan di makan.
- b. Mengadakan cara pembuangan kotoran manusia.
- c. Pelarangan makan daging babi karena dapat menimbulkan suatu penyakit.
- d. Memberitahukan kepada yang berwajib bila ada penyakit yang berbahaya, sehingga dapat diambil tindakan.

#### 4. India

Bangsa India (Hindu) di zaman purba telah memeluk agama Brahmana, disamping memuja dna meminta pertolongan kepada dewa (di kuil) untuk menyembuhkan orang sakit. Di India telah terdapat RS khususnya di Utara saat pemerintahan Rasa Asoka , 8 RS di mana sebagian kemudian dijadikan sekolah-sekolah pengobatan dan perawatan.

#### 5. Tiongkok

Bangsa Tiongkok telah mengenal penyakit kelamin diantaranya gonorrhoea dan syphilis. Pencacaran juga telah dilakukan sejak 1000 SM ilmu urut dan psikoterapi.

#### 6. Yunani

Bangsa Yunani zaman purba memuja dan memuliakan banyak dewa (polytheisme) dewa yang terkenal adalah dewa yang dianggap sebagai dewa pengobatan putri dan dewa bernama hygiene sebagai Dewi kesehatan, maka timbullah perkataan higylene. Untuk pemujaan terhadap para dewa didirikan kuil (1134 SM) yang juga berfungsi sebagai pengobatan orang sakit dan perawatan dikerjakan oleh budak-budak. Orang-orang ternama dalam ketabiban antara lain:

- a. Hippocrates (hidup 400 SM) bapak pengobatan dengan jasa:
  - Dasar cara pengobatan sampai pengobatan ini
  - Penyakit bukan karena setan, melainkan rusaknya undang-undang alam

- Mengembangkan tehnik pemeriksaan badan
  - Mengajarkan tentang makanan si sakit
  - Mengajarkan supaya penderita sakit jiwa dirawat secara perikemanusiaan
  - Mengajarkan tentang semangat pekerjaan, menghargai teman sejawat, bertanggungjawab terhadap si sakit yang menjadi sumpah hypocrates
- b. Plato. Ahli filsafat Yunani, otak sebagai pusat kesadaran
- c. Aristoteles, ahli filsafat, ahli jiwa dan ilmu hayat.
7. Roma
- Rumah sakit Roma zaman purba disebut valentrumdinari Roma yang terdapat di Swiss ditemukan alat-alat perawatan seperti: peralatan untuk huknah pot-pot tempat selep. Juga ditemukan instrument untuk keperluan pembedahan seperti pisau, pincet, klem arteri, speculum. Tokoh terkenal Julius Caesar (101-44 SM). Seorang wali Negara yang pertama-tama mengakui guru-guru hygiene dan mengurung
8. Irlandia
- Pengetahuan tentang pengobatan telah diketahui lama
9. Amerika
- Rumah sakit sederhana telah didirikan di kota besar oleh bangsa Asteken di amerika Utara, sedang RS yang baik dan merupakan RS pertama didirikan pada tahun 1521 oleh cortez dari Mexico yaitu RS san Jesu Nazareno.

## 1.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia

### 1.2.1 Sejarah Keperawatan Sebelum Kemerdekaan

#### **Masa Penjajahan Belanda**

Perkembangan keperawatan banyak dipengaruhi oleh konsep-konsep keperawatan dari Negeri Belanda. Cornelis de Hotman memimpin penjajahan di Indonesia. Pemerintah Belanda pada saat itu mendirikan dinas kesehatan khusus tentara (saat itu disebut MGD) dan dinas kesehatan rakyat (saat itu disebut BGD). Melalui kedua dinas tersebut pemerintah Belanda merekrut perawat dari penduduk pribumi. Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat berasal dari penduduk pribumi yang disebut “velpleger” dengan dibantu “zieken oppaser” sebagai penjaga orang sakit. Para perawat dan penjaga orang sakit di fasilitasi untuk membentuk organisasi profesi. Organisasi perawat pertama dibentuk di Surabaya pada tahun 1799, organisasi profesi tersebut bernama Perkoempoelan Zieken Verpleger/ Verpleegstar Boemi Poetra (disingkat PZVB Boemi Poetra). Mereka bekerja pada rumah sakit Binnen Hospital di Surabaya yang didirikan tahun 1799. Untuk meningkatkan kemampuan para perawat agar dapat memberikan pelayanan keperawatan yang professional, maka para perawat ini melalui organisasinya diberikan semacam pendidikan dan pelatihan oleh pemerintah Belanda. Sampai sekarang masih sering kita dengar istilah Belanda tersebut misalnya nierbeken (bengkok), laken (sprei), bovanlaken (kain penutup) dan lain-lain.

### 1.2.2 Masa Penjajahan Inggris

Pada masa VOC berkuasa, Gubernur Jendral Inggris Raffles (1812-1816), telah memiliki semboyan “Kesehatan adalah milik manusia” Pada saat itu Raffles telah melakukan pencacaran umum, membenahi cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa serta memperhatikan kesehatan dan perawatan tahanan. Setelah pemerintah kolonial kembali ke tangan Belanda, di Jakarta pada tahun 1819 didirikan beberapa rumah sakit. Salah satunya adalah rumah sakit Sadsverband yang berlokasi di Glodok-Jakarta Barat. Pada tahun 1919 rumah sakit tersebut dipindahkan ke Salemba dan sekarang dengan nama RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Dalam kurun waktu 1816-1942 telah berdiri beberapa rumah sakit swasta milik misionaris katolik dan zending protestan

seperti: RS. Persatuan Gereja Indonesia (PGI) Cikini-Jakarta Pusat, RS. St. Carolos Salemba-Jakarta Pusat. RS. St Bromeus di Bandung dan RS. Elizabeth di Semarang. Bahkan pada tahun 1906 di RS. PGI dan tahun 1912 di RSCM telah menyelenggarakan pendidikan juru rawat. Namun kedatangan Jepang (1942-1945) menyebabkan perkembangan keperawatan mengalami kemunduran (Simamora, 2009) .

### 1.2.3 Masa Penjajahan Jepang

Pada masa ini perkembangan keperawatan mengalami kemunduran, dan dunia keperawatan di Indonesia mengalami zaman kegelapan. Tugas keperawatan dilakukan oleh orang-orang tidak terdidik, pimpinan rumah sakit diambil alih oleh Jepang, dokter dan perawat yang berasal dari Belanda ditangkap, akhirnya terjadi kekurangan obat sehingga timbul wabah (Febriana, 2017).

## 1.3 Sejarah Keperawatan Setelah Kemerdekaan

### 1. Periode 1945-1962

Tahun 1945 s/d 1950 merupakan masa transisi pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia. Perkembangan keperawatan pun masih jalan di tempat. Ini dapat dilihat dari pengembangan tenaga keperawatan yang masih menggunakan system pendidikan yang telah ada, yaitu perawat lulusan pendidikan Belanda (MULO + 3 tahun pendidikan), untuk ijazah A (perawat umum) dan ijazah B untuk perawat jiwa. Terdapat pula pendidikan perawat dengan dasar (SR + 4 tahun pendidikan) yang lulusannya disebut mantri juru rawat. Baru kemudian tahun 1953 dibuka sekolah pengatur rawat dengan tujuan menghasilkan tenaga perawat yang lebih berkualitas. Pada tahun 1955, dibuka Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) dengan pendidikan SR ditambah pendidikan satu tahun dan sekolah pengamat kesehatan sebagai pengembangan SDK, ditambah pendidikan lagi selama satu tahun. Pada tahun 1962 telah dibuka Akademi Keperawatan dengan pendidikan dasar umum SMA yang bertempat di Jakarta, di RS.

Cipto Mangunkusumo. Sekarang dikenal dengan nama Akper Depkes di Jl. Kimia No. 17 Jakarta Pusat. Walaupun sudah ada pendidikan tinggi namun pola pengembangan pendidikan keperawatan belum tampak, ini ditinjau dari kelembagaan organisasi di rumah sakit. Kemudian juga ditinjau dari masih berorientasinya perawat pada keterampilan tindakan dan belum dikenalkannya konsep kurikulum keperawatan. Konsep-konsep perkembangan keperawatan belum jelas, dan bentuk kegiatan keperawatan masih berorientasi pada keterampilan prosedural yang lebih dikemas dengan perpanjangan dari pelayanan medis.

## 2. Periode 1963-1983

Periode ini masih belum banyak perkembangan dalam bidang keperawatan. Pada tahun 1972 tepatnya tanggal 17 April lahirlah organisasi profesi dengan nama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Jakarta. Ini merupakan suatu langkah maju dalam perkembangan keperawatan. Namun baru mulai tahun 1983 organisasi profesi ini terlibat penuh dalam pembenahan keperawatan melalui kerjasama dengan CHS, Depkes dan organisasi lainnya.

## 3. Periode 1984 Sampai Sekarang

Pada tahun 1985, resmi dibukanya pendidikan S1 keperawatan dengan nama Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia di Jakarta. Sejak saat itulah PSIK-UI telah menghasilkan tenaga keperawatan tingkat sarjana sehingga pada tahun 1992 dikeluarkannya UU No. 23 tentang kesehatan yang mengakui tenaga keperawatan sebagai profesi. Pada tahun 1996 dibukanya PSIK di Universitas Padjajaran Bandung. Pada tahun 1997 PSIK-UI berubah statusnya menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI), dan untuk meningkatkan kualitas lulusan, pada tahun 1998 kurikulum pendidikan Ners disyahkan dan digunakan. Selanjutnya juga pada tahun 1999 kurikulum D-III keperawatan mulai dibenahi dan mulai digunakan pada tahun 2000 sampai dengan sekarang.

## **Bab 2**

# **Organisasi Profesi Keperawatan**

## **2.1 Pendahuluan**

Sebagai suatu profesi, keperawatan memiliki organisasi profesi yang sangat berperan dalam menetapkan standar praktek, pelayanan dan pendidikan keperawatan, menetapkan legislasi dan membahas berbagai fenomena yang terjadi dan berhubungan dengan profesi keperawatan. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai salah satu organisasi profesi keperawatan di Indonesia telah terbentuk sejak 17 Maret 1974 akan tetapi menurut hasil Munas X PPNI tahun 2021, hingga saat ini pertumbuhan dan perkembangannya sudah berkembang pesat. Organisasi ini mampu menarik simpati di kalangan masyarakat maupun perawat itu sendiri.

PPNI berdiri dalam rangka turut mengisi kemerdekaan Republik Indonesia demi tercapainya kehidupan masyarakat Yang sehat, adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, melalui pelayanan dan asuhan Keperawatan serta peningkatan kesejahteraan anggota sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan.

## 2.2 Identitas Organisasi Profesi Keperawatan

Perawat adalah seseorang Yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

### 2.2.1 Nama Organisasi

Organisasi ini bernama Persatuan Perawat Nasional Indonesia disingkat PPNI Yang merupakan organisasi profesi perawat sebagai wadah berhimpunnya perawat secara nasional Yang berperan mendorong perkembangan perawat.

### 2.2.2 Bentuk Organisasi

PPNI didirikan atas dasar kesamaan profesi dan berbentuk kesatuan Yang mana kedaulatan tertinggi berada di tangan anggota yang dilaksanakan melalui Musyawarah Nasional.

PPNI didirikan pada tanggal 17 Maret 1974 untuk jangka waktu yang tidak terbatas.

### 2.2.3 Lambang Organisasi PPNI

Lambang PPNI berbentuk lingkaran yang berisi sebuah segi lima hijau tua dengan dasar kuning emas dan sebuah lampu putih yang berlidah api lima, warna merah dengan tulisan PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA-PPNI pada bingkai lingkaran.



**Gambar 2.1:** Lambang PPNI

1. Lambang PPNI berupa Lingkaran yang berisi sebuah Segi lima dan sebuah lampu yang berlidah api lima cabang dengan tulisan dibingkai

pinggir berbunyi PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA - PPM.

2. Komposisi warna lambang PPNI yaitu:
  - a. Lingkaran (bidang pinggir) berwarna merah;
  - b. Dasar kuning emas dalam lingkaran;
  - c. Dasar Segi lima berwarna hijau tua;
  - d. Sisi-sisi Segi lima berwarna putih;
  - e. Badan lampu berundak lima berwarna putih;
  - f. Lidah api berwarna merah; dan
  - g. Huruf-huruf berwarna putih.
3. Makna komponen Lambang PPNI yaitu:
  - a. Lingkaran dengan warna merah: menunjukkan semangat persatuan;
  - b. Dasar kuning emas dalam lingkaran: keluhuran jiwa dan cinta kasih;
  - c. Segi lima: berkepribadian Pancasila;
  - d. Warna hijau tua dalam segilima: kesejahteraan;
  - e. Lampu warna putih: identitas perawat;
  - f. Lidah api lima cabang berwarna merah: semangat pengabdian yang dilandasi/dijiwai Pancasila; dan
  - g. Warna putih: melambangkan kesucian

Makna lambang PPNI yaitu warga perawat Indonesia yang hidup di negara Republik Indonesia yang berlandaskan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, mengabdikan dirinya dalam bidang keperawatan dan atau kesehatan dengan itikad dan kesadaran pengabdian yang suci disertai dengan keluhuran jiwa dan cinta kasih senantiasa menunaikan dharma baktinya terhadap negara dan Bangsa Indonesia serta kemaslahatan umat.

## 2.3 Ciri – ciri Organisasi

Menurut Prof. DR. Azrul Azwar MPH (1998), ada 3 ciri organisasi:

1. Umumnya untuk satu profesi hanya ada satu organisasi profesi yg para anggotanya berasal dari satu profesi saja dalam arti telah menyelesaikan pendidikan profesi dgn dasar-dasar keilmuan yg sama.  
b. Misi utama organisasi profesi adalah utk merumuskan kode etik (Code of professional ethic) merumuskan kompetensi profesi (professional competency) serta memperjuangkan tegaknya kebebasan profesi (professional autonomous).
2. Kegiatan pokok organisasi profesi adalah menetapkan serta merumuskan standar pelayanan profesi (standar of professional services) yg mana kode etik termasuk kedalamnya, merumuskan dan menetapkan standar pendidikan dan pelatihan profesi (standar of professional education and training) serta menetapkan dan memperjuangkan kebijakan dan politik profesi (professional policy)

## 2.4 Peran dan Manfaat Organisasi Profesi

Organisasi profesi dalam pembuatan dan pengembangan profesi keperawatan berperan sebagai berikut:

1. Pembinaan, pengembangan dan pengawasan mutu pendidikan keperawatan.
2. Pembinaan, pengembangan dan pengawasan pelayanan keperawatan.
3. Pembinaan, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan.
4. Pembinaan, pengembangan dan pengawasan kehidupan profess

Apabila organisasi profesi bekerja dengan baik dan lancar banyak manfaat yg akan diperoleh, akan tetapi menurut Brecko 1989, minimal ada 4 manfaat yakni:

1. Dapat lebih mengembangkan dan memajukan profesi.
2. Dapat menertibkan dan memperluas bidang gerak profesi.

3. Dapat menghimpun dan menyatukan pendapat warga profesi.
4. Dapat memberikan kesempatan kepada semua anggota untuk berkarya dan berperan aktif dalam mengembangkan dan memajukan profesi

Apabila manfaat-manfaat tersebut dapat dicapai maka dampak akhir banyak pula yg akan dihasilkan.

Menurut World Medical Assosiation (1991) dampak minimal yg akan diperoleh adalah:

1. Makin tertibnya pekerjaan profesi.
2. Meningkatnya kualitas hidup serta derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan

## 2.5 Azaz, Nilai dan Tujuan

### 2.5.1 Azaz

PPNI berasaskan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Bhineka Tunggal Ika, dan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

### 2.5.2 Nilai

PPNI menganut nilai-nilai Jujur, altruistik, peduli, akuntabel, transparan, dan kebersamaan.

### 2.5.3 Tujuan

PPNI memiliki tujuan untuk:

1. meningkatkan dan atau mengembangkan pengetahuan, keterampilan praktik keperawatan, martabat, kesejahteraan dan etika profesi Perawat;
2. memberdayakan perawat dalam rangka menunjang pembangunan kesehatan nasional; dan
3. memperkokoh persatuan dan kesatuan antar perawat.

## 2.6 Peran, Fungsi dan Kegiatan

### 2.6.1 Peran dan Fungsi

1. PPNI berperan sebagai wadah yang menghimpun perawat secara nasional dan yang mendorong lahirnya kebijakan bagi kepentingan dan kesejahteraan perawat Indonesia; dan
2. PPNI berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang, dan pengawas Keperawatan di Indonesia.

### 2.6.2 Kegiatan

Bentuk kegiatan yang dilaksanakan PPNI antara lain kegiatan ilmiah, kegiatan sosial, penguatan kelembagaan, dan kegiatan usaha, serta kegiatan lain yang tidak bertentangan dengan peraturan perundangan demi kepentingan organisasi.

Bentuk kegiatan di organisasi keperawatan adalah:

1. Bentuk kegiatan ilmiah meliputi seminar, pelatihan, workshop, pendidikan, penelitian, semiloka, dan kegiatan ilmiah lainnya.
2. Bentuk kegiatan sosial meliputi bakti sosial, santunan, kegiatan pengabdian masyarakat, pengabdian keprofesian, dan kegiatan sosial lainnya.
3. Bentuk kegiatan penguatan kelembagaan antara lain advokasi, kaderisasi dan penataan sistem kepemimpinan, penguatan dan pembinaan etika profesi dan hukum, memperkokoh persatuan dan kesatuan antar perawat.
4. Bentuk kegiatan usaha yakni penyelenggaraan badan usaha.

## 2.7 Keanggotaan

### 2.7.1 Jenis Keanggotaan PPNI terdiri dari:

1. Anggota Biasa.
2. Anggota Khusus.
3. Anggota Kehormatan.

Persyaratan untuk menjadi Anggota Biasa PPNI meliputi:

1. Warga Negara Indonesia;  
Memiliki ijazah pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri Yang diakui Oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
2. Memiliki Sertifikat Kompetensi/Profesi sejak diberlakukannya uji kompetensi;
3. Menyatakan diri untuk menjadi anggota PPNI melalui proses pendaftaran anggota pada Dewan Pengurus Daerah Kabupaten/Kota, Dewan Pengurus Perwakilan Negeri atau Dewan Pengurus Komisariat;
4. Mengisi dan menandatangani Surat persetujuan bersedia mengikuti dan mentaati Anggaran Dasar/Anggaran Rumah Tangga (AD/ART) PPNI dan Kode Etik Keperawatan Indonesia; dan
5. Menyatakan diri bersedia aktif mengikuti kegiatan organisasi Yang dilaksanakan PPNI dan atau Ikatan atau Himpunan di bawah PPNI.

Sedangkan persyaratan untuk menjadi Anggota Khusus PPNI meliputi:

1. Perawat warga negara asing yang bekerja di Indonesia dan telah memenuhi ketentuan Pemerintah RI dan telah mengikuti proses adaptasi sesuai peraturan perundangan.
2. Memiliki surat pernyataan yang menunjukkan bahwa pengusul memiliki perilaku etik yang baik dari organisasi profesi negara asal;
3. Telah teregistrasi di negara asal;

4. Menyatakan diri untuk menjadi anggota PPNI melalui proses pendaftaran anggota pada Dewan Pengurus Daerah Kabupaten/kota atau Dewan Pengurus Perwakilan Luar Negeri atau Dewan Pengurus Komisariat
5. Mengisi dan menandatangani surat persetujuan bersedia mengikuti dan mentaati ADIART PPM dan Kode Etik Keperawatan Indonesia; dan
6. Membuat dan menandatangani pernyataan bersedia aktif mengikuti kegiatan organisasi yang dilaksanakan PPNI dan atau Ikatan atau Himpunan di bawah ppnl.

### 2.7.2 Kewajiban Anggota

1. Menjunjung tinggi marwah organisasi serta menaati dan
2. Mengamalkan sumpah perawat, kode etik perawat Indonesia, anggaran dasar dan anggaran rumah tangga dan sernua peraturan serta keputusan ppm;
3. Membayar uang pendaftaran dan juran tahunan, kecuali anggota kehormatan;
4. Menghadiri rapat-rapat atas undangan pengurus ppni; dan
5. Anggota wajib memberikan informasi yang benar sesuai kebutuhan kepada pengurus sesuai keanggotaannya.

### 2.7.3 Hak Anggota

1. mengajukan pendapat, usul atau pertanyaan baik lisan maupun tertulis kepada pengurus PPNI, mengikuti seluruh kegiatan organisasi, memilih dan dipilih sesuai jenjang kepengurusan organisasi.
2. mendapatkan kesempatan menambah atau mengembangkan ilmu dan keterampilan keperawatan yang diselenggarakan organisasi profesi sesuai dengan program kerja yang telah ditetapkan.
3. mendapatkan perlindungan dan pembelaan dalam melaksanakan tugas organisasi dan profesi, apabila memenuhi:
  - a. AD/ART;
  - b. Kode Etik Perawat Indonesia;
  - c. Standar Kompetensi;

- d. Standar Praktik;
  - e. Peraturan dan perundang-undangan yang berlaku; dan
  - f. Ketentuan Organisasi.
4. Mendapatkan pembelaan terhadap kasus yang terkait dengan masalah hukum dalam ruang lingkup praktik keperawatan, apabila anggota tersebut telah memenuhi kewajiban sebagai anggota.
  5. Anggota Khusus dan Anggota Kehormatan tidak dapat memilih dan dipilih.

#### 2.7.4 Pemberhentian Anggota

1. Anggota berhenti keanggotaannya karena: meninggal dunia;
2. Permintaan sendiri secara tertulis;
3. Diberhentikan oleh DPP PPNI dikarenakan:
  - a. melakukan pelanggaran disiplin berat yang merugikan organisasi;
  - b. melakukan tindak pidana kriminal yang memiliki kekuatan hukum tetap; atau
  - c. atas rekomendasi Majelis Kehormatan Etik Keperawatan;
4. Berakhir masa tugas dan atau kembali ke negara asal bagi perawat warga negara asing sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan

## 2.8 Struktur Organisasi

Struktur organisasi PPNI terdiri dari:

1. Dewan Pengurus; dan
2. Dewan Pertimbangan.

Dewan Pengurus terdiri dari:

1. Dewan Pengurus Pusat disingkat DPP PPNI
2. Dewan Pengurus Wilayah Provinsi disingkat DPW PPNI
3. Dewan Pengurus Daerah Kabupaten/Kota disingkat DPD PPNI

4. Dewan Pengurus Perwakilan Luar Negeri disingkat DPLN PPNI
5. Dewan Pengurus Komisariat disingkat DPK PPM

Dewan Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia dipilih untuk masa bakti 5 (lima) tahun.

Masa jabatan Ketua Umum Dewan Pengurus Pusat, Ketua Dewan Pengurus Wilayah, Ketua Dewan Pengurus Daerah, Ketua Dewan Pengurus Komisariat, dan Ketua Dewan Pengurus Luar Negeri Persatuan Perawat Nasional Indonesia tidak dapat dipilih kembali setelah paling banyak 2 (dua) periode berturut-turut dan dapat dipilih kembali setelah menjabat.

Dewan Pertimbangan

1. Dewan Pertimbangan merupakan badan yang berfungsi memberikan arahan, petunjuk, dan pertimbangan masukan dan saran baik diminta maupun tidak diminta kepada Dewan Pengurus.
2. Dewan Pengurus dapat memperhatikan masukan dan saran dari Dewan Pertimbangan.
3. Dewan Pertimbangan dibentuk pada tingkat kepengurusan Dewan Pengurus Pusat, Dewan Pengurus Wilayah dan Dewan Pengurus Daerah.
4. Dewan Pertimbangan dibentuk melalui Musyawarah Nasional atau Musyawarah Wilayah atau Musyawarah Daerah.
5. Dewan Pertimbangan secara administratif bertanggung jawab kepada Dewan Pengurus sesuai dengan tingkatannya.

## 2.9 Pembiayaan

Pembiayaan organisasi dapat berasal dari sumber:

1. Uang Pangkal
2. Uang luran Wajib
3. Hibah dan Sumbangan
4. Hasil usaha dari Badan Usaha
5. Usaha-usaha lain yang sah dan tidak mengikat.

Pembiayaan organisasi profesi berasal dari iuran anggota, yaitu:

1. Sumber pembiayaan PPNI berasal dari iuran, uang pangkal dan sumber usaha lain.
2. Besaran uang pangkal bagi anggota baru adalah Rp 100.000,- (seratus ribu rupiah).
3. Besaran uang pangkal anggota Yang bekerja di luar negeri di mana telah terbentuk DPI\_N sebesar RP. 500.000 (lima ratus ribu rupiah).
4. Iuran rutin anggota sebesar Rp 260.000,- (dua ratus enam puluh ribu rupiah)/orang/tahun.
5. Pengalokasian uang pendaftaran dan iuran bulanan anggota ditetapkan sebagai berikut:
  - a. DPP PPNI sebesar 15%
  - b. DPW Provinsi sebesar 20%
  - c. DPD KabIKota sebesar 33%
  - d. DPK sebesar 32%
6. Komposisi alokasi uang pangkal dan iuran bulanan anggota yang bekerja di luar negeri sebesar DPLN dan 20% DPP PPM.
7. Iuran anggota disetorkan oleh anggota bersangkutan melalui rekening dengan menggunakan sistem yang ditetapkan DPP PPNI.



## **Bab 3**

# **Pendidikan Keperawatan Di Indonesia**

### **3.1 Pendahuluan**

Pada lokakarya nasional 1983 telah disepakati pengertian keperawatan sebagai berikut, keperawatan adalah pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio psiko sosio spiritual yang komprehensif yang ditujukan kepada individu, kelompok dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial- spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Kusnanto, 2013).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keperawatan adalah upaya pemberian pelayanan/asuhan yang bersifat humanistic dan professional, holistik berdasarkan ilmu keperawatan, standart pelayanan dengan berpegang teguh kepada kode etik yang melandasi perawat professional secara mandiri atau

melalui upaya kolaborasi berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

## 3.2 Definisi Pendidikan Keperawatan

Pendidikan adalah suatu proses penyadaran yang terjadi karena interaksi berbagai faktor yang menyangkut manusia dan potensinya, serta alam lingkungan dan kemungkinan-kemungkinan di dalamnya. Pendidikan dalam bidang keperawatan merupakan proses penyadaran dan penemuan diri sebagai insan keperawatan, yang memiliki kematangan dalam berfikir, bertindak, dan bersikap sebagai perawat yang profesional, sehingga ia mampu menjawab berbagai tantangan dalam profesinya (Kusnanto, 2013).

Keperawatan bukan merupakan kumpulan keterampilan spesifik dan sederhana saja. Berdasarkan pilar strategi pembangunan kesehatan yang ditetapkan Depkes, pada poin yang kedua: profesionalisme, yaitu melalui “Pengembangan Sistem Pendidikan Tinggi Keperawatan” dalam upaya mewujudkan keperawatan sebagai profesi di Indonesia. Hal ini bertujuan memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, dan perlu didukung oleh sumber daya pelaksana kesehatan, termasuk di dalamnya tenaga keperawatan yang cukup, baik dalam jumlah maupun kualitas melalui Pendidikan Tinggi Keperawatan (Nursalam, 2012).

Di Indonesia sudah mulai dikembangkan pendidikan Ners, yang mana pendidikan ini bersifat akademik-profesi, yang dalam pelaksanaannya terdiri dari 2 (dua) tahapan, yaitu pendidikan akademik dan profesi. Program pendidikan ini mengacu pada paradigma keperawatan yang disepakati di Indonesia dan mempunyai landasan ilmu pengetahuan dan landasan keprofesian yang kokoh (Setyaningsih, 2012).

## 3.3 Sistem Pendidikan Keperawatan di Indonesia

Hasil Lokakarya Nasional dalam bidang keperawatan tahun 1983 telah menghasilkan kesepakatan nasional secara konseptual yang mengakui keperawatan di Indonesia sebagai profesional dan pendidikan keperawatan sebagai pendidikan profesi.

Sejalan dengan perkembangan teknologi, pendidikan keperawatan juga mengalami peningkatan baik jenjang maupun mutu pendidikan. Pendidikan keperawatan yang dahulu adalah pendidikan dasar atau menengah kini telah meningkat pada jenjang pendidikan tinggi. Saat ini masih banyak variasi pendidikan keperawatan di Indonesia, jenjang pendidikan keperawatan yang utama adalah Sekolah Perawat Kesehatan (SPK), Akademi atau Pendidikan Ahli Madya Keperawatan/Politeknik dengan 3 tahun program diploma keperawatan, dan Program Studi Ilmu Keperawatan yang menawarkan program strata 1 keperawatan (S1 keperawatan) dan S2 terkait dengan keperawatan (Priharjo R, 2015).

Menurut Nursalam (2012), sistem pendidikan tinggi di Indonesia dijelaskan sebagai berikut:

### 1. Program Pendidikan DIII Keperawatan

Program pendidikan DIII keperawatan yang meluluskan perawat generalis sebagai perawat vokasional (Ahli Madya Keperawatan) berlandaskan keilmuan dan keprofesian yang kokoh. Sebagai perawat vokasional atau profesional pemula harus tetap memiliki tingkah laku dan kemampuan profesional serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan dasar secara mandiri di bawah supervisi. Selain itu, mempunyai kemampuan mengelola praktik keperawatan berdasarkan kebutuhan dasar manusia dengan memanfaatkan IPTEK keperawatan yang maju dan tepat guna

### 2. Sarjana Keperawatan

Selama ini, pengertian sarjana selalu disetarakan dengan intelektual. Seseorang dinilai sebagai intelektual diukur berdasarkan gelar-gelar tertentu atau ijazah akademik. Padahal, kualitas individu seorang

sarjana berbeda dengan seorang intelektual. Para sarjana adalah lulusan akademik atau perguruan tinggi yang menempuh jenjang studi berdasarkan spesifikasi jurusan masing-masing (Wiradinata, 2011). Jalal (1998 dalam Hardy, 2010) sarjana di rumuskan dalam sebuah definisi “seorang yang lulus dari perguruan tinggi dengan membawa gelar”. Dengan pengertian ini kita hanya menemukan orang-orang yang setiap tahun, atau bahkan setiap beberapa bulan diproduksi oleh perguruan tinggi. Sedangkan Definisi perawat menurut UU RI. No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki dan diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Calista Roy (1976) mendefinisikan keperawatan merupakan definisi ilmiah yang berorientasi kepada praktik keperawatan yang memiliki sekumpulan pengetahuan untuk memberikan pelayanan kepada klien.

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa sarjana keperawatan adalah seseorang yang sudah mendapat gelar dan dapat memberikan upaya pelayanan/asuhan yang bersifat humanistic, professional dan holistic berdasarkan ilmu dan kiat yang diperoleh setelah melalui jenjang pendidikan selama beberapa tahun, standart pelayanan dengan berpegang teguh kepada kode etik yang melandasi perawat profesional secara mandiri atau melalui upaya kolaborasi.

### 3. Program pendidikan Ners

Program pendidikan Ners menghasilkan lulusan perawat Sarjana Keperawatan dan Profesional (Ners=“First Profesional Degree”) dengan sikap, tingkah laku, dan kemampuan profesional, serta mampu melaksanakan asuhan keperawatan dasar (sampai dengan kerumitan tertentu) secara mandiri. Sebagai perawat profesional, yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan objektif klien dan melakukan supervisi praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional pemula. Selain itu, juga dituntut untuk memiliki kemampuan dalam meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan dengan memanfaatkan IPTEK, serta melakukan riset keperawatan dasar dan

penerapan sederhana. Program pendidikan Ners memiliki landasan keilmuan yang kokoh dan landasan keprofesian yang mantap sesuai dengan sifat pendidikan profesi.

#### 4. Program Magister Keperawatan

Program magister keperawatan menghasilkan perawat ilmuwan dengan sikap dan tingkah laku dan kemampuan sebagai ilmuwan keperawatan. Sebagai perawat ilmuwan diharapkan memiliki kemampuan berikut ini:

- a. Meningkatkan pelayanan profesi dengan penelitian dan
- b. pengembangan.
- c. Berpartisipasi dalam pengembangan bidang ilmunya.
- d. Mengembangkan penampilannya yang lebih luas dengan mengaitkan ilmu profesi yang serupa.
- e. Merumuskan pendekatan penyelesaian berbagai masalah
- f. masyarakat dengan cara penalaran ilmiah (keputusan Mendikbud
- g. No.056/U/1994-pasal 2 ayat 3

#### 5. Program Pendidikan Ners Spesialis

Program Ners spesialis menghasilkan Magister Keperawatan dan profesional ( ners spesialis, second profesional degree) dengan sikap, tingkah laku, dan ketrampilan profesional, serta mampu untuk melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan spesialistik.

#### 6. Tujuan Pendidikan Keperawatan

Tujuan dari pendidikan keperawatan menurut (Nursallam, 2012) adalah:

- a. Menumbuhkan dan membina sikap serta tingkah laku profesional yang sesuai dengan tuntunan profesi keperawatan.-
- b. Membangun landasan ilmu pengetahuan yang kokoh, untuk melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan profesional, mengembangkan diri pribadi dan ilmu keperawatan.
- c. Menumbuhkan ketrampilan profesional, mencakup keterampilan intelektual, teknikal dan interpersonal.
- d. Menumbuhkan dan membina landasan etik keperawatan yang kokoh

#### 7. Pendidikan perawat berkelanjutan

Pendidikan berkelanjutan perawat didefinisikan oleh ANA (American Nurse Association) dalam Potter dan Perry (2015) adalah sebagai aktivitas pendidikan yang direncanakan bertujuan untuk membangun dasar pendidikan dan pengalaman dari perawat profesional untuk meningkatkan praktik, pendidikan, administrasi, penelitian, atau pengembangan teori sampai akhirnya perbaikan kesehatan masyarakat.

Pengembangan pendidikan keperawatan sebaiknya dirancang secara berkesinambungan, berjenjang dan berlanjut sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup bagi perawat yang mengabdikan diri di masyarakat. Pendidikan berkelanjutan ini dimaksudkan untuk mempertahankan profesionalisme perawat baik melalui pendidikan formal maupun non formal (Potter & Perry, 2015).

Dari pengertian tersebut, pendidikan berkelanjutan perawat merupakan sesuatu hal yang dinamis untuk pengembangan teori dan praktik perawat sebagai perawat profesional guna mempertahankan dan meningkatkan kualitas dalam diri seorang perawat

#### 8. Tujuan Pendidikan berkelanjutan

Perry & Potter (2015) menjelaskan, bahwa tujuan pendidikan berkelanjutan adalah: untuk menyiapkan perawat klinik mampu meningkatkan asuhan keperawatan melalui perluasan ilmu keperawatan, membantu perawat untuk mengembangkan ketrampilan, pengetahuan, dan teori keperawatan terkini, untuk meningkatkan dan mempertahankan praktik keperawatan, promosi dan uji coba kepemimpinan dalam melakukan perubahan yang efektif dalam sistem pelayanan kesehatan serta menjawab kebutuhan belajar profesional

#### 9. Standar Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan di Indonesia mengacu kepada UU No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan. Pengaturan jenis pendidikan keperawatan di Indonesia tertera pada pasal 5, pasal 6, pasal 7, dan pasal 8 yang mencakup:

- a. Pendidikan vokasi, merupakan program pendidikan diploma keperawatan yang merupakan pendidikan keperawatan paling rendah.
- b. Pendidikan adakemik, yaitu pendidikan tinggi yang terdiri atas program sarjana keperawatan, program magister keperawatan dan program doktor keperawatan
- c. Pendidikan profesi, yaitu terdiri atas program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan

Berdasarkan UU No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan pasal 9, pasal 10. Pendidikan tinggi keperawatan diselenggarakan oleh perguruan tinggi yang memiliki izin penyelenggaraan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan. Dan Perguruan tinggi diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat yang melaksanakan tridarma perguruan tinggi. Perguruan tinggi yang dimaksud dapat berbentuk universitas, institut, sekolah tinggi, politeknik, atau akademik yang harus menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan berupa rumah sakit dan fasilitas tingkat pertama yang memenuhi persyaratan, termaksud jejaring dan komunitas di dalam wilayah binaan. Fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui kepemilikan dan kerja sama.

UU No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan pasal 11, penyelenggaraan perguruan tinggi keperawatan harus memenuhi standar nasional pendidikan keperawatan yang mengacu pada standar nasional pendidikan tinggi yang disusun secara bersama oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang kesehatan, di bidang pendidikan, asosiasi institusi pendidikan, dan organisasi profesi keperawatan yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan

Dalam rangka menjamin mutu lulusan, penyelenggaraan pendidikan tinggi keperawatan hanya dapat menerima mahasiswa sesuai dengan kuota nasional yang diatur dengan peraturan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang pendidikan setelah berkoordinasi dengan menteri. Institusi pendidikan tinggi keperawatan

wajib memiliki dosen dan tenaga pendidikan yang dapat berasal dari pegawai negeri dan/atau non pegawai negeri. Dosen yang dimaksud yaitu berasal dari perguruan tinggi dan wahana pendidikan keperawatan. Dosen diangkat dan diberhentikan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dosen pada wahana pendidikan keperawatan memberikan pendidikan serta melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dan pelayanan kesehatan serta memiliki kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit yang menghitung kegiatan pelayanan kesehatan dan ini diatur dalam UU No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan pada pasal 12, pasal 13, pasal 14, dan pasal 15.

#### 10. Uji Kompetensi

Uji kompetensi adalah bagian dari penapisan kompetensi seseorang untuk dapat menyandang gelar sebutan atau pekerjaan profesi yang sering diistilahkan sebagai proses credentialing. Proses credentialing dilakukan oleh profesi yang bersangkutan (PPNI). Proses ini dilanjutkan dengan kegiatan registrasi, di mana perawat yang telah lulus dicatat dan diberi nomor dalam sistem registrasi nasional. Perawat yang telah teregistrasi, secara resmi berhak menyandang peran atau praktik profesionalnya (Masfuri et.al., 2012). Berdasarkan UU No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan, uji kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan program studi keperawatan.

Menurut naskah akademik sistem pendidikan perawat di Indonesia. Pelaksanaan uji kompetensi berdasarkan peraturan menteri kesehatan merupakan kewenangan dari lembaga/majelis tenaga kesehatan Indonesia (MTKI). Dalam menjalankan tugasnya tersebut, MTKI bekerjasama dengan lembaga pengembangan uji kompetensi (LPUK) untuk mengembangkan sistem termasuk termasuk soal uji kompetensi. Bukti dari kelulusan seorang perawat dalma uji

kompetensi berupa Surat Tanda Registrasi (STR) identik dengan Registered Ners (RN) di luar negeri.

Menurut Masfuri et.al., (2012) tujuan dilakukannya uji kompetensi terhadap lulusan baru secara nasional (Entry level national examination) adalah:

1. Menegakkan akuntabilitas profesional perawat dalam menjalankan peran profesinya
2. Menegakkan standar dan etik profesi dalam praktek
3. Cross chek terhadap kompetensi lulusan suatu institusi pendidikan
4. Melindungi kepercayaan masyarakat terhadap profesi perawat.

UU Keperawatan No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan pasal 16. Mahasiswa keperawatan pada akhir masa pendidikan tinggi vokasi dan profesi harus mengikuti uji kompetensi yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi berkerja sama dengan organisasi profesi perawat, lembaga pelatihan, atau lembaga sertifikasi yang terakreditasi, di mana ditujukan untuk mencapai standar kompetensi lulusan yang memenuhi standar kompetensi kerja, standar kompetensi kerja disusun oleh organisasi profesi perawat dan konsil keperawatan dan ditetapkan oleh menteri. Mahasiswa pendidikan vokasi keperawatan yang lulus uji kompetensi diberikan sertifikat kompetensi dan mahasiswa pendidikan profesi yang lulus uji kompetensi diberikan sertifikat profesi yang diterbitkan oleh perguruan tinggi.



# **Bab 4**

## **Model Model Praktik Keperawatan**

### **4.1 Pendahuluan**

Sistem MAKP adalah suatu kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur, yakni: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP. Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang diyakini dan akan menentukan kualitas produksi/jasa layanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai-nilai tersebut sebagai sesuatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud.

Unsur-unsur dalam praktik keperawatan dapat dibedakan menjadi empat, yaitu: standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan, dan sistem MAKP. Dalam menetapkan suatu model, keempat hal tersebut harus menjadi bahan pertimbangan karena merupakan suatu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan (lihat Gambar 4.1).



**Gambar 4.1:** Hubungan antara Keempat Unsur dalam Penerapan Sistem MAKP (Rowland dan Rowland, 1997)

## 4.2 Model Praktik Keperawatan

### 4.2.1 Pengertian Model Praktik Keperawatan

Model praktik keperawatan adalah suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yg memungkinkan perawatan professional mengatur pemberian asuhan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut (Hoffart & Woods, 1996). Model praktik keperawatan adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Ratna Sitorus & Yuli, 2006).

Model praktik keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan.

### 4.2.2 Tujuan Model Praktik Keperawatan

1. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan
2. Mengurangi konflik, tumpang tindih dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
3. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.

4. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan.
5. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap tim keperawatan

### 4.2.3 Pilar – pilar dalam Model Praktik Keperawatan

Dalam model praktik keperawatan professional terdiri dari empat pilar diantaranya adalah:

#### 1. Pilar I: Pendekatan Manajemen (manajemen approach)

Dalam model praktik keperawatan mensyaratkan pendekatan manajemen sebagai pilar praktik perawatan professional yang pertama. Pada pilar I yaitu pendekatan manajemen terdiri dari:

- a. Perencanaan dengan kegiatan perencanaan yang dipakai di ruang MPKP meliputi (perumusan visi, misi, filosofi, kebijakan dan rencana jangka pendek; harian, bulanan dan tahunan). Perencanaan adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan dimasa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan (Siagian, 1990). Perencanaan dapat juga diartikan sebagai suatu rencana kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan itu dilaksanakan, dimana kegiatan itu dilakukan.

Jenis-jenis perencanaan terdiri dari:

- Rencana jangka panjang, yang disebut juga perencanaan strategis yang disusun untuk 3 sampai 10 tahun.
  - Rencana jangka menengah dibuat dan berlaku 1 sampai 5 tahun.
  - Rencana jangka pendek dibuat 1 jam sampai dengan 1 tahun.
- b. Pengorganisasian dengan menyusun stuktur organisasi, jadwal dinas dan daftar alokasi pasien. Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan, menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat, baik vertikal maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan organisasi. Pengorganisasian kegiatan dan tenaga perawat di ruang

MPKP menggunakan pendekatan sistem penugasan modifikasi Keperawatan Tim-Primer. Secara vertikal ada kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana. Setiap tim bertanggung jawab terhadap sejumlah pasien. Pengorganisasian di ruang MPK terdiri dari:

- Struktur organisasi

Struktur organisasi adalah susunan komponen-komponen dalam suatu organisasi (Sutopo, 2000). Pada pengertian struktur organisasi menunjukkan adanya pembagian kerja dan menunjukkan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda diintegrasikan atau dikoordinasikan. Struktur organisasi juga menunjukkan spesialisasi pekerjaan.

Struktur organisasi Ruang MPK menggunakan sistem penugasan Tim-primer keperawatan. Ruang MPK dipimpin oleh Kepala Ruangan yang membawahi dua atau lebih Ketua Tim. Ketua Tim berperan sebagai perawat primer membawahi beberapa Perawat Pelaksana yang memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada sekelompok pasien.

- Daftar Dinas Ruangan

Daftar yang berisi jadwal dinas, perawat yang bertugas, penanggung jawab dinas/shift. Daftar dinas disusun berdasarkan Tim, dibuat dalam 1 minggu sehingga perawat sudah mengetahui dan mempersiapkan dirinya untuk melakukan dinas. Pembuatan jadwal dinas perawat dilakukan oleh kepala ruangan pada hari terakhir minggu tersebut untuk jadwal dinas pada minggu yang selanjutnya bekerjasama dengan Ketua Tim. Setiap Tim mempunyai anggota yang berdinis pada pagi, sore, dan malam, dan yang lepas dari dinas (libur) terutama yang telah berdinis pada malam hari.

Pengarahan, dalam pengarahan terdapat kegiatan delegasi, supervise, menciptakan iklim motivasi, manajemen waktu, komunikasi efektif yang mencakup pre dan post conference, dan manajemen konflik. Pengarahan yaitu penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan

dalam rangka mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Istilah lain yang digunakan sebagai padanan pengarahan adalah pengkoordinasian, pengaktifan. Apapun istilah yang digunakan pada akhirnya yang bermuara pada “melaksanakan” kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya (Marquis & Houston, 1998). Dalam pengarahan, pekerjaan diuraikan dalam tugas-tugas yang mampu kelola, jika perlu dilakukan pendelegasian. Untuk memaksimalkan pelaksanaan pekerjaan oleh staf, seorang manajer harus melakukan upaya-upaya (Marquis & Houston, 1998) sebagai berikut:

- a. Menciptakan iklim motivasi
  - b. Mengelola waktu secara efisien
  - c. Mendemonstarikan keterampilan komunikasi yang terbaik
  - d. Mengelola konflik dan memfasilitasi kolaborasi
  - e. Melaksanakan sistem pendelegasian dan supervisi
  - f. Negosiasi
1. Pilar II: Sistem Penghargaan (Compensatory Reward)
- Manajemen sumber daya manusia diruang model praktik keperawatan professional berfokus pada proses rekrutmen, seleksi kerja orientasi, penilaian kinerja, staf perawat. Proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPKP dan setiap ada penambahan perawatan baru. Compensatory reward (kompensasi penghargaan) menjelaskan manajemen keperawatan khususnya manajemen sumber daya manusia (SDM) keperawatan. Fokus utama manajemen keperawatan adalah pengelolaan tenaga keperawatan agar dapat produktif sehingga misi dan tujuan organisasi dapat tercapai. Perawat merupakan SDM kesehatan yang mempunyai kesempatan paling banyak melakukan praktek profesionalnya pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Seorang perawat akan mampu memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan yang profesional apabila perawat tersebut sejak awal bekerja diberikan program pengembangan staf yang terstruktur. Metode dalam menyusun tenaga keperawatan seharusnya teratur, sistematis, rasional, yang digunakan untuk menentukan jumlah dan

jenis tenaga keperawatan yang dibutuhkan agar dapat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai yang diharapkan.

Manajemen SDM di ruang MPK berfokus pada proses rekrutmen, seleksi, kontrak kerja, orientasi, penilaian kinerja, dan pengembangan staf perawat. Proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPK dan setiap ada penambahan perawat baru.

#### 2. Pilar III: Hubungan Profesional

Hubungan professional dalam pemberian pelayanan keperawatan (tim kesehatan) dalam penerima pelayanan keperawatan (klien dan keluarga). Pada pelaksanaannya hubungan professional secara internal artinya hubungan yang terjadi antara pembentuk pelayanan kesehatan misalnya antara perawat dengan perawat, perawat dengan tim kesehatan dan lain-lain. Sedangkan hubungan professional secara eksternal adalah hubungan antara pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

#### 3. Pilar IV: Manajemen Asuhan Keperawatan

Salah satu pilar praktik professional perawatan adalah pelayanan keperawatan dengan menggunakan manajemen asuhan keperawatan di MPKP tertentu. Manajemen asuhan keperawatan yang diterapkan di MPKP adalah asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan.

### 4.2.4 Komponen-Komponen Metode Praktik Keperawatan

Terdapat 4 komponen utama dalam model praktek keperawatan, yaitu sebagai berikut:

#### 1. Ketenagaan Keperawatan

Menurut Douglas (1984) dalam suatu pelayanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan tergantung pada jumlah pasien dan derajat ketergantungan pasien. Menurut Douglas (1984) ada beberapa kriteria jumlah perawat yang dibutuhkan perpasien untuk dinas pagi, sore dan malam.

**Tabel 4.1:** Derajat kebutuhan perawatan pasien

Waktu Klasifikasi	Pagi	Sore	Malam
Minimal	0,17	0,14	0,10
Partial	0,27	0,15	0,07
Total	0,36	0,30	0,20

2. Metoda pemberian asuhan keperawatan:

Sistem pemberian asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan pemberian asuhan keperawatan secara efektif dan efisien kepada sejumlah pasien. Setiap metode memiliki keuntungan dan kerugian masing-masing. Terdapat 3 pola yang sering digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan, yaitu penugasan fungsional, penugasan tim, penugasan primer.

a. Penugasan Keperawatan Fungsional:

Sistem penugasan ini berorientasi pada tugas dinamis fungsi keperawatan tertentu ditugaskan pada setiap perawat pelaksana, misalnya seorang perawat ditugaskan khusus untuk tindakan pemberian obat, perawat yang lain untuk mengganti verband, penyuntikan, observasi tanda-tanda vital, dan sebagainya.

b. Penugasan Keperawatan Tim:

Adalah suatu bentuk sistem/metoda penugasan pemberian asuhan keperawatan, dimana Kepala Ruangan membagi perawat pelaksana dalam beberapa kelompok atau tim, yang diketuai oleh seorang perawat profesional/berpengalaman. Metoda ini digunakan bila perawat pelaksana terdiri dari berbagai latar belakang pendidikan dan kemampuannya.

c. Penugasan Keperawatan Primer

Keperawatan primer adalah suatu metoda pemberian asuhan keperawatan dimana perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam/hari. Tanggung jawab meliputi pengkajian pasien, perencanaan, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan dari sejak pasien masuk rumah sakit hingga pasien dinyatakan pulang,

ini merupakan tugas utama perawat primer yang dibantu oleh perawat asosiet.

### 3. Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan proses pengambilan keputusan yang dilakukan perawat dalam menyusun kegiatan asuhan secara bertahap. Kebutuhan dan masalah pasien merupakan titik sentral dalam pengambilan keputusan. Pendekatan ilmiah yang fragmentis dalam pengambilan keputusan adalah

- a. Identifikasi masalah
- b. Menyusun alternatif penyelesaian masalah
- c. Pemilihan cara penyelesaian masalah yang tepat dan melaksanakannya
- d. Evaluasi hasil dari pelaksanaan alternatif penyelesaian masalah.

### 4. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan keperawatan, karena melalui pendokumentasian yang baik, maka informasi mengenai keadaan Kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Disamping itu, dokumentasi merupakan dokumen legal tentang pemberian asuhan keperawatan. Secara lebih spesifik, dokumentasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antar profesi Kesehatan, sumber data untuk pemberian asuhan keperawatan, sumber data untuk penelitian, sebagai bahan bukti pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan asuhan keperawatan

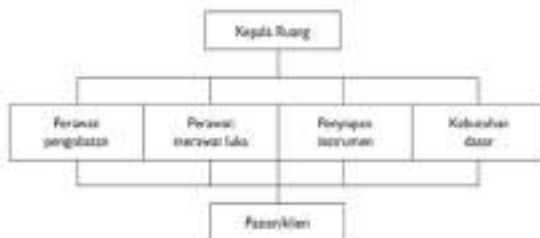
## 4.3 Peran, Fungsi, dan Tugas Perawat di Ruang Sesuai Dengan Jabatan Dan Latar Belakang Pendidikan

Menurut Grant dan Massey (1997) dalam Nursalam (2014), terdapat lima model asuhan keperawatan professional (MAKP) yang sudah ada dan akan terus dikembangkan di masa depan, dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan.

### 4.3.1 Fungsional

Model fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam dalam pengelolaan asuhan keperawatan. Hal itu dilakukan sebagai pilihan utama sejak Perang Dunia Kedua. Waktu itu, karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka setiap perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan (misalnya, merawat luka) kepada semua pasien di bangsal. Sistem ini secara umum mempunyai kelebihan dan kekurangan sebagai berikut.

1. Kelebihan:
  - a. Menerapkan manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas, dan pengawasan yang baik
  - b. Perawat senior menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawatan pasien diserahkan kepada perawat junior dan/atau perawat yang belum berpengalaman
  - c. Sangat cocok untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga
2. Kelemahan:
  - a. Tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat
  - b. Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan
  - c. Persepsi perawat cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja



**Gambar 4.2:** Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Marquis dan Huston, 1998)

### 4.3.2 Keperawatan Tim

Model ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda, dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri atas tenaga profesional, tenaga teknis, dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling saling membantu. System ini mempunyai kelebihan dan kelemahan sebagai berikut.

1. Kelebihan:
  - a. Memungkinkan pelayanan keperawatan menyeluruh
  - b. Mendukung pelaksanaan proses keperawatan
  - c. Memungkinkan komunikasi antartim, sehingga konflik mudah di atasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim

2. Kelemahan:

Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konfrensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu Karena sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk.



**Gambar 4.3:** Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan TIM (Marquis dan Huston, 1998)

### 1. Konsep keperawatan tim

Secara garis besar, konsep keperawatan tim ini terdiri atas beberapa poin yang harus dilaksanakan, yaitu:

- a. Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan
- b. Komunikasi yang efektif sangat penting, agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin
- c. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim
- d. Peran kepala ruangan dalam metode tim ini sangat penting. Artinya, metode tim ini akan berhasil dengan baik hanya bila didukung oleh kepala ruangan.

### 2. Tanggung jawab anggota tim

Tanggung jawab anggota tim yaitu:

- a. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berada di bawah tanggung jawabnya
- b. Bekerja sama dengan anggota tim dan antartim
- c. Memberikan laporan

### 3. Tanggung jawab ketua tim

Tanggung jawab ketua tim yaitu:

- a. Membuat perencanaan
- b. Membuat penugasan, supervise, dan evaluasi
- c. Mengenal/mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien
- d. Mengembangkan kemampuan anggota
- e. Menyelenggarakan konferensi

### 4. Tanggung jawab kepala ruangan

Secara garis besar, tanggung jawab kepala ruangan terbagi menjadi empat, yaitu

#### a. Perencanaan

Perencanaan seharusnya menjadi tanggung jawab kepala ruangan pada tahap perencanaan. Tugas bagian perencanaan ialah:

- Menunjuk ketua tim untuk bertugas di ruangan masing-masing
- Mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya

- Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien, seperti pasien gawat, pasien transisi, atau pasien persiapan pulang, bersama ketua tim
  - Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan klien bersama ketua tim, serta mengatur penugasan/penjadwalan
  - Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan
  - Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan, dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan tindakan pasien
  - Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan. Dalam hal ini, yang dapat dilakukan yaitu membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan, membimbing penerapan proses keperawatan dan menilai asuhan keperawatan, mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah, serta memberikan informasi kepada pasien atau keluarga yang baru masuk
  - Membantu mengembangkan niat untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan diri
  - Membantu membimbing peserta didik keperawatan
  - Menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan dan rumah sakit
- b. Pengorganisasian
- Tahap pengorganisasian dalam melaksanakan tugas meliputi:
- Merumuskan metode penugasan yang digunakan
  - Merumuskan tujuan metode penugasan
  - Membuat rentang kendali kepala ruangan yang membawahi dua ketua tim dan ketua tim yang membawahi 2-3 perawat
  - Membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim secara jelas
  - Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan, membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari dan lain-lain

- Mengatur dan mengendalikan logistic ruangan
  - Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik
  - Mendelegasikan tugas saat tidak berada di tempat kepada ketua tim
  - Memberi wewenang kepada tata usaha untuk mengurus admisnistrasi pasien
  - Mengatur penugasan jadwal pos dan pakarnya
  - Mengidentifikasi masalah dan cara penanganan
- c. Pengarahan
- Tehap pengarahan meliputi
- Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim
  - Memberi pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik
  - Memberi motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sikap
  - Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien
  - Melibatkan bawahan sejak awal hingga akhir kegiatan
  - Membimbing bawahan yang mengalami kasulitan dalam melakukan tugasnya
  - Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain
- d. Pengawasan
- Pengawasan terbagi menjadi dua bagian, yaitu:
- Melalui komunikasi  
Mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien
  - Melalui supervise
    - ✓ Pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri, atau melalui laporan langsung secara lisan dan memperbaiki/mengawasi kelemahan-kelemahan yang ada saat itu juga

- ✓ Pengawasan tidak langsung, yaitu mengecek daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan). Selain itu, mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas
- ✓ Evaluasi, yaitu mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disuse bersama ketua tim
- ✓ Audit keperawatan

## **Bab 5**

# **Standar Praktik Keperawatan Profesional**

### **5.1 Pendahuluan**

Keperawatan sebagai pelayanan professional mendapat pengakuan sebagai pelayanan professional sejak tahun 1983, Upaya untuk mewujudkan bukanlah hal mudah di Indonesia. Satu sisi keperawatan di Indonesia menghadapi tuntutan dan kebutuhan eksternal dan internal yang kesemuanya membutuhkan upaya yang sungguh – sungguh dan nyata keterlibatan berbagai pihak yang terkait dan berkepentingan. Banyak masalah yang terjadi dilayanan kesehatan di sebabkan kurangnya pengetahuan oleh para tenaga kesehatan mengenai apa yang menjadi tugas dan wewenangnya dalm memberikan layanan kesehatan baik di rumah sakit, praktek kelompok maupun praktek mandiri. (Abdul, 2011). Dalam kaitannya dengan tanggungjawab utama dan komitmen tersebut di atas maka PPNI harus memberikan respon, sensitive serta peduli untuk mengembangkan standar praktek keperawatan. Diharapkan dengan pemberlakuan standar praktek keperawatan di Indonesia akan menjadi titik inovasi baru yang dapat digunakan sebagai: pertama falsafah dasar pengembangan aspek – aspek keperawatan di Indonesia, kedua salah satu tolak ukur efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan dan ketiga perwujudan diri keperawatan professional.

## 5.2 Standar Praktik

Menurut (Gillies, 1989), standar adalah suatu pernyataan diskriptif yang menguraikan penampilan kerja yang dapat diukur melalui kualitas struktur, proses dan hasil. Pelayanannya juga ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus kehidupan manusia. (Sumber: Potter, P.A., dan Perry, A.G. (2009).

Menurut (Lokakarya Keperawatan Nasional tahun 1983), keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif (dikutip oleh Hidayat, 2004).

Standart praktek keperawatan adalah: ekspektasi minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis. standar praktek keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktek yang dilakukan oleh anggota profesi (Alim 2011).

## 5.3 Klasifikasi Praktek Keperawatan

1. Perawat dan pelaksana praktek keperawatan  
Perawat memegang peranan penting dalam menentukan dan melaksanakan standar praktek keperawatan untuk mencapai kemampuan yang sesuai dengan standar pendidikan Keperawatan. Perawat sebagai anggota profesi, setiap saat dapat mempertahankan sikap sesuai dengan standart profesi keperawatan.
2. Nilai-nilai pribadi dan praktek profesional  
Adanya perkembangan dan perubahan yang terjadi pada ruang lingkup praktek keperawatan dan bidang teknologi medis akan mengakibatkan terjadinya peningkatan konflik antara nilai-nilai pribadi yang dimiliki perawat dengan pelaksana praktek yang dilakukan sehari-hari selain itu pihak atasan membutuhkan bantuan dari perawat untuk melaksanakan tugas pelayanan keperawatan tertentu, dilain pihak

perawat mempunyai hak untuk menerima atau menolak tugas tersebut sesuai dengan nilai-nilai pribadi mereka.

### 3. Ciri – ciri Standar Praktek Keperawatan

Standar praktek keperawatan ini digunakan untuk mengetahui proses dan hasil pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien sebagai fokus utamanya.

Praktek keperawatan profesional mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. Otonomi dalam pekerjaan
2. Bertanggung jawab dan bertanggung gugat
3. Pengambilan keputusan yang mandiri
4. Kolaborasi dengan disiplin lain
5. Pemberian pembelaan
6. Memfasilitasi kepentingan pasien

## 5.4 Tipe Standar Keperawatan

Dua kategori standar keperawatan yang diterima secara luas adalah standar asuhan (standar of care) atau pertanyaan yang menguraikan level asuhan yang akan diterima oleh pasien, dan standar praktek. (standar of practice) atau harapan terhadap kinerja perawat dalam memberikan standar asuhan . Aktivitas pemantauan dan evaluasi memastikan bahwa level perawatan pasien dan kinerja perawat telah dicapai dengan baik.

Dua macam kinerja ini di rancang untuk mendukung perawat dalam praktek sehari-hari dengan menyediakan suatu struktur untuk praktek tersebut dan untuk membantu perawat dalam mengidentifikasi kontribusi keperawatan dalam perawatan pasien.

### 1. Standar praktek

Standar praktek meliputi kebijakan (policy), uraian tugas (job deskription), dan standar kinerja (performance standar).Ia menuntun perawat dalam melaksanakan perawatan pasien. Ia juga menetapkan level kinerja yang perlu diperlihatkan oleh perawat untuk memastikan

bahwa standar asuhan akan dicapai dan menggambarkan definisi institusi tentang apa yang dapat dilakukan oleh perawat. Kebijakan menetapkan sumber-sumber atau kondisi yang harus tersedia untuk memfasilitasi pemberian asuhan.

Uraian tugas mencerminkan kompetensi, pendidikan, dan pengalaman yang diperlukan bagi semua staf yang memiliki peran atau posisi sebagai perawat. Sedangkan standar kinerja diturunkan dari uraian tugas dan menyediakan ukuran untuk mengevaluasi level perilaku perawat yang didasarkan atas pengetahuan, ketrampilan, dan pencapaian aktivitas kemajuan profesional.

## 2. Standar Asuhan

Standar asuhan meliputi prosedur, standar asuhan genetik, dan rencana asuhan (care plans). Mereka merupakan alat untuk memastikan perawatan pasien yang aman dan memastikan hasil yang berasal dari pasien ini. Prosedur adalah uraian tahap pertahap tentang bagaimana melakukan keterampilan psikomotor dan bersifat orientasi tugas. Protokol meliputi lima kategori utama: manajemen pasien dengan peralatan invasi, manajemen pasien dengan peralatan non invatif; manajemen status fisiologis dan psikologis; dan diagnosa keperawatan tertentu. Standar asuhan genetik menguraikan harapan asuhan minimal yang disediakan bagi semua pasien diamanapun pasien dirawat. Rencana asuhan dibuat dan biasanya mempunyai hubungan dengan diagnosa medis pasien dan diagnosa keperawatan pasien.

## 5.5 Tujuan Standar Praktek Keperawatan

Standar praktek keperawatan mempunyai tujuan umum untuk meningkatkan asuhan atau pelayanan keperawatan dengan cara memfokuskan kegiatan atau proses pada usaha pelayanan untuk memenuhi kriteria pelayanan yang diharapkan berguna bagi:

1. Perawat  
Pedoman membimbing perawat dalam menentukan tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien.
2. Rumah sakit  
Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan keperawatan di rumah sakit.
3. Klien  
Perawatan yang tidak lama, biaya yang ditanggung keluarga menjadi ringan.
4. Profesi  
Alat perencanaan mencapai target dan sebagai ukuran evaluasi.
5. Tenaga kesehatan lain  
Mengetahui batas kewenangan dengan profesi lain sehingga dapat saling menghormati dan bekerja sama dengan baik.

## 5.6 Manfaat Praktek Keperawatan

1. Praktek Klinis  
Memberikan serangkaian kondisi untuk mengevaluasi kualitas askep dan merupakan alat mengukur mutu penampilan kerja perawat guna memberikan feedback untuk perbaikan.
2. Administrasi Pelayanan Keperawatan  
Memberikan informasi kepada administrator yang sangat penting dalam perencanaan pola staf, program pengembangan staf dan mengidentifikasi isi dari program orientasi.
3. Pendidikan Keperawatan  
Membantu dalam merencanakan isi kurikulum dan mengevaluasi penampilan kerja mahasiswa.
4. Riset Keperawatan  
Hasil proses evaluasi merupakan penelitian yang pertemuannya dapat memperbaiki dan meningkatkan kualitas askep.

## 5. Sistem Pelayanan Kesehatan

Implementasi standar dapat meningkatkan fungsi kerja tim kesehatan dalam mengembangkan mutu askep dan peran perawat dalam tim kesehatan sehingga terbina hubungan kerja yang baik dan memberikan kepuasan bagi anggota tim kesehatan.

# 5.7 Metode dan Implementasi Standar Praktek Keperawatan

1. Metode yang digunakan untuk menyusun standar keperawatan, yaitu:
  - a. Proses Normatif: Standar dirumuskan berdasarkan pendapat ahli profesional dan pola praktek klinis perawat di dalam suatu badan/institusi tertentu.
  - b. Proses Empiris: Standar dirumuskan berdasarkan hasil penelitian dan praktek keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan.
2. Hubungan Standar dan Legislasi  
Legislasi diperlukan untuk menopang, melaksanakan, membina dan memberi pemantauan Standar Praktek Keperawatan untuk melindungi pasien dan perawat.

## 5.7.1 Lisensi Praktik

Badan yang berwenang memberikan lisensi berhak dan bertanggung jawab terhadap pelanggaran disiplin yang dilakukan oleh praktisi yang melakukan pelanggaran etis. Hukum atau undang-undang tidak mengidentifikasi mutu kinerja, akan tetapi akan menjamin keselamatan pelaksanaan standar praktik keperawatan secara minimal.

Undang-Undang kesehatan RI No.23 tahun 1992, Bab V Pasal 32 ayat 2 dan 3 menyebutkan:

Ayat 2:

Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengobatan dan atau perawatan.

Ayat 3:

Pengobatan dan atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggung jawabkan.

Isi undang-undang tersebut, dapat diartikan bahwa lisensi sangat diperlukan oleh perawat profesional dalam melakukan kegiatan praktik secara bertanggung jawab. Pengertian lisensi adalah kegiatan administrasi yang dilakukan oleh profesi atau departemen kesehatan berupa penerbitan surat ijin praktek bagi perawat profesional di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Lisensi diberikan bagi perawat sesuai keputusan menteri kesehatan RI No.647/Menkes/SK/IV/2000 tentang registrasi dan praktik perawat.

Whasington State Nursing Practice Act (The State Nurses Association) menyatakan bahwa orang yang terdaftar secara langsung bertanggung gugat dan bertanggung jawab terhadap individu untuk memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. American nurse Association (ANA) membuat pernyataan yang sama dalam undang-undang lisensi institusional menjadi lisensi individual, keperawatan secara konsisten dapat mempertahankan:

1. Asuhan keperawatan yang berkualitas, baik sesuai tanggung jawab maupun tanggung gugat perawat yang merupakan bagian dari lisensi profesi.
2. Bila perawat meyakini bahwa profesi serta kontribusinya terhadap asuhan kesehatan adalah penting, maka mereka akan tampil dengan percaya diri dan penuh tanggung jawab.

### 5.7.2 UU Praktek Keperawatan

Setiap negara bagian dan provinsi mendefinisikan sendiri cakupan praktek keperawatan, tetapi sebagian besar memiliki aturan yang serupa. Definisi tentang praktek keperawatan dipublikasikan oleh ANA pada tahun 1955 mencakup beberapa definisi yang mewakili cakupan praktek keperawatan sebagaimana didefinisikan dalam sebagian besar negara bagian dan provinsi. Namun demikian pada dekade terakhir beberapa negara bagian merevisi UU praktek keperawatan mereka untuk menggambarkan pertumbuhan otonomi dan meluasnya peran keperawatan dalam praktek keperawatan. Menurut UU Keperawatan no 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pada BAB V

Praktik Keperawatan Bagian Kesatu Umum Pasal 28:

1. Praktik Keperawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan Klien sarannya.
2. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  - a. Praktik Keperawatan mandiri; dan
  - b. Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
3. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.
4. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah.
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan dalam suatu wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dengan Peraturan Menteri.

## 5.8 Pengembangan Standar Keperawatan

Dalam menata standar dibutuhkan pertimbangan-perimbangan kerangka kerja yang akan digunakan dan berbagai komponen agar standar terpenuhi, selanjutnya dipertimbangkan siapa yang menata standar dan bagaimana proses tersebut dikoordinasikan.

Kerangka kerja yang lazim dalam penataan standar, yaitu:

1. Donabedian Model – Struktur, proses, hasil
2. Proses model “crossby”
3. Model kualitas enam dimensi “Maxwell
4. Model “Criteria Listing”(Crossby, 1989 dan Maxwell, 1984).

Standar keperawatan secara luas menggunakan dan mengadopsi kerangka kerja Model Donabedian yang dipadukan dengan berbagai konsep keperawatan. Standar harus tersedia diberbagai tatanan dengan bermacam-macam pengertian

dan persyaratan, namun essential bagi setiap operasional pelayanan kesehatan. Keperawatan profesi yang paling responsive dalam menata standar karena banyak hal-hal yang berperan penting dalam asuhan pasien yang tidak disentuh (intangibles). Oleh karena itu dalam pengembangan standar keperawatan membutuhkan pengertian yang sangat mendasar tentang hakikat keperawatan sebagai persyaratan awal, harus diidentifikasi dengan jelas pengertian multifokal tujuan keperawatan. Selanjutnya perlu diidentifikasi hasil asuhan pasien / klien – hasil yang diharapkan menjadi standar asuhan, kemudian performance kinerja perawat profesional berorientasi pada proses keperawatan – menjadi standar praktek dan berpotensi tidak merugikan – struktur pengelolaan menjadi standar biaya / anggaran. Persyaratan awal di atas tadi untuk menentukan hasil yang spesifik dan kaitannya dengan proses keperawatan dan hasil yang diharapkan.



# **Bab 6**

## **Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

### **6.1 Pendahuluan**

Asuhan keperawatan paripurna membutuhkan data yang lengkap, objektif dan dapat dipercaya. Pencapaian tujuan asuhan keperawatan yang paripurna didapat melalui proses interaksi sesama anggota tim pemberi jasa pelayanan dengan penerima jasa pelayanan (pasien). Oleh sebab itu, semua yang menyangkut dinamika kerja yang melibatkan otoritas pemberi jasa dan pengguna jasa harus terekam dengan lengkap dan jelas demi kepentingan bersama. Kegiatan pendokumentasian keperawatan mencakup pencatatan secara sistematis terhadap semua kejadian dalam ikatan kontrak-perawat klien dalam kurun waktu tertentu secara jelas, lengkap dan objektif. Hal ini bertujuan untuk memberikan kemudahan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan sebagai jaminan kualitas pelayanan. Selain pencatatan, kegiatan pendokumentasian keperawatan juga mencakup penyimpanan/pemeliharaan hasil pendokumentasian dan mengkomunikasikan kepada semua anggota tim untuk kepentingan pengelolaan klien serta kepada aparat penegak hukum jika dibutuhkan untuk pembuktian (Nursalam, 2013).

Dokumentasi merupakan bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawat untuk perawatan pasien. Dokumentasi harus jelas mengkomunikasikan penilaian dan evaluasi perawat terhadap status pasien. Sebagai anggota tim pelayanan kesehatan, perawat harus mengkomunikasikan informasi tentang pasien secara akurat, tepat waktu, dan efektif. Kualitas pelayanan pasien tergantung pada kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan anggota tim pelayanan kesehatan lain. Semua penyedia layanan kesehatan memerlukan informasi yang sama tentang pasien untuk mengembangkan rencana perawatan yang terorganisir dan komprehensif. Apabila rencana tidak dikomunikasikan kepada semua anggota tim pelayanan kesehatan, perawatan menjadi terfragmentasi, terjadi pengulangan tugas, dan terjadi penundaan terapi. Dokumentasi yang efektif memastikan kesinambungan perawatan, menghemat waktu, dan meminimalkan risiko kesalahan (Iyer and Camp, 2005; Potter et al., 2013).

## 6.2 Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2009).

Dokumentasi merupakan bagian integral proses keperawatan, bukan sesuatu yang berbeda dari metode problem solving. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap klien (Nursalam, 2013).

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai rekaman atau bukti tindakan dan aktivitas pasien. Dokumentasi keperawatan harus akurat, komprehensif, dan cukup fleksibel untuk memperoleh data klinis, mempertahankan kesinambungan pelayanan, melacak hasil pasien, dan mencerminkan standar praktik keperawatan terkini. (Potter et al., 2013).

## 6.3 Komponen Model Dokumentasi Keperawatan

Terdapat tiga aspek komponen model dokumentasi keperawatan yaitu: kemampuan berkomunikasi, keterampilan mendokumentasikan proses keperawatan dan standar dokumentasi.

### 1. Keterampilan berkomunikasi

Perawat harus memberikan pendapat dan pemikiran serta menerima pendapat dan pemikiran perawat lain setiap kali melihat dokumentasi keperawatan. Supaya pendapat dan pemikirannya dapat dikomunikasikan dengan baik, perawat membutuhkan keterampilan dalam menulis. Dengan semakin kompleksnya asuhan keperawatan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan, perawat tidak hanya dituntut untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan, tetapi juga dituntut untuk mendokumentasikan secara benar. Keterampilan berkomunikasi dengan baik memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada profesi kesehatan lainnya mengenai apa yang sudah, sedang dan yang akan dikerjakan oleh perawat.

### 2. Keterampilan mendokumentasikan proses keperawatan

Perawat membutuhkan keterampilan dalam mendokumentasikan proses keperawatan. Pendokumentasian proses keperawatan merupakan metode yang tepat untuk pengambilan keputusan yang sistematis, problem solving dan riset lebih lanjut. Dokumentasi adalah bagian integral bukan sesuatu yang berbeda dari metode problem-solving, Dokumentasi proses keperawatan meliputi pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, intervensi. Perawat selanjutnya mengobservasi dan mengevaluasi respons pasien terhadap intervensi yang diberikan dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada profesi kesehatan lainnya. Pengkajian ulang dan evaluasi respons pasien terhadap intervensi keperawatan dan tindakan medis dapat digunakan sebagai petunjuk dan kesinambungan dalam proses keperawatan dan adanya perubahan dari setiap tahap.

Kekurangan dalam dokumentasi proses keperawatan adalah penggunaan terminologi dan cara pendokumentasian yang tidak standar sehingga tidak menunjukkan adanya suatu perbedaan asuhan keperawatan yang kompleks.

Pendokumentasian proses keperawatan yang efektif meliputi:

- a. Menggunakan standar terminologi (pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi).
  - b. Mengumpulkan dan mendokumentasikan data yang bermanfaat dan relevan sesuai dengan prosedur dalam catatan yang permanen.
  - c. Menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan klasifikasi dan analisis data yang akurat
  - d. Menulis dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan sebagai bagian dari catatan yang permanen.
  - e. Mendokumentasikan hasil observasi secara akurat, lengkap dan sesuai urutan waktu.
  - f. Mendokumentasikan evaluasi sesuai urutan waktunya yaitu selama dirawat, dirujuk, pulang atau perubahan keadaan klien. Respon klien terhadap intervensi keperawatan dan medis juga perlu dituliskan.
  - g. Merevisi rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil yang diharapkan dari klien.
3. Standar dokumentasi

Perawat membutuhkan suatu keterampilan untuk dapat memenuhi standar yang sesuai. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan dengan baik dalam suatu situasi tertentu. Standar dokumentasi dapat memberikan informasi adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan.

Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan asuhan keperawatan. Kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditujukan pada

keterampilan menulis sesuai dengan standar dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif, lengkap, dan akurat.

## 6.4 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Rekaman (dokumen) pasien adalah sumber data yang berharga bagi semua anggota tim pelayanan kesehatan. Tujuan dari dokumentasi keperawatan diantaranya: komunikasi, dokumentasi legal, penagihan keuangan, pendidikan, penelitian, dan audit/monitoring (Potter et al., 2013).

### 1. Komunikasi

Rekaman pasien adalah salah satu cara anggota tim pelayanan kesehatan mengkomunikasikan kebutuhan dan kemajuan pasien, terapi individu, isi konsultasi, pendidikan pasien, dan perencanaan pulang. Rencana perawatan harus jelas bagi siapapun yang membaca. Catatan adalah sumber informasi terkini dan akurat yang berkelanjutan tentang status perawatan kesehatan pasien.

Informasi yang dikomunikasikan dalam catatan pasien memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk mengenal pasien secara menyeluruh, memfasilitasi keputusan yang berpusat pada pasien yang aman, efektif, dan tepat waktu. Untuk meningkatkan komunikasi dan mempromosikan perawatan pasien yang aman, perawat mengkomunikasikan temuan pengkajian dan mendokumentasikan informasi pasien saat perawat memberikan perawatan (misalnya, segera setelah memberikan intervensi keperawatan atau melengkapi pengkajian pasien).

### 2. Dokumentasi Legal

Dokumentasi yang akurat adalah salah satu pertahanan terbaik untuk klaim hukum terkait dengan asuhan keperawatan. Untuk membatasi tanggung jawab hukum pada keperawatan, maka dokumentasi keperawatan harus menyatakan dengan jelas bahwa pasien penerima asuhan keperawatan individual yang diarahkan pada tujuan berdasarkan penilaian keperawatan. Catatan harus menggambarkan

dengan tepat apa yang terjadi pada pasien dan mengikuti standar lembaga. Oleh sebab itu, hal ini paling baik dilakukan segera setelah memberikan pelayanan. Walaupun pelayanan tersebut baik, tetapi aspek hukum menyatakan bahwa pelayanan yang tidak terdokumentasi adalah pelayanan yang tidak diberikan. Perawat harus menuliskan semua pemeriksaan, intervensi, respon klien, instruksi, dan rujukan dalam rekam medis. Lengkapi semua dokumentasi pada formulir yang sesuai dan pastikan informasi identitas klien (nama dan nomor identifikasi) berada pada tiap halaman dokumentasi.

Kesalahan perekaman (dokumentasi) yang sering terjadi dan mengakibatkan malpraktek meliputi:

- a. Tidak mencatat informasi kesehatan atau obat yang berkaitan.
- b. Tidak mencatat tindakan keperawatan.
- c. Tidak mencatat obat yang telah diberikan
- d. Tidak mencatat reaksi obat atau perubahan kondisi pasien
- e. Tulisan tidak terbaca atau catatan tidak lengkap, dan (6) tidak mendokumentasikan obat yang dihentikan.

### 3. Tagihan Keuangan

Diagnosis Related Group (DRG) adalah dasar untuk menetapkan penggantian biaya perawatan pasien. DRG adalah berbasis klasifikasi pada diagnosa medis pasien. Rumah sakit mendapatkan penggantian sejumlah biaya yang telah ditentukan sebelumnya oleh Medicare untuk setiap DRG. Rekam yang rinci akan membantu menetapkan diagnosis untuk menentukan DRG. Dokumentasi perawat dapat menjelaskan jenis perawatan yang diterima pasien dan mendukung penggantian ke lembaga pelayanan kesehatan.

Audit rekam medis meninjau biaya keuangan yang digunakan dalam perawatan pasien. Penyedia asuransi swasta dan auditor dari lembaga federal meninjau catatan untuk menentukan penggantian biaya yang diterima pasien atau lembaga pelayanan kesehatan. Dokumentasi yang akurat tentang peralatan dan persediaan yang digunakan membantu pengembalian biaya secara akurat dan tepat waktu.

#### 4. Pendidikan

Rekaman pasien berisi berbagai informasi, termasuk diagnosis, tanda dan gejala penyakit, berhasil dan tidak berhasil terapi, temuan diagnostik, dan perilaku pasien. Salah satu cara untuk mempelajari sifat penyakit dan respons pasien dengan membaca rekaman perawatan pasien. Meskipun tidak ada dua pasien yang memiliki rekaman yang sama, tetapi perawat dapat mengidentifikasi pola informasi dalam catatan pasien yang memiliki masalah kesehatan serupa. Dengan informasi tersebut belajar untuk mengantisipasi jenis perawatan yang diperlukan untuk pasien.

#### 5. Penelitian

Data statistik tentang frekuensi kelainan klinis, komplikasi, penggunaan terapi medis dan keperawatan spesifik, pemulihan dari penyakit, dan kematian dapat diperoleh dari rekaman klien. Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian karena data yang ada dalam dokumentasi dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

#### 6. Audit dan Monitoring

Rumah Sakit menetapkan program peningkatan kualitas sebagai upaya untuk melakukan tinjauan objektif, berkelanjutan bagi perawatan pasien. Dokumentasi keperawatan dapat digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Dengan demikian, dapat diketahui tingkat kualitas pelayanan/keberhasilan pemberian asuhan keperawatan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

Sebagai dokumen rahasia yang merekam semua pelayanan keperawatan klien, dokumentasi keperawatan dapat diartikan sebagai suatu catatan bisnis dan hukum yang mempunyai banyak manfaat dan penggunaan. Tujuan utama dari dokumentasi adalah (Nursalam, 2013):

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, , melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi intervensi.

2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika. Hal ini juga menyediakan:
  - a. Bukti kualitas asuhan keperawatan.
  - b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
  - c. Informasi terhadap perlindungan individu.
  - d. Bukti aplikasi standar praktik keperawatan.
  - e. Pengurangan biaya informasi.
  - f. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
  - g. Komunikasi konsep asuhan keperawatan.
  - h. Persepsi hak klien.
  - i. Dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggung jawab etik dan menjaga kerahasiaan informasi klien.
  - j. Suatu data keuangan yang sesuai.
  - k. Data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

## 6.5 Pedoman untuk Dokumentasi dan Pelaporan yang Berkualitas

Dokumentasi dan pelaporan berkualitas tinggi diperlukan untuk meningkatkan efisiensi, perawatan pasien individual. Dokumentasi dan pelaporan yang berkualitas memiliki lima karakteristik yaitu: faktual, akurat, lengkap, terkini, dan terorganisir (Potter et al., 2013).

### 1. Faktual

Catatan faktual berisi informasi deskriptif dan objektif tentang apa yang dilihat, didengar, dirasakan, dan dicium oleh perawat. Deskripsi yang objektif merupakan hasil pengamatan dan pengukuran secara langsung. Misalnya: TD 120/80 mmHg, pasien mengeluarkan keringat, frekuensi nadi 80x/menit dan teratur. Menghindari istilah yang tidak jelas seperti tampak, kelihatannya, atau sepertinya karena kata-kata ini menunjukkan bahwa perawat menyatakan pendapat, tidak akurat mengkomunikasikan fakta, dan tidak memberitahu tenaga

kesehatan lain tentang detail perilaku klien. Frase tampak gelisah merupakan kesimpulan tanpa fakta pendukung. Dokumentasi objektif termasuk pengamatan perilaku pasien. Pada saat merekam data subjektif, sebisa mungkin memberikan tanda kutip bagi kalimat klien.

## 2. Akurat

Penggunaan pengukuran yang tepat menetapkan akurasi. Misalnya: "Intake air 360 mL" lebih akurat daripada "Pasien minum cukup cairan". Pengukuran yang akurat dapat membantu perawat menentukan perubahan kondisi pasien.

Dokumentasi data yang ringkas, jelas dan mudah dipahami sangat penting untuk menghindari penggunaan kata-kata yang tidak perlu dan tidak relevan. Untuk memastikan keselamatan pasien, gunakan singkatan dengan hati-hati untuk menghindari kesalahpahaman. Untuk mengurangi kesalahan, jika singkatan tersebut membingungkan, maka singkatan harus dieja secara keseluruhan.

## 3. Lengkap

Informasi dalam rekaman atau laporan harus lengkap, berisi informasi yang tepat dan penting.

## 4. Current

Masukan data yang tepat waktu sangat penting dalam perawatan pasien berkelanjutan. Keterlambatan dalam dokumentasi menyebabkan perawatan pasien yang tidak aman. Untuk meningkatkan akurasi dan mengurangi duplikasi yang tidak perlu, banyak lembaga pelayanan kesehatan meletakkan rekaman di dekat tempat tidur pasien supaya dokumentasi dapat segera dilakukan. Dokumentasikan kegiatan atau temuan berikut pada saat itu, diantaranya:

- a. Tanda-tanda vital
- b. Penilaian nyeri
- c. Pemberian obat dan terapi
- d. Persiapan untuk tes diagnostik atau pembedahan, termasuk daftar pemeriksaan pra operasi. Perubahan status pasien dan siapa yang diberi tahu (misalnya: dokter, manajer, keluarga pasien).

- e. Rawat inap, transfer, pemulangan, atau kematian pasien
  - f. Terapi untuk perubahan mendadak pada status pasien
  - g. Respons pasien terhadap pengobatan atau intervensi
5. Terorganisasi
- Komunikasikan informasi dalam urutan yang logis. Informasi lebih efektif jika catatannya singkat, jelas, dan to the point. Misalnya: suatu catatan yang terorganisasi menggambarkan nyeri pada klien, hasil pemeriksaan, intervensi dan respon klien. Untuk dokumen catatan tentang situasi kompleks dengan cara berpikir yang terorganisir tentang situasinya dan buat daftar apa yang perlu perawat sertakan sebelum mulai memasukkan data dalam rekam medis. Penggunaan pemikiran kritis dan proses keperawatan memberikan logika dan urutan untuk dokumentasi keperawatan.

## 6.6 Pedoman Legal dalam Pendokumentasian

Beberapa pedoman legal dalam pendokumentasian diantaranya (Potter et al., 2013):

1. Dilarang menghapus, menggunakan cairan penghapus atau merobek tulisan yang salah selama proses pencatatan.
2. Dilarang menulis komentar/kritikan tentang klien atau pelayanan oleh profesional kesehatan lainnya, jangan menulis opini pribadi.
3. Perbaiki semua kesalahan dengan segera.
4. Catat semua fakta.
5. Jangan ada ruang kosong pada catatan perawatan.
6. Catat semua data dengan jelas dan dengan tinta hitam, jangan gunakan tinta cair atau tinta yg dapat dihapus.
7. Jika suatu perintah dipertanyakan, lakukan perekaman bahwa klarifikasi telah diperoleh
8. Lakukan pendataan hanya bagi diri klien.
9. Hindari frase kosong seperti “status tetap” atau “kondisi klien baik”.

10. Awali setiap masukan data dengan tanggal dan jam dan akhiri dengan tanda tangan dan gelar Anda.
11. Untuk dokumentasi komputer, rahasiakan password Anda.

## 6.7 Model Dokumentasi Keperawatan

Terdapat beberapa model dokumentasi yang dapat dipergunakan dalam sistem pelayanan kesehatan untuk merekam data klien, meliputi: Catatan Berorientasi pada Sumber (Source-Oriented Record-SOR); Catatan Berorientasi pada Masalah (Problem-Oriented Record-POR); Catatan Berorientasi pada Perkembangan/Kemajuan (Progress-Oriented Record); Charting by Exception (CBE); Problem-Intervention-Evaluation (PIE); dan Process-Oriented System (FOCUS) (Nursalam, 2013; Potter et al., 2013; Olfah and Ghofur, 2016).

### Catatan Berorientasi pada Sumber (Source-Oriented Record-SOR)

Sistem model pendokumentasian SOR berorientasi pada sumber informasi. Dokumentasi SOR memungkinkan setiap anggota tim kesehatan membuat catatannya sendiri dari hasil observasi. Hasil pengkajian tersebut dikumpulkan menjadi satu. Setiap anggota dapat melaksanakan aktivitas profesionalnya secara mandiri tanpa tergantung dengan tim kesehatan lainnya.

Model SOR menempatkan catatan berdasarkan disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing. Contoh format SOR dijelaskan pada Tabel 6.1.

Komponen catatan yang berorientasi pada sumber, yaitu:

- a. Lembar penerimaan berisi biodata.
- b. Catatan dokter.
- c. Riwayat medik/penyakit.
- d. Catatan perawat.
- e. Catatan dan laporan khusus.
- f. Formulir grafik.
- g. Format pemberian obat.

- h. Format catatan perawat.
- i. Riwayat penyakit/perawatan/pemeriksaan.
- j. Perkembangan pasien.
- k. Format pemeriksaan laboratorium, x-ray, dll.
- l. Formulir masuk RS.
- m. Formulir untuk operasi yang ditandatangani oleh pasien/keluarga.

**Tabel 6.1:** Format SOR (Nursalam, 2013)

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/ bulan/tahun	Waktu intervensi	P	Meliputi: 1) Pengkajian; 2) Identifikasi masalah; 3) Perlunya rencana tindakan; 4) Rencana segera; 5) Intervensi; 6) Penyelesaian masalah; 7) Evaluasi efektivitas tindakan; 8) Hasil dan evaluasi tindakan.  Tanda Tangan Perawat
		D	Meliputi: 1) Observasi keadaan pasien; 2) Evaluasi kemajuan; 3) Identifikasi masalah baru dan penyelesaian lainnya; 4) Rencana tindakan dan pengobatan terbaru.  Tanda Tangan Dokter
		F	Meliputi: 1) Hal-hal yang perlu dilakukan fisioterapi; 2) Masalah pasien; 3) Rencana; 4) Intervensi dan; 5) Hasil.  Tanda tangan fisioterapis

Keterangan:

P: Perawat, D: Dokter, F: Fisioterapi, G: Gizi

Keuntungan model dokumentasi SOR, meliputi:

1. Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi.
2. Memudahkan perawat untuk menentukan bagaimana data didokumentasikan.
3. Proses pendokumentasian menjadi sederhana (masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon klien atau hasil).

Kerugian model dokumentasi SOR, meliputi:

- a. Potensial terjadinya pengumpulan data terfragmentasi karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- b. Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya tanpa harus mengulang dari awal.
- c. Superfisial pendokumentasian tanpa data yang jelas.
- d. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada klien.
- e. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan waktu yang banyak.
- f. Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam tahap interpretasi/analisis data
- g. Perkembangan klien sulit dipantau.

### **Catatan Berorientasi pada Masalah (*Problem-Oriented Record-POR*)**

Model POR memusatkan data tentang klien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat, atau profesi kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada pasien. Model dokumentasi POR terdiri dari empat komponen, yaitu:

1. Data Dasar. Data dasar berisi semua informasi yang telah dikaji dari pasien pada saat pertama kali masuk rumah sakit. Yang termasuk data dasar adalah pengkajian keperawatan, riwayat penyakit/kesehatan, pemeriksaan fisik, pengkajian ahli gizi, dan hasil laboratorium. Setelah data dasar terkumpul selanjutnya dipakai sebagai sarana untuk mengidentifikasi masalah pasien.
2. Daftar Masalah.  
Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar. Selanjutnya masalah disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah. Daftar masalah ditulis pertama kali oleh

perawat yang pertama kali bertemu dengan pasien atau orang yang diberi tanggung jawab.

Daftar masalah ini dapat meliputi masalah fisiologis, psikologis, sosio-kultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi, dan lingkungan. Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama perawat yang menemukan masalah tersebut. Contoh daftar masalah disajikan pada Tabel 6.2.

**Tabel 6.2:** Contoh Daftar Masalah (Nursalam, 2013)

Tangga 1	No	Masalah Klien	Diidentifikasi Oleh	Keterangan
	1	Pasien Tn. Andi menderita CVA yang berakibat hemiplegia kanan dan lemah pada sisi kanan tubuh, wajah tidak simetris.	Dr. Doel	
	1A	Defisit Perawatan diri (mandi, eliminasi, makan).	Ns. Rahma	
	1B	Gangguan mobilitas fisik	Ns. Aini	
	1C	Inkontinensia total	Ns. Nunuk	
	2	Gangguan adaptasi berhubungan dengan stressor kehidupan dan dukungan sosial yang kurang	Ns. Ana	

1. Daftar Awal Rencana Asuhan Keperawatan.

Rencana asuhan keperawatan ditulis oleh perawat yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksi medis sedangkan perawat menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan. Perencanaan awal terdiri dari tiga bagian, yaitu:

a. Diagnostik.

Dokter mengidentifikasi pengkajian diagnostik apa yang perlu dilaksanakan terlebih dahulu. Menetapkan prioritas untuk mencegah

duplikasi intervensi dan memindah pemenuhan kebutuhan klien. Sangat penting koordinasi pemeriksaan untuk menegakkan diagnostik.

b. Usulan terapi.

Dokter menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah. Meliputi: pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, penanganan secara khusus, dan observasi yang harus dilakukan. Apabila masalah awal diagnosis keperawatan, perawat dapat menyusun urutan usulan intervensi asuhan keperawatan.

c. Pendidikan klien.

Kebutuhan pendidikan klien diidentifikasi yang bertujuan jangka panjang. Tim kesehatan mengidentifikasi jenis informasi atau keterampilan yang diperlukan oleh pasien untuk beradaptasi terhadap masalah yang berkaitan dengan kesehatannya.

2. Catatan Perkembangan.

Catatan perkembangan (*progress notes*) berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap-tiap masalah kesehatan pasien yang telah dilakukan intervensi dan disusun oleh semua perawat yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Beberapa acuan catatan perkembangan dapat digunakan, antara lain:

SOAP (*Subjective, Objective, Analysis/Assessment, dan Plan*)

SOAPIER (*SOAP ditambah Intervention, Evaluation, dan Revise*)

PIE (*Problem-Intervention-Evaluation*)

Contoh format model POR dijelaskan pada Tabel 6.3.

**Tabel 6.3:** Contoh Format Model POR (Nursalam, 2013)

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan
Data Subjektif Data Objektif	1	1. 2. 3. Dst.	S O A P

Data Subjektif Data Objektif	1	1. 2. 3. Dst.	S O A P I E R
---------------------------------	---	------------------------	---------------------------------

Keuntungan model dokumentasi POR, yaitu:

1. Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah daripada tugas dokumentasi.
2. Pendokumentasian tentang kontinuitas dari asuhan keperawatan.
3. Evaluasi dan penyelesaian masalah secara jelas didokumentasikan.
4. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik.
5. Daftar masalah merupakan check list untuk diagnosis keperawatan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan perawat untuk suatu perhatian.
6. Data yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana asuhan keperawatan.

Kerugian model dokumentasi POR, yaitu:

1. Penekanan hanya berdasarkan masalah, penyakit, dan ketidakmampuan dapat mengakibatkan pada pendekatan pengobatan yang negatif.
2. Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah belum dilakukan intervensi atau munculnya masalah yang baru.
3. Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
4. SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi atau tujuan perkembangan klien sangat lambat.
5. Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pendokumentasian jika *flow sheet* pendokumentasian tidak tersedia.

6. P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana asuhan keperawatan.

#### Pedoman Penulisan Catatan SOAPIER

1. Rujuk pada daftar masalah sebelum menuliskan data SOAP.
2. Beri tanda setiap catatan SOAP dengan nomor secara berurutan.
3. Pemisahan catatan SOAP harus ditulis untuk setiap masalah.
4. Masukkan data yang relevan saja terhadap masalah yang spesifik.
5. Masalah yang belum pasti harus didaftar di catatan sementara.
6. Tuliskan data subjektif apa adanya.
7. Jika terjadi kebimbangan dalam pengkajian keperawatan, gunakan diagnosis keperawatan atau uraian (*paraphrase*) sebagai kesimpulan status kesehatan klien.
8. Catatan SOAP menyediakan data tentang keadaan fisik, status pendidikan klien, dan status mental klien.
9. Apabila tidak ada masalah yang luar biasa, tetapi peraturan mengharuskan memasukkan dalam pendokumentasian, tuliskan catatan perkembangan tentang masalah klien ketika pertama kali masuk.
10. Apabila hanya menggunakan SOAP:
  - a. Evaluasi respons klien terhadap intervensi didokumentasikan untuk mendukung data.
  - b. Gunakan A (assessment) tidak hanya untuk mencatat analisis dan pengkajian, tetapi juga evaluasi respons klien terhadap intervensi.
11. Istilah P dapat dinyatakan sebagai standar asuhan keperawatan.

#### **Catatan Berorientasi pada Perkembangan/Kemajuan (*Progress-Oriented Record*)**

Terdapat tiga jenis catatan berorientasi pada perkembangan adalah catatan perawat, *flow sheet*, dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan. Ketiga jenis catatan tersebut digunakan baik pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber maupun berorientasi pada masalah. Sebagian penjelasan tentang sistem dokumentasi *Progress-Oriented Record* telah diuraikan sebagai komponen dari pendokumentasian yang berorientasi pada masalah.

### *Catatan Perawat*

Catatan perawat harus didokumentasikan tiap 24 jam yang meliputi berbagai informasi terkait:

1. Pengkajian satu orang atau lebih tenaga keperawatan tentang klien, misalnya warna kulit pucat atau merah, urine berwarna gelap atau keruh.
2. Asuhan keperawatan yang bersifat mandiri seperti perawatan kulit dan melakukan kegiatan atas inisiatif perawat sendiri.
3. Asuhan keperawatan bersifat pndelegasian misalnya memberi obat atau intervensi penanganan lain yang diinstruksikan oleh dokter.
4. Evaluasi keberhasilan tiap asuhan keperawatan.
5. Tindakan yang dilakukan oleh dokter tetapi memengaruhi asuhan keperawatan.
6. Kunjungan berbagai anggota tim kesehatan, misalnya konsultasi dokter, pekerja sosial, atau pemuka agama.

Cara penulisan bergantung pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber atau masalah.

### *Lembar Alur*

Lembar alur (*flow sheet*) memungkinkan perawat untuk mendokumentasikan hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital, berat badan, jumlah intake dan output cairan selama 24 jam, dan pemberian obat. *Flow sheet* yang biasa digunakan adalah catatan klinik, catatan keseimbangan cairan dalam 2/1 jam, catatan pengobatan, dan catatan harian tentang asuhan keperawatan.

*Flow sheet* merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mendokumentasikan informasi. Selain itu memudahkan profesi kesehatan lain untuk mengetahui keadaan pasien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flow sheet*. *Flow sheet* lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis.

### *Catatan Pemulangan dan Ringkasan Rujukan*

Pada catatan ini terutama dipersiapkan apabila pasien akan dipulangkan atau dipindahkan ke tempat perawatan lain untuk perawatan lanjutan. pasien dan keluarga harus mendapatkan informasi dan sumber yang diperlukan sebelum

dipulangkan, Penulisan dokumentasi pemulangan meliputi masalah kesehatan yang masih terjadi, pengobatan terakhir, penanganan yang masih harus diteruskan, kebiasaan makan dan istirahat, kemampuan untuk asuhan mandiri, jaringan dukungan (*support system*), pola/gaya hidup, dan agama. Pencatatan pemulangan klien ditujukan untuk profesi kesehatan yang akan meneruskan *home care* dan juga informasi pada klien.

Informasi untuk profesi kesehatan mencakup:

1. Uraian mengenai intervensi keperawatan
2. Uraian informasi yang telah disampaikan kepada klien..
3. Uraian mengenai kemampuan klien dalam melakukan keterampilan tertentu menggunakan obat dan memakai alat penyangga tubti.
4. Penjelasan mengenai keterlibatan anggota keluarga dalam asuhan keperawatan.
5. Uraian mengenai sumber daya yang diperlukan di rumah.

Informasi untuk klien hendaknya:

1. Menggunakan bahasa yang singkat, jelas, dan mudah dipahami oleh klien.
2. Menjelaskan langkah-langkah prosedur tertentu, misalnya cara menggunakan obat di rumah dan perlu diberi petunjuk tertulis.
3. Mengidentifikasi tindakan pencegahan yang perlu diikuti ketika melakukan asuhan mandiri.
4. Memeriksa tanda dan gejala komplikasi yang perlu dilaporkan kepada dokter,
5. Memberikan daftar nama dan nomor telepon tenaga kesehatan yang dapat dihubungi klien.

### ***Charting by Exception (CBE)***

*Charting by exception* adalah suatu sistem dokumentasi yang hanya mencatat hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar secara naratif. Keuntungan CBE adalah mengurangi penggunaan waktu mencatat sehingga banyak waktu yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan langsung pada klien.

CBE mengintegrasikan tiga komponen kunci menjadi dua komponen kunci, yaitu:

1. *Flow Sheet* yang berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjelaskan indikator pengkajian dan penemuan termasuk instruksi dokter/perawat, grafik, catatan pendidikan, dan pencatatan pemulangan pasien.
2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik keperawatan sehingga mengurangi pendokumentasian secara berulang kali tentang hal rutin. Standar harus cukup spesifik, menguraikan praktik keperawatan yang sebenarnya, serta harus dilakukan oleh perawat di bangsal, walaupun ada juga standar khusus yang disusun sesuai unit masing-masing.

Keuntungan model dokumentasi CBE, yaitu:

1. Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan Intervensi.
2. Data yang tidak normal tampak jelas.
3. Data yang tidak normal secara mudah dapat ditandai dan dipahami.
4. Data normal atau respons yang diharapkan tidak mengganggu informasi lain.
5. Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan
6. Pendokumentasian ulang dapat dikurangi
7. Data klien dapat didokumentasikan pada format klien secepatnya
8. Informasi terbaru dapat diletakkan pada tempat tidur klien.
9. Jumlah halaman lebih sedikit digunakan dalam dokumentasi.
10. Rencana asuhan keperawatan disimpan sebagai catatan yang permanen.

Kerugian model dokumentasi CBE, yaitu:

1. Pendokumentasian secara narasi sangat singkat dan sangat bergantung pada *check list*.
2. Kemungkinan ada pendokumentasian yang masih kosong atau tidak ada.
3. Pendokumentasian rutin sering diabaikan.
4. Adanya kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan.
5. Tidak mengakomodasikan pendokumentasian disiplin ilmu lain.
6. Dokumentasi proses keperawatan selalu berhubungan dengan adanya suatu kejadian.

Pedoman Penulisan CBE, meliputi:

1. Data dasar didokumentasikan untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen.
2. Daftar diagnosa keperawatan disusun dan ditulis ketika klien pertama kali masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isian untuk semua diagnosis keperawatan.
3. Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnosis keperawatan pada saat klien pulang.
4. SOAPIER digunakan sebagai catatan respons klien terhadap intervensi melalui tempat tinggal klien.
5. Data diagnosis keperawatan dan perencanaan dapat dikembangkan.

### ***Problem-Intervention-Evaluation (PIE)***

*Problem-Intervention-Evaluation (PIE)* merupakan singkatan dari identifikasi masalah, intervensi, dan evaluasi. Sistem pendokumentasian PIE adalah suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosis keperawatan

Format PIE digunakan untuk sistem pemberian asuhan keperawatan primer. Pada keadaan pasien akut, perawat primer dapat melaksanakan dan mendokumentasikan pengkajian pada saat pertama kali pasien masuk dan pengkajian sistem tubuh yang diberi tanda PIE setiap hari. Setelah itu perawat *associate* (PA) melaksanakan intervensi yang telah direncanakan. Karena PIE didasarkan pada proses keperawatan, dapat membantu memfasilitasi perbedaan antara pembelajaran di kelas dan keadaan nyata pada tatanan praktik pendokumentasian yang sesungguhnya.

#### Karakteristik PIE

1. Proses dokumentasi PIE dimulai dari saat pengkajian pada saat pertama kali pasien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian shift (setiap 8 jam).
2. Data masalah hanya digunakan untuk asuhan keperawatan pasien pada jangka waktu yang lama dengan masalah yang kronis.
3. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin didokumentasikan dalam *flow sheet*.

4. Catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah yang spesifik.
5. Intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan huruf I (intervensi) dan nomor masalah klien yang relevan didokumentasikan.
6. Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan huruf E (evaluasi) dan nomor masalah.
7. Setiap masalah yang diidentifikasi harus dievaluasi minimal 8 jam (setiap pergantian shift).

Keuntungan model dokumentasi PIE, meliputi:

1. Memungkinkan penggunaan proses keperawatan.
2. Rencana intervensi dan catatan perkembangan dapat dihubungkan.
3. Memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinu karena secara jelas mengidentifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan.
4. Perkembangan pasien, mulai dari saat pertama kali pasien masuk sampai pulang dapat dengan mudah digambarkan.
5. Dapat diadaptasi untuk pendokumentasian yang otomatis.

Kerugian model dokumentasi PIE, meliputi:

1. Tidak dapat dipergunakan untuk pendokumentasian pada semua disiplin ilmu.
2. Pembatasan rencana intervensi yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan.

**Tabel 6.4:** Contoh Format PIE (Potter *et al.*, 2013)

Tanggal	Jam	Pendokumentasian
5/4/2022	08.00	<p>P: Defisit pengetahuan tentang pembedahan berhubungan dengan kurangnya pengalaman.</p> <p>I: 1. Menjelaskan persiapan pra operasi normal untuk pembedahan. 2. Demonstrasikan latihan berbalik, batuk, dan pernapasan dalam.</p>

		3. Menyediakan buklet tentang asuhan keperawatan pasca operasi.
	E:	1. Menunjukkan latihan berbalik, batuk, dan pernapasan dalam dengan benar. 2. Perlu peninjauan asuhan keperawatan pasca operasi

### ***Process-Oriented System (FOCUS)***

Pendokumentasian model FOCUS adalah suatu proses-orientasi dan klien-fokus. Penggunaan proses keperawatan untuk mengorganisasi dokumentasi asuhan keperawatan. Penulisan catatan perkembangan menggunakan format Data-Action-Response (DAR) dengan tiga kolom.

- Data : Berisi tentang data subjektif dan objektif yang mendukung dokumentasi fokus.
- Action : Merupakan asuhan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian/evaluasi keadaan klien.
- Response : Menuliskan respons klien terhadap tindakan medis atau keperawatan.

FOCUS dapat dipergunakan untuk menyusun fungsi DAR sebagai kunci dan pedoman terhadap kewajiban orientasi proses.

Keuntungan model dokumentasi FOKUS, yaitu:

1. Istilah FOCUS lebih luas dan positif dibandingkan penggunaan istilah Problem.
2. Pernyataan FOCUS pada tingkat yang tinggi adalah diagnosis keperawatan.
3. FOCUS dengan DAR adalah fleksibel dan menyediakan kunci dan pedoman pendokumentasian diagnosis keperawatan.
4. Catatan rencana asuhan keperawatan merupakan pendokumentasian Index berdasarkan tanda FOCUS yang memudahkan data untuk dikenali.
5. Waktu lebih singkat tanpa harus menuliskan pada beberapa bagian pada format.

6. Sistem ini mudah dipergunakan dan dimengerti oleh profesi kesehatan lainnya karena bahasa dan proses pendokumentasian menggunakan istilah yang umum.

Kerugian model dokumentasi FOKUS, meliputi:

1. Penggunaan pendokumentasian *Action* dapat membingungkan, khususnya untuk membedakan intervensi antara yang akan dengan yang telah dilaksanakan.
2. Penggunaan FOCUS pada kolom tidak konsisten dengan istilah pada rencana asuhan keperawatan.

**Tabel 6.5:** Contoh Format Fokus (Nursalam, 2013; Potter *et al.*, 2013)

Tanggal/Waktu/ Tanda Tangan	FOCUS	Catatan Keperawatan Kategori DAR
Tanggal/bulan/ tahun	Keadaan klien, diagnosis keperawatan, masalah, penyebab, atau definisi karakteristik yang dinyatakan dalam FOCUS	<p><b>Data:</b> Tahap pengumpulan data dan informasi data subjektif dan objektif yang mendukung FOCUS</p> <p><b>Action:</b> Intervensi segera dan yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian data, kegiatan aktual yang penting untuk melaksanakan rencana asuhan keperawatan dan medis.</p> <p><b>Response:</b> Penjabaran respon klien terhadap asuhan keperawatan atau medis, menandakan apakah rencana tujuan, rencana intervensi dapat dicapai atau penyelesaian FOCUS. Mungkin menyediakan data yang mendukung perubahan dalam rencana keperawatan/medis.</p>
5 April 2022, jam 08.00 Ns. Khoir	Defisit pengetahuan	<p><b>Data:</b> “Saya khawatir tentang apa yang akan terjadi setelah operasi.” Pasien sering bertanya tentang operasi. Tidak memiliki</p>

	tentang pembedahan	<p>pengalaman sebelumnya dengan pembedahan.</p> <p><b>Action:</b> Menjelaskan persiapan pra operasi normal untuk pembedahan. Mendemonstrasikan latihan berbalik, batuk, dan pernapasan dalam. Menyediakan buklet tentang asuhan keperawatan pasca operasi.</p> <p><b>Response:</b> Menunjukkan latihan berbalik, batuk, dan pernapasan dalam dengan benar. Perlu peninjauan asuhan keperawatan pasca operasi. Menyatakan, "Saya merasa lebih baik mengetahui sedikit tentang apa yang diharapkan.</p>
--	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Sistem Dokumentasi CORE dengan Format DAE

"Core" merujuk pada pusat atau bagian terpenting dari sistem dokumentasi dalam proses keperawatan. Komponen umum dari sistem proses bagan meliputi database, rencana keperawatan, *flow sheet*, catatan perkembangan, dan perencanaan pulang.

1. Pengkajian awal klien menjadi kompetensi yang harus dilengkapi perawat dalam 8 jam pasien masuk. Pengkajian ini meliputi sistem review dan review dari aktivitas sehari-hari. Titik berat difokuskan pada ringkasan tertulis yang ditujukan pada diagnosis keperawatan dan masalah pasien.
2. Perencanaan keperawatan memiliki dua bagian. Bagian pertama merupakan bagian dari catatan permanen. Bagian kedua digunakan sebagai lembar kerja (*work sheet*) dan kombinasi informasi dari *flow sheet*.
3. *Flow sheet* memberikan informasi mengenai aktivitas sehari-hari klien dan respons dari asuhan keperawatan, pengobatan, prosedur diagnostik, dan konseling pada pasien. Parameter pada *flow sheet* berhubungan dengan sistem klasifikasi pasien.
4. Catatan perkembangan disusun dalam format tiga kolom. DAE yang merupakan singkatan dari Data, *Action*, *Evaluation* memberikan panduan untuk mengorganisasikan isi dalam kolom catatan perkembangan.

5. Ringkasan *discharge planning* meliputi informasi mengenai diagnosis keperawatan, konseling klien, dan kebutuhan untuk *follow up*.
6. Penggunaan sistem dokumentasi CORE dapat digunakan pada fasilitas perawatan akut dan kronis.

**Tabel 6.6:** Contoh Format DAE (Nursalam, 2013)

Waktu/Tanggal/ Tanda Tangan	Diagnosis Keperawatan, Status Fungsional dan Masalah	Catatan Perkembangan (Format DAE)
	<p>Diagnosis keperawatan yang sesuai atau pengkajian fungsional, seperti kulit, eliminasi, dan nutrisi.</p> <p>Meliputi perencanaan ulang dan persepsi klien dari perhatian perawat. Juga meliputi standar dari intervensi medis yang diresepkan dan alasan pemberian medikasi nutrisi parenteral.</p>	<p><b>DATA:</b> Data subjektif atau objektif mengenai status fungsional atau data yang mendukung diagnosis keperawatan.</p> <p><b>ACTION:</b> Tindakan diambil oleh perawat untuk memecahkan masalah, termasuk pembelajaran terhadap klien dan keluarga.</p> <p><b>EVALUATION:</b> Merupakan deskripsi dari respon klien terhadap tindakan keperawatan, hospitalisasi, dan penyakit. Respon dari keluarga dan keterlibatannya dalam perawatan.</p>

Keuntungan sistem dokumentasi CORE dengan format DAE, meliputi:

1. Memfasilitasi dokumentasi untuk seluruh komponen proses keperawatan.
2. Format DAE yang merupakan kumpulan dari diagnosis keperawatan masalah.
3. DAE mengembangkan dokumentasi yang lebih efisien.
4. Meningkatkan dokumentasi mengenai informasi psikososial sehari-hari.

Kerugian sistem dokumentasi CORE dengan format DAE, meliputi:

1. Bukti dari kronologi tidak selalu tergambar.

2. Catatan perkembangan tidak selalu berhubungan dengan perencanaan keperawatan.
3. Dibutuhkan pemantauan (*monitoring*) yang teliti untuk jaminan mutu. Pengembangan dari format membutuhkan banyak waktu.



# **Bab 7**

## **Praktik Keperawatan Berbasis Bukti**

### **7.1 Pendahuluan**

Praktik keperawatan berbasis bukti memiliki definisi yang sangat bervariasi. Hasil penelitian, pengetahuan dari ilmu dasar, pengetahuan klinis, dan pendapat ahli dapat dianggap sebagai "bukti"; Namun, praktik berdasarkan hasil penelitian adalah lebih mungkin untuk diterapkan pada pasien sesuai dengan lokasi geografis. Praktik keperawatan berbasis bukti juga memberikan kesempatan untuk asuhan keperawatan menjadi lebih individual, lebih efektif, efisien, dan dinamis, dan untuk memaksimalkan pertimbangan efek klinis. Ketika bukti digunakan untuk mendefinisikan praktik terbaik daripada mendukung praktik yang ada, asuhan keperawatan mengikuti perkembangan teknologi terkini yang maju dan memanfaatkan perkembangan pengetahuan yang baru (Youngblut & Brooten, 2001).

Perawat harus memahami arti praktik keperawatan berbasis bukti (evidence-based practice (EBP)) dan faktor-faktor yang memfasilitasi keberhasilan implementasi. Perawat harus memahami alasan untuk mengimplementasikan EBP dan berusaha untuk mengembangkan keterampilan berbasis bukti dan menerapkannya pada praktik keperawatan sehari-hari. Untuk memberikan

perawatan berbasis bukti bagi pasien secara konsisten, pembuat kebijakan, manajer, perawatan kesehatan profesional, pendidik, dan peneliti harus mengidentifikasi peran dan tanggung jawab mereka dalam proses keperawatan (Jylhä, Oikarainen, Perälä, & Holopainen, 2017).

## 7.2 Praktik Berbasis Bukti (Evidence-based Practice)

Praktik berbasis bukti adalah penggunaan bukti terbaik saat ini dengan hati-hati dan bijaksana dalam hubungannya dengan keahlian klinis, nilai-nilai pasien, dan keadaan untuk memandu keputusan perawatan kesehatan (Straus, E., Richardson, R. B., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, 2011; Titler, 2014). EBP juga didefinisikan sebagai: "penggunaan bukti terbaik saat ini dengan hati-hati, eksplisit dan bijaksana dalam" membuat keputusan tentang perawatan pasien ". EBP adalah pendekatan interdisipliner untuk pengambilan keputusan dalam praktik klinis yang termasuk bukti terbaik yang tersedia, konteks perawatan, nilai dan preferensi klien, dan penilaian profesional dari profesional kesehatan. Penting bagi perawat untuk menyadari bahwa berbagai informasi eksternal dan klinis diperlukan dalam pengambilan keputusan klinis berbasis bukti. Selanjutnya, pengambilan keputusan klinis dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial dan nilai-nilai eksplisit dan implisit dalam sistem Kesehatan (Jylhä et al., 2017).

Empat aspek pengambilan keputusan berbasis bukti adalah:

1. Integrasi Bukti Terbaik Yang Tersedia Yang Dihasilkan Oleh Penelitian Berkualitas;
2. Bukti Klinis Dan Keahlian;
3. Nilai Dan Preferensi Pasien; Dan
4. Pengetahuan Kontekstual Yang Relevan, Yang Mencakup Sumber Daya Yang Tersedia Dan Hambatan Sumber Daya Potensial Dan Sumber Daya Dalam Konteks Perawatan.

Tujuan dari pendekatan berbasis bukti untuk praktek klinis adalah untuk memberikan perawatan yang tepat dalam cara yang efisien kepada pasien. EBP telah digambarkan sebagai melakukan hal yang benar dan melakukan hal-hal

secara efisien dengan standar terbaik, sambil memastikan bahwa apa yang dilakukan adalah efektivitas yang diketahui. EBP menghasilkan pasien yang berkualitas dalam konteks kepedulian yang didukung oleh budaya organisasi yang mendukung EBP (Jylhä et al., 2017).

## 7.3 Manfaat Praktik Berbasis Bukti

EBP memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas perawatan dan manfaat bagi pasien, perawat dan sistem pelayanan kesehatan (Jylhä et al., 2017).

**Tabel 7.1:** Manfaat Praktik Berbasis Bukti (Jylhä et al., 2017)

Penerima Manfaat	Manfaat
Populasi umum	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Peningkatan kondisi untuk perawatan yang berpusat pada pasien</li> <li>● Preferensi pasien dalam pengambilan keputusan</li> <li>● Layanan kesehatan yang konsisten mengarah pada pemerataan yang lebih baik</li> <li>● Pengurangan dalam variasi geografis</li> <li>● Pengurangan pada lama rawat inap pasien</li> <li>● Hasil pasien yang lebih baik</li> <li>● Layanan perawatan kesehatan yang berkualitas</li> <li>● Peningkatan keselamatan pasien</li> </ul>
Perawat	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Meningkatkan kepuasan kerja</li> <li>● Pemberdayaan</li> <li>● Peningkatan keterampilan untuk mengintegrasikan preferensi pasien ke dalam praktik</li> <li>● Dukungan untuk pertumbuhan profesional</li> <li>● Pengembangan karir berkelanjutan melalui peran ahli</li> </ul>
Sistem pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Peningkatan kualitas perawatan</li> <li>● Hasil yang lebih baik untuk pasien</li> <li>● Peningkatan keselamatan pasien</li> <li>● Pengurangan biaya</li> <li>● Dasar yang lebih kuat untuk keputusan investasi layanan kesehatan</li> <li>● Peningkatan kapasitas melalui kolaborasi</li> </ul>
Penelitian dan pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Meningkatnya kebutuhan akan produksi dan sintesis bukti yang kuat</li> <li>● Pengembangan kompetensi</li> <li>● Integrasi peran ahli keperawatan dalam system kesehatan</li> </ul>

## 7.4 Penerapan Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

Inovasi dan praktik baru disajikan untuk meningkatkan hasil dalam keperawatan. Inovasi layanan kesehatan dapat mencakup pengenalan konsep baru, ide, layanan, proses atau produk yang bertujuan untuk meningkatkan pengobatan, diagnosis, pendidikan, penjangkauan, pencegahan dan penelitian, dengan tujuan jangka panjang untuk meningkatkan kualitas, keamanan, hasil, efisiensi dan biaya. Inovasi dalam perawatan kesehatan dapat dibagi menjadi produk, proses dan struktur. Produk biasanya terdiri dari teknologi atau layanan, seperti prosedur klinis. Sebuah proses mengacu pada perubahan baru untuk produksi atau pengiriman perawatan. Struktur biasanya memengaruhi infrastruktur internal dan eksternal organisasi perawatan kesehatan dan menciptakan model struktural baru. Untuk disebut sebagai inovasi, sebuah ide harus dapat direplikasi dan memenuhi kebutuhan spesifik. Inovasi harus memiliki justifikasi ilmiah yang kuat untuk menjadi fasilitator dari EBP. Dengan kata lain, pertimbangan yang cermat dari hasil dan efektivitas yang diharapkan dan tidak diharapkan berdasarkan bukti saat ini diperlukan saat menghadirkan inovasi baru, seperti teknologi, dalam praktik keperawatan. Beberapa model telah dikembangkan untuk memfasilitasi implementasi perubahan dalam perawatan kesehatan. Model dan kerangka digunakan untuk menggambarkan EBP (OECD, 2005; Jylhä et al., 2017).

Metodologi yang konsisten dalam sintesis bukti perlu didefinisikan untuk mendukung pembuatan bukti yang disesuaikan dengan konteks lokal. Pedoman metodologi internasional yang direkomendasikan untuk digunakan dalam pekerjaan ini. Keberhasilan penerapan pedoman praktik klinis yang dikembangkan di budaya lain membutuhkan terjemahan pedoman untuk memenuhi kebutuhan lokal dan sesuai dengan konteks lokal. Salah satu pilihan pengembangan pedoman untuk meningkatkan pemanfaatan yang ada dan mengurangi upaya duplikasi adalah adaptasi pedoman (ADAFTE Collaboration, 2009).

Berdasarkan ADAPTE Collaboration (2009), adaptasi pedoman ADAFTE adalah pendekatan sistematis untuk mendukung dan/atau memodifikasi pedoman yang dihasilkan dalam satu aturan budaya dan organisasi untuk aplikasi dalam konteks yang berbeda.

Proses ADAPTE mencakup tiga fase utama:

1. Fase set-up memberikan informasi tentang keterampilan dan sumber daya yang diperlukan: tugas yang perlu diselesaikan sebelum proses adaptasi dijelaskan;
2. Fase adaptasi meliputi pemilihan topik, pencarian dan pengambilan pedoman, menilai kualitas, relevansi, isi dan penerapan pedoman, dan memutuskan untuk menolak atau menerima seluruh pedoman (atau sebagian) untuk draf versi yang diadaptasi; dan
3. Tahap akhir memberikan panduan melalui tinjauan eksternal dan rencana untuk memperbarui dan memproduksi pedoman akhir.

## 7.5 Model Berbasis Bukti

Model berbasis bukti adalah kerangka kerja yang memberikan panduan bagi pemimpin klinis dan tim saat menetapkan keputusan untuk menerapkan, dan menyelesaikan proyek berbasis bukti untuk meningkatkan kualitas perawatan. Proyek EBP dan Peningkatan kualitas dirancang, diimplementasikan, dan dievaluasi mengikuti urutan khusus yang dipandu oleh langkah-langkah model tertentu. Bukti dari studi penelitian, diterbitkan dan tidak diterbitkan, digunakan untuk menginformasikan pengambilan keputusan klinis tentang penerapan hasil penelitian untuk praktek. Memutuskan kapan dan bagaimana menggunakan hasil penelitian yang disebarluaskan dalam jurnal dan konferensi untuk menginformasikan dan mendukung praktik memerlukan keterampilan penilaian kritis yang memberikan landasan bagi pengambilan keputusan klinis. Keterampilan penilaian kritis adalah seperangkat keterampilan yang penting untuk diperoleh atau dikendalikan karena tidak semua hasil penelitian siap untuk diterapkan dalam praktik. Pemimpin klinis akan bertanggung jawab untuk membuat keputusan, atau membimbing tim untuk membuat keputusan, tentang kekuatan, kualitas dan konsistensi, dan kesiapan bukti penelitian yang terkait dengan proyek untuk penerapannya di praktik (LoBiondo-Wood, Haber, & Titler, 2019).

Elemen umum dari model EBP adalah sebagai berikut:

1. Penilaian kritis terhadap bukti
2. Sintesis bukti
3. Implementasi
4. Evaluasi pada dampak perawatan pasien
5. Pertimbangan konteks/latar di mana bukti dilaksanakan

Implementasi bukti dalam praktek harus dipandu oleh model konseptual untuk mengatur strategi yang digunakan dan untuk memperjelas variabel asing (misalnya, perilaku, fasilitator) yang dapat memengaruhi adopsi EBP (misalnya, ukuran organisasi, karakteristik pengguna). model yang diulir di seluruh teks ini adalah Model Iowa (LoBiondo-Wood et al., 2019).

Model Praktik Berbasis Bukti Iowa, sebagai contoh model EBP, di ilustrasikan pada Skema 8.1. Model ini berdasarkan pendekatan pemecahan masalah, telah disebarluaskan dan diadopsi secara luas dalam pengaturan akademis dan klinis sejak awal (Titler et al., 2001 dalam LoBiondo-Wood, Haber, & Titler, 2019). Langkah-langkah dalam model ini adalah sebagai berikut:

1. Pemilihan Topik
2. Formasi Tim
3. Pengambilan Bukti
4. Menilai Bukti
5. Penilaian Kritis dan Sintesis Bukti
6. Mengusulkan Rekomendasi Praktik Berbasis Bukti
7. Pengembangan Praktik Berbasis Bukti
8. Pelaksanaan dan Sosialisasi Praktek Perubahan
9. Evaluasi Perubahan



dalam penelitian ini. Pertanyaan penelitian dijawab oleh hasil penelitian. Pertanyaan penelitian yang ditulis dengan benar akan jelas dan ringkas, harus berisi topik yang sedang dipelajari (tujuan), variabel, dan populasi. Hipotesis digunakan dalam studi penelitian untuk memprediksi hasil penelitian. Sebuah hipotesis bersifat prediktif dan biasanya digunakan ketika pengetahuan yang signifikan sudah ada pada subjek, yang memungkinkan prediksi dibuat. Pertanyaan penelitian maupun hipotesis biasanya digunakan dalam penelitian kuantitatif. Dipandu oleh pertanyaan klinis, peneliti mencari dan menggunakan bukti yang diberikan oleh hasil studi penelitian untuk menjawab pertanyaan klinis. Setelah ditemukan dan diperoleh kembali, bukti tersebut dinilai secara kritis, dan, berdasarkan kekuatan, kualitas, dan konsistensi bukti, bukti tersebut digunakan untuk menjawab pertanyaan klinis dengan menentukan apakah bukti tersebut dapat diterapkan pada praktik klinis dan untuk memberikan dasar untuk pelaksanaan EBP (Haber, 2019).

Sedangkan pertanyaan klinis membentuk dasar untuk mencari literatur dalam mengidentifikasi bukti pendukung dari penelitian untuk menginformasikan pengembangan atau revisi standar klinis, protokol, dan kebijakan yang memandu keperawatan profesional dan praktik terbaik interprofesional (Haber, 2019). Pertanyaan klinis memiliki empat komponen dasar:

1. Populasi dan masalah (P)
2. Intervensi (I)
3. Perbandingan (C)
4. Hasil (O)

Komponen ini, yang dikenal sebagai PICO, menyediakan format yang efektif untuk mengembangkan pertanyaan klinis yang terfokus dan dapat ditelusuri. PICO adalah alat untuk membantu Anda merumuskan pertanyaan klinis (Haber, 2019).

1. Komponen-komponen Pertanyaan PICO
  - a. Pasien/Populasi/Masalah
    - Diagnosis
    - Usia
    - Jenis kelamin
    - Etnis/ras
    - Status pernikahan

- b. Intervensi atau Masalah Klinis yang Diinginkan
    - Perilaku berisiko (misalnya, seks tanpa kondom)
    - Terapi/intervensi
    - Paparan penyakit
    - Prognosis
  - c. Perbandingan Intervensi atau Masalah Klinis yang Diinginkan
    - Tidak ada perilaku yang berisiko (misalnya, seks yang dilindungi)
    - Terapi/intervensi alternatif, plasebo, tanpa intervensi sama sekali
    - Tidak ada penyakit
    - Prognosis alternatif
  - d. Hasil
    - Risiko penyakit atau kondisi
    - Hasil yang diharapkan/diprediksikan yang diharapkan dari terapi/ intervensi (misalnya, penurunan penggunaan kateter terkait infeksi saluran kemih)
    - Akurasi diagnosis (misalnya, sensitivitas dan spesifisitas)
    - Tingkat terjadinya hasil yang merugikan (misalnya, kematian)
2. Format Pertanyaan PICO

Menurut Haber (2019), format pertanyaan menurut PICO terdiri dari:

- a. Terapi/Intervensi

Di \_\_\_\_\_ (populasi), apa pengaruh \_\_\_\_\_ (intervensi), dibandingkan dengan \_\_\_\_\_ (intervensi perbandingan), terhadap \_\_\_\_\_ (hasil)?

- b. Diagnosis/Penilaian

Untuk \_\_\_\_\_ populasi, apakah \_\_\_\_\_ (alat atau prosedur) menghasilkan informasi diagnostik/penilaian yang lebih akurat atau lebih tepat daripada \_\_\_\_\_ (alat/prosedur perbandingan) tentang \_\_\_\_\_ (hasil)?

- c. Prognosis  
Untuk \_\_\_\_\_ (populasi), apakah \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (penyakit/kondisi), relatif terhadap  
\_\_\_\_\_ (penyakit atau kondisi perbandingan)  
meningkatkan risiko atau memengaruhi \_\_\_\_\_ (hasil)?
- b. Penyebab/Bahaya/Etiologi  
Apakah \_\_\_\_\_ (paparan atau karakteristik) meningkatkan  
risiko \_\_\_\_\_ (hasil) dibandingkan dengan \_\_\_\_\_  
(perbandingan paparan atau kondisi) di \_\_\_\_\_ (populasi)?
- c. Arti atau Proses  
Bagaimana terjadinya \_\_\_\_\_ (populasi) mengalami  
\_\_\_\_\_ (kondisi, penyakit, keadaan?)  
Atau:  
Bagaimana proses di mana \_\_\_\_\_ (populasi)  
mengatasi, beradaptasi, atau hidup dengan \_\_\_\_\_  
(keadaan)?
3. Sumber Pertanyaan Klinis  
Sumber pertanyaan klinis berdasarkan factor pemicu (trigger) yang  
berfokus pada masalah adalah sebagai berikut:
- Data peningkatan kualitas
  - Data manajemen risiko
  - Data perbandingan internal atau eksternal
  - Data keuangan
  - Masalah klinis baru atau berulang
  - Kekhawatiran pasien
- Sumber pertanyaan klinis berdasarkan factor pemicu yang berfokus pada  
pengetahuan adalah:
- Penelitian atau literatur baru
  - Pedoman dan standar organisasi atau Badan nasional
  - Filosofi keperawatan
  - Pertanyaan dari standar institusi atau kebijakan komite

#### 4. Tipe-Tipe Pertanyaan Klinis/PICO

Pertanyaan PICO yang dikembangkan dengan baik akan memiliki keuntungan sebagai berikut:

- a. Membantu memperjelas masalah klinis dan informasi yang diperlukan untuk menyelesaikannya.
- b. Membantu untuk menentukan jenis bukti yang dibutuhkan dari jenis studi yang mana.
- c. Membantu untuk menyediakan istilah untuk membuat pencarian bukti lebih efektif.

Mengklasifikasikan pertanyaan PICO menurut jenis pertanyaan yang diajukan adalah salah satu pendekatan. Terdapat format pertanyaan klinis yang berbeda tergantung pada jenis pertanyaan klinis yang diajukan. Misalnya, pertanyaan klinis, “Apa efektivitas CBT dibandingkan dengan terapi antidepresan dalam mengurangi depresi pada orang dengan diagnosis kanker?” menyarankan untuk memikirkan terapi mana yang paling efektif untuk merawat pasien atau populasi pasien ini. Umumnya, jenis penelitian yang berpotensi memberikan bukti terbaik untuk menjawab pertanyaan klinis terapi semacam ini adalah RCT. Tipe pertanyaan klinis dapat berdasarkan studi kasus menggunakan terapi, prognosis, diagnosis, dan pertanyaan klinis yang menggambarkan bagaimana berbagai jenis pertanyaan klinis digunakan untuk mengatasi masalah klinis tertentu. Dalam menggunakan format PICO memastikan bahwa praktisi akan dapat mencari dan menemukan jawaban atas pertanyaan klinis secara efektif atau memiliki alasan berbasis bukti untuk memodifikasi pertanyaan klinis (Haber, 2019).

## 7.7 Pendekatan Berbasis Bukti untuk Meningkatkan Kualitas Layanan Keperawatan

### 1. Strategi Peningkatan Kualitas

Peningkatan kualitas mengandalkan penyesuaian prioritas kelembagaan dengan beberapa pengungkit strategi yang mendorongnya. Strategi Mutu Nasional mendorong semua anggota komunitas perawatan kesehatan, termasuk individu, anggota keluarga, pembayar, penyedia, dan pemberi kerja, untuk berkolaborasi dalam menggunakan satu atau lebih dari sembilan pengungkit strategi (U. S. Department of Health and Human Services., 2017). Menurut Maja Djukic (2019), strategi peningkatan kualitas dapat dilakukan dengan:

- a. Pengukuran dan umpan balik: Berikan umpan balik kinerja terhadap rencana dan penyedia untuk meningkatkan perawatan. Standar kinerja perawatan kesehatan nasional dikembangkan dengan menggunakan proses konsensus di mana kelompok pemangku kepentingan yang mewakili kepentingan publik, profesional kesehatan, pembayar, pemberi kerja, dan pemerintah mengidentifikasi prioritas, tindakan, dan persyaratan pelaporan untuk mendokumentasikan dan mengelola kualitas layanan perawatan (National Quality Forum, 2004).
- b. Pelaporan publik: Bandingkan hasil pengobatan, biaya, dan pengalaman pasien.
- c. Bantuan pembelajaran dan teknis: Menumbuhkan lingkungan pembelajaran yang menawarkan pelatihan, sumber daya, alat, dan panduan untuk membantu organisasi mencapai tujuan peningkatan kualitas.
- d. Sertifikasi, akreditasi, regulasi: Mengadopsi atau mematuhi pendekatan untuk memenuhi standar keselamatan dan kualitas.
- e. Desain insentif dan manfaat konsumen: Bantu konsumen mengadopsi perilaku sehat dan membuat keputusan yang tepat.

- f. Pembayaran: Memberi insentif dan penghargaan kepada penyedia yang memberikan perawatan berkualitas tinggi yang berpusat pada pasien.
  - g. Teknologi informasi kesehatan: Meningkatkan komunikasi, transparansi, dan efisiensi untuk kesehatan dan perawatan kesehatan yang lebih terkoordinasi.
  - h. Inovasi dan difusi: Mendorong inovasi dalam peningkatan kualitas perawatan kesehatan dan memfasilitasi adopsi yang cepat di dalam dan di seluruh organisasi dan komunitas.
  - i. Pengembangan tenaga kerja: Berinvestasi pada sumber daya manusia untuk mempersiapkan generasi profesional perawatan kesehatan berikutnya dan mendukung pembelajaran seumur hidup bagi penyedia layanan.
2. Perspektif Dan Model Peningkatan Kualitas Umum

Peningkatan kualitas sebagai model manajemen adalah filosofi fungsi organisasi dan seperangkat alat analisis statistik dan teknik perubahan untuk mengurangi variasi dalam kualitas barang atau jasa yang dihasilkan organisasi (Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, 2007). Model peningkatan kualitas menekankan kepuasan pelanggan, tim dan kerja tim, dan perbaikan terus-menerus dari proses kerja. Fitur pendefinisian peningkatan kualitas lainnya termasuk penggunaan kepemimpinan transformasional oleh para pemimpin di semua tingkatan untuk menetapkan tujuan dan harapan kinerja, penggunaan data untuk membuat keputusan, dan standarisasi proses kerja untuk mengurangi variasi antar penyedia dan pertemuan layanan (Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, 2007).

Meskipun peningkatan kualitas berakar pada sektor manufaktur, banyak ide, alat, dan teknik yang digunakan untuk mengukur dan mengelola kualitas telah diterapkan di organisasi perawatan kesehatan untuk meningkatkan hasil klinis dan mengurangi limbah (McConnell, J. K., Lindrooth, R. C., Wholey, D. R., Maddox, T. M., & Bloom, 2016).

Model kualitas utama yang digunakan dalam perawatan kesehatan meliputi:

- a. Total Quality Management (TQM) /Peningkatan Kualitas Berkelanjutan
  - b. Six Sigma
  - c. Bersandar (Lean)
  - d. Mikrosistem klinis
3. Tahap-Tahap Peningkatan Kualitas

a. Tahap 1: Penilaian

Pada tahap penilaian, langkah pertama adalah menyelesaikan penilaian terstruktur untuk lebih memahami pola kinerja. Tim peningkatan biasanya dimulai dengan serangkaian pertanyaan umum yang digunakan untuk memandu pengumpulan data. Metode umum yang digunakan untuk mengumpulkan data pada sistem kinerja termasuk lembar periksa dan lembar data untuk memahami pola kinerja dan survei, fokus kelompok, dan wawancara untuk mengumpulkan informasi tentang persepsi pasien dan staf tentang sistem kinerja. Elemen data yang umum dikumpulkan meliputi informasi tentang berikut ini (Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, 2007):

- Pasien: Berapa rata-rata usia pasien, jenis kelamin, diagnosis teratas? dan skor kepuasan?
- Profesional: Bagaimana tingkat kepuasan staf? Apa keahlian mereka?
- Proses dan pola: Untuk apa proses penerimaan dan pemulangan pasien?
- Metrik kinerja umum: Berapa tarif pada kasus ulkus dekubitus dan risiko cedera karena jatuh?

a. Tahap 2: Analisis

Tahap berikutnya adalah berfokus pada analisis data. Karena peningkatan kualitas menggunakan pendekatan pemecahan masalah tim, data ditampilkan dalam bentuk grafik sehingga semua anggota tim dapat melihat bagaimana kinerja sistem dan

menghasilkan ide untuk perbaikan. Beberapa alat tersedia untuk membantu menampilkan dan menganalisis data kinerja seperti grafik, diagram dan flowchart.

b. Tahap 3: Membuat Sebuah Perencanaan Untuk Meningkatkan Kualitas

Tahap ini melibatkan pengembangan dan pengujian rencana untuk peningkatan kualitas. Model sederhana namun kuat untuk mengembangkan dan menguji peningkatan adalah Model untuk Peningkatan (Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., 2009). Ini dimulai dengan tiga pertanyaan untuk memandu proses perubahan dan memfokuskan pekerjaan perbaikan (Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., 2009):

- Tujuan. Apa yang kita coba capai? Tetapkan tujuan yang jelas dengan target terukur yang spesifik.
- Langkah-langkah. Bagaimana kita tahu bahwa perubahan itu adalah perbaikan? Gunakan ukuran kualitatif dan kuantitatif untuk mendukung pekerjaan perbaikan nyata dan memandu kemajuan perubahan menuju tujuan yang telah ditetapkan.
- Perubahan. Perubahan apa yang bisa kita buat yang akan menghasilkan perbaikan? Kembangkan pernyataan tentang apa yang diyakini tim dapat berubah untuk menyebabkan peningkatan. Dapat mengubah ide mencerminkan hipotesis tim tentang apa yang dapat meningkatkan kinerja sistem. Berikut adalah beberapa cara di mana ide-ide perubahan dapat dihasilkan. Ide-ide ini dapat diidentifikasi dari akar penyebab masalah kinerja yang terbukti selama analisis sebab-akibat dan proses menggunakan diagram ishbone, Five Whys, dan alat bantu lowcharting dalam langkah Analisis proses perbaikan. Pendekatan lain adalah memilih area umum untuk perubahan yang terkait dengan tujuan dan filosofi peningkatan kualitas. Topik perubahan umum, juga disebut sebagai tema untuk perbaikan, termasuk yang berikut:
  - Menghilangkan yang tidak bermanfaat

- Meningkatkan arus pekerjaan
  - Mengoptimalkan inventaris
  - Mengubah lingkungan kerja
  - Mengelola waktu dengan lebih efektif
  - Mengelola variasi
  - Merancang sistem untuk menghindari kesalahan •  
Berfokus pada produk atau layanan
4. Tahap 4: Uji dan Pengimplementasian Rencana Peningkatan Kualitas Perubahan perbaikan yang diidentifikasi dalam tahap perencanaan diuji menggunakan siklus Perbaikan Plan-Do-Study-Act (PDSA), yang merupakan langkah terakhir dari Model Peningkatan (Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., 2009). Fokus PDSA adalah eksperimen menggunakan tes perubahan kecil dan cepat. Pada langkah ini, Perawat dapat mengevaluasi keberhasilan intervensi dalam proses perbaikan. Penting bagi tim untuk memantau perubahan yang disengaja dan tidak diinginkan dalam kinerja sistem, persepsi pasien dan staf tentang perubahan, dan idealnya, biaya perubahan. Juga, dalam fase proses perbaikan ini, akan berguna untuk melacak stabilitas dan keberlanjutan proses kerja baru dengan memantau kinerja sistem dari waktu ke waktu. Data hasil harus disajikan dalam tampilan data grafik dan dibandingkan dengan kinerja dasar.

Untuk mempromosikan keberhasilan implementasi intervensi perbaikan, Perawat harus mempertimbangkan untuk menggunakan strategi implementasi berbasis bukti berikut (Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., 2015):

1. Fasilitasi praktik: Sebuah proses pemecahan masalah interaktif dan dukungan yang terjadi dalam konteks kebutuhan yang diakui untuk perbaikan dan hubungan interpersonal yang mendukung
2. Kunjungan penjangkauan pendidikan: Ketika orang yang terlatih bertemu dengan penyedia di tempat praktik mereka untuk mendidik mereka tentang inovasi klinis dengan tujuan mengubah praktik penyedia

3. Pertemuan dan lokakarya pendidikan: Pertemuan yang ditujukan untuk kelompok pemangku kepentingan yang berbeda untuk diajar mereka tentang inovasi klinis
4. Audit dan umpan balik: Mengumpulkan dan meringkas data kinerja klinis selama periode waktu tertentu dan memberikannya kepada dokter dan administrator untuk memantau, mengevaluasi, dan mengubah perilaku penyedia
5. Pengingat: Sistem yang dirancang untuk membantu dokter mengingat informasi dan/atau mendorong mereka untuk menggunakan inovasi klinis
6. Pemimpin opini lokal: Menginformasikan penyedia yang diidentifikasi oleh rekan kerja sebagai pemimpin opini atau berpengaruh secara pendidikan tentang inovasi klinis dengan harapan mereka akan memengaruhi rekan kerja untuk mengadopsinya.



# **Bab 8**

## **Pelayanan Keperawatan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan**

### **8.1 Pendahuluan**

Berbicara tentang pelayanan, maka kita akan berpikir tentang suatu jasa yang dilakukan untuk memberikan kepuasan kepada pelanggan yang sedang menerima suatu bentuk pelayanan. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau suatu interaksi langsung antar seseorang dengan orang lain dalam memberikan suatu kepuasan terhadap pelanggan. Pelayanan sebagai proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung (Haryanto & Joko, 2012).

Dalam sistem pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat baik dirumah sakit, maupun di pelayanan kesehatan komunitas, mencakup pelayanan dokter, pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Ketiga bentuk pelayanan ini memiliki tugas dan bidang keilmuan masing-masing, tanpa meninggalkan tujuan dan fungsi masing-masing. Pelaksanaan pelayanan dokter lebih memfokuskan kepada proses kuratif (proses penyembuhan), pelayanan keperawatan mencakup proses Asuhan Keperawatan, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat mencakup upaya promotif, dan sosialisasi peningkatan kesehatan masyarakat. Layanan kesehatan di Rumah Sakit adalah suatu organisasi pelayanan kesehatan yang dilakukan secara komprehensif, di mana

mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi seluruh lapisan masyarakat.

Dalam pelayanan kesehatan terdapat tiga bentuk pelayanan yang diberikan oleh unsur pelayan kesehatan yaitu mencakup: primary health care (pelayanan kesehatan tingkat pertama), secondary health care (pelayanan kesehatan tingkat kedua), dan tertiary health services (pelayanan kesehatan tingkat ketiga).

### **8.1.1 Primary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama)**

Bentuk pelayanan ini lebih memfokuskan kepada masyarakat yang memiliki permasalahan kesehatan yang relatif ringan, serta sangat ingin mengoptimalkan status kesehatan dirinya. Adapun pelayanan kesehatan pada tingkatan ini dapat diperoleh dipusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) sekitar lokasi individu tinggal.

### **8.1.2 Secondary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua)**

Bentuk pelayanan ini biasanya dilakukan pada masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan yang berdampak tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari. Pelayanan ini biasanya di terima individu pada pusat pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di rumah Sakit, dengan kategori rawat jalan, maupun rawat inap. Bentuk layanan ini juga menyediakan suatu pelayanan yang prima, dengan menyediakan beberapa pelayanan spesialis untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang di hadapi oleh masyarakat yang datang untuk perawatan.

### **8.1.3 Tertiary Health Services (Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga)**

Pelayanan pada tahap ini adalah pelayanan yang apabila pada tingkat pertama dan kedua tidak dapat di laksanakan. Dalam pelayanan tingkat ketiga ini, pada umumnya adalah pelayanan yang bersifat Subspesialis, di mana tenaga-tenaga ahli yang berpengalaman dan profesional yang tidak terdapat di pusat pelayanan tingkat pertama dan kedua.

Pelayanan keperawatan adalah salah satu dari sekian banyaknya pelayanan kesehatan yang di terima oleh para pasien, baik yang sedang rawat jalan,

maupun rawat inap di Rumah Sakit. Pelayanan keperawatan dilakukan oleh tenaga keperawatan yang profesional, di mana tidak dimiliki oleh tenaga profesional yang lain. Adapun pelayanan keperawatan yang sering diberikan dalam pelayanan kesehatan adalah proses asuhan keperawatan

Salah satu bentuk pelayanan keperawatan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan adalah memberikan rasa tanggung jawab perawat yang lebih tinggi sehingga terjadi peningkatan kinerja kerja dan kepuasan pasien. Salah satu pelayanan keperawatan yang paling prioritas adalah asuhan keperawatan. Di mana asuhan keperawatan merupakan bentuk pelayanan yang profesional yang bertujuan untuk membantu memulihkan dan meningkatkan kemampuan pasien dalam mencapai status kesehatan yang lebih baik. Selain meningkatkan kemampuan serta memulihkan status kesehatan pasien, bentuk layanan asuhan keperawatan juga bertujuan untuk memberikan edukasi perihal menjaga agar tubuh tetap dalam status kesehatan yang prima. Di mana dalam melakukan bentuk pelayanan keperawatan ini para tenaga keperawatan melakukan secara komprehensif dan terus berkesinambungan (Supratman & Yuni, 2009)

Dalam memberikan pelayanan keperawatan. Tenaga perawat adalah sumber daya manusia yang sangat mengetahui segala aspek kehidupan pasien yang sedang menjalani proses perawatan, hal ini disebabkan oleh karena perawat adalah sumber daya yang paling dominan, serta memiliki frekwensi waktu yang cukup lama bersama dengan pasien selama 24 jam secara terus menerus, dan selalu berkesinambungan dalam proses layanan keperawatan. Menurut Simamora (2013), dalam setiap tindakan layanan keperawatan yang dilakukan baik di rawat inap di rumah sakit, maupun rawat jalan di rumah sakit, dilakukan secara komprehensif dan sistematis, serta terdapat pencatatan ataupun sistem pelaporan dalam bentuk dokumentasi proses asuhan keperawatan.

Tenaga keperawatan adalah individu yang dapat memengaruhi pelayanan kualitas asuhan keperawatan. Dengan sumberdaya perawat yang profesional, maka layanan keperawatan akan menghasilkan suatu dampak yang signifikan bagi proses penyembuhan pasien. Perawat adalah salah profesi dengan jumlah tenaga yang paling dominan dalam pelayanan kesehatan, hal ini di sebabkan oleh karena pelayanan keperawatan tidak dibatasi oleh waktu, melainkan terus menerus dan berkesinambungan, sampai pasien tersebut memperoleh status kesehatan yang baik. Perawat memiliki tanggung jawab yang besar, dan dapat di kategorikan sebagai ujung tombak dalam pelayanan kesehatan. Dengan kemampuan manajemen keperawatan yang baik, ini akan mempermudah

layanan asuhan keperawatan secara maksimal, sehingga tingkat kepuasan pasien akan terus meningkat.

Peran perawat adalah salah satu faktor yang memengaruhi kualitas asuhan keperawatan dan merupakan faktor yang paling menentukan untuk tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal dengan asuhan keperawatan yang bermutu (Simamora, 2013).

Peran yang dijalankan oleh seorang perawat haruslah sesuai dengan lingkup wewenang seorang perawat. pemberian pelayanan agar bisa memberikan kepuasan pasien yang dapat dinilai dari kemampuan perawat dalam hal responsiveness (cepat tanggap), reliability (pelayanan tepat waktu), assurance (sikap dalam memberikan pelayanan), empathy (kepedulian dan perhatian dalam memberikan pelayanan) dan tangible (mutu jasa pelayanan) dari perawat ke pasien (Gobel, et al. 2016).

Bentuk layanan keperawatan adalah suatu bentuk layanan yang tidak dapat dipisahkan dalam layanan kesehatan (Siregar, 2020). Dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan faktor efisiensi sumber daya dan kesinambungan pelayanan, dan kesempatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lengkap, kenyamanan dan ketersediaan informasi dan ketepatan waktu pelayanan juga merupakan faktor penting yang dapat memengaruhi mutu pelayanan kesehatan. (Wijono, 1999).

Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan Tahun 1989, dalam Silalahi dkk (2021), bahwa peran perawat dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Pemberi Asuhan Keperawatan

Salah satu bidang keilmuan yang dimiliki oleh tenaga keperawatan adalah ilmu asuhan keperawatan, yang terdiri atas pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan rencana tindakan keperawatan, serta melakukan proses evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang telah ditetapkan.

2. Advokat

Peran perawat yang lain adalah sebagai pelindung terhadap hak-hak pasien, serta memfasilitasi terhadap segala permasalahan yang dikeluhkan oleh pasien.

### 3. Pendidik/Edukator

Perawat bertanggung jawab terhadap pengetahuan pasien terhadap penyebab penyakit, penganggulangan penyakit, serta pencegahan terhadap penyakit. Dengan kata lain perawat berkewajiban untuk meningkatkan pengetahuan pasien, sehubungan dengan penyakit yang dideritanya.

### 4. Kordinator

Mengarahkan, serta merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari Tim kesehatan yang akan di terima oleh pasien.

### 5. Kolaborator

Dalam melakukan proses layanan kesehatan, maka perawat akan bekerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya seperti (dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain) dalam memberikan dan mengidentifikasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien.

### 6. Konsultan

Perawat juga dapat berperan sebagai konsultan kesehatan, sehubungan dengan masalah yang berhubungan dengan peran dan tanggung jawab perawat dalam memberikan layanan keperawatan dalam layanan kesehatan.

### 7. Peneliti

Perawat juga bertanggung jawab terhadap kemajuan bidang ilmu keperawatan, melalui evident base yang di hasilkan guna meningkatkan keprofesionalan profesi keperawatan.

## 8.2 Isu And Trand Pelayanan Keperawatan

Seiring dengan bertambahnya pengetahuan dan teknologi dalam beberapa dekade terakhir ini, hampir semua layanan publik menggunakan teknologi dalam menyampaikan informasi, dahulu ketika kita akan berobat ke pusat layanan kesehatan, maka kita harus datang dan mengantre untuk melakukan proses pendaftaran, kita harus menunggu waktu yang lama untuk dapat

berkonsultasi dengan dokter yang akan mengatasi permasalahan kesehatan kita. Namun dengan berkembangnya teknologi, maka semua hal tersebut seakan-akan sudah tidak lagi di terapkan. Proses pendaftaran sudah dapat dilakukan secara online, konsultasi dengan dokter terasa sangat gampang dengan cara Telehealth, dan masih banyak lagi dampak perubahan yang kita rasakan melalui perkembangan teknologi dan informasi.

### 8.2.1 Telenursing

Schlachta dalam Fadhila & Afriani, (2020). Menjelaskan bahwa teknologi informasi dan komunikasi dalam perawatan kesehatan telah menjadi prioritas politik di seluruh dunia. Dengan berkembangnya teknologi sangat berdampak terhadap peradaban manusia, dan dunia pekerjaan. Dengan berkembangnya teknologi sangat berpengaruh dalam mendukung aplikasi informasi serta komunikasi dalam bidang kesehatan. Dengan demikian maka pelayanan keperawatan juga mengalami pergeseran dalam pelaksanaannya. Melalui teknologi maka pelayanan keperawatan juga telah dilakukan metode asuhan keperawatan secara daring, atau yang di kenal dengan istilah telenursing.

Profesi keperawatan semakin dituntut untuk profesional dan mengedepankan perkembangan teknologi, termasuk dalam pemanfaatan teknologi informasi dibidang pelayanan keperawatan, di mana pasien yang membutuhkan asuhan keperawatan dapat berasal dari berbagai kalangan dalam dunia maya yang dapat diakses melalui pelayanan keperawatan jarak jauh di manapun ia berada.

Bentuk pelayanan telenursing adalah suatu pelayanan keperawatan yang memanfaatkan kemajuan teknologi dalam melakukan pelayanan. dengan penggunaan teknologi para perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dan praktek keperawatan jarak jauh kepada pasien yang bertujuan untuk memperbaiki perawatan kesehatan (Asiri et al, 2016). Hal ini merupakan bentuk komunikasi dan teknologi informasi yang bergantung kepada faktor manusia, keuangan dan teknologi itu sendiri.

Dengan bantuan komunikasi, maka pelayanan keperawatan tidak lagi dihambat oleh karena jarak dan waktu. selain adanya peningkatan populasi manusia yang semakin tinggi menyebabkan terjadi peningkatan kebutuhan akan perawatan kesehatan dan kurangnya tenaga perawat menjadi masalah penting untuk menemukan cara-cara di mana teknologi informasi dan komunikasi dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan di dunia (Schlachta et al, 2008).

Dengan semakin berkembangnya penggunaan internet dan diikuti pula dengan perkembangan dalam dunia kesehatan dan keperawatan sehingga telemedicine, telehealth dan telenursing menjadi alternatif dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan. Penerapan telenursing dalam memberikan pelayanan keperawatan akan meningkatkan kepuasan klien dan peningkatan partisipasi aktif keluarga. Telenursing dapat membantu menyelesaikan kekurangan perawat, menurunkan jarak, waktu kunjungan dan menjaga pasien yang sudah keluar dari rumah sakit (Asiri et al, 2016). Layanan kesehatan khususnya keperawatan jarak jauh dengan menggunakan media teknologi informatika memberikan kemudahan bagi masyarakat (McLean et al., 2013)

Masyarakat atau pasien tidak perlu datang ke rumah sakit, dokter atau perawat untuk mendapatkan layanan kesehatan. Waktu yang diperlukan untuk layanan kesehatan juga semakin pendek. Pasien dari rumah dapat melakukan kontak melalui internet atau telepon video untuk mendapatkan informasi kesehatan, perawatan dan bahkan sampai pengobatan.

Kemajuan teknologi informasi mengubah tatanan kehidupan manusia. Penerapan telenursing memiliki potensi yang besar untuk meningkatkan akses keperawatan, melalui telenursing maka ini akan menekan biaya dan meningkatkan hasil akhir dari perawatan kesehatan. Walaupun demikian dalam pelaksanaan telenursing dengan menggunakan teknologi akan berdampak terhadap hubungan perawat dan klien dengan kualitas perawatan. Hubungan perawat dan klien tidak dapat digantikan dengan teknologi. Tetapi pemberian asuhan keperawatan tanpa sentuhan langsung dari tangan perawat atau menggunakan telenursing dapat dikatakan sebagai asuhan keperawatan yang legal, karena dalam sistem telenursing perawat menggunakan pengetahuan, keterampilan, pertimbangan dan pemikiran kritis yang tidak bisa dipisahkan dari ilmu keperawatan, yang meliputi penggunaan ilmu keperawatan, pemikiran kritis, dan pengambilan keputusan.

## 8.2.2 Telehealth

Dunia saat ini telah di penuhi dengan perkembangan informatika dan teknologi informasi, hal ini telah memengaruhi pembangunan, budaya, serta peradaban di Indonesia. termasuk diantaranya pembangunan dalam bidang kesehatan. Pada era sekarang pembangunan kesehatan melibatkan infrastruktur dan fasilitas yang berupa teknologi informasi.

Dalam melaksanakan pelayanan telehealth, dapat menggunakan aplikasi dan dapat di implementasikan di Rumah sakit, klinik, rumah dan mobile center. Aplikasi telehealth berupa telepon triage dan home care adalah yang paling banyak dikembangkan secara luas untuk saat ini.

Sudaryanto & Purwanti (2015) menjelaskan dalam pelaksanaan aplikasi telehealth dapat dilaksanakan dengan menggunakan dua teknologi dalam pelayanan yaitu store forward dan real time teknologi .

1. Teknologi simpan dan sampaikan (store and forward) misalnya: gambar yang didapatkan dari elektronik seperti teknologi x ray, dapat dikirimkan pada spesialis untuk diinterpretasi. Gambar tersebut saja yang berpindah pindah. Radiologi, dermatologi, patologi adalah contoh spesialisasi yang sangat kelihatan menggunakan teknologi ini.
2. Teknologi real time. Real time adalah teknologi yang membuat pasien dan provider berinteraksi dalam waktu yang sama. Banyak alat telekomunikasi yang memfasilitasi komunikasi dua arah menggunakan teknologi real time dalam telehealth. Teknologi realtime juga dapat membuat alat untuk menstransimisikan gambar dari tempat yng berbeda. Misalnya kamera untuk mengobservasi keadaan klien. Teknologi realtime memfasilitasi komunikasi dua arah baik audio maupun video, yang bisa digunakan dalam telehealth Sebagai kombinasi realtime dan robotik, seorang dokter bedah dapat melakukan operasi dengan alat operasi khusus dari jarak tertentu. Prosedur ini disebut dengan telepresence. Telepresence menjadi salah satu sub bagian dari telehealth. Saat ini masih sedang dikembangkan karena membutuhkan sistem yang 100 % reliable dan bandwidth yang sangat tinggi.

Selanjutnya Sudaryanto & Purwanti (2015) menjelaskan Telehealth terdiri dari berbagai jenis bentuk dan telah menunjukkan segi manfaatnya. Beberapa manfaat dari telehealth misalnya: meningkatkan kualitas pelayanan, mengurangi waktu, meningkatkan produktivitas akses, meningkatkan peluang belajar.

Ada beberapa isu yang perlu diperhatikan dalam penyelenggaraan telehealth yaitu:

1. Pembiayaan. Pembiayaan adalah hambatan dalam penyelenggaraan telehealth. Meskipun dijumpai bahwa telehealth banyak mempunyai manfaat. Pemerintah masih kurang dalam mengembangkan telehealth.
2. Aspek legal aspek hukum menyatakan bahwa: warga negara harus dilindungi dari praktek petugas kesehatan yang tidak baik
3. Standar keamanan perhatian dalam aplikasi teknologi dalam pelayanan kesehatan adalah keamaan/keselamatan pasien. Sistem pelayanan telehealth harus bisa menjamin keselamatan bagi pasien. Berkaitan dengan hal tersebut ana (american nursing association) menerbitkan 3 pedoman telehealth yaitu: prinsip dasar telehealth pada tahun 1998, kompetensi telehealth tahun 1999 dan mengembangkan protokol telehealth pada tahun 2001.
4. Keamanan data telehealth memerlukan pencatatan elektronik (elektronik health record), yang rawan akan privasi, kerahasiaan dan keamanan data. Sehingga penyelenggaraan telehealth harus bisa menjamin keamanan data.
5. Infrastruktur komunikasi infrastruktur telekomunikasi merupakan bagian dari telehealth yang mempunyai biaya dengan persentase paling besar. Isu yang lain, adalah alat untuk hubungan antarmuka (interface) akan sulit menyelenggarakan telehealth jika tidak ada saling hubungan (interkoneksi) antar alat.

Purwaningsih (2015), menjelaskan dalam hasil penelitiannya bahwa, melalui perilaku caring perawat sangat penting dalam meningkatkan mutu layanan dalam dunia pelayanan keperawatan. Perilaku caring adalah salah satu bentuk implementasi asuhan keperawatan untuk merespon kebutuhan dan segala keluhan pasien. Perilaku ini dapat terus di kembangkan bagi semua tenaga keperawatan melalui proses pelatihan secara berkesinambungan. Para perawat diminta untuk menjadikan perilaku caring sebagai suatu bagian dalam pelayanan keperawatan.



# **Bab 9**

## **Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman**

### **9.1 Pendahuluan**

Setiap individu pernah mengalami nyeri dalam tingkat tertentu. Nyeri ialah alasan paling umum pada seseorang yang mencari perawatan kesehatan. Nyeri merupakan penyebab frustrasi bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan karena perawat tidak dapat merasakan nyeri yang dirasakan pasien. Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu dapat mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada setiap individu. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri. Nyeri menjadi faktor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk pulih dari suatu penyakit.

Perawat memberi asuhan keperawatan kepada pasien menggunakan berbagai intervensi diberbagai keadaan dan situasi untuk menghilangkan nyeri atau meningkatkan kenyamanan. Perawat penyelenggara asuhan keperawatan di rumah pasien yang menderita kanker, perawat memberikan upaya pertolongan pertama di UKS (Unit Kesehatan Sekolah) pada anak yang mengalami cedera, dan perawat klinik mengusulkan terapi untuk penanganan nyeri. Pengalaman

nyeri setiap orang bersifat dinamis, perawat memiliki tanggung jawab untuk memahami pengalaman rasa nyeri. Perawat juga bertanggung jawab secara etis untuk mengontrol nyeri dan menghilangkan penderitaan nyeri pasien.

## 9.2 Konsep Kenyamanan

Definisi kenyamanan dinyatakan oleh Donahue (1989):

“Melalui rasa nyaman dan tindakan untuk mengupayakan kenyamanan ... perawat memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan”

Berbagai macam teori keperawatan menyatakan bahwa kenyamanan merupakan tujuan dalam mencapai kebutuhan dasar pada pasien dalam memberikan asuhan keperawatan. Konsep dalam kenyamanan dipandang subjektif bagi pasien dengan nyeri. Individu mempunyai karakteristik dari segi fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang memengaruhi cara individu menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

Teori kenyamanan pertama kali dikembangkan pada tahun 1992 oleh Katharine Kolcaba yang mendefinisikan kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan yang dimaksud ialah kebutuhan akan rasa tenang (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri).

Menurut Potter & Perry (2006), rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dipandang secara holistik mencakup empat aspek yaitu: (1) Fisik: berhubungan dengan sensasi tubuh, (2) Sosial: berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial, (3) Psikospiritual: berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan, dan (4) Lingkungan: berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti unsur alamiah, cahaya, temperature, bunyi, dan warna.

Cara pandang yang holistik ini menguatkan konsep yang sudah ada sebelumnya dari Mahon (1994) yaitu harus memahami pengalaman nyeri sebagaimana nyeri itu berlangsung. Penting bagi perawat memahami makna nyeri bagi setiap individu bahwa penatalaksanaan nyeri lebih dari sekedar pemberian obat

analgesik, memahami nyeri dengan lebih holistik, maka perawat dapat mengembangkan strategi yang lebih baik pada penanganan nyeri yang berhasil.

Menurut Kasiati & Rosmalawati (2016) Faktor-faktor yang memengaruhi kenyamanan, diantaranya: (1) Emosi: kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan memengaruhi keamanan dan kenyamanan. (2) Kondisi mobilisasi/bergerak: paralisis, kelemahan otot, keterbatasan aktivitas, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko injury. (3) Gangguan persepsi sensory: gangguan ini memengaruhi adaptasi dari rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penglihatan dan penciuman. (4) Kondisi imun: gangguan yang akan membuat daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit. (5) Kesadaran: pada pasien yang terjadi penurunan kesadaran atau koma, responsnya juga akan menurun terhadap rangsangan,, kurang tidur, disorientasi, dan paralisis. (6) Komunikasi atau informasi: gangguan komunikasi seperti tidak dapat membaca atau aphasia menimbulkan salah persepsi bahkan kecelakaan yang dapat menimbulkan nyeri. (7) Gangguan tingkat pengetahuan: kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya. (8) Penggunaan antibiotik yang tidak wajar: antibiotik menimbulkan resisten dan anafilaktik syok jika digunakan berlebihan. (9) Nutrisi: tingkat kurang nutrisi seseorang dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, begitupun sebaliknya dapat berisiko terhadap penyakit tertentu. (10) Usia seseorang: perbedaan usia pada tahap perkembangan ditemukan pada kelompok usia anak-anak dan lansia memengaruhi reaksi terhadap nyeri yang diterima. (11) Jenis kelamin: dari jenis kelamin laki-laki dan wanita tidak berbeda dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya. (12) Kebiasaan/Kebudayaan: kebiasaan/keyakinan dan nilai-nilai budaya dapat memengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat nyaman yang mereka miliki.

## 9.3 Nyeri

### 9.3.1 Teori Nyeri

Menurut Barbara (1989) terdapat beberapa teori tentang terjadinya nyeri di antaranya:

1. Teori Pemisahan (Specificity Theory): Teori ini membahas mengenai rangsangan sakit yang masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.
2. Teori Pola (Pattern Theory): Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medula spinalis dan merangsang aktivitas sel T, sehingga mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lebih tinggi yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas dari reaksi sel T.
3. Teori Pengendalian Gerbang (Gate Control Theory): Teori ini memaparkan nyeri bergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Selanjutnya persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.
4. Teori Transmisi dan Inhibisi: Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian

inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lambat dan endogen opiate sistem supresif.

### 9.3.2 Sifat Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat individual, stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego individu tersebut. Nyeri bersifat melelahkan dan menuntut energi seseorang sehingga dapat mengganggu hubungan personal dan memengaruhi makna kehidupan (Potter & Perry, 2006).

Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri, apabila seseorang merasakan nyeri, maka perilakunya akan berubah. Misalnya, seseorang yang tangannya terkilir menghindari aktivitas mengangkat barang karena akan memberikan beban lebih pada tangannya untuk mencegah cedera lebih lanjut, ada juga seseorang yang mengalami nyeri memilih untuk menghentikan segala aktivitasnya saat timbul nyeri. Nyeri adalah tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan dan harus menjadi pertimbangan utama keperawatan saat mengkaji nyeri (Clancy & McVicar, 1992).

### 9.3.3 Fisiologi Nyeri

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor yang merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada viscera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

### 9.3.4 Klasifikasi Nyeri

Secara umum nyeri dibedakan menjadi 2 yakni: (1) Nyeri akut: nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang tidak lebih dari 6 bulan dan

ditandai adanya peningkatan tegangan otot, (2) Nyeri kronis: nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan termasuk dalam nyeri kronis ini adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

**Tabel 9.1:** Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis (Barbara, 1989)

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal/penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi
Gejala-gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

**Tabel 9.2:** Pengkajian Nyeri (Kartikawati, 2011)

Kriteria Pengkajian	Pertanyaan
P: Provokes, palliative (penyebab)	Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur
Q: Quality (kualitas)	Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya)
R: Radiates (penyebaran)	Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.
S: Severity (keparahan)	Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit. Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak-anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara
T: Time (waktu)	Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda.

Dari hasil penelitian Klein (2010) ditemukan sebagian besar pasien yang mengalami nyeri berada di ruang ICU, akan tetapi tidak mampu untuk diungkapkan oleh pasien karena keterbatasan komunikasi pasien. Sehingga

perlu alat ukur yang tepat dalam menilai tingkat nyeri pasien di ruang intensif. Salah satu instrumen atau alat ukur yang dapat digunakan dalam menilai tingkat nyeri pasien adalah Nonverbal Pain Assessment Tool (NPAT). NPAT diobservasi berdasarkan kategori: emosi (emotion), petunjuk verbal (verbal clues), isyarat wajah (facial cues) dan posisi (positioning/guarding).

**Tabel 9.3:** NPAT (Nonverbal Pain Assessment Tool) (Klein, 2010)

Kategori	Perilaku	Skor
Emosi (respon afektif terhadap suatu situasi)	Senyum, tenang, rileks, tidak menunjukkan adanya emosi	0
	Gelisah; marah; menutup mata kuat; tidak terlibat kontak fisik	1
	menangis atau tidak kooperatif	2
Pergerakan/Movement (perubahan penempatan dan posisi tubuh dan ekstremitas diluar tindakan perawatan)	Tidak ada; kenyamanan fisik	0
	Gelisah/lambat; gerakan menurun	1
	Tidak bergerak; takut untuk bergerak; gerak meningkat	2
Petunjuk verbal/verbal cues (isyarat suara atau vokalisasi dari pasien selain bicara)	Intubasi; tidak ada verbalisasi; tidak dapat berucap	0
	Merintih; erangan; mendesah	1
	Teriak; menangis	2
Petunjuk wajah/ <i>facial cues</i> (expresi wajah)	Rileks; tenang	0
	Menggambarkan mulut dan mata tegang	1
	Kerutan pada wajah; meringis	2
Posisi (respon tubuh yang menyiratkan perlindungan tubuh dari kontak dengan sentuhan eksternal)	Tubuh rileks	0
	Tubuh rileks	1
	Fetal position; gelisah saat disentuh; menarik saat disentuh	2

Keterangan: Untuk menetapkan skor NPAT dengan numerik 0 hingga 10. 0 mewakili tidak ada rasa sakit dan 10 merujuk untuk rasa sakit hebat yang dialami.

### 9.3.5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Menurut Potter & Perry (2006), nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri individu. Perawat mempertimbangkan semua faktor yang memengaruhi pasien yang merasakan nyeri, upaya ini dilakukan menggunakan pendekatan holistik dalam pengkajian dan perawatan pasien yang mengalami nyeri diantaranya: (1) Usia, (2) Jenis kelamin, (3) Kebudayaan, (4) Makna nyeri, (5) Perhatian, (6) Ansietas/kecemasan, (7) Pengalaman terdahulu, (8) Gaya koping, (8) Keluarga dan dukungan sosial.

Sedangkan menurut Kasiati & Rosmalawati (2016) pengalaman nyeri seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain:

1. Arti nyeri: Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, dan pengalaman.
2. Persepsi nyeri: Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subyektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimuli nociceptor.
3. Toleransi nyeri: Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain; alkohol, obat-obatan, hipnotis, dan lain-lain, sedangkan faktor yang dapat menurunkan toleransi nyeri antara lain; kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.
4. Reaksi terhadap nyeri: Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain-lain.

### 9.3.6 Terapi Nyeri

Menurut Potter & Perry (2006), terapi nyeri terbagi atas dua yaitu, secara farmakologi dan non-farmakologi:

1. Farmakologi: dapat dilakukan dengan pemberian obat-obatan analgesik di antaranya: (1) Non-narkotik dan obat anti inflamasi (NSAID) umumnya digunakan untuk menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang seperti demam, rematik, sakit gigi, prosedur bedah minor dan epistomi, (2) Analgesik narkotik atau opiat umumnya

digunakan pada nyeri berat pada pasien kanker, dan (3) Obat tambahan (adjuvan) umumnya digunakan untuk cemas, depresi, mual, dan muntah.

2. Non-Farmakologi: dari berbagai penelitian terdapat banyak cara dalam menurunkan nyeri menggunakan non-farmakologi. Intervensi dapat dipilih sendiri atau berkonsultasi pada perawat terlatih untuk disesuaikan dengan kenyamanan, seperti hipnoterapi, terapi musik, distraksi, TENS (stimulasi saraf elektrik transkutan), masase, mandi air hangat, kompres kantong es, dan bimbingan antispasi.

### 9.3.7 Strategi Kesehatan Holistik

Kenyamanan memengaruhi fungsi mental dan fisik individu, maka pendekatan kesehatan holistik menjadi intervensi yang penting untuk mempertahankan kesejahteraan individu. Kesehatan holistik merupakan suatu kelangsungan kondisi kesejahteraan yang melibatkan upaya merawat diri secara fisik, upaya mengekspresikan emosi dengan benar dan efektif, upaya untuk menggunakan pikiran yang konstruktif, upaya untuk secara kreatif terlibat dengan orang lain, dan upaya untuk memiliki tingkat kesadaran yang lebih tinggi. Penggunaan pendekatan kesehatan holistik memberdayakan kapasitas diri individu dalam upaya mencapai kesembuhan dan mengembalikan tanggung jawab pemeliharaan kesehatan kepada individu. Terdapat beberapa tindakan holistik yang dapat dilakukan diantaranya: (1) Sentuhan terapeutik, (2) Akupresur, dan (3) Relaksasi dan teknik imajinasi (Potter & Perry, 2006).

Sentuhan terapeutik: dikembangkan 23 tahun yang lalu, berasal dari praktik kuno dengan cara “meletakkan tangan”. Proses ini secara keseluruhan berlangsung selama 25 menit. Pendekatan ini menyatakan bahwa pada individu yang sehat, terdapat ekuilibrium antara aliran energi di dalam dan di luar tubuh. Sentuhan terapeutik meliputi penggunaan tangan untuk secara sadar melakukan pertukaran energi, empat langkah dasar dalam melakukan teknik ini, yaitu: (1) Pemusatan (lakukan meditasi dengan konsentrasi pada pernapasan 3-4 kali), (2) Pengkajian (lakukan dengan menggunakan kedua tangan secara simetris mengelilingi pasien berjarak 5-15cm dari tubuh untuk membuat lapangan energi berinteraksi dan perawat mencatat sensasi variasi energi yang dimunculkan seperti suhu, tekanan, rasa kesemutan, atau pulsasi), (3) Terapi (mulai mengembalikan keseimbangan ke lapangan energi pasien, rasakan aliran energi

dipindahkan dari area yang dingin ke daerah yang kosong), dan (4) Evaluasi (mengevaluasi lapangan energi untuk mencapai keseimbangan).

Akupresur: berdasarkan teori obat Asia yang menyatakan kekuatan adalah kehidupan dalam bentuk energi yang bersirkulasi di seluruh tubuh dalam siklus yang didefinisikan dengan benar. Akupresur memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat. Perawat ahli terapi mempelajari alur energi atau meridian tubuh dan memberikan tekanan pada titik-titik tertentu di sepanjang alur. Misalnya, apabila pasien nyeri kepala tekanan pada titik Hoku akan menghilangkan rasa tidak nyaman. Ketika titik tekanan disentuh, maka perawat akan merasakan sensasi denyutan ringan di bawah jari-jari, lalu selanjutnya diberikan tekanan lama kelamaan nasi tersebut akan menjadi seimbang, setelah titik-titik tersebut seimbang lakukan gerakan lembut sirkuler pada titik tersebut. Sesi akupresur yang lengkap berdurasi sekitar satu jam. Selain akupresure titik-titik ini juga sama dengan akupuntur perbedaannya terletak pada penggunaan jarum. Titik-titik ini memiliki fungsinya masing-masing tergantung pada jenis penyakit yang ingin disembuhkan. Menurut Nompo (2020) akupresur pada titik Hegu juga dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah komplikasi pada lansia dengan hipertensi.

Relaksasi dan teknik imajinasi: teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika merasakan tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri. Teknik relaksasi dapat digunakan dalam kondisi sehat atau sakit, teknik ini merupakan upaya pencegahan untuk membantu tubuh tetap segar kembali dan beregenerasi setiap hari serta alternatif pada alkohol, merokok, atau makan berlebihan. Teknik relaksasi meliputi meditasi, yoga, Zen, teknik imajinasi, dan latihan relaksasi progresif. Supaya relaksasi efektif, maka diperlukan partisipasi individu dan kerjasama, lingkungan harus bebas dari keributan atau stimulus lain yang mengganggu. Melalui arahan perawat, pasien dapat menggunakan tehnik imajinasi dan latihan relaksasi secara bersama-sama atau terpisah. Imajinasi terbimbing akan menciptakan konsentrasi sehingga nyeri akan berkurang. Mula-mula perawat akan meminta pasien untuk memikirkan pemandangan yang menyenangkan atau pengalaman yang meningkatkan semua indra. Perawat menggunakan teknik ini untuk memberikan kesan menyenangkan sehingga nyeri yang dialami berkurang.

# **Bab 10**

## **Pemenuhan Kebutuhan Istirahat dan Tidur**

### **10.1 Pendahuluan**

Istirahat dan tidur adalah kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru bisa berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri mempunyai makna yang berbeda dalam setiap individu. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Setiap orang membutuhkan istirahat dan tidur agar bisa mempertahankan status kesehatan dalam taraf yang optimal. Selain itu proses tidur dapat memperbaiki berbagai sel dalam tubuh. Pemenuhan istirahat dan tidur sangat dibutuhkan terutama bagi orang yang sedang sakit agar lebih cepat memperbaiki kerusakan dalam sel. Jika kebutuhan istirahat dan tidur cukup, maka jumlah tenaga yang diperlukan untuk memulihkan status kesehatan dan mempertahankan aktivitas pada kehidupan sehari-hari terpenuhi. Selain itu orang yang mengalami kelelahan juga membutuhkan istirahat dan tidur lebih dari biasanya. Ketika orang beristirahat, biasanya mereka merasa rileks secara mental, bebas dari kecemasan, dan tenang secara fisik (Kasiati and Dwi, 2016).

Istirahat merupakan keadaan rileks tanpa adanya tekanan emosional, bukan hanya dalam keadaan tidak beraktivitas tetapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan. Meskipun setiap orang sering berpikir mengenai hal itu misalnya duduk pada kursi yang nyaman atau berbaring pada tempat tidur. Ketika manusia beristirahat mereka berada dalam aktivitas mental dan fisik yang menyegarkan, mereka kembali bergairah dan siap untuk menuntaskan aktivitas hari itu. Setiap orang mempunyai kebiasaan mereka sendiri untuk memperoleh istirahat dan menemukan cara-cara untuk menyesuaikan sebaik mungkin dengan lingkungan yang baru atau kondisi yang memengaruhi kondisi istirahat (Zulaikha, 2019).

Tidur merupakan suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. apabila seseorang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya sudah pulih kembali. Beberapa pakar tidur yakin bahwa perasaan tenaga yang pulih ini memperlihatkan bahwa tidur memberikan waktu untuk perbaikan dan penyembuhan sistem tubuh untuk periode keterjagaan yang berikutnya (Nurhafizah, 2017).

Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur sangat penting bagi orang yang sedang sakit supaya lebih cepat memperbaiki kerusakan pada sel. Jika kebutuhan istirahat dan tidur tersebut cukup, maka jumlah energi yang dibutuhkan untuk memulihkan status kesehatan dan mempertahankan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari terpenuhi. Selain itu, orang yang mengalami kelelahan juga membutuhkan istirahat dan tidur lebih dari biasanya (Alimul Hidayat, 2006).

## 10.2 Kebutuhan Istirahat

Menurut (Tarwoto dan Wartonah, 2015) Istirahat adalah suatu keadaan di mana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat tubuh menjadi lebih segar. Istirahat merupakan menyegarkan diri dan diam saat setelah selesai beraktivitas, serta melepaskan diri dari apapun yang membosankan, menyulitkan atau menjengkelkan. Jadi dapat disimpulkan bahwa istirahat adalah keadaan rileks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari rasa cemas

### 10.2.1 Karakteristik Istirahat

Berdasarkan pendapat Potter and Perry, (2006) karakteristik istirahat yang cukup adalah sebagai berikut: a. Kenyamanan fisik meliputi: menghilangkan

sumber iritasi kulit, mengontrol sumber nyeri, mengontrol suhu ruangan, mempertahankan keselarasan anatomi yang tepat atau posisi yang tepat, menghilangkan gangguan lingkungan, dan menyediakan ventilasi yang memadai. Bebaskan diri dari kecemasan dengan membuat keputusan sendiri, berpartisipasi dalam perawatan kesehatan, melakukan aktivitas dengan istirahat teratur, dan mengetahui bahwa lingkungan aman. Tidur yang cukup dengan memperhatikan kebersihan yang baik sebelum tidur untuk mendapatkan waktu tidur yang dibutuhkan supaya merasa segar.

### 10.2.2 Meningkatkan Istirahat

Banyak faktor yang dapat memengaruhi kemampuan untuk mendapatkan istirahat yang cukup. Hindari konsumsi kopi, rokok dan alkohol. Kembangkan jadwal tidur yang teratur. Luangkan waktu untuk berolahraga setiap hari. Tenangkan pikiran dan hati. dalam kesehatan komunitas Perawat membantu klien berkembang dalam kesehatan masyarakat dan keluarga Perilaku istirahat dan relaksasi. Ini termasuk saran tentang perubahan lingkungan atau kebiasaan hidup tertentu. Misalnya: tidak cukup memperhatikan kebutuhan tidur orang dewasa yang bekerja merupakan perhatian utama dalam masyarakat kita.

## 10.3 Kebutuhan Tidur

Tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh setiap orang. Tidur yang cukup akan memungkinkan tubuh baru berfungsi secara optimal. Tidur adalah keadaan kesadaran yang berubah ketika persepsi dan respons individu terhadap lingkungan menurun. Tidur ditandai dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan berkurangnya respons terhadap rangsangan eksternal. Seseorang menghabiskan hampir sepertiga waktunya untuk tidur (Ira Suarilah, 2017). Sedangkan menurut (Alimul Hidayat, 2006) Tidur juga dianggap sebagai keadaan tidak sadar di mana seorang individu dapat terbangun oleh stimulus atau sensasi yang sesuai.

### 10.3.1 Fisiologi Tidur

Pusat tidur utama terletak di hipotalamus. Hipotalamus mengeluarkan hypocreatine (orexin), yang menyebabkan seseorang terbangun dan mengalami

tidur REM. Prostaglandin D2, L-triptofan dan faktor pertumbuhan membantu mengatur tidur. Aktivitas tidur diatur dan dikendalikan oleh dua sistem di batang otak, sistem aktivasi retikuler (RAS) dan wilayah sinkronisasi medula oblongata (BSR). RAS di batang otak bagian atas diperkirakan memiliki sel-sel khusus yang menjaga kewaspadaan dan kesadaran; memberikan rangsangan visual, pendengaran, nyeri, dan taktil; dan proses emosional dan pemikiran. Selama terjaga, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan saat tidur melepaskan serotonin serum dari BSR. Saat bangun, RAS mengeluarkan katekolamin, seperti norepinefrin. Ketika seseorang mencoba untuk tertidur, mereka menutup mata dan dalam posisi santai. Mengurangi stimulasi RAS. Jika ruangan gelap dan sunyi, aktivitas SAR akan berkurang (Ira Suarilah, 2017).

Setiap makhluk hidup memiliki ritme biologis (jam biologis) yang berbeda. Pada manusia, bioritme ini dikendalikan oleh tubuh dan beradaptasi dengan faktor lingkungan (seperti cahaya, kegelapan, gravitasi, dan rangsangan elektromagnetik). Bentuk ritme biologis yang paling umum adalah ritme sirkadian, yang melingkupi siklus 24 jam. Dalam hal ini, fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, suhu tubuh, sekresi hormon, metabolisme, serta penampilan dan sensasi individu bergantung pada ritme sirkadian. Tidur adalah salah satu ritme biologis tubuh yang paling kompleks. Sinkronisasi ritme sirkadian terjadi ketika pola tidur-bangun seseorang mengikuti jam biologisnya. Individu bangun ketika ritme sirkadian mereka tertinggi atau paling aktif, dan tertidur ketika ritme mereka terendah (Kasiati and Dwi, 2016).

### 10.3.2 Tahapan Tidur

Tidur didefinisikan menurut kriteria perilaku dan fisiologis, membaginya menjadi dua keadaan: tidur non-rapid eye movement (NREM), yang dibagi menjadi tiga tahap (N1, N2, N3); dan rapid eye movement (REM), yaitu ditandai dengan gerakan mata yang cepat (Santhi and Mukunthan, 2013).

#### 1. Tidur NREM

Tidur NREM juga dikenal sebagai tidur gelombang pendek karena gelombang otak orang yang tidur lebih pendek dari gelombang alfa dan beta menunjukkan bahwa, ditampilkan oleh orang yang sadar. Banyak fungsi fisiologis menurun selama tidur NREM tubuh. Selain itu, semua proses metabolisme, termasuk tanda-tanda vital, metabolisme dan Kerja otot melambat. Tidur NREM sering disebut sebagai tidur tanpa mimpi. tapi sebenarnya dalam fase tidur Biasanya itu mimpi, kadang

mimpi Hal-hal buruk dapat terjadi selama tidur NREM. Waktu tidur NREM berkisar 75-80% dari total tidur secara keseluruhan merupakan tidur NREM. Tidur NREM sendiri terbagi menjadi 4 tahap (I-IV). Tahap I-II disebut sebagai tidur ringan (light sleep) dan tahap III-IV disebut sebagai tidur dalam atau deep sleep (Pradeep C Bollu, 2019).

a. Tahap

Fase ini merupakan fase transisi, berlangsung 5 menit, di mana seseorang jatuh dari tidur sadarnya. Orang-orang merasa kabur dan rileks, mata mereka bergerak dari satu sisi ke sisi lain, dan detak jantung serta laju pernapasan mereka turun secara signifikan. Saat seseorang masih sadar, gelombang alfa digantikan oleh gelombang beta yang lebih lambat. Orang yang tidur pada tahap pertama mudah dibangunkan. Ketika seseorang bangun, rasanya seperti melamun.

b. Tahap II

Fase ini merupakan tahap tidur ringan, di mana proses tubuh terus menurun. Mata masih bergerak, detak jantung dan tingkat pernapasan telah turun secara signifikan, dan suhu tubuh serta metabolisme telah turun. Gelombang otak dicirikan oleh "sleep spindles" dan gelombang K kompleks. Fase kedua berlangsung singkat dan berakhir dalam 10 hingga 15 menit. Tahap ini merupakan periode tidur nyenyak, relaksasi dan kemajuan, dan lebih mudah untuk bangun.

c. Tahap III

Tahap ini termasuk permulaan tidur nyenyak. Ketika sistem saraf parasimpatis mendominasi, otot-otot dalam keadaan relaksasi total, detak jantung, pernapasan, dan proses tubuh terus menurun. Seseorang menjadi lebih sulit untuk bangun dan kurang aktif. Gelombang otak menjadi lebih teratur, dan gelombang delta meningkat perlahan. Fase ini berlangsung 15-30 menit.

d. Tahap IV

Tahap ini merupakan tahap tidur nyenyak yang ditandai dengan dominasi gelombang segitiga yang melambat. Menurunkan detak

jantung dan frekuensi pernapasan. Seseorang dalam keadaan santai dengan sedikit gerakan dan sulit untuk bangun. (Tentang diagram bentuk gelombang dapat dilihat pada gambar). Siklus tidur sebagian besar adalah tidur NREM dan berakhir dengan tidur REM. Fase ini berlangsung 15-30 menit (Malhotra RK, 2014).

## 2. Tidur REM

Tidur REM biasanya terjadi setiap 90 menit selama 5-30 menit. Tidur REM kurang nyenyak dibandingkan tidur NREM, dan sebagian besar mimpi terjadi selama fase ini. Titik Selama tidur REM, otak menjadi aktif dan metabolismenya meningkat hingga 20%. Individu menjadi sulit untuk bangun atau bisa bangun tiba-tiba, tonus otot terdepresi, peningkatan sekresi lambung, frekuensi jantung dan pernapasan yang sering kali tidak teratur. Selama tidur, individu mengalami tahapan tidur NREM dan REM. siklus tidur lengkap Biasanya berlangsung 1,5 jam, dan setiap orang biasanya mengalami empat sampai 5 siklus, 7-8 jam tidur. Siklus dimulai dengan fase NREM dan berlanjut sampai tahap REM. NREM Tahap I-III berlangsung 30 menit sebelum pindah ke Tahap IV  $\pm$  20 menit. Setelah itu, orang tersebut menjalani tahap III dan II selama 20 menit lagi. Tahap pertama REM muncul dan berlangsung 10 menit (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

## 10.4 Kebutuhan Istirahat dan Tidur

**Tabel 10.1:** Kebutuhan Istirahat Tidur Berdasarkan Usia (Kemenkes RI, 2018)

Usia	Keterangan	Kebutuhan Tidur/Hari
0 bulan –1 bulan	Neonatus	14-18 Jam
1 bulan – 18 bulan	Bayi	12-14 Jam
18 bulan – 3 tahun	Anak	11-12 Jam
3 tahun – 6 tahun	Pra Sekolah	11 Jam

6 tahun – 12 tahun	Sekolah	10 Jam
12 tahun – 18 tahun	Remaja	8,5 Jam
18 tahun – 40 tahun	Dewasa Muda	7 Jam
40 tahun – 60 tahun	Paruh Baya	7 Jam
60 tahun ke atas	Dewasa Tua	6 Jam

## 10.5 Faktor Yang Memengaruhi Kuantitas Dan Kualitas Tidur

### 1. Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan rasa sakit atau ketidaknyamanan fisik, yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Nyeri dapat memengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Ada banyak penyakit yang meningkatkan kebutuhan tidur, seperti yang disebabkan oleh infeksi, tetapi ada banyak penyakit yang menyebabkan seseorang kurang tidur atau bahkan tidak bisa tidur salah satunya yaitu setelah operasi. Orang sakit butuh tidur lebih banyak dari biasanya. Selain itu, siklus bangun-tidur juga dapat terganggu selama sakit.

### 2. Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu dan menghambat proses tidur. Kurangnya atau adanya rangsangan tertentu dapat menghambat tidur. Misalnya, suhu yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat memengaruhi tidur seseorang. Namun, seiring berjalannya waktu, individu dapat beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh oleh kondisi tersebut.

### 3. Latihan dan kelelahan

Kondisi fisik yang lelah dapat memengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek periode tidur REM yang

mereka alami. Setelah istirahat, siklus REM biasanya diperpanjang lagi.

4. Gaya Hidup

Orang yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur di waktu yang tepat.

5. Stres emosional

Kecemasan dan depresi seringkali mengganggu tidur seseorang. Gangguan kecemasan dapat meningkatkan kadar norepinefrin darah dengan merangsang sistem saraf simpatik. Kondisi ini menyebabkan siklus tidur NREM tahap IV dan pengurangan tidur REM dengan sering terbangun saat tidur.

6. Stimulan dan alkohol

Kafein dalam beberapa minuman merangsang sistem saraf pusat (SSP), yang dapat mengganggu pola tidur. Pada saat yang sama, konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM. Ketika efek alkohol hilang, orang sering mengalami mimpi buruk.

7. diet

Penurunan berat badan dihubungkan dengan berkurangnya waktu dan sering terbangun di malam hari. Sebaliknya, kenaikan berat badan dihubungkan dengan penambahan total tidur dan jam bangun minimum di malam hari.

8. Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek merangsang pada tubuh. karena itu, perokok sering mengalami kesulitan tidur dan mudah terbangun di malam hari.

9. Obat-obatan

Obat-obatan tertentu dapat memengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik bisa mengganggu tidur NREM tahap III dan IV, metablocker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sementara narkotika (misalnya: meperidine hidroklorida dan morfin Sering digunakan dalam pengobatan masa perang)) diketahui menghambat tidur REM dan menyebabkan sering terbangun di malam hari.

## 10. Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang bisa menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya perasaan bosan atau kurang motivasi untuk tetap terjaga cenderung membawa kantuk (Hidayat, 2008).

# 10.6 Gangguan Istirahat dan Tidur

Menurut Ira Suarilah (2017) gangguan umum yang terjadi pada istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

## 1. Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan tidur baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Gangguan tidur ini biasanya terlihat pada orang dewasa. Penyebabnya mungkin gangguan fisik atau faktor mental seperti kecemasan atau gelisah. Ada tiga jenis insomnia:

- a. Insomnia insial: kesulitan dalam memulai tidur
- b. Insomnia intermiten: Kesulitan tidur karena sering terbangun.
- c. Insomnia tahap akhir: Bangun terlalu dini dan sulit untuk tertidur.

Ada beberapa langkah yang bisa dilakukan untuk mengatasi insomnia, antara lain mengembangkan pola istirahat tidur yang efektif melalui olahraga teratur, menghindari stimulasi untuk tidur di sore hari, relaksasi sebelum tidur (misalnya: membaca, mendengarkan musik, tidur jika benar-benar mengantuk)

## 2. Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau terjadi ketika seseorang tidur. Penyakit ini sering terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain: sering terbangun (berjalan dalam tidur, night terror), gangguan transisi tidur-bangun (meracau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (mimpi buruk), dan lainnya seperti bruksisme.

### 3. Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur berlebihan, terutama di siang hari. Penyakit ini dapat disebabkan oleh kondisi seperti: Sistem saraf, penyakit hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme seperti (hipertiroidisme). Dalam kondisi tertentu, kantuk dapat berfungsi sebagai mekanisme menghindari tanggung jawab di siang hari.

### 4. Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang datang tiba-tiba di siang hari. Gangguan ini juga dikenal sebagai "sleep attack" atau serangan tidur, dan penyebab pastinya tidak diketahui. Ini diduga karena cacat genetik pada sistem saraf pusat yang menyebabkan periode tidur REM yang tidak terkontrol. Profilaksis alternatif adalah penggunaan obat-obatan seperti amfetamin atau metilamylase, hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramine hidroklorida

### 5. Sleep Apnea dan Mendengkur

Apnea saat tidur merupakan suatu kondisi di mana pernapasan berhenti secara berkala selama tidur. Kondisi tersebut diduga terjadi pada orang yang mendengkur keras dan sering terbangun di malam hari, Insomnia, mengantuk berlebihan di siang hari, sakit kepala di siang hari, Iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti tekanan darah tinggi atau aritmia jantung. Mendengkur sendiri disebabkan oleh hambatan pengeluaran udara dari hidung tenggorokan dan mulut saat tidur, biasanya disebabkan oleh adenoid, amandel, atau kendurnya Otot-otot di belakang mulut.

### 6. Enuresa

Enuresa adalah buang air kecil yang tidak disengaja sebelum tidur, atau buang air kecil secara teratur ini disebut mengompol. Ada dua jenis enuresis: Enuresis nokturnal (mengompol saat tidur), serta enuresis diurnal (mengompol saat bangun tidur). Enuresa nokturnal biasanya merupakan gangguan tidur non-REM.

# **Bab 11**

## **Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Latihan**

### **11.1 Pendahuluan**

Aktivitas merupakan suatu energi atau keadaan bergerak yang manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang membutuhkan energi untuk mengerjakannya. Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan, bekerja dan lain-lain. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan system persarafan dan muskuloskeletel. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, system pernapasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal (Asmadi, 2008; Heriana, 2014; Perry, Potter and Ostendorf, 2014). Latihan merupakan aktivitas yang dilakukan seseorang untuk meningkatkan atau memelihara kebugaran tubuh.

### 11.1.1 Sistem Tubuh yang Berperan dalam Aktivitas

Menurut (Hidayat and Uliyah, 2014) sistem tubuh yang berperan dalam aktivitas adalah

1. Tulang

Tulang merupakan organ yang memiliki berbagai fungsi yaitu fungsi mekanis, tempat penyimpanan dan fungsi tempat produksi. Pada fungsi mekanis, tulang berfungsi untuk membentuk rangka dan tempat melekatnya berbagai otot, pada fungsi tempat penyimpanan, tulang berfungsi menyimpan mineral khususnya kalsium dan fosfor yang biasanya dilepaskan setiap saat sesuai kebutuhan dan pada fungsi tempat produksi, tulang berguna sebagai tempat sumsum tulang dalam membentuk sel darah dan fungsi pelindung organ-organ.

2. Otot dan tendon

Otot memiliki kemampuan berkontraksi yang memungkinkan tubuh bergerak sesuai keinginan. Otot memiliki origo dan insersi tulang, serta dihubungkan dengan tulang melalui tendon, yaitu suatu jaringan ikat yang melekat dengan sangat kuat pada tempat insersinya di tulang.

3. Ligamen

Ligamen adalah bagian yang menghubungkan tulang dengan tulang. Pada lutut, ligamen merupakan struktur penjaga stabilitas. Jika ligamen terputus akan berakibat pada sistem kestabilan yang menyebabkan ketidakstabilan.

4. Sistem Saraf

Sistem saraf terdiri atas sistem saraf pusat (otak dan medula spinalis) dan sistem saraf tepi (percabangan dari sistem saraf pusat). Setiap saraf memiliki bagian somatis dan otonom. Bagian somatis memiliki fungsi motorik dan sensorik.

5. Sendi

Merupakan tempat dua atau lebih ujung tulang bertemu. Sendi membuat segmentasi dari kerangka tubuh dan memungkinkan gerakan antarsegmen dan berbagai derajat pertumbuhan tulang.

## 11.2 Kebutuhan Mobilitas dan Imobilitas

Mobilitas atau mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat and Uliyah, 2014).

### 11.2.1 Mobilisasi

Mobilisasi adalah kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari berupa pergerakan sendi, sikap dan gaya berjalan guna untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dan mempertahankan kesehatannya (Potter and Perry, 2010).

#### **Jenis mobilisasi**

Menurut (Hidayat and Uliyah, 2014) jenis mobilitas sebagai berikut

#### 1. Mobilitas Penuh

Mobilitas penuh adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter & sensoris untuk mengontrol area tubuh seseorang

#### 2. Mobilitas Sebagian

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik. Mobilitas sebagian ini terbagi dalam dua jenis sebagai berikut:

- a. Mobilitas sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara.
- b. Mobilitas sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap, hal tersebut diakibatkan oleh kerusakan sistem syaraf yang sifatnya menetap.

#### **Faktor yang memengaruhi mobilitas**

Faktor yang memengaruhi kemampuan mobilitas telah banyak diteliti para ahli. Penelitian umumnya berkaitan dengan faktor yang memengaruhi

kardiorespirasi, fungsi neuromuskular, kemampuan fungsional, kekuatan dan masa otot, kemampuan berjalan dan keseimbangan. Faktor-faktor tersebut mendasari kemampuan mobilitas individu (Erlina, 2020).

Menurut Hidayat and Uliyah, (2014) faktor yang memengaruhi mobilisasi adalah:

1. Gaya hidup  
Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena berdampak pada perilaku kebiasaan sehari-hari.
2. Proses penyakit/cedera  
Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan aktivitas karena gangguan fungsi sistem tubuh.
3. Kebudayaan  
Kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan, seperti orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan aktivitas yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan aktivitas (sakit) karena budaya dan adat dilarang beraktivitas.
4. Tingkat energi  
Energi dibutuhkan untuk melakukan aktivitas.
5. Usia dan status perkembangan  
Kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia. Intoleransi aktivitas/ penurunan kekuatan dan stamina, depresi mood dan cemas

### 11.3.2 Imobilisasi

Imobilisasi adalah suatu keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas) (Hidayat and Uliyah, 2014) .

#### **Jenis imobilisasi**

1. Imobilisasi fisik  
Merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik yang bertujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan seperti pada

individu yang mengalami hemiplegi yang tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan.

2. Imobilisasi intelektual

Merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir seperti pada individu yang mengalami kerusakan otak akibat suatu penyakit.

3. Imobilisasi emosional

Merupakan keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri seperti pada individu yang mengalami bedah amputasi menyebabkan stres berat karena kehilangan bagian anggota tubuh.

4. Imobilisasi sebagian

Merupakan keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakitnya sehingga dapat memengaruhi perannya dalam kehidupan sosial

### **Perubahan sistem tubuh akibat imobilisasi**

Imobilisasi dalam waktu lama dapat memengaruhi berbagai fungsi tubuh baik fungsi fisiologis maupun psikologis. Semakin lama durasi imobilisasi semakin berat dampaknya pada individu tersebut.

Dampak imobilisasi pada sistem tubuh adalah:

1. Perubahan metabolisme

Secara umum imobilitas mengganggu metabolisme secara normal. Hal tersebut dapat dijumpai pada menurunnya basal metabolisme rate (BMR) yang menyebabkan berkurangnya energi untuk perbaikan sel-sel tubuh, sehingga memengaruhi gangguan oksigenisasi sel (Hidayat and Uliyah, 2014). Penurunan metabolisme rate, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, menyebabkan gangguan keseimbangan cairan, elektrolit, dan kalsium (Erlina, 2020).

2. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

Ketidakseimbangan cairan & elektrolit sebagai dampak dari imobilitas akan mengakibatkan persediaan protein menurun dan konsentrasi

protein serum berkurang juga mengakibatkan berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskuler ke interstisial yang menyebabkan edema (Hidayat and Uliyah, 2014).

3. Gangguan perubahan zat gizi

Terjadinya gangguan zat gizi karena menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat mengakibatkan penurunan zat-zat makanan pada tingkat sel, di mana sel tidak lagi menerima zat makanan dalam jumlah yg cukup untuk melaksanakan aktivitasnya.

4. Perubahan sistem pernapasan

Kekurangan melakukan mobilisasi dan latihan menyebabkan klien berisiko tinggi mengalami komplikasi pernapasan. Rohman, (2019) menjelaskan imobilisasi lama menyebabkan terjadinya penurunan berbagai volume paru diakibatkan karena melemahnya otot-otot respirasi sehingga menurunnya gerakan respirasi, di antaranya yaitu

- a. Penurunan kapasitas vital yang disebabkan karena menurunnya performa otot inspirasi dan ekspirasi
- b. Terjadi penurunan FEF 25-74% 20% pada posisi supine yang disebabkan karena menurunnya elastic recoil
- c. Aliran darah pulmonal meningkat 20% pada posisi supine dan 35% pada posisi berdiri. Hal ini disebabkan karena menurunnya volume plasma dan darah. Imobilisasi lama juga meningkatkan risiko terjadinya edema pulmonal, terganggunya kemampuan untuk membersihkan sekresi tracheobronchial dan meningkatnya emboli paru, namun imobilisasi lama tidak menyebabkan terjadinya perubahan pada peak expiratory flow (PEF)

5. Perubahan kardiovaskuler

Terjadi hipotensi ortostatik yang dapat disebabkan oleh menurunnya kemampuan syaraf otonom. Menurunnya tekanan darah sistolik (20 mmHg) dan diastol (10 mmHg) pada saat bangun dari tidur ke duduk atau dari posisi duduk ke berdiri. Klien imobilisasi terjadi penurunan sirkulasi volume cairan, penumpukan darah pada ekstremitas bawah dan penurunan respon autonom. Faktor tersebut menimbulkan penurunan aliran balik vena, diikuti dengan penurunan cardiac output,

di mana dimanifestasikan dengan penurunan tekanan darah. Imobilisasi meningkatkan kerja jantung dan konsumsi oksigen. Jantung bekerja keras dan menjadi tidak efisien saat beristirahat sehingga menimbulkan kegagalan cardiac output (Erlina, 2020)

6. Perubahan musculoskeletal

Imobilisasi memiliki efek pada otot. Hal ini disebabkan karena pemecahan protein, klien kehilangan masa otot. Penurunan masa otot mengakibatkan penurunan kemampuan beraktivitas. Imobilisasi yang lama menyebabkan terjadinya atropi otot (kehilangan jaringan otot) (Liu-Ambrose et al., 2002).

7. Perubahan eliminasi urin

Pada saat posisi berdiri, aliran urin keluar dari pelvis ginjal ke kandung kemih dibantu kekuatan gravitasi. Posisi recumbent/berbaring menyebabkan posisi ginjal dan ureter sejajar sehingga aliran urine menjadi lambat. Urin statis disebabkan karena kontraksi peristaltik ureter tidak cukup kuat mengatasi gravitasi. Kondisi ini meningkatkan risiko infeksi perkemihan dan pembentukan batu ginjal. Risiko batu ginjal juga meningkat akibat gangguan metabolisme kalsium dan hyperkalsemia.

8. Perubahan integument

Luka tekan/pressure ulcer merupakan kerusakan kulit karena adanya ischemia jaringan yang lama (penurunan suplai darah). Ulcer awalnya ditandai dengan adanya inflamasi dan biasanya terjadi pada area penonjolan tulang. Ketika klien berbaring atau duduk di kursi, berat badan berada pada penonjolan tulang. Penekanan yang lama menyebabkan ischemia yang menyebabkan risiko terjadinya kerusakan kulit.

## 11.3 Asuhan Keperawatan pada masalah Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi dan Imobilisasi

### Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dalam memenuhi kebutuhan mobilitas dan imobilitas sebagai berikut:

1. Riwayat keperawatan sekarang  
Pengkajian riwayat kesehatan klien meliputi alasan yang menyebabkan terjadi keluhan/gangguan dalam mobilitas seperti adanya kelemahan otot, kelelahan, tingkat mobilitas dan imobilitas, dan lama terjadinya gangguan mobilitas
2. Pengkajian keperawatan penyakit yang pernah diderita  
Pengkajian ini berhubungan dengan pemenuhan mobilitas, misalnya riwayat penyakit sistem neurologis, kardiovaskular, sistem muskuloskeletal, sistem pernafasan, penggunaan sedatif, hipnotik, depresan sistem saraf pusat, laksania, dan lain-lain.
3. Range of motion (ROM)  
ROM merupakan merupakan kesiapan maksimum gerakan yang dilakukan sendi. Pengkajian ini dilakukan pada daerah bahu, siku, lengan, panggul, dan kaki

**Tabel 11.1:** Derajat Normal Rentang Gerak Sendi (Hidayat and Uliyah, 2014)

Gerak Sendi	Derajat Rentang Normal
Bahu Adduksi: gerakan lengan ke lateral dari posisi samping keatas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh	180
Siku Fleksi: angkat lengan bawah kearah depan dan kearah atas menuju bahu.	150
Pergelangan tangan	

Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah.	80-90
Ekstensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi.	80-90
Hiperektensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin.	70-90
Abduksi: tekuk pergelangan tangan kesisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap keatas.	0-20
Adduksi: tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap keatas	30-50
Tangan dan Jari	
Fleksi: buat kepalan tangan	90
Ekstensi: luruskan jari	90
Hiperektensi: tekuk jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin	30
Abduksi: kembangkan jari tangan	20
Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20

#### 4. Kemampuan fungsi motorik

Pengkajian fungsi motorik antara lain pada tangan kanan dan kiri, kaki kanan dan kiri untuk menilai ada atau tidaknya kelemahan, kekuatan, atau spastis

#### 5. Kemampuan mobilitas

Dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun, dan berpindah tanpa bantuan. Kategori tingkat kemampuan aktivitas sebagai berikut:

Tingkat 0 : Mampu merawat diri penuh

Tingkat 1 : Memerlukan penggunaan alat

Tingkat 2 : Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain

Tingkat 3 : Memerlukan bantuan, pengawasan dan peralatan

Tingkat 4 : Sangat bergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

#### 6. Perubahan intoleransi aktivitas

Pengkajian intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan perubahan pada sistem pernapasan, antara lain suara napas, analisis gas darah, gerakan dinding toraks, adanya mucus, batuk yang produktif diikuti

panas, dan nyeri saat respirasi. Pengkajian intoleransi aktivitas terhadap perubahan sistem kardiovaskuler, seperti adanya thrombus, serta perubahan tanda vital setelah melakukan aktivitas atau perubahan posisi

#### 7. Kekuatan otot dan gangguan koordinasi

Dalam mengkaji kekuatan otot dapat dilakukan secara bilateral atau tidak. Derajat kekuatan otot dapat dibuat dalam enam derajat (0-5) derajat ini menunjukkan tingkat kemampuan otot yang berbeda-beda

**Tabel 11.2:** Derajat Kekuatan Otot (Hidayat and Uliyah, 2014)

Skala	Persentase Kekuatan	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

#### 8. Perubahan psikologis

Pengkajian perubahan psikologis yang disebabkan oleh adanya gangguan mobilitas dan imobilitas antara lain perubahan perilaku, peningkatan emosi, perubahan dalam mekanisme coping, dan lain-lain

### Diagnosis Keperawatan

Perawat melakukan identifikasi indikasi masalah aktual atau risiko pada saat analisa data status aktivitas dan latihan klien. Identifikasi komplikasi imobilisasi juga dilakukan terutama pada klien yang mengalami risiko tinggi. Diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan masalah pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan adalah gangguan mobilisasi fisik dan intoleransi aktivitas, namun diagnosis risiko sangat luas karena imobilisasi memengaruhi banyak sistem tubuh. Berikut Diagnosis keperawatan berdasarkan standar diagnosis

keperawatan Indonesia (SDKI) yang berkaitan dengan imobilisasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, kontraktur, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, program pembatasan gerak, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, keengganan melakukan pergerakan dibuktikan dengan Kekuatan otot menurun, ROM menurun, sendi kaku, gerakan terbatas, tidak terkoordinasi, fisik lemah, klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring (bedrest), imobilitas, kelemahan dibuktikan dengan frekuensi jantung meningkat >20%, tekanan berubah >20%, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, iskemia; sianosis, klien mengeluh lelah, lemah, dyspnea dan tidak nyaman saat/setelah aktivitas.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, penurunan motivasi dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang, menolak melakukan perawatan diri.
4. Risiko gangguan Integritas Kulit/Jaringan dibuktikan dengan adanya perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, penekanan/gesekan, kelembaban, penekanan pada tonjolan tulang
5. Risiko luka tekan dibuktikan dengan skala Braden Q = 16 (anak) atau Braden = 18 (dewasa), perubahan sensasi, skor American in sensation anesthesiologist (ASA) = 2, penurunan mobilisasi, penurunan perfusi jaringan, periode imobilisasi yang lama di atas permukaan yang keras, riwayat luka tekan, imobilisasi fisik.

### **Perencanaan Keperawatan**

Dalam menyusun rencana keperawatan terlebih dahulu menentukan luaran (outcome) keperawatan. Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi atau diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan.

Luaran keperawatan yang berkaitan dengan kebutuhan mobilisasi diuraikan sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018):

1. Gangguan mobilitas fisik

Mobilisasi fisik klien meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, rentang gerak (ROM) meningkat; nyeri, kecemasan, kaku sendi, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, kelemahan fisik menurun

2. Intoleransi aktivitas

Toleransi aktivitas klien meningkat dengan kriteria hasil: Frekuensi nadi, saturasi oksigen, kemudahan aktivitas, kecepatan berjalan, jarak berjalan, kekuatan tubuh, toleransi saat naik tangga meningkat; keluhan lelah, dyspnea, perasaan lemah, aritmia, sianosis menurun; warna kulit, tekanan darah, frekuensi nafas, EKG iskemia membaik.

3. Defisit perawatan diri

Perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, keinginan dan minat melakukan perawatan diri, mempertahankan kebersihan mulut, kebersihan diri meningkat

4. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan

Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: elastisitas, hidrasi, perfusi jaringan meningkat; kerusakan jaringan, kerusakan lapisan kulit, nyeri, kemerahan, hematoma, pigmentasi abnormal, jaringan parut, nekrosis menurun; suhu kulit, sensasi, tekstur membaik

5. Risiko luka tekan

Integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: elastisitas, hidrasi, perfusi jaringan meningkat; kerusakan jaringan, kerusakan lapisan kulit, nyeri, kemerahan, hematoma, pigmentasi abnormal, jaringan parut, nekrosis menurun; suhu kulit, sensasi, tekstur membaik

Intervensi keperawatan bertujuan untuk mencegah terjadinya gangguan dengan meminimalkan efek negative imobilisasi dan pemeliharaan kemampuan dengan memaksimalkan mobilitas pasien. Intervensi perawatan klien yang mengalami

perubahan mobilitas memerlukan pendekatan tim. Tetapkan prioritas pada saat perencanaan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan yang mendesak terlebih dahulu, hal ini penting dilakukan ketika pasien memiliki banyak diagnosis. Penetapan prioritas dilakukan dengan memastikan bahwa risiko komplikasi tidak diabaikan.

Intervensi keperawatan di bawah ini diuraikan berdasarkan tujuan intervensi:

1. Meningkatkan kekuatan otot, ketahanan otot, dan fleksibilitas sendi  
Meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot pada pasien dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas dan imobilitas dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:
  - a. Pengaturan posisi dengan cara mempertahankan posisi dalam postur tubuh yang benar
  - b. Cara ini dapat dilakukan dengan membuat sebuah jadwal tentang perubahan posisi selama kurang lebih setengah jam. Pelaksanaanya dilakukan secara bertahap agar kemampuan kekuatan otot dan ketahanan dapat meningkat secara berangsur-angsur.
  - c. Ambulasi dini merupakan salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot. Hal ini dilakukan dengan cara melatih posisi duduk ditempat tidur, turun dari tempat tidur, berdiri disamping tempat tidur, bergerak di bawah kursi roda dan seterusnya. Kegiatan ini dapat dilakukan secara berangsur-angsur.
  - d. Melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri untuk melatih kekuatan dan ketahanan serta kemampuan sendi agar mudah bergerak
  - e. Latihan isotonik dan isometrik. Latihan ini juga dapat digunakan untuk melatih kekuatan dan ketahanan otot dengan cara mengangkat beban yang ringan, kemudian beban yang berat. Latihan isotonic (dynamic exercise) dapat dilakukan dengan meningkatkan curah jantung ringan dan nadi.

- f. Latihan ROM, baik secara aktif maupun pasif. ROM merupakan tindakan untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot.
2. Meningkatkan fungsi kardiovaskuler  
Meningkatkan fungsi kardiovaskular sebagai dampak dari imobilitas dapat dilakukan antara lain dengan cara ambulasi dini, latihan aktif, dan pelaksanaan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Hal tersebut dilakukan secara bertahap. Di samping itu, dapat pula dilakukan pengukuran dan tekanan darah dan nadi setiap kali terjadi perubahan posisi. Untuk meningkatkan sirkulasi vena perifer dapat dilakukan dengan cara mengangkat daerah kaki secara teratur.
3. Meningkatkan fungsi respirasi  
Meningkatkan fungsi respirasi sebagai dampak dari imobilitas dapat dilakukan dengan cara melatih pasien untuk mengambil napas dalam dan batuk efektif, mengubah posisi pasien tiap 1-2 jam, melakukan postural drainage, perkusi dada, dan vibrasi.
4. Meningkatkan fungsi gastrointestinal  
Meningkatkan fungsi gastrointestinal dapat dilakukan dengan cara mengatur diet tinggi kalori, protein, vitamin, dan mineral. Selain itu, untuk mencegah dampak dari imobilitas dapat dilakukan dengan latihan ambulasi.
5. Meningkatkan fungsi sistem perkemihan  
Meningkatkan sistem kemih dapat dilakukan dengan latihan atau mengubah posisi serta latihan mempertahankanya. Pasien dianjurkan untuk minum 2.500 cc per hari atau lebih, dan menjaga kebersihan perineal. Apabila pasien tidak dapat buang air kecil secara normal, dapat dilakukan kateterisasi. Di samping itu, untuk mencegah inkontinensia urine, dapat dilakukan dengan cara minum banyak pada siang hari dan minum sedikit pada malam hari.
6. Memperbaiki gangguan psikologis  
Meningkatkan kesehatan mental dan mengurangi emosi sebagai dampak dari imobilitas dapat dilakukan dengan melakukan komunikasi secara terapeutik dengan berbagai perasaan, membantu

---

pasien untuk mengekspresikan kecemasannya, meningkatkan privasi pasien, memberikan dukungan moril, mempertahankan citra diri, menganjurkan untuk melakukan interaksi social, mengajak untuk berdiskusi tentang masalah yang dihadapi, dan seterusnya.



# **Bab 12**

## **Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan dan Perawatan Diri**

### **12.1 Pendahuluan**

Kebersihan pribadi memengaruhi kenyamanan, keamanan, dan kesejahteraan pasien. Hygiene meliputi kegiatan pembersihan dan perawatan dengan menjaga kebersihan diri dan penampilan tubuh. Berbagai masalah pribadi, sosial, keuangan, dan faktor budaya memengaruhi praktik kebersihan. Karena perawatan kebersihan membutuhkan kontak dekat dengan pasien perawat, penting menggunakan keterampilan komunikasi (mis., mendengarkan, merefleksikan, memfokuskan) untuk melakukan hubungan terapeutik. Saat memberikan kebersihan, integrasikan keperawatan lain aktivitas, termasuk penilaian dan intervensi pasien seperti latihan rentang gerak (ROM) atau inspeksi dan perawatan lokasi pemasangan intravena (IV).

Orang yang sehat biasanya mampu memenuhi kebutuhan kebersihannya sendiri. Namun, gangguan fisik atau kognitif dan emosional sering menyebabkan individu membutuhkan beberapa bantuan untuk memperhatikan kondisi kebersihan diri. Selama perawatan diruang rawat inap, maka nilai kemampuan setiap pasien untuk melakukan perawatan kebersihan diri disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan individu. Saat melakukannya

perlu adaptasi untuk teknik dan pendekatan kebersihan, selalu memastikan privasi, menyampaikan rasa hormat, dan menumbuhkan kemandirian pasien, keamanan, dan kenyamanan.

Perawatan kebersihan yang tepat, membutuhkan pemahaman tentang anatomi dan fisiologi kulit, kuku, rongga mulut, mata, telinga, dan hidung. Kulit dan sel mukosa menukar oksigen, nutrisi, dan cairan dengan pembuluh darah. Sel membutuhkan nutrisi yang cukup, hidrasi, dan sirkulasi untuk melawan cedera dan penyakit. Teknik kebersihan yang baik mempromosikan struktur dan fungsi normal dari jaringan ini.

Menerapkan pengetahuan patofisiologi untuk memberikan perawatan preventif kebersihan diri. Kenali keadaan penyakit yang membuat perubahan pada integumen, oral rongga, dan organ sensorik. Misalnya, diabetes mellitus sering mengakibatkan perubahan vaskular kronis yang mengganggu penyembuhan kulit dan mukosa. Tahap awal pada penyakit Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS), jamur, infeksi rongga mulut sering terjadi. Kelumpuhan saraf trigeminal (saraf kranial V) menghilangkan refleks berkedip, menyebabkan risiko pengeringan kornea. Dengan adanya kondisi seperti ini, perlu tindakan kebersihan diri dengan meminimalkan cedera. Gunakan waktu yang dihabiskan untuk memberikan perawatan kebersihan untuk menilai dan mengidentifikasi kelainan dan memulai tindakan yang tepat untuk mencegah lebih lanjut cedera pada jaringan sensitif.

Seseorang tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri dipengaruhi kondisi fisik atau keadaan emosional pasien. Oleh karena itu perlu bantuan orang lain. Peran perawat dalam personal hygiene adalah untuk mempertahankan atau membantu pasien memelihara integritas kulit sehingga sel-sel kulit mendapat nutrisi dan hidrasi yang diperlukan untuk menahan cedera dan penyakit. Umumnya dapat dikatakan bahwa memandikan diri setiap hari adalah suatu keharusan. Dianjurkan agar kita setiap hari mandi. Disamping itu diharapkan pula agar kita mengganti pakaian dalam kita setiap hari dan pakaian luar kita ganti sesuai dengan keperluan. Tangan, kuku serta rambut kita harus selalu bersih dan mendapat perawatan yang baik. Perawatan tubuh dan pakaian yang baik penting artinya bagi setiap orang, dalam hubungan dengan masalah ini, maka kepada perawat diberi tuntutan yang lebih besar, mengingat bahaya infeksi yang mereka selalu hadapi.

## 12.2 Konsep Dasar Personal Hygiene

### 12.2.1 Pengertian

Personal hygiene (kebersihan diri) berasal dari kata Yunani, berasal dari kata personal yang artinya perorangan dan hygiene berarti sehat. Tautan kata tersebut dapat diartikan bahwa kebersihan perorangan atau personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan seseorang untuk kesejahteraan, baik fisik maupun psikisnya (Permatasari, Rohimah, & Romlah, 2019). Kebersihan perorangan adalah cara perawatan diri seseorang untuk memelihara kesehatannya. Personal hygiene atau kebersihan diri adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis.

### 12.2.2 Tujuan

Umumnya tujuan dilakukan perawatan kebersihan diri adalah meningkatkan derajat kesehatan, rasa nyaman dan menciptakan keindahan, serta meningkatkan percaya diri sehingga dapat mencegah penyakit pada diri sendiri maupun pada orang lain.

Namun secara khusus, personal hygiene sendiri bertujuan:

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
2. Memelihara kebersihan diri seseorang
3. Memperbaiki personal hygiene yang kurang
4. Mencegah penyakit
5. Menciptakan keindahan
6. Meningkatkan rasa percaya diri
7. Menghilangkan minyak yang menumpuk, keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri
8. Menghilangkan bau badan yang berlebihan
9. Memelihara integritas permukaan kulit
10. Menstimulasi sirkulasi / peredaran darah
11. Meningkatkan perasaan sembuh bagi pasien

### 12.2.3 Macam-macam

Penjelasan tentang macam-macam personal hygiene (Potter & Perry, 2020) sebagai berikut:

#### 1. Perawatan Kulit

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai, sekresi, ekskresi, pengatur temperatur, sensasi, dan kulit berfungsi juga sebagai pertukaran oksigen, nutrisi dan cairan dengan pembuluh di bawahnya, sintesa sel baru dan eliminasi sel mati. Kondisi kulit tergantung pada praktek hygiene dan paparan iritan lingkungan, sejalan dengan usia, kulit kehilangan layak kenyal dan kelembaban, pada kelenjar sebacea dan keringat menjadi kurang aktif. Epitalium menipis dan serabut kolagen elastik, menyusut sehingga kulit mudah pecah. Perubahan ini merupakan peringatan ketika bergerak dan mengatur posisi pada lansia. Khas kulit lansia adalah kering dan berkerut, masalah kulit yang umum yaitu kulit kering, jerawat, hirsutisme dan suam. Kulit tujuan dari membersihkan kulit dengan mandi yaitu; membersihkan kulit, stimulasi sirkulasi, citra diri, pengurangan bau badan dan peningkatan rentang gerak. Tipe mandi yang terapeutik terdiri dari mandi bak mandi air panas, mandi bak air hangat, mandi bak air dingin, berendam dan rendam duduk.

Epidermis merupakan pelindung jaringan di bawahnya terhadap kehilangan cairan, cedera mekanis maupun kimia serta masuknya mikroorganisme penyakit. Bakteri, umumnya tinggal pada permukaan luar kulit. Tempat tinggal bakteri misalnya korinebakterium merupakan flora normal yang tidak menyebabkan penyakit tapi menghalangi multiplikasi penyakit akibat mikroorganisme. Dermis lapisan kulit yang lebih tebal terdiri dari jaringan ikat kolagen dan serabut saraf, pembuluh darah, kelenjar keringat, kelenjar sebacea, dan folikel rambut. Kelenjar sebacea mengeluarkan sebum, minyak, cairan odor ke dalam folikel rambut untuk minyak kulit dan rambut agar lemas dan liat. Ada dua tipe kelenjar keringat yaitu ektrin lebih banyak pada dahi, telapak tangan dan kaki, hal ini untuk membantu pengendalian temperatur melalui evaporasi, sedangkan kelenjar

apokrin pada area aksila dan genital. Dekomposisi bakteri dari keringat dari kelenjar ini bertanggung jawab pada bau tubuh.

## 2. Perawatan Rambut

Penampilan dan kesejahteraan seseorang sering kali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penyakit atau ketidak mampuan mencegah seseorang untuk memelihara perawatan rambut sehari-sehari. Menyikat, menyisir dan bersampo adalah cara-cara dasar higienis untuk semua usia. Pertumbuhan, distribusi pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum, perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, penuaan, infeksi dan penyakit tertentu atau obat-obatan dapat memengaruhi karakteristik rambut. Rambut normal adalah bersih, bercahaya, dan tidak kusut, untuk kulit kepala harus bebas dari lesi kehilangan disebabkan karena praktik perawatan yang tidak tepat atau penggunaan medikasi kemoterapi, menjelaskan mengenai masalah rambut dan kulit kepala yang sering terjadi yaitu:

- a. Ketombe: sering disertai rasa gatal, ketombe tampak sebagai kulit kulit kepala yang bersisik secara meluas. Bahkan pada kasus yang berat sampai melibatkan liang telinga dan alis mata. Ketombe biasanya dapat di atasi secara efektif dengan sampo yang dijual bebas.
  - b. Pediculosis (kutu): parasit kecil berwarna abu-abu kecoklatan yang menggigit hingga ke jaringan dan mengisap darah, kutu menyebarkan beberapa penyakit ke manusia, terutama demam berbintik.
  - c. Pediculosis capitis (kutu kepala)
  - d. Pediculosis corporis (kutu badan)
  - e. Pediculosis pubis (kutu kepitng)
  - f. Kehilangan rambut (alopesia)
- ## 3. Perawatan Mata, Telinga, dan Hidung
- Perhatian khusus diberikan untuk membersihkan mata, telinga dan hidung secara normal tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata karena secara terus-menerus dibersihkan air mata, dan

kelopak mata, dan bulu mata mencegah partikel asing. Seseorang hanya memerlukan untuk memindahkan sekresi kering yang terkumpul kepada kantung sebelah, dalam bulu mata hygiene telinga mempunyai implikasi ketajaman pendengaran sebesea lilin atau benda asing berkumpul pada kanal telinga luar yang mengganggu konduksi suara, khususnya pada lansia rentan masalah. Hidung memberikan temperatur dan kelembaban udara yang pernafasan dihirup serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem kumulasi sekresi yang mengeras di dalam nares dapat merusak sensasi olfaktori dan pernafasan.

#### 4. Perawatan Kaki, Tangan, dan Kuku

Kaki dan kuku sering kali memerlukan perawatan khusus untuk mencegah infeksi, bau dan cedera pada jaringan. Perawatan dapat digabungkan pada saat mandi atau pada waktu yang terpisah. Masalah yang timbul bukan karena perawatan yang salah atau kurang terhadap kaki dan tangan seperti menggigit kuku atau memotong yang tidak tepat. Pemaparan dengan zat-zat kimia yang tajam dan pemakaian sepatu yang tidak pas. Ketidaknyamanan dapat mengarah pada stres fisik dan emosional.

### 12.2.4 Faktor yang Memengaruhi

Faktor yang dapat memengaruhi personal hygiene (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015), yaitu:

#### 1. Status kesehatan

Dalam status ini dapat dijelaskan apabila seseorang yang mengalami sakit atau cedera, maka memerlukan istirahat total atau bedrest dalam waktu yang lama, sehingga hal ini memiliki banyak memengaruhi seseorang dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene. Dan disinilah peran seorang perawat untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dan dapat mencegah gangguan kerusakan membrane mukosa dan kulit.

#### 2. Budaya

Indonesia memiliki banyak budaya sehingga banyak sekali mitos yang berkembang dimasyarakat dengan menjelaskan apabila ada seseorang

dalam keadaan sakit maka tidak perlu untuk dimandikan karena nanti malah bertambah parah penyakitnya.

3. Status sosial-ekonomi

Status ini dapat diartikan bahwa seseorang akan memenuhi kegiatan personal hygiene dengan baik maka harus memerlukan sarana dan prasarana. Misal seperti: kamar mandi, air yang bersih, wc, peralatan mandi (ada sabun, shampo, sikat gigi, pasta gigi, dan lain lain) sehingga hal ini memerlukan biaya dan akan memengaruhi seseorang dalam pemenuhan personal hygiene dengan baik.

4. Tingkat pengetahuan dan perkembangan

Status tingkat pengetahuan dan perkembangan ini di dalam kedewasaan seseorang memiliki pengaruh yang baik pada kualitas hidupnya, pengetahuan itu sangat penting untuk meningkatkan status dan perkembangan status kesehatan. Misal seperti ini: Apabila ingin terhindar dari penyakit kulit maka seharusnya orang-orang tersebut tahu agar menjaga kulit tetap bersih dan sehat dengan cara mandi yang teratur dan menggunakan sabun dan lain-lain.

5. Praktik sosial

Masa anak-anak akan mendapatkan praktik personal hygiene dari orang tuanya terkadang juga dari gurunya, untuk masa remaja terkadang lebih cenderung diperhatikan oleh teman atau bahkan pacarnya dan sedangkan pada praktik personal hygiene lansia dapat berubah karena situasi kehidupannya

6. Citra tubuh

Citra tubuh merupakan penampilan umum pasien yang dapat menggambarkan pentingnya hygiene pada orang tersebut. Apabila pasien rapi atau bersih sekali maka perawat akan mempertimbangkan ketika merencanakan perawatan dan akan berkonsultasi dalam membuat keputusan personal hygiene.

7. Pilihan pribadi

Pasien memiliki keinginan individu dan pilihan kapan untuk mandi, sikat gigi, perawatan rambut, memotong kuku dan lain-lain. Setiap pasien juga bebas memiliki pilihannya sendiri terkait perawatan

personal hygiene dengan apa saja atau bisa juga di maksud bebas memilih merk alat mandi yang cocok dengan pasien dan sesuai kebutuhan pasien.

### 12.2.5 Prinsip

#### 1. Kulit

Kulit seringkali merefleksikan perubahan pada kondisi fisik dengan perubahan pada warna, ketebalan, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi, sedangkan selama kulit masih utuh dan sehat, fungsi fisiologis masih optimal. Perawatan genetalia untuk mencegah dan mengontrol infeksi, mencegah kerusakan kulit dan meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan kebersihan diri. Perawatan dilakukan minimal dua kali sehari, lebih sering pasien dengan infeksi genetalia atau wanita menstruasi

#### 2. Rambut

Cara merawat rambut antara lain, cuci rambut 1-2 kali seminggu (sesuai keadaan pasien), dengan memakai shampo yang cocok, gunakan sisir besar untuk rambut keriting dan tidak bergigi tajam.

#### 3. Mata, Telinga, dan Hidung

Kotoran mata dapat menempel pada sudut mata dan bulu mata, sehingga perlu menjaga kebersihan untuk mempertahankan kesehatan mata dan mencegah infeksi. Secara tipikal, perawatan higienis hidung sangatlah sederhana, namun apabila pasien menggunakan nasogastrik, pemberian makanan enteral, atau pipa endotrakhea yang masuk ke dalam membutuhkan perhatian khusus. Hidung terdiri dari mukosa hidung, maka harus dijaga agar tidak terjadi iritasi. Telinga harus dibersihkan bila ada kotoran yang menyumbat telinga, dengan mengeluarkan secara pelan. Ketika merawat pasien yang menggunakan alat bantu pendengaran, perawat menginstruksikan saat pembersihan dan pemeliharaan yang tepat seperti teknik komunikasi yang meningkatkan pendengaran terkait kata yang diucapkan.

#### 4. Kaki dan Kuku

Masalah umum pada kaki dan kuku seperti kalus (pengerasan), katimumul atau keratosis pada jari di atas tonjolan tulang bentuknya kerucut, bulat dan naik. Kutil (plantar wart) yaitu luka yang menjamur pada tumit kaki disebabkan virus papiloma. Infeksi jamur kaki (tinea pedes) biasanya antara jari dan tumit, keadaan melempuh, berair, hal ini biasanya disebabkan alas kaki yang ketat. Kuku yang tumbuh kedalam. Bau kaki, hal ini disebabkan keringat berlebih yang meningkatkan perkembangan mikroorganisme. Kuku sehat yaitu transparan, lembut dan alas jari pink dan ujung putih tembus cahaya, sedangkan pada lansia tebal dan kuning. Kulit sekitar kuku dan kutikula lembut dan tanpa inflamasi. Cara merawat kuku dengan menjaga kebersihan kotoran dibalik kuku dan memotongnya sesuai kebutuhan.

### 12.2.6 Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan dilakukan personal hygiene dibagi menjadi empat, yaitu:

#### 1. Dini Hari

Tindakan yang umumnya dilakukan pada waktu dini hari digunakan untuk pemeriksaan penunjang yang terjadwal seperti pengambilan bahan pemeriksaan (feses atau urine), memberikan pertolongan bedapan atau urinal apabila pasien tidak mampu ambilasi, persiapan sarapan sehingga perlu dilakukan tindakan kebersihan diri seperti mencuci muka, tangan, dan mulut yang dilakukan pada waktu bangun tidur.

#### 2. Pagi Hari

Perawatan yang dilakukan pada pagi hari umumnya dilakukan setelah sarapan, seperti pemenuhan kebutuhan eliminasi, mandi dan/atau mencuci rambut, perawatan kulit & kuku, membersihkan mulut, serta merapikan tempat tidur.

#### 3. Siang Hari

Tindakan perawatan yang dilaksanakan pada siang hari, dilakukan setelah berbagai kegiatan pengobatan atau pemeriksaan terutama

pasien yang dilakukan perawatan di rumah sakit seringkali menjalani tes diagnostik yang melelahkan di pag hari, sehingga setelah makan siang tindakan perawatan kebersihan diri meliputi mencuci muka dan tangan, membersihkan mulut, merapikan tempat tidur, dan pemeliharaan kesehatan lingkungan.

#### 4. Menjelang Tidur

Perawatan yang dilakukan menjelang tidur bertujuan agar pasien menjadi rileks, sehingga dapat tidur atau istirahat dengan tenang dan berkualitas. Kegiatan personal hygiene yang dapat dilakukan seperti mencuci muka dan tangan, membersihkan mulut, pemenuhan kebutuhan eliminasi, dan melakukan pemijatan daerah punggung.

## 12.3 Konsep Keperawatan Personal Hygiene

### 12.3.1 Pengkajian

#### 1. Kaji Perawatan Hygiene secara Umum:

- a. Identifikasi pasien terhadap toleransi prosedur hygiene, tipe perawatan yang diperlukan dan masalah kesehatan pasien
- b. Selama membantu pasien melakukan hygiene kaji seluruh permukaan kulit secara inspeksi dan palpasi, meliputi perubahan integumen, respon terapi
- c. Kaji fisik kulit
  - Observasi kondisi kulit meliputi warna, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi kulit.
  - Masalah kulit seperti: Kulit kering karena kebanyakan mandi, penggunaan sabun berlebihan atau sabun kasar dan alkalin, kulit maserasi, daerah kalus kaki, tangan. Ruam kulit atau erupsi kulit dari reaksi alergi bisa datar, naik berupa local atau sistemik, pruritik atau nonpruritik. Dermatitis kontak yaitu

inflasi ditandai dengan letusan eritema, pruritis, nyeri, bersisik. Abrasi dan lesi kulit rusak, perdarahan, cairan. Dekubitus dampak dari imobilisasi lama, bagian badan tergantung, terpapar tekanan seperti gips, linen, matras.

- d. Kaji kemampuan perawatan diri pasien seperti pasien tidak mampu merawat kulit maka perawat memberi bantuan atau mengajarkan pada keluarga. Kaji keseimbangan, toleransi, kekuatan otot, keadaan berbaring, kemampuan duduk, alat yang dibutuhkan, dan jarak rentang gerak pada ekstremitas pasien.
  - e. Kaji masalah kesehatan pasien seperti gangguan fungsi kognitif dan kondisi fisik.
  - f. Kaji penurunan sensasi. Pasien tidak mampu merasakan cedera permukaan kulit biasanya pada pasien dengan paralisis, insufisiensi sirkulasi, kerusakan saraf
2. Pengkajian Rambut
- a. Kaji kondisi rambut dan kulit kepala: rambut normal bersih, bercahaya, tidak kusut, kulit kepala bebas dari lesi.
  - b. Mengkaji masalah rambut: ketombe, kutu (pediculosis), kehilangan rambut, pembotakan (alopecia).
  - c. Mengkaji kemampuan perawatan diri pasien untuk merawat rambut (kondisi penyakit pasien merusak kemampuan pasien dalam perawatan rambut).
  - d. Praktik perawatan rambut: dengan mengkaji gaya rambut perawat dapat mengatur pola rambut, produk perawatan, waktu perawatan.
3. Pengkajian Kaki dan Kuku:
- a. Lakukan inspeksi pada permukaan kulit: bentuk, ukuran, jumlah jari, bentuk kaki, dan kondisi kaki meliputi adanya luka, inflamasi, iritasi dan pecah-pecah
  - b. Amati jari kaki, secara normal adalah lurus, datar dan kaki harus dalam garis lurus dengan mata kaki dan tibia
  - c. Kaji cara berjalan, apa pincang atau tidak alami, rasa nyeri saat berjalan.

- d. Kaji keadekuatan sirkulasi perifer pada kaki terutama pasien dengan diabetes: dengan cara palpasi dari pedis dorsalis dan denyut tibial posterior.
  - e. Kaji adanya neuropati yaitu degenerasi saraf perifer yang ditandai kehilangan sensasi dengan cara sentukan ringan, suhu atau tusukan.
  - f. Kaji kemampuan klem tentang perawatan kaki dan kuku.
  - g. Amati kuku: kuku sehat yaitu transparan, lembut dan alas jari pink dan ujung putih tembus cahaya, sedangkan pada lansia tebal dan kuning. Kulit sekitar kuku dan kutikula lembut dan tanpa inflamasi.
4. Pemeriksaan Fisik
- Pemeriksaan fisik personal hygiene individu mulai dari ekstremitas atas sampai bawah:
- a. Rambut. Amati kondisi rambut (warna, tekstur, kuantitas), apakah tampak kusam? Apakah ditemukan kerontokan?
  - b. Kepala. Amati dengan seksama kebersihan kulit kepala. Perhatikan adanya ketombe, kebotakan, atau tanda-tanda kemerahan.
  - c. Mata. Amati adanya tanda-tanda ikterus, konjungtiva pucat, secret pada kelopak mata, kemerahan atau gatal-gatal pada mata.
  - d. Hidung. Amati kondisi kebersihan hidung, kaji adanya sinusitis, pendarahan hidung, tanda-tanda pilek yang tidak kunjung sembuh, tanda-tanda alergi atau perubahan pada daya penciuman.
  - e. Mulut. Amati kondisi mukosa mulut dan kaji kelembabannya. Perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi/sariawan, kekeringan, atau pecah-pecah.
  - f. Gigi. Amati kondisi dan kebersihan gigi. Perhatikan adanya tanda-tanda karang gigi, karies, gigi pecah-pecah, tidak lengkap, atau gigi palsu.
  - g. Telinga. Amati kondisi dan kebersihan telinga. Perhatikan adanya serumen atau kotoran pada telinga, lesi, infeksi, atau perubahan daya pendengaran.

- h. Kulit. Amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembaban) dan kebersihannya. Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus.
- i. Kuku tangan dan kaki. Amati bentuk dan kebersihan kuku. Perhatikan adanya kelainan atau luka.
- j. Genetalia. Amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum. Perhatikan pola pertumbuhan rambut pubis. Pada laki-laki, perhatikan kondisi skrotum dan testisnya.
- k. Higiene personal secara umum. Amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum. Perhatikan adanya kelainan pada kulit dan bentuk tubuh.

### 12.3.2 Diagnosa dan Luaran

Diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI (2018) untuk masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri adalah Defisit Perawatan Diri (D.0109).

**Tabel 12.1:** SDKI: Defisit Perawatan Diri (PPNI, 2018)

Keterangan		
Definisi	Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri	
Penyebab	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>2. Gangguan neuromuskuler</li> <li>3. Kelemahan</li> <li>4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik</li> <li>5. Penurunan motivasi/minat</li> </ol>	
Tanda dan Gejala	Mayor	Minor
	<i>Subjektif:</i> Menolak melakukan perawatan diri <i>Objektif:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</li> <li>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</li> </ol>	<i>Subjektif:</i> (tidak tersedia)  <i>Objektif:</i> (tidak tersedia)

Kondisi Klinis Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medula spinalis</li> <li>3. Depresi</li> <li>4. Arthritis reumatoid</li> <li>5. Retardasi mental</li> <li>6. Delirium</li> <li>7. Demensia</li> <li>8. Gangguan amnestik</li> <li>9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain</li> <li>10. Fungsi penilaian terganggu</li> </ol>
Diagnosis ini dispesifikasikan menjadi salah satu atau lebih dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mandi</li> <li>2. Berpakaian</li> <li>3. Makan</li> </ol>	

**Tabel 12.2:** Luaran Perawatan Diri (L.11103) (PPNI, 2018)

Luaran Utama	Luaran Tambahan
Perawatan Diri (L.11103)	Fungsi sensori (L.06048)
	Koordinasi pergerakan (L.05041)
	Mobilitas fisik (L.05042)
	Motivasi (L.09080)
	Status kognitif (L.09086)
	Status neurologi (L.06053)
	Status (tingkat) kenyamanan (L.08064)
	Tingkat delirium (L.09095)
	Tingkat demensia (L.09096)
	Tingkat keletihan (L.05046)
Tingkat nyeri (L.08066)	
<b>Definisi Perawatan Diri:</b>	
Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri	
Ekspektasi: Meningkatkan	
Kriteria Hasil	Kemampuan mandi meningkat
	Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
	Kemampuan makan meningkat
	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
	Minat melakukan perawatan diri meningkat
	Mempertahankan kebersihan diri meningkat
Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	

### 12.3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI (2018) untuk masalah pemenuhan kebutuhan perawatan diri yang terdiri dari intervensi utama dan intervensi tambahan.

**Tabel 12.3:** Intervensi dengan Masalah Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri sesuai dengan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018)

Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Dukungan perawatan diri (I.11348)	✓ Dukungan Emosional
Dukungan perawatan diri: Mandi (I.11352)	✓ Dukungan Pengambilan Keputusan
Dukungan perawatan diri: berpakaian/berhias (I.11350)	✓ Dukungan Tanggung Jawab pada Diri Sendiri Perawatan Mata
Dukungan Perawatan diri: BAB / BAK (I.11349)	✓ Kontrak Perilaku Positif
Dukungan perawatan diri: makan / minum (I.11351)	✓ Perawatan Kuku
	✓ Perawatan Lensa Kontak
	✓ Manajemen Demensia
	✓ Manajemen Energi
	✓ Manajemen Lingkungan
	✓ Manajemen Nutrisi
	✓ Manajemen Nyeri
	✓ Pemberian Makanan
	✓ Pemberian Makanan
	✓ Perawatan Mulut
	✓ Perawatan Perineum
	✓ Perawatan Rambut
	✓ Perawatan Telinga
	✓ Promosi Citra Tubuh
	✓ Promosi Harga Diri
	✓ Promosi Komunikasi: Defisit Pendengaran
	✓ Promosi Komunikasi: Defisit Visual
	✓ Promosi Latihan Fisik
	✓ Reduksi Ansietas
	✓ Pencegahan Jatuh
	✓ Penentuan Tujuan Bersama
	✓ Pengaturan Posisi
	✓ Perawatan Kaki
	✓ Terapi Manelan

Berikut adalah salah satu intervensi perawatan diri, dukungan perawatan diri: makan/minum (I.11351)

1. Observasi
  - a. Identifikasi diet yang dianjurkan
  - b. Monitor kemampuan menelan
  - c. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu
2. Terapeutik
  - a. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
  - b. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
  - c. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
  - d. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
  - e. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
  - f. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
  - g. Sediakan makanan dan minuman yang disukai
  - h. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
  - i. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia
3. Edukasi

Jelaskan posisi makan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (misal sayur di jam 12, rendang di jam 3)
4. Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

### 12.3.4 Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di buat sesuai dengan penetapan diagnosa keperawatan, di mana terdapat tanggal dan waktu pelaksanaan, respon pasien, dan disertai tandatangan dan nama lengkap pemberi perawatan.

### 12.3.5 Evaluasi

1. Mendemonstrasikan cara memenuhi personal hygiene (bila sadar dan cara memilih alat dalam memenuhi personal hygiene).
2. Pemenuhan kebersihan diri pasien meningkat dan respon nyaman pasien sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan



# Bab 13

## Integritas Kulit dan Luka Bakar

### 13.1 Pendahuluan

Kulit merupakan organ terbesar dalam tubuh dengan persentase 15% dari total berat badan orang dewasa. Kulit juga merupakan pelindung atau barier terhadap organisme penyebab penyakit dan merupakan organ sensorik untuk rasa sakit, suhu, dan sentuhan. Selain sebagai pelindung dan organ sensorik, kulit juga mensintesis vitamin D (Potter et al., 2013). Cedera pada kulit menimbulkan risiko ketidaknyamanan berupa perlukaan dan memicu adanya respon penyembuhan yang kompleks. Seorang perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam merawat pasien khususnya untuk memperhatikan kesehatan kulit. Peran dan tanggung jawab yang paling penting diantaranya yaitu menilai dan memantau integritas kulit, mengidentifikasi risiko pasien untuk masalah kulit, mengidentifikasi masalah aktual, dan merencanakan, menerapkan, serta mengevaluasi intervensi untuk menjaga integritas kulit. Seorang perawat yang melakukan perawatan khususnya pada pasien yang mengalami kerusakan pada kulit akibat luka sangat penting untuk mengetahui proses penyembuhan luka yang normal untuk mengidentifikasi intervensi keperawatan yang tepat (Potter et al., 2013).

Luka merupakan salah satu gangguan yang menyebabkan kerusakan pada kulit. Luka dapat terjadi karena berbagai macam penyebab diantaranya karena faktor fisik dan kimiawi. Melalui proses fisiologis, luka dapat sembuh dengan

sendirinya (Flanagan, 2013). Kerusakan integritas kulit kebanyakan sering terjadi pada orang dewasa yang lebih tua, selain itu juga bisa terjadi akibat mobilitas terbatas, penyakit kronik, atau trauma. Apabila luka tidak disembuhkan dengan baik maka akan muncul komplikasi diantaranya hematom, infeksi, dan keloid (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Untuk melindungi integritas kulit dan menangani luka secara efektif maka seorang perawat harus memahami faktor-faktor yang memengaruhi integritas kulit, fisiologi penyembuhan luka, dan tindakan spesifik yang meningkatkan kondisi kulit yang optimal (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Luka dan integritas kulit mempunyai kaitan yang erat sekali karena adanya luka pada kulit dapat merusak integritas kulit. Pada pembahasan topik ini akan diuraikan tentang konsep integritas kulit dan luka serta menguraikan konsep tentang luka bakar.

## 13.2 Integritas Kulit

Pengertian integritas kulit mengacu pada kulit sebagai struktur yang utuh dan sehat dan dalam kondisi yang tidak rusak atau tidak mengalami gangguan atau kelainan (Cowdell et al., 2020). Sedangkan gangguan integritas kulit adalah keadaan di mana seorang individu mengalami atau berisiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis (Carpenito, 2017; Cowdell et al., 2020). Batasan karakteristik mayor untuk kerusakan integritas kulit harus terdapat gangguan jaringan pada lapisan epidermis dan atau dermis. Integritas kulit selalu berkaitan dengan kesehatan kulit seseorang. Indikasi kulit yang utuh dan bagus selalu mengacu pada adanya kulit yang normal dan lapisan kulit yang tidak mengalami gangguan akibat luka. Penampilan kulit dan integritas kulit dipengaruhi oleh faktor internal seperti genetika, usia, dan kesehatan serta faktor eksternal seperti aktivitas (Berman, Snyder and Frandsen, 2016). Genetika dan keturunan menentukan kesehatan kulit seseorang, termasuk warna kulit, kepekaan terhadap sinar matahari, dan alergi. Usia juga memengaruhi integritas kulit seseorang. Usia yang masih muda cenderung akan memiliki kulit yang bagus dan jika mengalami luka akan cepat untuk sembuh khususnya pada usia bayi dan anak-anak. Namun untuk usia yang sudah tua kulit menjadi lebih rapuh dan rentan mengalami cedera dibanding pada orang dewasa (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Banyak penyakit kronik yang dialami oleh pasien dan perawatannya memengaruhi integritas kulit. Orang dengan gangguan sirkulasi arteri perifer mempunyai kemungkinan besar kulit di bagian kaki yang mudah rusak. Beberapa obat seperti obat kortikosteroid juga bisa menyebabkan penipisan kulit dan membuat kulit mudah terluka. Selain itu juga banyak obat yang dapat meningkatkan kepekaan terhadap sinar matahari sehingga membuat seseorang mudah terbakar kulitnya akibat sinar matahari. Obat jenis antibiotik tertentu (misalnya, tetrasiklin dan doksisisiklin), obat kemoterapi untuk kanker (misalnya metotreksat), dan beberapa obat psikoterapi (misalnya antidepresan trisiklik) juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan dan integritas kulit. Selain hal-hal yang telah disebutkan tadi, nutrisi yang buruk juga dapat mengganggu penampilan atau integritas dan fungsi kulit (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Luka yang dialami oleh seseorang sering menjadi penyebab dan faktor risiko utama yang memengaruhi integritas kulit seseorang menjadi rusak. Pasien-pasien yang menjalani perawatan juga mempunyai risiko untuk mengalami luka akibat dari imobilisasi dalam jangka waktu yang lama seperti timbulnya luka tekan sehingga merusak integritas kulit. Berikut akan diuraikan secara singkat tentang jenis-jenis luka yang berdampak pada integritas kulit (Flanagan, 2013).

### 13.2.1 Jenis-Jenis Luka

Luka yang terjadi pada tubuh seseorang dapat terjadi baik karena disengaja maupun karena tidak disengaja. Luka yang disengaja contohnya adalah seperti luka pada kulit akibat operasi. Meskipun tujuannya secara terapeutik untuk pengobatan dengan cara mengangkat jaringan tumor namun karena dokter ahli bedah harus membuat perlukaan dengan cara memotong jaringan tubuh sehingga menimbulkan trauma. Sedangkan luka yang tidak disengaja adalah akibat kecelakaan, misalnya seseorang mengalami fraktur pada bagian lengan akibat tabrakan dengan mobil. Kecelakaan bisa membuat jaringan menjadi trauma seperti adanya muncul luka atau kerusakan pada kulit (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Berikut ini adalah jenis-jenis luka berdasarkan tingkat kontaminasi yang dialami (Berman, Snyder and Frandsen, 2016):

1. Luka bersih, adalah luka bedah yang tidak mengalami infeksi, tidak terjadi proses peradangan (inflamasi). Luka bersih biasanya

- menghasilkan luka yang tertutup. Kemungkinan terjadinya infeksi luka sekitar 1-5%.
2. Luka bersih terkontaminasi, adalah luka pembedahan di mana saluran pernapasan, pencernaan, genital atau perkemihan dalam kondisi yang terkontrol atau tidak mengalami dampak luka. Pada jenis luka ini kontaminasi tidak selalu terjadi. Kemungkinan timbulnya infeksi luka adalah 3-11%.
  3. Luka terkontaminasi, adalah luka yang meliputi luka terbuka, luka yang masih segar, luka yang tidak disengaja, dan luka akibat pembedahan yang melibatkan kerusakan besar dalam teknik steril. Luka yang terkontaminasi menunjukkan adanya bukti peradangan.
  4. Luka kotor atau terinfeksi, adalah luka yang mengandung jaringan mati dan luka dengan bukti infeksi klinis, seperti adanya drainase purulen.

### 13.2.2 Pengkajian Integritas Kulit

Pengkajian integritas kulit merupakan salah satu bagian penting yang mesti dilakukan oleh perawat dalam melakukan pemeriksaan sistem integumen terutama pada pasien yang mengalami gangguan pada sistem integumen terutama karena luka seperti luka tekan (pressure ulcer), luka bakar (burn injury), dan luka lainnya (Berman, Snyder and Frandsen, 2016). Pengkajian integritas kulit yang mesti dilakukan oleh perawat diantaranya adalah mengumpulkan sumber informasi berupa penyakit kulit yang dialami, kondisi memar sebelumnya, kondisi kulit secara umum, adanya lesi pada kulit. Teknik pemeriksaan yang biasa dan sering dilakukan pada pemeriksaan integritas kulit adalah menggunakan teknik inspeksi dan palpasi dengan berfokus pada penentuan warna kulit akibat dari lesi yang muncul. Teknik inspeksi juga perlu memperhatikan area kulit seperti di lipatan kulit di bawah payudara, di area yang sering lembab seperti perineum, dan di area yang sering mendapat tekanan luas seperti pada area yang terdapat penonjolan tulang (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Selain teknik pengkajian di atas, dalam Potter et al (2013) disampaikan bahwa hal lain yang bisa dilakukan dalam melakukan pengkajian integritas kulit yaitu dengan memperhatikan atau mengkaji sensasi, mobilitas, pengawasan diri, dan kronologi adanya luka. Hal yang perlu dikaji pada bagian sensasi diantaranya

yaitu apakah ada penurunan sensasi rasa pada area ekstremitas atau pada daerah lain, apakah mengalami sensitif terhadap panas atau dingin. Pengkajian pada bagian mobilitas meliputi apakah mengalami keterbatasan fisik akibat cedera atau kelumpuhan sehingga membatasi mobilitas, apakah bisa mengubah posisi badan dengan mudah, adakah gerakan tubuh yang menimbulkan sakit. Pengkajian pada pengawasan atau kontrol diri meliputi apakah memiliki masalah dengan keluarnya urine atau feses, apakah membutuhkan bantuan saat ke toilet dan bantuan seperti apa jika membutuhkan, seberapa sering menggunakan toilet dan kapan waktu yang sering (siang, malam hari). Pengkajian pada kronologi adanya luka meliputi apa yang menyebabkan luka, kapan luka tersebut terjadi dan di mana lokasinya, apa saja perubahan yang terjadi saat ada luka, adakah perawatan atau aktivitas yang membantu proses penyembuhan luka, apakah ada kebutuhan khusus untuk menyembuhkan luka, apakah ada gejala seperti nyeri atau gatal pada luka.

Bentuk pengkajian lain yang bisa dilakukan yaitu dengan menggunakan instrumen penilaian. Instrumen yang bisa digunakan untuk mengkaji risiko terjadinya luka sehingga menimbulkan kerusakan integritas kulit akibat dari luka tersebut yaitu dengan menggunakan instrumen Braden Scale dan Norton Scale (Berman, Snyder and Frandsen, 2016). Braden scale sering digunakan untuk mengkaji risiko terjadinya luka tekan, namun tentunya kondisi luka tekan juga memiliki hubungan dengan integritas kulit sehingga apabila terdapat luka tekan bisa menimbulkan kerusakan integritas kulit. Pengkajian braden scale dapat dilihat seperti pada tabel 13.1

**Tabel 13.1:** Panduan Pengkajian Risiko Luka Tekan Dengan Menggunakan Braden Score (Berman, Snyder and Frandsen, 2016)

Faktor Risiko	Skor dan Deskripsi			
	1	2	3	4
<b>Persepsi Sensori</b> (Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan)	Sama sekali terbatas  (Tidak berespon terhadap rangsang nyeri)	Sangat terbatas  (Hanya berespon terhadap rangsang nyeri)	Sedikit terbatas  (Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya)	Tidak terganggu  (Berespon penuh terhadap perintah verbal)
<b>Kelembaban</b>	Lembab terus menerus	Sering lembab	Kadang-kadang lembab	Jarang lembab

(Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban)	(Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, kulit sering terpapar dengan urine, keringat, dan lain-lain)	(Hampir membutuhkan penggantian linen 1 – 2 kali setiap menit)	(Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2 – 3 kali per hari)	(Kulit biasanya kering, penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal)
<b>Aktivitas</b> (Derajat aktivitas fisik)	Baring total	Duduk di kursi  (Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu berat badan sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi)	Kadang-kadang jalan  (Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktivitas lebih banyak dilakukan di bed)	Sering berjalan  (Dapat berjalan keluar kamar)
<b>Mobilitas</b> (Kemampuan untuk merubah posisi)	Immobilitas (Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan)	Sangat terbatas (Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri)	Sedikit terbatas (Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tapi tidak optimal/ bermakna)	Tidak terbatas (Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan)
<b>Nutrisi</b> (Pola intake makanan)	Sangat buruk (Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan)	Tidak adekuat (Hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang disajikan)	Adekuat (Mampu menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makan, menggunakan TPN/NGT yang komposisinya memenuhi $\frac{3}{4}$ kebutuhan nutrisi)	Sangat baik (Menghabiskan 1 porsi makan yang disajikan)
<b>Gesekan</b>	Bermasalah	Potensial bermasalah	Tidak bermasalah	

	(Setiap kali mengangkat terjadi gesekan, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi, pasien spastis dan kontraktur)	(Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal)	(Bergerak di bed/kursi tanpa bantuan)	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	---------------------------------------	--

Skor penilaian untuk instrumen Braden Scale yaitu:

Risiko Tinggi : Total skor < 14

Risiko Sedang : Total skor 12 - 14

Risiko Rendah : Total skor 15 – 16 (pada usia di bawah 60 tahun)

Risiko Rendah : Total skor 15 – 18 (pada usia di atas 60 tahun).

Selain dengan menggunakan instrumen braden scale untuk mengkaji risiko munculnya gangguan integritas kulit pasien akibat dari luka tekan, instrumen lain yang dapat digunakan yaitu Norton scale. Instrumen Norton Scale sering digunakan untuk menilai risiko terjadinya ulkus dekubitus pada pasien. Ulkus dekubitus yang dialami oleh pasien tentunya dapat memengaruhi integritas kulit pasien. Komponen penilaian yang ada di dalam instrumen Norton Scale terdiri dari penilaian kondisi fisik umum, kesadaran, aktivitas, mobilitas, inkontinensia (Berman, Snyder and Frandsen, 2016). Untuk skala penilaian lebih lengkapnya seperti yang ada pada tabel 14.2 berikut.

**Tabel 13.2:** Panduan Pengkajian Risiko Luka Dekubitus Dengan Menggunakan Norton Scale (Berman, Snyder and Frandsen, 2016)

Item		Skor
<b>Kondisi Fisik Umum</b>		
1.	Baik	4
2.	Lumayan	3
3.	Buruk	2
4.	Sangat Buruk	1
<b>Kesadaran</b>		
1.	Compos Mentis	4
2.	Apatis	3
3.	Sopor	2
4.	Koma	1

<b>Aktivitas</b>		
1.	Dapat Berpindah	4
2.	Berjalan Dengan Bantuan	3
3.	Terbatas di Kursi	2
4.	Terbatas di Tempat Tidur	1
<b>Mobilitas</b>		
1.	Bergerak Bebas	4
2.	Sedikit Terbatas	3
3.	Sangat Terbatas	2
4.	Tidak Bisa Bergerak	1
<b>Inkontinensia</b>		
1.	Tidak Ngompol	4
2.	Kadang-Kadang	3
3.	Sering Inkontinensia Urine	2
4.	Sering Inkontinensia Alvi dan Urine	1

Skor penilaian untuk instrumen Norton Scale yaitu:

Skor < 14 : Risiko tinggi

Skor < 12 : Peningkatan risiko 50% lebih besar

Skor 12 – 13 : Risiko sedang

Skor > 14 : Risiko kecil.

Dalam Berman, Snyder and Frandsen (2016) inti dari pemeriksaan integritas kulit adalah dengan melakukan:

1. Mengkaji tanda kerusakan kulit dan adanya erupsi lesi
2. Mengkaji warna kulit
3. Memeriksa penurunan turgor kulit
4. Mengevaluasi adanya keluhan gatal dan mati rasa
5. Mengevaluasi tekstur kulit
6. Mengkaji higienitas secara umum
7. Melakukan observasi peningkatan atau penurunan pigmentasi dan perubahan warna
8. Mengevaluasi kondisi pasien untuk menentukan apakah kemungkinan memerlukan bantuan peralatan yang sesuai atau model tempat tidur atau kasus khusus seperti pada pasien yang mengalami luka tekan dan ulkus dekubitus.

Selain pada pasien yang mengalami risiko luka atau luka seperti luka tekan dan ulkus dekubitus, gangguan integritas kulit juga bisa dialami oleh pasien yang mengalami luka bakar seperti yang akan dijelaskan pada konsep luka bakar berikut ini.

## 13.3 Luka Bakar

Kulit adalah salah satu organ terbesar dalam tubuh yang mencakup 16% dari total berat badan. Kulit memberikan perlindungan sensori, pengaturan suhu, retensi cairan, dan perlindungan terhadap bakteri dan organisme lain (Payne, 2020). Luka bakar yang merusak kulit dan mengakibatkan pecahnya permukaan kulit sehingga menyebabkan terjadinya luka yang mengganggu integritas kulit. Manakala kulit terbakar maka semua fungsi dari kulit seperti yang telah disebutkan di atas akan mengalami gangguan. Menurut World Health Organization (WHO), luka bakar khususnya yang diakibatkan oleh luka bakar termal menyumbang angka kejadian sekitar 6,6 juta kasus dan 300.000 kematian setiap tahun di seluruh dunia. Luka bakar memiliki angka kejadian dan prevalensi yang tinggi, mempunyai risiko morbiditas dan mortalitas yang tinggi, memerlukan sumber daya yang banyak dan memerlukan biaya yang besar (Association American Burn, 2016).

### 13.3.1 Pengertian Luka Bakar

Luka bakar didefinisikan sebagai kerusakan pada kulit yang ditemukan pada jaringan epidermis, jaringan dermal, atau jaringan yang lebih dalam akibat karena kontak dengan agen termal, kimia, atau listrik (Kara, 2018). Selain itu menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), luka bakar merupakan kerusakan kulit tubuh yang disebabkan oleh trauma panas atau trauma dingin (frost bite). Penyebabnya adalah api, air panas, listrik, kimia, radiasi dan trauma dingin. Kerusakan ini dapat menyertakan jaringan bawah kulit sehingga integritas kulit menjadi terganggu atau rusak.

### 13.3.2 Penyebab Luka Bakar

Penyebab luka bakar dapat diklasifikasikan menjadi luka bakar termal, luka bakar akibat zat kimiawi yang korosif, luka bakar akibat elektrik, dan luka bakar akibat paparan radiasi (Kara, 2018).

Berikut adalah penjelasan dari masing-masing klasifikasi penyebab.

1. Luka Bakar Termal

Luka bakar termal dapat disebabkan oleh panas yang kering. Dalam berbagai kasus, akan disebut sebagai luka terbakar (Yin, 2017).

2. Luka Bakar Kimiawi yang Korosif

Bahan-bahan kimiawi yang korosif, asam pekat dan alkalis dapat menyebabkan kerusakan yang parah dan ekstensif. Asam hidrofluorik secara luas digunakan oleh kontraktor pembersih jendela untuk membersihkan penerangan/ lampu atap, sehingga banyak kesempatan untuk terjadinya luka bakar. Konsentrasi asam hidrofluorik mengakibatkan lesi-lesi kulit bervariasi dari eritema sampai pada luka bakar yang parah. Keracunan fluoride yang sistemik dapat terjadi dari luka bakar yang ekstensif. Tetesan (droplets) asam hidrofluorik anhidrous mengakibatkan penetrasi luka bakar dengan perbandingan langsung pada ukurannya. Nyeri yang hebat akan dirasakan. Area yang terbakar pada mulanya merah dan kemudian menjadi memucat di tengah-tengahnya. Bila tidak ditangani akan menjadi nekrosis (Kaddoura et al., 2017; Kara, 2018).

3. Luka Bakar Elektrik

Luka bakar karena listrik biasanya kurang luas tapi cukup dalam. Pasien-pasien yang menderita luka bakar elektrik dapat juga terkena henti jantung dikarenakan aliran listrik melalui jantung. Penolong pertama terlebih dulu harus yakin bahwa pasien tidak lagi berhubungan dengan aliran listrik sebelum menyentuhnya. Bila tidak mungkin mematikan aliran listrik, pasien harus dilepaskan dari aliran listrik, menggunakan kain atau perantara/ alat non metal seperti tongkat jalan. Bila henti jantung telah terjadi, resusitasi harus dilakukan (Kaddoura et al., 2017; Kara, 2018).

4. Luka Bakar Radiasi

Luka bakar radiasi jarang terjadi. Perkembangannya sangat lambat dan penanganannya biasanya dilakukan dengan cara berobat jalan (Kara, 2018).

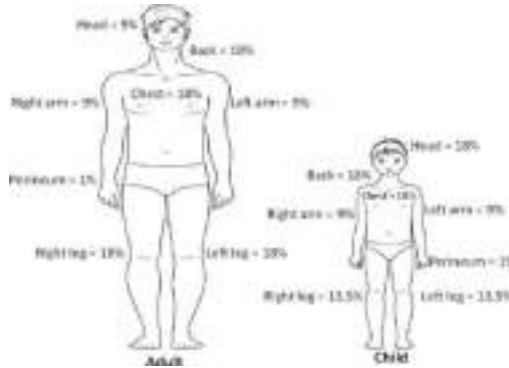
### 13.3.3 Penilaian Luas dan Kedalaman Luka Bakar

Tingkat keparahan dari luka bakar secara garis besar tergantung pada dua faktor, yaitu luasnya area luka bakar dan kedalaman luka bakar (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Berikut penjelasan dari kedua faktor tersebut.

#### 1. Penilaian Luas Luka Bakar

Luas luka bakar dihitung dengan menggunakan Rules of Nine yang membagi tubuh ke dalam daerah-daerah kira-kira (mendekati) 9% dari keseluruhan sehingga dapat menghasilkan presentasi total luas luka bakar (%TBSA). Rules of nine membagi luas permukaan tubuh menjadi multiple 9% area, kecuali perineum yang diestimasi menjadi 1% seperti gambar 15.1 di bawah (Lewis et al., 2019). Pada anak-anak kecil: kepala, anggota badan dan leher perbandingannya berbeda. Sedangkan untuk mengestimasi luas luka bakar pada luka bakar yang tidak luas dapat menggunakan area palmar (jari dan telapak tangan) dari tangan pasien yang dianggap memiliki 1% total body surface area (TBSA). Metode ini sangat berguna bila pasien memiliki luka bakar kecil yang tersebar sehingga tidak dapat menggunakan metode rules of nine. Luka bakar apapun yang lebih besar dari 15% pada orang dewasa atau 10% pada anak-anak harus dikirim segera ke rumah sakit. Pasien-pasien dengan luka bakar di daerah tangan, kaki, muka dan genitalia juga harus dikirim segera ke rumah sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).



**Gambar 13.1:** Wallas Rules of Nine (Kara, 2018)

## 2. Kedalaman Luka Bakar

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) kedalaman dari luka bakar dibagi menjadi luka bakar superfisial, luka bakar dengan ketebalan sebagian, dan luka bakar dengan ketebalan penuh (biasa disebut dengan derajat tingkat I, II, atau III).

Luka bakar superfisial hanya melibatkan lapisan luar epitelium dan bisa mengakibatkan timbulnya lepuhan dan eritema. Luka bakar ini sangat nyeri karena iritasi dari ujung saraf. Luka bakar superfisial akan pulih kembali dalam waktu 2 – 3 hari tanpa penanganan.

Luka bakar dengan kedalaman sebagian, mengakibatkan kerusakan pada lapisan yang lebih dalam dari epidermis, daerah tersebut akan berwarna merah, keluar air dan nyeri. Bila dijaga kebersihannya maka akan sembuh selama periode 1 – 4 minggu tanpa penanganan dan dengan sedikit atau tidak ada jaringan parut. Eritema dapat tetap ada untuk waktu yang lebih lama.

Luka bakar dengan kedalaman penuh, melibatkan destruksi menyeluruh dari kulit termasuk lapisan germinal. Daerahnya tampak kering, kaku dan terlihat gosong serta tidak akan terasa nyeri karena ujung saraf dirusak. Banyak luka bakar dengan kedalaman penuh yang parah dapat menghancurkan jaringan subkutan, membuka otot fascia.

### 13.3.4 Klasifikasi Luka Bakar

Luka bakar dapat dibedakan menjadi luka bakar ringan, luka bakar sedang, dan luka bakar berat. Penentuan klasifikasi luka bakar tentunya berdasarkan kriteria yang ada seperti yang dijelaskan berikut ini (Harding, 2019; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

1. Kriteria Luka Bakar Ringan
  - a. TBSA  $\leq$  15% pada dewasa
  - b. TBSA  $\leq$  10% pada anak
  - c. Luka bakar dengan kedalaman penuh dengan TBSA  $\leq$  2% pada anak maupun dewasa tanpa mengenai daerah mata, telinga, wajah, tangan, kaki, atau perineum
2. Luka Bakar Sedang
  - a. TBSA 15 – 25% pada dewasa dengan kedalaman luka bakar penuh  $<$  10%
  - b. TBSA 10 – 20% pada luka bakar dengan kedalaman sebagian pada pasien anak di bawah 10 tahun dan dewasa usia di atas 40 tahun, atau luka bakar dengan kedalaman penuh  $<$  10 %
  - c. TBSA  $\leq$  10% pada luka bakar dengan kedalaman penuh pada anak atau dewasa tanpa masalah kosmetik atau mengenai daerah mata, wajah, telinga, tangan, kaki, atau perineum
3. Luka Bakar Berat
  - a. TBSA  $\geq$  25%
  - b. TBSA  $\geq$  20% pada anak usia di bawah 10 tahun dan dewasa usia di atas 40 tahun
  - c. TBSA  $\geq$  10% pada luka bakar dengan kedalaman penuh
  - d. Semua luka bakar yang mengenai daerah mata, wajah, telinga, tangan, kaki, atau perineum yang dapat menyebabkan gangguan fungsi atau kosmetik
  - e. Semua luka bakar yang diakibatkan listrik
  - f. Semua luka bakar yang disertai trauma berat atau trauma inhalasi
  - g. Semua pasien luka bakar dengan kondisi buruk.

### 13.3.5 Kriteria Rujukan Pasien Luka Bakar

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), kriteria yang dapat digunakan dalam merujuk pasien yang mengalami luka bakar diantaranya adalah:

1. Luka bakar lebih dari 10% TBSA
2. Luka bakar lebih dari 5% TBSA pada anak
3. Luka bakar dengan kedalaman penuh lebih dari 5% TBSA
4. Luka bakar pada area khusus (wajah, tangan, kaki, genitalia, perineum, sendi utama, dan luka bakar yang mengelilingi ekstremitas serta luka bakar pada dada)
5. Luka bakar dengan trauma inhalasi
6. Luka bakar listrik
7. Luka bakar karena zat kimiawi
8. Luka bakar dengan penyakit yang menyertai sebelumnya
9. Luka bakar yang disertai trauma mayor
10. Luka bakar pada usia ekstrem: anak sangat muda dan orangtua
11. Luka bakar pada wanita hamil
12. Luka bakar bukan karena kecelakaan.

### 13.3.6 Penatalaksanaan pada Pasien Luka Bakar

Penatalaksanaan pada pasien luka bakar dibedakan menjadi dua tahap, yaitu tatalaksana luka bakar 24 jam pertama dan tata laksana luka bakar setelah 24 jam. Berikut penjelasan dari penatalaksanaan luka bakar.

1. Penatalaksanaan 24 Jam Pertama  
Sebelum melakukan pertolongan pertama, petugas medik diharuskan menggunakan alat pelindung diri (sarung tangan, google glass, dan baju pelindung khusus) sebelum menangani pasien. Segera identifikasi kondisi-kondisi yang mengancam jiwa dengan melakukan primary survey dan secondary survey khususnya pada pasien luka bakar berat seperti yang dijelaskan pada tabel 13.3 berikut ini.

**Tabel 11.3:** Primary Survey dan Secondary Survey Pada Luka Bakar Berat (Harding, 2019)

Manajemen	Tindakan
<b>Primary Survey</b>	
<i>Airway</i>	Berbicara dengan pasien; Bersihkan jalan napas dari benda asing; Lakukan <i>chin lift</i> dan atau <i>jaw thrust</i> ; Hindari melakukan hiperfleksi atau hiperekstensi kepala dan leher; Kontrol tulang cervical dengan <i>rigid collar</i>
<i>Breathing</i>	Inspeksi dada, pastikan pergerakan dinding dada adekuat dan simetris; Berikan oksigen 100% <i>high flow</i> 10 – 15 liter per menit melalui masker <i>non-rebreathing</i> ; Jika tetap sesak, lakukan <i>bagging</i> atau ventilasi mekanik
<i>Circulation</i>	Lakukan penekanan luka jika terdapat perdarahan aktif; Pasang 2 jalur IV ukuran besar, lebih disarankan pada daerah yang tidak terkena luka bakar; Jika pasien syok, berikan bolus ringer lactat hingga nadi radial teraba; Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap, analisis gas darah arteri; Cari dan tangani tanda-tanda klinis syok lainnya yang disebabkan oleh penyebab lainnya
<i>Disability</i>	Periksa derajat kesadaran; Periksa respon pupil terhadap cahaya; Hati-hati pada pasien dengan hipoksemia dan syok karena dapat terjadi penurunan kesadaran dan gelisah
<i>Exposure</i>	Melepas semua pakaian dan aksesoris yang melekat pada tubuh pasien; Lakukan <i>log roll</i> untuk melihat permukaan posterior pasien; Jaga pasien tetap dalam keadaan hangat; Menghitung luas luka bakar dengan metode <i>rules of nine</i>
<i>Fluid</i> (Resusitasi Cairan)	Gunakan <i>Parkland Formula</i> = 3 – 4 ml x Berat Badan (kg) x %TBSA luka bakar (+ rumatan untuk pasien anak); Setengah dari jumlah cairan diberikan pada 8 jam pertama dan setengah cairan sisanya diberikan dalam 18 jam selanjutnya; Gunakan cairan kristaloid seperti Ringer Lactat; Hitung urine output tiap jam; Lakukan pemeriksaan EKG, nadi, tekanan darah, <i>respiratory rate</i> , <i>pulse oximetry</i> , analisis gas darah arteri; Berikan cairan resusitasi sesuai indikasi
Analgesik	Berikan morfin intravena 0,05 – 0,1 mg/kg BB sesuai indikasi; Untuk anak paracetamol cairan drip (setiap 6 jam) dengan dosis 10 – 15 mg/kg BB/kali
Pemeriksaan Penunjang	Lakukan X-Ray lateral cervical, thorax, pelvis, dan lainnya sesuai indikasi
<i>Tubes</i>	Pasang <i>Nasogastric Tube</i> (NGT)
<b>Secondary Survey</b>	
Riwayat Penyakit	Cari informasi adanya riwayat alergi, obat-obatan yang dikonsumsi, penyakit sebelum terjadi trauma, konsumsi makanan terakhir, dan peristiwa yang terjadi saat trauma
Mekanisme Trauma	Cari informasi mengenai interaksi antara pasien dan lingkungan (luka bakar, trauma tajam, trauma tumpul)
Pemeriksaan Survei Sekunder	Lakukan pemeriksaan <i>head to toe</i> ; Monitoring hasil resusitasi

## 2. Penatalaksanaan Setelah 24 Jam Pertama

Tindakan yang dapat dilakukan pada pasien luka bakar setelah penanganan 24 jam pertama diantaranya adalah sebagai berikut (Harding, 2019; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019):

### a. Kebutuhan Cairan

Luas luka bakar dikalkulasi menggunakan rules of nine. Jika memungkinkan timbang berat badan pasien atau tanyakan saat anamnesis. Data-data ini sangat diperlukan untuk menghitung menggunakan formula resusitasi cairan yaitu Parkland Formula (Harding, 2019):

$$\text{Parkland Formula} = 3 - 4 \text{ ml} \times \text{kgBB} \times \% \text{TBSA}$$

Perhitungan kebutuhan cairan dilakukan pada waktu pasien mengalami luka bakar, bukan saat pasien datang. Disarankan menggunakan cairan RL, 50% total perhitungan cairan dibagi menjadi 2 tahap dalam waktu 24 jam pertama. Tahap I diberikan 8 jam dan tahap 2 diberikan 16 jam setelahnya. Cairan harus diberikan menggunakan 2 jalur IV line (ukuran 16 G untuk dewasa), diutamakan untuk dipasang pada kulit yang tidak terkena luka bakar (Harding, 2019).

Rumus maintenance dewasa (post resusitasi fase akut 24 jam pertama):

$$(1500 \times \text{TBSA}) + ((25 + \% \text{LB}) \times \text{TBSA})$$

Untuk pasien anak dengan prinsip yang sama menggunakan Formula Parkland + cairan rumatan =  $3 - 4 \text{ ml} \times \text{kgBB} \times \% \text{TBSA}$  dan ditambah rumus maintenance cairan mengandung NaCl dengan  $\text{Na}^+$  1 - 2 mEq/kg/2 jam dan glukosa 4 - 5 mg/kgBB/menit (untuk neonatus glukosa dapat diberikan hingga 8 mg/kgBB/menit).

Rumus maintenance anak (post resusitasi fase akut 24 jam pertama):

100 ml/kg untuk 10 kg pertama

+50 ml/kg untuk 10 kg kedua

+20 ml/kg untuk 10 berikutnya.

Pemilihan cairan resusitasi yang digunakan adalah yang dapat secara efektif mengembalikan volume plasma pada pasien tanpa munculnya

efek samping. Cairan kristaloid, hipertonik, dan koloid sering digunakan untuk memenuhi tujuan kebutuhan resusitasi.

b. Kebutuhan Nutrisi

Pasien luka bakar memerlukan kebutuhan nutrisi (makro dan mikronutrien) yang adekuat, karena mengalami perubahan dan peningkatan metabolisme (hipermetabolik), serta peningkatan kehilangan nitrogen yang tinggi (pemecahan protein 80 – 90%). Apabila asupan nutrisi pasien ini tidak terpenuhi, maka akan meningkatkan risiko malnutrisi pada pasien, gangguan penyembuhan luka, disfungsi berbagai organ, peningkatan kerentanan terhadap infeksi dan kematian. Lebih dari 40% pasien luka bakar dapat mengalami penurunan BB 30% dalam beberapa minggu. Proses hipermetabolisme dan katabolisme pada pasien luka bakar berat masih terus terjadi sampai dengan satu tahun pertama. Jalur pemberian nutrisi enteral dini lebih direkomendasikan dibandingkan nutrisi parenteral total karena dengan masuknya makanan melalui saluran cerna dapat melindungi mukosa usus halus dari kerusakan yang timbul pasca trauma, mencegah translokasi bakteri melalui dinding usus, perbaikan fungsi imun, kadar hemoglobin dan kadar albumin serum lebih baik, menurunkan insiden infeksi, lama waktu pemberian antibiotik sehingga dapat mencegah terjadinya sepsis (Harding, 2019).

Kebutuhan energi pasien luka bakar dapat dihitung menggunakan rumus modifikasi Harris Benedict (Harding, 2019; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019):

$$\text{KEB Laki-Laki} = 66.47 + (13.75 \times \text{BB}) + (5.003 \times \text{TB}) - (6.76 \times \text{U})$$

$$\text{KEB Perempuan} = 655.1 + (9.56 \times \text{BB}) + (1.85 \times \text{TB}) - (4.68 \times \text{U})$$

Keterangan:

KEB = Kebutuhan energi basal

BB = Berat badan ideal dalam kilogram

TB = Tinggi badan dalam centimeter

U = Umur

BSA = Burn surface area (luas luka bakar).

c. Perawatan Luka Pada Luka Bakar

Salah satu manajemen luka bakar adalah penggunaan balutan atau wound dressing. Pemilihan pembalut luka (dressing) harus menyerupai fungsi normal kulit yaitu sebagai proteksi, menghindari eksudat, mengurangi nyeri lokal, respon psikologis baik, dan mempertahankan kelembaban dan menghangatkan guna mendukung proses penyembuhan. Penutupan luka dengan kasa berparafin/ vaselin sebagai dressing primer atau dressing yang langsung bersentuhan dengan luka. Ditutup dengan kasa berlapis tanpa menimbulkan gangguan sirkulasi perifer sebagai dressing sekunder, lalu ditutup dengan elastic perban sebagai dressing tersier (Harding, 2019).

Kekurangan dari pembalut luka tradisional (kasa berparafin) adalah adhesi dan oklusi, sakit pada saat ganti balutan, dan penumbuhan bakteri. Sedangkan pembalut luka modern seperti transparant film dressing (cling film), foam dressing, hydrogel, dan yang terbaru nano crystalline silver memiliki kelembaban mudah dipakai, tidak nyeri saat diganti, bacterial barrier, lembab dan hangat, dan membantu proses penyembuhan luka.

Kriteria ideal dressing luka bakar berdasarkan balutan luka bakar dengan kedalaman dangkal dapat menggunakan film dressing karena dapat menutup area yang luas, mudah untuk memonitor kedalam luka (transparan) tanpa harus buka balutan, tidak nyeri pada waktu penggantian balutan.

Untuk luka bakar dengan kedalaman sebagian dapat menggunakan kasa berparafin atau salep antibiotik seperti silver sulfadiazin krim, atau yang sesuai dengan pola kuman seperti gentamisin krim untuk pseudomonas dan mupiricon salep untuk MRSA. Bentuk yang

lebih praktis adalah nanocrystal silver untuk luka bakar kedalaman sebagian dan penuh karena kemampuannya untuk membunuh bakteri.

Untuk luka bakar dengan kedalaman penuh dengan eskar yang tebal selalu dilakukan eskarotomi dini, karena di bawah eskar terdapat kolonisasi bakteri dan eskar itu sendiri memicu inflamasi berlebihan. Eskarotomi dini terbukti menurunkan angka kematian. Pada setiap derajat kedalaman luka bakar, terdapat kriteria khusus kapan waktu dilakukannya penggantian balutan diantaranya yaitu: dressing terlepas dengan sendirinya, kebocoran eksudat, cairan tembus pada balutan, pireksia (demam) yang tidak dapat dijelaskan, bau busuk, pembengkakan pada jaringan perifer.

Perawatan luka sendiri dilakukan agar kebersihan luka bakar terjaga. Tujuan utama pembersihan luka bakar diantaranya adalah: mengeliminasi kontaminan dari dasar luka, mengeliminasi debris, mengeliminasi foreign bodies, mengeliminasi mikroorganisme yang terdapat pada luka bakar yang terinfeksi, mengeliminasi slough superfisial, mengeliminasi material dressing yang tersisa, mengeliminasi eksudat dan krusta, mengeliminasi hiperkeratosis di pinggir luka dan kulit, membantu personal hygiene dan kenyamanan pasien.

d. Kontrol Infeksi

Infeksi pada pasien luka bakar adalah salah satu penyebab terbesar mortalitas dan morbiditas pada pasien. Terdapat berbagai macam teknik telah diaplikasikan untuk mengurangi risiko infeksi pada pasien luka bakar. Salah satu cara dalam mencegah terjadinya infeksi adalah melakukan eksisi yang dini, skin graft dan penggunaan antibiotik sistemik, terutama pada pasien luka bakar dengan kedalaman penuh. Eksisi tangensial dan split thickness skin graft (STSG) dini dapat menurunkan inflamasi, infeksi, kolonisasi kuman, dan sepsis, mempercepat penyembuhan luka, menurunkan lama rawat. Eksisi tangensial merupakan prosedur membuang jaringan nekrotik pada luka bakar dengan kedalaman

sebagian dan kedalaman penuh dan menjaga jaringan yang masih viable sebanyak mungkin. Skin graft adalah lapisan tipis pada kulit epidermis dan partial thickness dermis. Skin graft diletakkan pada area kulit yang telah dieksisi (Harding, 2019).

e. Rehabilitasi

Luka bakar dapat mencetuskan berbagai masalah seperti nyeri, keterbatasan lingkup gerak sendi, atrofi, kelemahan otot, kontraktur, perubahan penampilan, gangguan aktivitas kehidupan sehari-hari, gangguan ambulasi, parut hipertrofik, dan masalah psikososial yang apabila tidak tertangani dengan baik dapat mengakibatkan disabilitas. Tata laksana rehabilitasi pada luka bakar bertujuan untuk mencapai pemulihan fungsional semaksimal mungkin, mencegah disabilitas sekunder dan alih fungsi atau adaptasi fungsi pada disabilitas permanen. Penentuan target tata laksana rehabilitasi ditentukan berdasarkan ekstensifikasi dan derajat berat luka bakar meliputi kedalaman luka di tingkat kutan dan subkutan, kedalaman luka di tingkat otot dan tendon dengan prognosis pemulihan baik serta kedalaman luka di tingkat otot dan tendon dengan prognosis pemulihan buruk (Harding, 2019).

# Daftar Pustaka

- A Potter, & Perry, A. G. (2015). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC
- A.Azis Alimul Hidayat. (2007). Pengantar konsep dasar manusia. Edisi 2. Salemba Medika.
- ADAFTE Collaboration. (2009). The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation. Retrieved from <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>
- Ali, Z. (2009) Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Alimul Hidayat (2006) Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Asiri, H., & Househ, M. (2016). The Impact of Telenursing on Nursing Practice and Education : A Systematic Literature Review, 105–109.
- Asmadi (2008) Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika.
- Association American Burn. (2016). Burn Incidence and Treatment in the United States. Available at: [http://www.ameriburn.org/resources\\_factsheet.php](http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php) (Accessed: 5 April 2022).
- Barbara, C. L. (1989). “Perawatan Medikal Bedah: Suatu pendekatan proses keperawatan”. Yayasan IAPK: Bandung.

- Berman, A., Snyder, S. J. and Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Tenth Edit. Edinburgh University Global Health Society.
- Brown, H. Douglas. (1984). *Principles of Language Learning and Teaching*. Englewood Cliffs. Prentice-Hall
- Carpenito, L. J. (2017). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. 15th Editi. Philadelphia: Wolter Kluwers.
- Clancy, J., & McVicar. (1992). "A Subjectivity of Pain". *Br J Nurs*, 1(1).
- Cowdell, F. et al. (2020). Hygiene and emollient interventions for maintaining skin integrity in older people in hospital and residential care settings, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(1). doi: 10.1002/14651858.CD011377.pub2.
- Donahue, P. (1989). "Nursing: The first art". St Louis: Mosby.
- Erlina, L. (2020) Efikasi Diri Dalam Meningkatkan Kemampuan Mobilisasi Pasien. Bandung: Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung.
- Fadhila, R., & Afriani, T. (2020). Penerapan telenursing dalam pelayanan kesehatan: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Abdurrah*, 3(2), 77-84.
- Febriana, D. V. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan: Anak Hebat Indonesia*.
- Flanagan, M. (2013). *Wound Healing and Skin Integrity: Principles and Practice*. UK: Wiley-Blackwell.
- Gobel, M.G.S., Mulyadi., Reginus, T.M. (2016). Hubungan Peran Perawat Sebagai Care Giver Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Instalasi Gawat Darurat Di RSUD. GMIBM Monompia Kotamobagu Kabupaten Bolaang Mangondow. *Jurnal Keperawatan*, 4(2).
- Haber, J. (2019). Developing Compelling Clinical Questions. In *Evidence-Based Practice for Nursing and Health Care Quality Improvement* (pp. 31–39). St. Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- Harding, M. M. (2019). *Lewis 's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. Eleventh E. Elsevier Inc.
- Haryanto, A.T., Suranto, J. (2012). Pelayanan Kesehatan (Studi Rawat inap di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Kecamatan Baturetno Kabupaten Wonogiri). *Jurnal*, 14(22).

- Heriana, P. (2014) Buku ajar kebutuhan dasar manusia. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Hidayat (2008) 'Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan edisi 2'. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, Aziz Alimul and Uliyah, M. (2014) Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Edisi 2-Bu. Jakarta: Salemba Medika.
- Hoffart, N & Woods, CG. (1996). Element of nursing professional practice models, *Journal of Professional Nursing*, Vol 12
- Indonesia, P. P. N. (2005). Standar Praktik Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI, 15, 1–18. [https://www.academia.edu/download/56486841/standarpraktikkeperawatan\\_ppni.pdf](https://www.academia.edu/download/56486841/standarpraktikkeperawatan_ppni.pdf)
- Ira Suarilah (2017) 'Kebutuhan Istirahat dan Tidur'. Jakarta: Everest, p. 20.
- Iyer, P. W. and Camp, N. H. (2005) Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan. Alih bahasa: Kurnianingsih, S. 3rd edn. Jakarta: EGC.
- Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M.-L., & Holopainen, A. (2017). Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. *World Health Organization*, 1–34. Retrieved from [http://www.euro.who.int/pubrequest%0Ahttp://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/348020/WH06\\_EBP\\_report\\_complete.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/pubrequest%0Ahttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf?ua=1)
- Kaddoura, I. et al. (2017). Pathophysiology and therapeutic burns, *Annals of Burns and Fire Disasters*, XXX(June), pp. 95–102.
- Kara, Y. A. (2018). Burn etiology and pathogenesis, *Hot Topics in Burn Injuries*. doi: 10.5772/intechopen.71379.
- Kartikawati, D. (2011). "Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat". Jakarta: Salemba:
- Kasiati., dan Rosmalawati, N. W. D. (2016). "Kebutuhan Dasar Manusia I". *Pusdik SDM Kesehatan: Jakarta Selatan*.
- Kelly (1997), *Dimension Of Professional Nursing*, New York, MacMilan Publishing Co

- Kemenkes RI (2018) 'Kebutuhan Tidur sesuai Usia'. Jakarta: P2PTM Kemenkes RI. Available at: <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/kebutuhan-tidur-sesuai-usia>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Luka Bakar.
- Klein, D. G., Dumpe, M., Katz, E., & Bena, J. (2010). "Pain assessment in the intensive care unit: development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool". *Heart & lung: the journal of critical care*, 39(6), 521–528. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.05.053>
- Kolcaba, K. Y. (1992). "Holistic Comfort: Ope rationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome". *Adv Nurs*, 15(1).
- Kozier & Blais kathleen (1997), professional nursing pactise, California Addison
- Kusnanto. (2014). Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: EGC.
- La Monica L. Elaine (2000), Manajemen Bidang Keperawatan. Pusat Pengembangan Keperawatan Carolus. Jakarta
- Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., et al. (2009). *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance* (2nd ed.). San: CA: Jossey-Bass.
- Liu-Ambrose, T. et al. (2002) 'The influence of back pain on balance and functional mobility in 65- to 75-year-old women with osteoporosis', *Osteoporosis International*, 13(11), pp. 868–873. doi: 10.1007/s001980200119.
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., & Titler, M. G. (2019). *Evidence-Based Practice For Nursing And Healthcare Quality Improvement. Africa's potential for the ecological intensification of agriculture* (Vol. 53).
- Ma'rifin, H (1999), Perubahan dan Keperawatan di Indonesia, Makalah Seminar Nasional, Jakarta
- Mahon, S. M. (1994). "Concept Analysis of Pain: Implication Related to Nursing Diagnoses". *Nurs Diag*, 5(1).
- Maja Djukic, M. J. G. (2019). Evidence-Based Approaches for Improving Healthcare Quality. In *Evidence-Based Practice for Nursing and Health*

- Care Quality Improvement (pp. 156–182). St.Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- Malhotra RK, A.A. (2014) ‘Sleep stages and scoring Technique Atlas of Sleep Medicine Edisi 2’. USA: Elsevier Inc, pp. 77–99.
- Marquis, B.L., C.J. Huston. (1998). Management Decision Making for Nurses. 124 Case Studies.Edisi 3. Phialelphia: J.B. Lippincot
- Masfuri. Et al. (2012). Pedoman latihan Uji Kompetensi Perawat. Jakarta : Pengurus pusat PPNI
- McConnell, J. K., Lindrooth, R. C., Wholey, D. R., Maddox, T. M., & Bloom, N. (2016). Modern management practices and hospital admissions. In Health Economics (pp. 470–485).
- McLean, S., Sheikh, A., Cresswell, K., Nurmatov, U., Mukherjee, M., Hemmi, A., & Pagliari, C. (2013). The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. PloS one, 8(8), e71238.
- Mubarak, W.I; Indrawati, Lilis; Susanto, Joko. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar uku 1. Jakarta: Salemba Medika
- National Quality Forum. (2004). National voluntary standards for nursing-sensitive care: An initial performance measure set. National Quality Forum, 1–100. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/mainmenucategories/thepracticeofprofessionalnursing/patientsafetyquality/quality-organisations/NQF.html>
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). Quality by design: a clinical microsystems approach. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Nompo, R. S. (2020). “Pengaruh Aplikasi Akupuntur Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Sentani Kabupaten Jayapura”. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 5(2).
- Nugraha, Y., Ners, M. K., & Wianti, A. (2021). Konsep Dasar Keperawatan: LovRinz Publishing.
- Nurhafizah (2017) ‘TINGKAT PENGETAHUAN PARA PEKERJA PT YANG BERKERJA PADA SHIFT MALAM TENTANG KEBUTUHAN ISTIRAHAT DAN TIDUR DI RT 01/RW 01 DORMITORI MUKA KUNING KOTA BATAM’, Jurnal Ilmiah Zona Kesehatan, 11(1978–175x).

- Nursalam (2013) *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2017), *Manajemen Keperawatan. Penerapan dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi: 5, Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2012). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- OECD. (2005). *Oslo Manual: Guideline For Collecting and Interpreting Innovation Data. Research Handbook on the European Union and International Organizations* (3rd ed.). <https://doi.org/10.4337/9781786438935.00024>
- Olfah, Y. and Ghofur, A. (2016) *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Payne, D. (2020). Skin integrity in older adults: Pressure-prone, inaccessible areas of the body, *British Journal of Community Nursing*, 25(1), pp. 22–26. doi: 10.12968/bjcn.2020.25.1.22.
- Permatasari; Rohimah, Dita; Romlah, Siti; Romlah. (2019). Gambaran Kepuasan Keluarga Pasien Stroke pada Pemenuhan Personal Hygiene oleh Perawat di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan Galuh*. Volume 1, Issue 2. DOI: 10.25157/jkg.v1i2.2636
- Perry, A. G., Potter, P. A. and Ostendorf, W. R. (2014) *Clinical Nursing Skills and Techniques*. 8th edn. Elsevier Health Sciences.
- Potter & Perry. (2020). *Dasar-dasar Keperawatan*. Volume 2. Edisi Indonesia. Singapore: Esevier
- Potter and Perry (2006) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Potter Patricia A, P. A. G. (2005). *Buku Ajar : Fundamental keperawatan konsep, proses, dan praktik* Volume 1. EGC.
- Potter, P. A. and Perry, A. G. (2010) *Fundamental Of Nursing : Consep, Proses and Practice*. 7th edn. Jakarta: EGC.

- Potter, P. A. et al. (2013). *Fundamentals of Nursing*. Eight Edit. Mosby: St. Louis, Missouri.
- Potter, P. A. et al. (2020) *Keperawatan Dasar Manual keterampilan klinis*. Edisi 9. Edited by F. Efendi and Y. Supartini. Elsevier.
- Potter, P. A., dan Perry, A. G. (2006). “*Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*”. Jakarta: EGC.
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., et al. (2015). A reined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. In *Implementation Science* (pp. 1–14).
- PPNI (2021), *Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga*, Jakarta
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Pradeep C Bollu, M. (2019) ‘Normal Sleep, Sleep Physiology, and Sleep Deprivation’. USA: Selim R Benbadis,MD. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/1188226-overview>.
- Priharjo, R. (2015). *Konsep & Perspektif Praktik Keperawatan Profesional* Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Purwaningsih, D. F. (2015). Strategi Meningkatkan Perilaku Caring Perawat Dalam Mutu Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 3(1), 1-6.
- Rohman, U. (2019) ‘Perubahan Fisiologis Tubuh Selama Imobilisasi Dalam Waktu Lama’, *Journal Sport Area*, 4(2), pp. 367–378. doi: 10.25299/sportarea.2019.vol4(2).3533.
- Rosalida, Alfaro (2002), *Application of Nursing Process, A Step by step guide*, philadelphia, JB Lippicott
- Rosdahl, C. B. and Kowalski, M. T. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Edisi 10. Edited by E. A. Mardella and D. Yuliyanti. Jakarta: EGC.

- Santhi, M. and Mukunthan, A. (2013) 'A Detailed Study of Different Stages of Sleep and Its Disorders-Medical Physics', *International Journal of Innovative Research in Science, Engineering and Technology* (An ISO, 3297(10), pp. 2319–8753. Available at: [www.ijirset.com](http://www.ijirset.com).
- Schlachta-Fairchild, L., Elfrink, V., & Deickman, A. (2008). Patient safety, telenursing, and telehealth. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*.
- Setyaningsih. (2012). Hubungan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat terhadap demam berdarah dengue di Kota Banjarbaru, Kalimantan Selatan. *Jurnal Epidemiologi Keperawatan*, 4 (1).
- Siagian, Sondang P. (1990). *Organisasi Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta: Gunung Agung
- Silalahi, L. E., Limbong, M., Aji, Y. G. T., Kartini, K., Fhirawati, F., Tallulembang, A., ... & Herawati, T. (2021). *Ilmu Keperawatan Dasar*. Yayasan Kita Menulis.
- Simamora, R. (2009). *Buku ajar pendidikan dalam keperawatan*.
- Simamora, R.H. (2013). Upaya Pembinaan Perawat Di Rumah Sakit Ngesti Waluyo Parakan Temanggung Jawa Tengah. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 8(2).
- Siregar, R. N. (2020). PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI PELAYANAN KESEHATAN.
- Sitorus Ratna, Yulia. (2006). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit: penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. (E. Wahyuningsih, Ed.). Jakarta: EGC.
- Sudaryanto, A., & Purwanti, O. S. (2015). Telehealth dalam pelayanan keperawatan. In *Seminar Nasional Informatika (SEMNASIF)* (Vol. 1, No. 5).
- Supratman., Yuni, W.U. (2009). Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Ditinjau Dari Beban Kerja Perawat. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 2(1).
- Sutopo, (2000), *Metode Penelitian Kualitatif*, Surakarta, Sebelas Maret University Press

- Tarwoto dan Wartinah (2015) *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Jakarta: Dewan pengurus pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- Titler, M. G. (2014). Overview of evidence-based practice and translation science (pp. 269–274). *Nursing Clinics of North America*.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2017). *The Relationship Between the Institute for Healthcare Improvement Triple Aim and the National Quality Strategy Three Aims*. National Quality Strategy.
- UU RI. (2014). Undang-undang RI No. 38. *Tentang Keperawatan*, 10, 2–4.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Teori*
- Yin, S. (2017). Chemical and common burns in children, *Clinical Pediatrics*, 56(5\_suppl), pp. 8S-12S. doi: 10.1177/0009922817706975.
- Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2001). Evidence-based nursing practice: why is it important? *AACN Clinical Issues*, 12(4), 468–476. <https://doi.org/10.1097/00044067-200111000-00003>
- Zulaikha, F. (2019) *Buku Keperawatan Dasar*. Samarinda: UMKT.



# Biodata Penulis



**Santa Maria Pangaribuan** lahir di Tarutung, Sumatera Utara, pada 29 Agustus 1993. Pendidikan sarjana di tempuh di program studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran, lulus tahun 2014. Pada tahun 2017, penulis diterima di Program Master of Science in Nursing, Taipei Medical University, Taiwan, dan menamatkan pada tahun 2019. Saat ini adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan Akper RS PGI Cikini, Jakarta. Mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Aktif menulis artikel di berbagai jurnal ilmiah. Salah satu artikelnya dengan judul Mediating Effects of Coping Strategies on the Relationship Between Mental Health and Quality of Life Among Indonesian Female Migrant Workers in Taiwan telah dimuat di International Journal terindex scopus (Q1).



**Kurniawati** lahir di Jombang, pada 12 Maret 1978. Menyelesaikan kuliah DIII Keperawatan di Akper Darul Ulum pada tahun 1998, Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Airlangga pada tahun 2007 dan Magister Keperawatan di Universitas Airlangga pada tahun 2014. Wanita yang kerap disapa Nia ini memulai karier sebagai dosen di Akper Darul Ulum (saat ini Prodi D3 Keperawatan FIK Unipdu) sejak tahun 1999 hingga saat ini. Salah satu mata kuliah yang diampu adalah Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan dan Keperawatan Profesioanal.



**Nurhidayah Amir** lahir di Pangkep, pada 7 Oktober 1989 dari pasangan M. Amir. T (ayah) dan Kudusia, S.Pd (Ibunda). Memiliki dua orang putri (Ayu Shabrina Aura Marsyah dan Dwi Lestari Pratiwi). Lulus S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur tahun 2016. Saat ini adalah dosen tetap di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jayapura. Selain mengajar Aya juga aktif melakukan penelitian, kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan kerap menjadi Narasumber pada berbagai kegiatan yang sesuai dengan bidangnya.



**Sufendi Hariyanto, S.Kep., Ns., M.MB.** Lahir di Blitar, 14 Oktober 1989, menempuh pendidikan D-III Keperawatan (2008-2011), S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners (2012-2014) di Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang, dan melanjutkan S2 Magister Manajemen Bencana Universitas Airlangga Surabaya (2017-2019). Saat ini bekerja sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu Jombang, dengan Mata Kuliah yang diampu: Keperawatan Profesional, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Kritis, Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana.



**Budi Antoro**, Lahir di Lampung Barat, Lampung pada 05 April 1985. Riwayat pendidikan lulusan dari Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Mitra Lampung (2005-2010), dan melanjutkan pendidikan Magister keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta (2012-2014). Riwayat pekerjaan, Ia tercatat sebagai Dosen pengajar keperawatan di Universitas Mitra Indonesia sejak tahun 2011 sampai sekarang dan menjadi Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Wilayah Lampung.



**Mukhoirotin, S. Kep., Ns., M. Kep.**, lahir di Jombang, 28 Maret 1978. Lulus Studi Program Diploma Keperawatan di AKPER Darul Ulum Jombang tahun 1998, Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Airlangga Surabaya tahun 2007. Selanjutnya pada tahun 2012 melanjutkan ke Program Pascasarjana Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2014.

Pada tahun 2000 sampai sekarang menjadi tenaga pendidik di Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (UNIPDU) Jombang, tahun 2007 s.d 2009 menjabat sebagai Kepala Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2014 menjadi staf logistik dan Maintenance Laboratorium FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2012 menjadi Sekretaris Prodi Profesi Ners dan tahun 2015 sampai sekarang menjadi Sekretaris bidang Akademik Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu Jombang.

Buku yang pernah diterbitkan oleh penulis berjudul Pendidikan Kesehatan Persalinan (2017) dan DISMENOREA: Cara Mudah Mengatasi Nyeri Haid (2018). Selain itu juga penulis telah menulis tujuh belas buku kolaborasi dan menulis artikel di jurnal nasional maupun internasional.

**Neza Purnamasari, S.Kep., Ners., M.Kep** lahir di Palembang, pada 29 November 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Sriwijaya pada Tahun 2012 dan Universitas Gadjah Mada pada Tahun 2015. Wanita yang kerap disapa Neza ini memiliki pengalaman pekerjaan sebagai Dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sriwijaya (2016-2018) dan Perawat Klinis di Lembaga Pemasarakatan Kelas IIA Banyuasin Kemenkumham Sumatera Selatan (2018-sekarang). Neza juga aktif sebagai anggota pada PPNI. Pada tahun 2021, Neza meraih penghargaan atas peran aktifnya dalam penanganan COVID-19 di Lingkungan Kemenkumham.



**Pipin Sumantrie** dilahirkan di Medan 6 Mei 1981. Pendidikan SD diselesaikan di Pontianak, Kalimantan Barat, sedangkan SMP sampai SMA di Sekolah Lanjutan Advent Martoba, Pematangsiantar, Sumatra Utara. Sarjana Keperawatan (S1) diselesaikan pada tahun 2003 di Universitas Advent Indonesia, Bandung, Jawa Barat, dan melanjutkan Program Magister Keperawatan di Universitas Sumatra Utara, Medan, selesai pada tahun 2013. Saat ini penulis sedang menyelesaikan Disertasi pada Program S3 Theologia di Sekolah Tinggi Theologia Sumatra Utara (STTSU) dengan konsentrasi

keilmuan Kepemimpinan.

Pengalaman pekerjaan pada tahun 2003 bekerja sebagai Kepala Keperawatan Rumah Sakit Imelda Pekerja Indonesia, Medan, sekaligus sebagai Dosen di Akademi Keperawatan Imelda Medan. Pada tahun 2005 penulis bekerja sebagai Sekertaris Program Studi Keperawatan, di Sekolah Tinggi Kesehatan Deli Husada Deli Tua, Sumatra Utara, dan pada tahun 2007 bekerja sebagai Dosen Tetap di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar, Sumut, sekaligus menjabat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat sampai saat ini.

Saat ini penulis aktif menulis dan menyajikan paper di beberapa konferensi akademik dan menghasilkan berbagai hasil penelitian. Selain itu, penulis juga berperan sebagai Penulis/Kontributor Tetap sejak tahun 2019 sampai saat ini di Majalah Rumah Tangga dan Kesehatan yang diterbitkan setiap bulan oleh Percetakan Advent Indonesia, Bandung.

Untuk mengenal lebih jauh, Anda dapat mengunjungi <https://orcid.org/0000-0002-0507-4741>.



**Rifki Sakinah Nampo, M.Kep.**, lahir di Jayapura pada 24 Oktober 1987. Penulis memulai jenjang pendidikannya di SD Negeri 8 Jayapura, SMP Negeri 6 Jayapura, dan SMU Negeri 2 Jayapura. Penulis lalu melanjutkan ke jenjang S1 dan Ners pada Jurusan Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Padjadjaran. Penulis kemudian meraih gelar master pada Magister Keperawatan dengan bidang peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Padjadjaran.

Saat ini, penulis aktif sebagai salah satu dosen pengajar Keperawatan Jiwa dan Terapi Komplementer di Program Studi Keperawatan STIKES Jayapura dan Menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM).

Tak hanya itu penulis juga aktif dalam organisasi PPNI DPD Kabupaten Jayapura sebagai Ketua Bidang Informasi & Penelitian, dan Organisasi IPKJI DPW Papua sebagai sekretaris. Penulis juga mengembangkan kemampuan diri dengan mengikuti berbagai pelatihan seperti: NLP, Hipnotherapy, akupuntur, akupresure, berbagai terapi komplementer, dan terapi modalitas.

Berbagai karya penelitian penulis juga telah dipublikasi diantaranya: “Effect of Neuro-Linguistic Programming (NLP) on Anxiety: A Systematic Literature Review”, “Pengaruh Aplikasi Akupuntur Pada Pasien Hipertensi”, dan “Family Nursing Care During the Covid-19 Pandemic”. Adapun karya buku TIM yang penulis publikasi secara online diantaranya: “Keperawatan Jiwa Dasar” dan “Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik”.



**Tinah** lahir di Langkat, pada 14 Mei 1974. Ia tercatat sebagai lulusan D3 Fakultas Keperawatan USU, kemudian lanjut sebagai lulusan S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat USU dan yang terakhir sebagai lulusan S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat USU. Wanita yang kerap disapa Tina ini adalah anak dari pasangan Pardi (ayah) dan Tuginem (ibu). Tinah saat ini bekerja sebagai dosen pengajar di Poltekkes Kemenkes Medan dan aktif sebagai anggota PPNI. Ia aktif dalam kegiatan Pengabdian masyarakat seperti

pencegahan stunting, dan Pencegahan hipertensi. Ia juga aktif sebagai seorang peneliti seperti, Penelitian tentang Pengaruh terapi bekam dalam menurunkan hipertensi.



**Indah Mukarromah**, berasal dari Jombang. Saat ini bekerja sebagai staf pengajar di Prodi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul 'Ulum Jombang. Pendidikan yang ditempuh mulai dari Diploma III (2006), S1 Keperawatan, dan Ners (2009) di FIK Unipdu. Menempuh magister keperawatan di Universitas Brawijaya peminatan Keperawatan Jiwa (2017). Pengalaman mengajar sejak tahun 2010 sampai sekarang. Tergabung di departemen jiwa dan komunitas FIK Unipdu. Pengalaman mengajar keperawatan dasar ataupun kebutuhan dsar manusia sejak tahun 2012 hngga sekarang. Saat ini penulis sebagai salah satu tim teknis kesehatan jiwa masyarakat dinas kesehatan propinsi Jawa Timur sejak tahun 2018 sampai dengan sekarang. Pengalaman pelatihan adalah sebagai fasilitator pelatihan CMHN dan pendamping pengelolaan DKJPS 2020.



**Keristina Ajul** lahir di Flores, pada 10 Desember 1982. Ia tercatat sebagai anggota Kongregasi Suster Santo Fransiskus Charitas. Menyelasaikan studi sarjana keperawatan dan profesi ners di Stikes Perdhaki Charitas, pada tahun 2012. Bekerja di Rumah Sakit Karya Asih Charitas Palembang sebagai perawat pelaksana sampai tahun 2015. Kemudian bergabung dalam dunia pendidikan di Fakultas Ilmu Kesehatan Unika Musi Charitas. Tahun 2018 mendapat kesempatan tugas belajar melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Medikal Bedah di STIK Sint Carolus Jakarta. Saat ini bekerja menjadi dosen tetap di Prodi Ilmu Keperawatan dan Ners FIKes Unika Musi Charitas Palembang.



**Vincencius Surani** lahir di Taraman, Provinsi Sumatera Selatan, pada 20 Juli 1991. Ia tercatat sebagai lulusan di bidang ilmu keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah dari Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Laki-laki yang kerap disapa Vincen ini adalah anak dari pasangan Markus Pono (ayah) dan Margareta (ibu). Saat ini Vincencius Surani bekerja sebagai seorang dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Musi Charitas Palembang.



# KONSEP DASAR PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

Buku ini didesain dengan cermat untuk menambah ilmu pengetahuan khususnya keperawatan yang kompleks dan terus berkembang melalui penyajian materi-materi dengan *evidence based* yang dapat dipertanggungjawabkan.

Buku ini disusun dalam 13 Bab secara sistematis dan sangat lengkap penjabarannya.

Bab 1 Sejarah Dan Perkembangan Keperawatan

Bab 2 Organisasi Profesi Keperawatan

Bab 3 Pendidikan Keperawatan Di Indonesia

Bab 4 Model Model Praktik Keperawatan

Bab 5 Standar Praktik Keperawatan Profesional

Bab 6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Bab 7 Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

Bab 8 Pelayanan Keperawatan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Bab 9 Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Bab 10 Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur

Bab 11 Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Dan Latihan

Bab 12 Pemenuhan Kebutuhan Kebersihan Dan Perawatan Diri

Bab 13 Integritas Kulit Dan Luka Bakar



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

ISBN 978-623-342-477-6

