

**Editor: Nita Yuniarti Ratnasari, S.Kep., Ns., M.Kes.**



# **Pengantar Konsep**

**dan**

# **Keperawatan Dasar**

Angga Sugiarto, Fhirawati, Martalina Limbong, Mukhoirotin  
Febriyanti, Leny Suarni, Juhdeliena, Agustina Boru Gultom  
Duma Lumban Tobing, Rugaya M. Pandawa, Telvie Kasenda  
Indah Yuliani, Ida Suryani Hsb, Alice Y.Y. Pangemanan  
Ana Rizana, Erita Gustina, Mareta Dea Rosaline



**Pengantar  
Konsep**

**dan**

**Keperawatan  
Dasar**

# Daftar Isi

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

## **Bab 1 Konsep Keperawatan**

1.1 Pendahuluan .....	1
1.2 Proses Keperawatan .....	4
1.2.1 Pengkajian .....	6
1.2.2 Diagnosa .....	7
1.2.3 Perencanaan .....	8
1.2.4 Implementasi .....	9
1.2.5 Evaluasi .....	11

## **Bab 2 Sejarah dan Perkembangan Keperawatan**

2.1 Pendahuluan .....	13
2.2 Konsep Dasar Sejarah Keperawatan .....	15
2.3 Keperawatan pada Masa Prasejarah .....	16
2.4 Keperawatan pada Peradaban Kuno .....	17
2.5 Keperawatan pada Abad Pertengahan .....	19
2.6 Keperawatan pada Abad Pertengahan .....	20
2.7 Perkembangan Ilmu dan Profesi Keperawatan .....	22
2.8 Perkembangan Ilmu dan Profesi Keperawatan .....	23
2.9 Perkembangan Keperawatan Abad ke-20 dan Abad ke-21 .....	24
2.10 Sejarah dan Perkembangan Keperawatan di Indonesia .....	25
2.11 Implikasi Sejarah dan Perkembangan Keperawatan terhadap Praktik Keperawatan Dasa .....	26

## **Bab 3 Paradigma dan Falsafah Keperawatan**

3.1 Pendahuluan .....	29
3.2 Paradigma Keperawatan .....	31
3.2.1 Definisi Paradigma .....	31
3.2.2 Definisi Paradigma Keperawatan .....	32
3.2.3 Komponen Paradigma Keperawatan .....	33

3.3 Falsafah Keperawatan .....	44
--------------------------------	----

#### **Bab 4 Peran Perawat**

4.1 Pendahuluan .....	47
4.2 Pengertian Perawat .....	49
4.3 Landasan Hukum Profesi Perawat di Indonesia.....	50
4.4 Peran Perawat .....	50
4.4.1 Pemberi Asuhan (Caregiver) .....	50
4.4.2 Edukator dan Konselor Bagi Klien .....	52
4.4.3 Komunikator .....	54
4.4.4 Manajer / Pengelola Pelayanan Keperawatan .....	54
4.4.5 Advokat Pasien .....	55
4.4.6 Peneliti Keperawatan.....	56
4.4.7 Peran Perawat dalam Penerapan EBP.....	56
4.4.8 Pelaksana Tugas Berdasarkan Pelimpahan Wewenang .....	56
4.4.9 Pelaksana Tugas Dalam Keadaan Keterbatasan Tertentu .....	57

#### **Bab 5 Konsep Sehat dan Sakit**

5.1 Pendahuluan .....	59
5.2 Pengertian Sehat .....	60
5.3 Dimensi Sehat.....	61
5.4 Pengertian Sakit .....	63
5.5 Rentang Sehat Sakit.....	65
5.6 Faktor yang Mempengaruhi Status Sehat dan Sakit.....	68
5.7 Persepsi Individu dan Budaya tentang Sehat dan Sakit .....	71
5.8 Peran Perawat dalam Konsep Sehat dan Sakit.....	73

#### **Bab 6 Kebutuhan Dasar Manusia**

6.1 Pendahuluan.....	77
6.2 Konsep Kebutuhan Manusia .....	78
6.2.1 Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia.....	78
6.2.2 Unsur Kebutuhan Manusia .....	79
6.2.3 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.....	83
6.3 Manusia Sebagai Makhluk Individu, Holistik dan Sistem .....	85
6.3.1 Manusia sebagai Makhluk Holistik.....	85
6.3.2 Manusia Sebagai Makhluk Sistem.....	85
6.4 Homeostatisi-Hemodinamik.....	85

**Bab 7 Proses Keperawatan**

7.1 Pendahuluan .....	89
7.2 Tahapan Proses Keperawatan: Pengkajian Awal.....	90
7.3 Tahapan Proses Keperawatan: Diagnosis Keperawatan .....	92
7.3.1 Jenis-Jenis Diagnosis Keperawatan .....	93
7.3.2 Perbedaan Diagnosis Keperawatan dan Diagnosis Medis .....	94
7.3.3 Validasi dan Revisi Diagnosis Keperawatan.....	95
7.3.4 Prioritas Diagnosis Keperawatan .....	95
7.4 Tahapan Proses Keperawatan: Rencana Perawatan .....	96
7.4.1 Langkah Dasar Menyusun Rencana Keperawatan .....	96
7.4.2 Menetapkan Hasil yang Diharapkan (outcome).....	97
7.4.3 Menyusun Intervensi Keperawatan.....	97
7.5 Tahapan Proses Keperawatan: Implementasi Keperawatan .....	98
7.5.1 Prinsip Penting dalam Implementasi.....	100
7.5.2 Peran Kolaborasi dalam Implementasi .....	100
7.6 Tahapan Proses Keperawatan: Evaluasi .....	101
7.6.1 Tujuan Evaluasi .....	101
7.6.2 Menilai Pencapaian Hasil.....	102
7.6.3 Evaluasi dan Revisi Rencana Keperawatan .....	102
7.6.4 Peran Dokumentasi dalam Evaluasi.....	103
7.7 Dokumentasi Dalam Proses Keperawatan .....	103

**Bab 8 Diagnosis Keperawatan**

8.1 Pendahuluan.....	105
8.2 Definisi Diagnosis Keperawatan .....	106
8.3 Komponen Diagnosis Keperawatan .....	108
8.3.1 Masalah .....	109
8.3.2 Faktor Yang Berhubungan/Faktor Risiko.....	110
8.3.3 Definisi Karakteristik.....	111
8.4 Jenis Diagnosis Keperawatan .....	112
8.5 Proses Pembentukan Diagnosis Keperawatan .....	114
8.5.1 Pengelompokan Dan Analisis Data.....	114
8.5.2 Interpretasi Data.....	114
8.5.3 Perumusan Diagnosis Keperawatan.....	115
8.6 Penulisan Pernyataan Diagnosis Keperawatan .....	117
8.6.1 Diagnosis Keperawatan Aktual Atau Berfokus Pada Masalah.....	117
8.6.2 Diagnosis Keperawatan Risiko.....	117
8.6.3 Diagnosis Keperawatan Promosi Kesehatan.....	118

**Bab 9 Komunikasi Terapeutik**

9.1 Pendahuluan.....	119
9.2 Konsep Komunikasi Terapeutik .....	120
9.2.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik.....	120
9.2.2 Komponen Komunikasi Terapeutik.....	122
9.2.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik .....	
9.2.4 Karakteristik Perawat Memfasilitasi Hubungan Terapeutik .....	123
9.2.5 Jenis Komunikasi Terapeutik .....	124
9.3 Penggunaan Diri Secara Efektif Dalam Komunikasi Terapeutik .....	127
9.3.1 Menghadirkan Diri .....	127
9.3.2 Dimensi Respon dan Dimensi Tindakan .....	129
9.4 Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik .....	133
9.5 Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik .....	135
9.6 Hambatan Komunikasi Terapeutik .....	140

**Bab 10 Etika Keperawatan**

10.1 Pendahuluan.....	143
10.2 Pengertian Etika Keperawatan .....	144
10.3 Teori Etik .....	145
10.3.1 Teori Dasar Pembuatan Keputusan.....	145
10.3.2 Teleologi.....	146
10.3.3 Deontologi (Formalisme).....	146
10.4 Prinsip-Prinsip Etik .....	147
10.4.1 Kemurahan Hati.....	147
10.4.2 Keadilan .....	148
10.4.3 Otonomi .....	149
10.4.4 Kejujuran.....	149
10.4.5 Ketaatan.....	150
10.5 Kode Etik Keperawatan .....	151
10.6 Masalah Etika yang Berkaitan Langsung dengan Praktik Keperawatan.....	153
10.6.1 Evaluasi Diri.....	153
10.6.2 Evaluasi Kelompok .....	154
10.6.3 Tanggung Jawab Terhadap Peralatan Dan Barang .....	154
10.6.4 Merekomendasikan Klien Pada Dokter .....	154
10.7 Kerangka Pembuatan Keputusan .....	155

**Bab 11 Keselamatan Pasien**

11.1 Definisi dan Signifikansi Keselamatan Pasien.....	159
11.2 Risiko Umum Keselamatan Pasien di Layanan Kesehatan .....	162
11.3 Membangun Budaya Keselamatan dan Komunikasi Efektif.....	165
11.4 Peran dan Tanggung Jawab Perawat dalam Menjamin Keselamatan Pasien Kesehatan.....	168
11.5 Inovasi Teknologi dan Alat untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien .....	170
11.6 Sistem Pelaporan dan Manajemen Insiden Keselamatan Pasien.....	172
11.7 Strategi Peningkatan Berkelanjutan dan Pendidikan Keselamatan Pasien ...	174

**Bab 12 Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi**

12.1 Konsep Dasar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi .....	177
12.2 Infeksi Nosokomial .....	181
12.3 Protokol Pencegahan dan Pengendalian Infeksi .....	183
12.4 Kewaspadaan Isolasi di lingkungan Rumah Sakit.....	185
12.4.1 Kewaspadaan Standar (Universal Precautions).....	185
12.4.2 Kewaspadaan Transmisi .....	191
12.5 Tugas, Wewenang dan Tanggung Jawab Perawat Dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.....	192

**Bab 13 Mobilisasi dan Ambulasi**

13.1 Pendahuluan .....	195
13.2 Defenisi Mobilisasi dan Ambulasi.....	197
13.3 Tujuan Mobilisasi dan Ambulasi .....	197
13.4 Jenis-Jenis Mobilisasi dan Ambulasi.....	199
13.5 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Mobilisasi dan Ambulasi.....	200

**Bab 14 Pengukuran Tanda-Tanda Vital**

14.1 Pendahuluan .....	203
14.2 Konsep Dasar Pengukuran Tanda-Tanda Vital.....	206
14.2.1 Definisi dan Ruang Lingkup.....	206
14.2.2 Tujuan Pengukuran TTV .....	206
14.2.3 Faktor yang Memengaruhi TTV .....	208
14.2.4 Prosedur Pengukuran TTV .....	212

**Bab 15 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi**

15.1 Nutrisi dan Kesehatan .....	217
15.2 Zat Gizi.....	219
15.3 Faktor-faktor yang Memengaruhi Status Nutrisi .....	222

15.4 Pengkajian Status Nutrisi.....	224
15.4.1 Anamnesis.....	224
15.4.2 Skrining Gizi.....	225
15.4.3 Pemeriksaan Fisik.....	225
15.4.4 Pemeriksaan Penunjang.....	228
15.5 Diagnosis Keperawatan.....	228
15.6 Intervensi Keperawatan.....	229
15.6.1 Nutrisi Enteral.....	230
15.6.2 Nutrisi Parenteral.....	232

## **Bab 16 Kebutuhan Istirahat dan Tidur**

16.1 Konsep Dasar Istirahat dan Tidur.....	233
16.1.1 Definisi.....	233
16.1.2 Teori - Teori Tidur.....	234
16.1.3 Tujuan.....	235
16.2 Fisiologi Tidur.....	236
16.2.1 Mekanisme Neurophysiology Tidur.....	236
16.2.2 Ritme CirCadian dan Jam Biologis dalam Istirahat dan Tidur ..	240
16.2.3 Fungsi Kebutuhan Istirahat Dan Tidur Dalam Keperawatan ....	241
16.2.4 Tahapan Tidur.....	242
16.2.5 Perubahan Fisiologis Selama Tidur.....	243
16.3 Kebutuhan Tidur Berdasarkan Usia.....	245
16.4 Faktor yang Memengaruhi Istirahat dan Tidur.....	247
16.5 Gangguan Istirahat dan Tidur.....	249
16.5.1 Pengertian Gangguan Istirahat dan Tidur.....	249
16.5.2 Klarifikasi Gangguan Istirahat dan Tidur.....	250
16.6 Kebutuhan Istirahat dan Tidur dalam Keperawatan.....	255

## **Bab 17 Konsep Dasar Manajemen Nyeri**

17.1 Pendahuluan.....	257
17.2 Proses Perjalanan Nyeri.....	258
17.3 Teori Kendali Gerbang (Gate Control Theory).....	259
17.4 Klasifikasi dan Pengukuran Nyeri.....	260
17.5 Pengkajian Nyeri Multidimensi.....	261
17.6 Instrumen Pengukuran Intensitas Nyeri.....	262
17.6.1 Instrumen Laporan Mandiri (Self-Report).....	262
17.6.2 Instrumen Observasional (Pasien Non-Verbal).....	264
17.7 Manajemen Nyeri Farmakologi.....	265
17.7.1 Prinsip WHO Analgesic Ladder.....	265

---

17.7.2 Penggolongan Analgesik .....	266
17.7.3 Peran Perawat dalam Terapi Farmakologi Manajemen Nyeri ...	267
17.8 Manajemen Nyeri Non Farmakologi .....	269
17.8.1 Teknik Relaksasi Napas Dalam (Deep Breathing) .....	269
17.8.2 Imajinasi Terbimbing (Guided Imagery).....	270
17.8.3 Terapi Termal (Kompres Hangat dan Dingin) .....	271
17.8.4 Akupresur .....	272
17.8.5 Distraksi Visual dan Auditori .....	273
17.8.6 Massage Therapy (Pijat Effleurage).....	274
Daftar Pustaka .....	275
Biodata Penulis .....	297



# **Pengantar Konsep dan Keperawatan Dasar**

Angga Sugiarto, Fhirawati, Martalina Limbong, Mukhoirotin  
Febriyanti, Leny Suarni, Juhdeliena, Agustina Boru Gultom  
Duma Lumban Tobing, Rugaya M. Pandawa, Telvie Kasenda  
Indah Yuliani, Ida Suryani HsbAlice Y.Y. Pangemanan  
Ana Rizana, Erita Gustina, Mareta Dea Rosaline



Penerbit Yayasan Kita Menulis

# Pengantar Konsep dan Keperawatan Dasar

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2026

Penulis:

Angga Sugiarto, Fhirawati, Martalina Limbong, Mukhoirotin  
Febriyanti, Leny Suarni, Juhdeliena, Agustina Boru Gultom  
Duma Lumban Tobing, Rugaya M. Pandawa, Telvie Kasenda  
Indah Yuliani, Ida Suryani HsbAlice Y.Y. Pangemanan  
Ana Rizana, Erita Gustina, Mareta Dea Rosaline

Editor: Nita Yuniarti Ratnasari, S.Kep., Ns., M.Kes.

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: 0813-9680-7167

IKAPI: 044/SUT/2021

Angga Sugiarto., dkk.

Pengantar Konsep dan Keperawatan Dasar

Yayasan Kita Menulis, 2026

xviii; 306 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-634-260-174-7

Cetakan 1, Februari 2026

- I. Pengantar Konsep dan Keperawatan Dasar
- 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 dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga buku Pengantar Konsep dan Keperawatan Dasar ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Buku ini disiapkan sebagai bahan ajar dan referensi utama bagi mahasiswa keperawatan, khususnya pada tahap awal pendidikan, agar memiliki landasan konseptual, sikap profesional, dan keterampilan dasar yang kuat dalam praktik keperawatan.

Keperawatan merupakan profesi yang berperan penting dalam sistem pelayanan kesehatan, dengan tanggung jawab yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Oleh karena itu, pemahaman terhadap konsep keperawatan, proses keperawatan, peran dan fungsi perawat, etika profesi, komunikasi terapeutik, keselamatan pasien, serta pencegahan dan pengendalian infeksi menjadi fondasi utama dalam membentuk perawat yang kompeten, beretika, dan berorientasi pada keselamatan serta kebutuhan pasien.

Buku ini membahas secara sistematis berbagai materi dasar keperawatan, mulai dari konsep dan sejarah keperawatan, paradigma dan falsafah keperawatan, konsep sehat dan sakit, kebutuhan dasar manusia, hingga penerapan proses keperawatan dalam praktik. Selain itu, topik-topik penting seperti diagnosis keperawatan, komunikasi terapeutik, etika keperawatan, keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi, mobilisasi, tanda-tanda vital, kebutuhan nutrisi, istirahat dan tidur, serta manajemen nyeri juga disajikan untuk mendukung pembelajaran yang komprehensif dan aplikatif.

Penyusunan buku ini diharapkan dapat membantu mahasiswa dalam memahami teori sekaligus mengaitkannya dengan praktik keperawatan sehari-hari, baik di lingkungan pendidikan maupun pelayanan kesehatan.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang luas dan menjadi salah satu rujukan penting dalam mendukung proses pembelajaran serta pengembangan kompetensi mahasiswa dan praktisi keperawatan di Indonesia.

Februari 2026  
Penulis

## UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

### Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

### Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

# Daftar Gambar

Gambar 1.1: Area Kompetensi Perawat.....	4
Gambar 1.2: Lima langkah model proses keperawatan.....	5
Gambar 1.3: Proses Keperawatan sebagai sebuah sistem .....	10
Gambar 3.1: Elemen Paradigma Keperawatan .....	32
Gambar 6.1: Kebutuhan Hierarki Abraham Ma.....	80
Gambar 10.1: Unsur-unsur utama yang terlibat dalam pembuatan keputusan dan tindakan moral dalam praktik keperawatan.....	155
Gambar 10.2: Kerangka pembuatan keputusan.....	156
Gambar 12.1: Kebersihan Tangan.....	186
Gambar 12.2: Alat Pelindung Diri (APD) .....	187
Gambar 12.3: Limbah Medis.....	188
Gambar 12.4: Jenis Wadah Dan Label Limbah Medis Padat sesuai Kategori ..	188
Gambar 12.5: Penatalaksanaan Linen.....	189
Gambar 12.6: Penempatan Pasien.....	189
Gambar 12.7: Etika Batuk.....	190
Gambar 17.1: Wong Baker FACES.....	263



## Daftar Tabel

Tabel 8.1: Contoh Deskriptor dan Penjelasannya .....	109
Tabel 8.2: Contoh Deskriptor berserta Fokus Diagnostik .....	110
Tabel 8.3: Contoh Masalah dan Faktor Yang Berhubungan/Penyebab dan Faktor Risiko.....	111
Tabel 8.4: Contoh Masalah dan Definisi Karakteristik.....	112
Tabel 8.5: Contoh Proses Pembentukan Diagnosis Keperawatan .....	116
Tabel 9.1: Tehnik Komunikasi Terapeutik .....	136
Tabel 10.1: Contoh model pengambilan keputusan etis keperawatan yang dikembangkan oleh Thompson dan Jameton.....	157
Tabel 14.1: Ringkasan Bukti: Kesenjangan Praktik–Teori dalam Pengukuran TTV .....	205
Tabel 14.2: Checklist Singkat: Kapan TTV Perlu Diukur? .....	207
Tabel 15.1: Tanda-tanda Klinis Perubahan Status Gizi .....	227



# Bab 1

## Konsep Keperawatan

### 1.1 Pendahuluan

Perkembangan keperawatan saat ini menunjukkan kemajuan yang signifikan dibandingkan dengan praktik keperawatan pada masa sebelumnya dan diproyeksikan akan terus berkembang ke arah yang lebih positif. Dalam rangka memahami kondisi keperawatan masa kini sekaligus mempersiapkan tantangan di masa depan, diperlukan pemahaman yang komprehensif, tidak hanya terhadap sejarah dan pengalaman masa lalu, tetapi juga terhadap praktik keperawatan kontemporer serta faktor sosial dan historis yang turut membentuknya (Berman, Snyder and Frandsen, 2022).

Keperawatan telah diperluas di semua bidang, termasuk praktik di berbagai pengaturan perawatan kesehatan, pengembangan badan pengetahuan tertentu, pelaksanaan dan publikasi penelitian keperawatan, dan pengakuan peran keperawatan dalam mempromosikan kesehatan. Peningkatan penekanan pada pengetahuan keperawatan sebagai dasar

praktik berbasis bukti telah menyebabkan pertumbuhan keperawatan sebagai disiplin profesional (Taylor et al., 2011).

Keperawatan adalah benar-benar merupakan seni dan ilmu (Motter, Hassler dan Anthony, 2021). Sebagai sebuah seni, keperawatan menekankan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan yang dilandasi oleh empati, kepedulian, dan penghargaan terhadap martabat serta keunikan setiap individu pasien. Sementara itu, sebagai suatu ilmu, praktik keperawatan bertumpu pada pengetahuan berbasis bukti yang senantiasa berkembang seiring dengan kemajuan penelitian, penemuan, dan inovasi terbaru (Potter, Perry, Stockert and A. Hall, 2021).

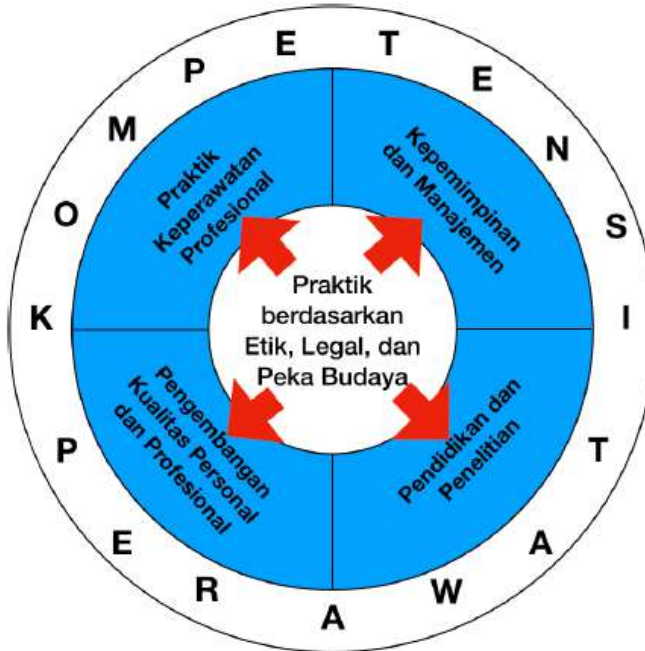
Berman, Snyder and Frandsen (2022) mendeskripsikan keperawatan telah mengalami perubahan yang sangat signifikan sebagai respons terhadap dinamika kebutuhan dan pengaruh masyarakat. Dalam beberapa dekade terakhir, muncul kembali ketertarikan terhadap sejarah keperawatan yang mendorong peningkatan jumlah literatur terkait. Pembahasan ini hanya menekankan beberapa aspek tertentu dari peristiwa-peristiwa yang berperan dalam membentuk praktik keperawatan. Berbagai tema yang terus berulang, seperti peran dan status perempuan dan laki-laki, pengaruh agama, nilai-nilai yang dianut, kondisi perang, sikap masyarakat, serta kepemimpinan keperawatan yang visioner, telah membentuk praktik keperawatan di masa lalu dan hingga kini masih memberikan dampak terhadap perkembangan keperawatan.

Peran perawat digambarkan secara khas dan mendalam oleh Taylor et al (2011). Perawat dijelaskan memiliki posisi yang khas dalam membantu individu, keluarga, komunitas, maupun populasi agar mencapai dan mempertahankan kondisi kesehatan yang optimal. Dalam perannya sebagai pemberi asuhan, advokat, dan pendidik, perawat berkontribusi dalam upaya promosi kesehatan dan kesejahteraan di seluruh tatanan pelayanan kesehatan. Melalui pengetahuan dan kemampuan penilaian yang dimiliki, perawat mampu mengidentifikasi faktor risiko yang nyata maupun potensial yang memengaruhi individu atau kelompok terhadap terjadinya penyakit.

Selain itu, perawat menerapkan berbagai strategi untuk membantu pasien mengubah faktor risiko tersebut sebagai langkah pencegahan penyakit. Setiap individu menunjukkan respons yang berbeda terhadap penyakit, baik yang dialami sendiri maupun oleh anggota keluarganya. Perawat yang memahami respons pasien terhadap kondisi tersebut dapat mendukung pasien dan keluarganya dalam mempertahankan atau mengembalikan tingkat fungsi yang optimal, sehingga berkontribusi pada pengurangan biaya pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, upaya membantu pasien melakukan perubahan perilaku untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan menjadi hal yang sangat penting.

Keperawatan di Indonesia bernaung pada Undang-Undang Republik Indonesia nomor 17 tahun 2023. Adapun standar profesi perawat tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) Republik Indonesia tahun 2020. Pada Kepmenkes tentang Standar Profesi Perawat tersebut Keperawatan didefinisikan sebagai kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Adapun Perawat didefinisikan sebagai seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Sementara Pelayanan Keperawatan didefinisikan sebagai suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Praktik Keperawatan didefinisikan dengan pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan. Asuhan Keperawatan didefinisikan dengan rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya.



Gambar 1.1: Area Kompetensi Perawat

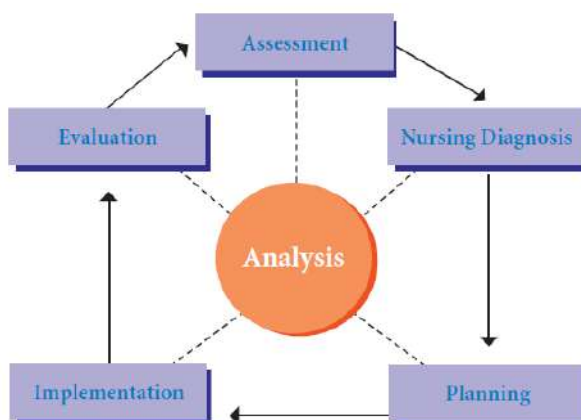
## 1.2 Proses Keperawatan

Proses keperawatan pada awalnya merupakan bentuk adaptasi dari teknik pemecahan masalah berdasarkan teori yang digunakan oleh perawat setiap hari untuk membantu pasien meningkatkan kesehatannya. Tujuan utamanya adalah untuk mengetahui status kesehatan dan masalah klien yang mungkin aktual atau potensial (Semachew, 2018).

Proses keperawatan berfungsi sebagai panduan sistematis untuk perawatan yang berpusat pada klien dengan 5 langkah berurutan (Toney-butler & Thayer, 2022). Proses keperawatan adalah metode sistematis yang mengarahkan perawat dan pasien secara bersamaan dengan suatu pendekatan yang terstruktur dan sistematis.

Memandu perawat dan pasien untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan-tujuan tertentu, bersama-sama mereka mencapai hal-hal berikut:

1. Mengkaji pasien untuk menentukan kebutuhan akan asuhan keperawatan.
2. Menentukan diagnosis keperawatan untuk masalah kesehatan aktual dan potensial.
3. Mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan merencanakan asuhan.
4. Menerapkan asuhan.
5. Mengevaluasi hasil.



**Gambar 1.2:** Lima langkah model proses keperawatan (Potter et al., 2021)

Langkah-langkah dalam proses yang berpusat pada pasien dan berorientasi pada hasil ini saling terkait; setiap langkah bergantung pada keakuratan langkah-langkah sebelumnya.

Proses menyediakan kerangka kerja yang memungkinkan perawat dan pasien mencapai hal-hal berikut (Taylor et al., 2011):

1. Mengumpulkan data pasien secara sistematis (pengkajian)

2. Identifikasi dengan jelas kekuatan pasien dan masalah aktual dan potensial (diagnosis)
3. Mengembangkan rencana holistik perawatan individual yang menentukan tujuan pasien yang diinginkan dan hasil terkait dan intervensi keperawatan yang paling mungkin untuk membantu pasien memenuhi hasil yang diharapkan (perencanaan)
4. Melaksanakan rencana asuhan (implementasi)
5. Mengevaluasi keefektifan rencana perawatan dalam hal pencapaian tujuan pasien (evaluasi)

### 1.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama pada proses keperawatan. Pengkajian adalah pengumpulan, pengorganisasian, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan (Berman, Snyder and Frandsen, 2022). Pada fase ini perawat melakukan pengumpulan informasi yang disengaja dan sistematis tentang pasien untuk menentukan status kesehatan dan fungsionalnya saat ini dan di masa lalu serta pola penanggulangannya saat ini dan di masa lalu (Carpenito-Moyet dalam Potter et al., 2013). Pengkajian melibatkan keterampilan berpikir kritis dan pengumpulan data (Potter et al., 2021).

Data dapat berasal dari pasien secara langsung atau dari pengasuh utama yang mungkin atau mungkin bukan anggota keluarga yang berhubungan langsung. Teman dapat berperan dalam pengumpulan data. Keterampilan berpikir kritis sangat penting untuk pengkajian, sehingga kebutuhan untuk perubahan kurikulum berbasis konsep (Toney-butler & Thayer, 2022). Pengkajian keperawatan berfokus pada respons klien terhadap masalah kesehatan.

Pengkajian keperawatan harus mencakup kebutuhan yang dirasakan klien, masalah kesehatan, pengalaman terkait, praktik kesehatan, nilai, dan gaya hidup. Agar bermanfaat, data yang dikumpulkan harus relevan dengan masalah kesehatan tertentu (Berman, Snyder and Frandsen, 2022).

Terdapat dua macam data yaitu subjektif dan objektif. Data subyektif melibatkan pernyataan verbal dari pasien atau pengasuh. Data obyektif adalah data yang dapat diukur dan berwujud seperti tanda-tanda vital, asupan dan keluaran, serta tinggi dan berat badan (Toney-butler & Thayer, 2022).

### 1.2.2 Diagnosa

Mendiagnosis adalah fase kedua dari proses keperawatan. Pada fase ini, perawat menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk menginterpretasikan data pengkajian dan mengidentifikasi kekuatan dan masalah klien. Mendiagnosis adalah langkah penting dalam proses keperawatan. Kegiatan sebelum fase ini diarahkan untuk merumuskan diagnosis keperawatan; kegiatan perencanaan asuhan setelah fase ini didasarkan pada diagnosis keperawatan (Berman, Snyder and Frandsen, 2022).

Pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) diagnosa didefinisikan sebagai penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Perawat dengan sengaja menggunakan pemikiran kritis untuk membuat diagnosa keperawatan yang secara akurat mengidentifikasi respon pasien terhadap penyakit. Perumusan diagnosis keperawatan dengan menggunakan penilaian klinis membantu dalam perencanaan dan implementasi perawatan pasien (Toney-butler and Thayer, 2022). Diagnosis keperawatan dibuat berdasarkan analisis data pengkajian, dan menentukan jenis perawatan yang akan diterima pasien.

Ketika data menunjukkan ketidaknormalan selama penilaian, itu dapat berfungsi sebagai ciri pendefinisian suatu masalah untuk mendukung diagnosis keperawatan yang tepat; dan lebih dari satu diagnosis keperawatan yang berlaku dapat dihasilkan. Perawat merumuskan

diagnosa keperawatan dan menggunakannya untuk memandu pengembangan rencana perawatan untuk memberikan perawatan berkualitas yang berpusat pada pasien (McCustion et al., 2018).

Istilah diagnosis mengacu pada proses penalaran, sedangkan istilah diagnosis adalah pernyataan atau kesimpulan mengenai sifat suatu fenomena. Diagnosis keperawatan berisi frase diagnostik atau label diagnostik diikuti dengan frase etiologi. Frasa atau label diagnostik adalah pernyataan masalah klien. Etiologi adalah hubungan sebab akibat antara masalah klien atau faktor risiko (Berman, Snyder and Frandsen, 2022).

### 1.2.3 Perencanaan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang disengaja dan sistematis yang melibatkan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Dalam perencanaan, perawat mengacu pada data asesmen klien dan pernyataan diagnostik untuk arahan dalam merumuskan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien (Berman, Snyder and Frandsen, 2022).

Setelah mengidentifikasi diagnosis keperawatan pasien dan masalah kolaboratif, langkah selanjutnya perencanaan, langkah ketiga dari proses keperawatan. Perencanaan melibatkan penetapan prioritas, mengidentifikasi tujuan yang berpusat pada pasien dan hasil yang diharapkan, dan merencanakan intervensi keperawatan individual (Potter et al., 2013). Tahap perencanaan adalah di mana tujuan dan hasil dirumuskan yang berdampak langsung pada perawatan pasien berdasarkan pedoman.

Sasaran khusus pasien ini dan pencapaian bantuan semacam itu dalam memastikan hasil yang positif. Rencana asuhan keperawatan sangat penting dalam fase penetapan tujuan ini. Rencana perawatan memberikan arahan untuk perawatan pribadi yang disesuaikan dengan kebutuhan unik individu. Kondisi keseluruhan dan kondisi komorbid berperan dalam penyusunan rencana perawatan. Rencana perawatan meningkatkan

komunikasi, dokumentasi, penggantian, dan kesinambungan perawatan di seluruh kontinum perawatan kesehatan (Toney-butler & Thayer, 2022).

Perencanaan dimulai dengan kontak klien pertama dan berlanjut hingga hubungan perawat-klien berakhir, biasanya saat klien keluar dari lembaga perawatan kesehatan. Semua perencanaan bersifat multidisiplin (melibatkan semua penyedia layanan kesehatan yang berinteraksi dengan klien) dan mencakup klien dan keluarga semaksimal mungkin dalam setiap langkah (Berman, Snyder and Frandsen, 2022).

Menggunakan data asesmen berkelanjutan, perawat melakukan perencanaan harian untuk tujuan berikut (Berman, Snyder and Frandsen, 2022):

1. Untuk mengetahui apakah status kesehatan klien sudah berubah
2. Untuk menetapkan prioritas perawatan klien selama shift
3. Untuk memutuskan masalah mana yang menjadi fokus selama shift
4. Mengkoordinasikan kegiatan perawat sehingga lebih dari satu masalah dapat ditangani pada setiap kontak klien.

Terdapat beberapa referensi intervensi keperawatan. Seperti Nursing Interventions Classification (NIC). Adapun di Indonesia PPNI telah menetapkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Salah satu standar yang mencakup intervensi keperawatan yang mencakup intervensi keperawatan secara komprehensif yang meliputi intervensi keperawatan secara komprehensif. Untuk penentuan luaran telah ada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Acuan bagi perawat dalam menentukan kondisi atau status kesehatan yang seoptimal mungkin.

### 1.2.4 Implementasi

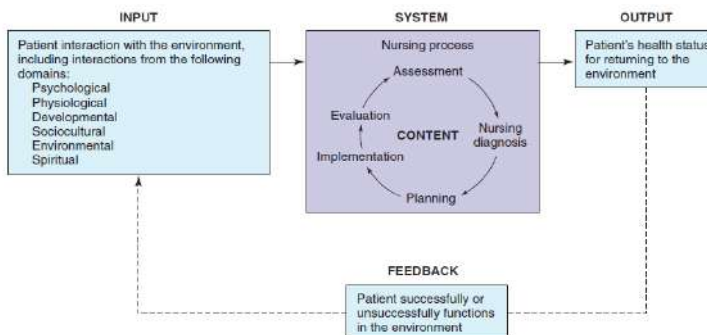
Implementasi adalah langkah yang melibatkan tindakan atau tindakan dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang sebenarnya yang dituangkan dalam rencana asuhan. Fase ini membutuhkan intervensi keperawatan

seperti penerapan monitor jantung atau oksigen, perawatan langsung atau tidak langsung, pemberian obat, dan protokol perawatan standar (Toney-butler & Thayer, 2022). Berdasarkan rencana asuhan berdasarkan diagnosis keperawatan yang jelas dan relevan, perawat memulai intervensi yang dirancang untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan yang diperlukan untuk mendukung atau meningkatkan status kesehatan pasien (Potter et al., 2013).

Implementasi terdiri dari melakukan dan mendokumentasikan aktivitas yang merupakan tindakan keperawatan spesifik yang diperlukan untuk melakukan intervensi. Perawat melakukan atau menugaskan aktivitas keperawatan untuk intervensi yang dikembangkan pada langkah perencanaan dan kemudian menyimpulkan langkah penerapan dengan mencatat aktivitas keperawatan dan respons klien yang dihasilkan (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner 2018).

Proses pelaksanaan implementasi meliputi hal-hal berikut (Berman, Snyder and Frandsen, 2022):

1. Menilai ulang klien
2. Menentukan kebutuhan perawat akan bantuan
3. Menerapkan intervensi keperawatan
4. Mengawasi perawatan yang ditugaskan
5. Mendokumentasikan kegiatan keperawatan.



**Gambar 1.3:** Proses Keperawatan sebagai sebuah sistem (Potter et al., 2021)

### 1.2.5 Evaluasi

Mengevaluasi adalah fase kelima dari proses keperawatan. Langkah terakhir dari proses keperawatan ini sangat penting untuk hasil pasien yang positif. Setiap kali penyedia layanan kesehatan mengintervensi atau menerapkan perawatan, mereka harus menilai ulang atau mengevaluasi untuk memastikan hasil yang diinginkan telah terpenuhi. Penilaian ulang mungkin sering diperlukan tergantung pada kondisi pasien secara keseluruhan. Rencana perawatan dapat diadaptasi berdasarkan data asesmen baru (Toney-butler & Thayer, 2022).

Evaluasi adalah proses berkelanjutan yang terjadi setiap kali melakukan kontak dengan pasien. Setelah memberikan intervensi, dilakukan pengumpulan data subjektif dan objektif dari pasien, keluarga, dan anggota tim perawatan kesehatan. Juga ditinjau pengetahuan tentang kondisi pasien saat ini, pengobatan, sumber daya yang tersedia untuk pemulihan, dan hasil yang diharapkan (Potter et al., 2013).

Dalam fase evaluasi proses keperawatan, perawat menentukan apakah tujuan dan tujuan pengajaran terpenuhi. Perawat terus menggunakan data asesmen berkelanjutan untuk mengevaluasi keberhasilan pencapaian tujuan dan sasaran pasien. Jika tujuan dan sasaran tidak tercapai, perawat akan merevisi tujuan, sasaran, dan intervensi untuk memastikan keberhasilan. Jika tujuan, sasaran, dan intervensi terpenuhi, perawat akan mendokumentasikan keberhasilan pencapaian dalam rencana asuhan keperawatan (McCuistion et al., 2018).

Dalam konteks ini, evaluasi adalah kegiatan terencana, berkelanjutan, bertujuan di mana klien dan profesional kesehatan menentukan (a) kemajuan klien menuju pencapaian tujuan atau hasil dan (b) keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan aspek penting dari proses keperawatan karena kesimpulan yang diambil dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan, atau diubah (Berman, Snyder and Frandsen, 2022).



## Bab 2

# Sejarah dan Perkembangan Keperawatan

### 2.1 Pendahuluan

Sejarah dan perkembangan keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari perjalanan panjang peradaban manusia. Sejak manusia mulai mengenal kehidupan berkelompok, upaya merawat anggota keluarga atau masyarakat yang mengalami sakit, cedera, maupun ketergantungan telah dilakukan sebagai bentuk tanggung jawab sosial dan kemanusiaan. Pada tahap awal perkembangannya, keperawatan dilaksanakan secara sederhana dan tradisional, berlandaskan naluri, rasa empati, serta pengalaman yang diwariskan secara turun-temurun, terutama dalam lingkungan keluarga dan komunitas.

Praktik tersebut belum didukung oleh landasan ilmiah yang kuat dan masih sangat dipengaruhi oleh kepercayaan serta budaya setempat. Namun, seiring dengan pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi

kesehatan, dan sistem pelayanan kesehatan modern, keperawatan mengalami transformasi yang signifikan menjadi suatu profesi yang memiliki dasar keilmuan yang jelas, pendekatan yang sistematis, serta standar praktik yang terukur. Perkembangan ini menegaskan peran perawat sebagai tenaga kesehatan profesional yang bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan berkesinambungan, dengan memperhatikan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual individu, keluarga, maupun masyarakat (Murwani, 2014).

Perkembangan keperawatan selanjutnya mengalami perubahan seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan, agama, dan sistem sosial. Pada masa keagamaan dan pertengahan, kegiatan perawatan banyak dilakukan oleh tokoh agama dan lembaga sosial dengan penekanan pada nilai kepedulian, pengabdian, dan pelayanan kepada sesama. Memasuki era modern, keperawatan mulai berkembang menjadi profesi yang terstruktur melalui pendidikan formal, penggunaan pendekatan ilmiah, serta pengembangan teori dan konsep keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa keperawatan tidak hanya berfokus pada tindakan fisik semata, tetapi juga pada pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual klien secara holistik (Fhirawati dkk. 2020).

Di Indonesia, perkembangan keperawatan tidak terlepas dari pengaruh sejarah keperawatan dunia serta kebijakan nasional di bidang kesehatan dan pendidikan. Peran perawat mengalami pergeseran dari tenaga pembantu medis menjadi tenaga profesional yang memiliki kompetensi, kewenangan, dan standar praktik yang jelas. Pemahaman terhadap sejarah perkembangan keperawatan menjadi penting bagi mahasiswa keperawatan sebagai dasar dalam membangun identitas profesional, sikap etis, serta kemampuan berpikir kritis dalam memberikan asuhan keperawatan. Dengan memahami sejarah tersebut, perawat diharapkan mampu mengaplikasikan nilai-nilai keperawatan dalam menghadapi tantangan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks (Fhirawati dkk., 2020).

## 2.2 Konsep Dasar Sejarah Keperawatan

Sejarah keperawatan merupakan gambaran perjalanan panjang praktik perawatan yang berkembang seiring dengan kebutuhan dasar manusia akan kesehatan dan kelangsungan hidup. Pada masa awal kehidupan manusia, kegiatan merawat orang sakit belum dikenal sebagai profesi, melainkan dilakukan secara sederhana oleh anggota keluarga atau komunitas terdekat. Perawatan diberikan berdasarkan pengalaman, kebiasaan, serta nilai kemanusiaan yang berlaku dalam masyarakat. Kondisi ini menunjukkan bahwa keperawatan pada tahap awal tumbuh sebagai bentuk kepedulian sosial sebelum berkembang menjadi bidang keilmuan tersendiri (Asmadi, 2018).

Pada perkembangan berikutnya, praktik keperawatan mulai dipengaruhi oleh sistem kepercayaan dan institusi sosial, termasuk peran tokoh agama dalam pelayanan kesehatan. Pada masa ini, perawatan terhadap individu yang sakit lebih menekankan pada nilai pengabdian, moral, dan pelayanan tanpa pamrih. Meskipun belum didukung oleh landasan ilmiah yang kuat, periode ini memberikan kontribusi penting dalam membentuk nilai dasar keperawatan, seperti empati, tanggung jawab, dan komitmen terhadap keselamatan pasien (Hidayat 2017).

Perubahan signifikan dalam sejarah keperawatan terjadi ketika ilmu pengetahuan mulai diterapkan dalam praktik pelayanan kesehatan. Keperawatan mulai diarahkan sebagai kegiatan yang terorganisasi dengan prinsip-prinsip kebersihan, pengamatan sistematis, serta pendidikan bagi tenaga perawat. Perkembangan ini menandai awal pengakuan keperawatan sebagai profesi yang menuntut kompetensi, keterampilan, dan tanggung jawab profesional. Sejak saat itu, keperawatan tidak lagi dipandang sebagai pekerjaan sukarela semata, melainkan sebagai profesi yang memiliki standar dan etika praktik (Nursalam 2020).

Dalam konteks keperawatan modern, sejarah keperawatan menjadi landasan penting dalam membentuk identitas dan profesionalisme perawat. Perawat dituntut untuk memahami akar perkembangan profesinya agar

mampu menjalankan peran secara komprehensif, baik dalam pelayanan promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Pemahaman sejarah juga membantu perawat mempertahankan nilai-nilai kemanusiaan di tengah perkembangan teknologi dan kompleksitas sistem pelayanan kesehatan (Asmadi, 2018).

## 2.3 Keperawatan pada Masa Prasejarah

Keperawatan pada masa prasejarah merupakan bentuk awal dari upaya manusia dalam mempertahankan kelangsungan hidup melalui tindakan perawatan yang sangat sederhana dan bersifat naluriah. Pada periode ini, belum dikenal konsep keperawatan sebagai disiplin ilmu, namun praktik merawat individu yang sakit, terluka, atau lemah sudah dilakukan berdasarkan pengalaman, insting, dan kepercayaan spiritual. Perawatan kesehatan dilakukan dalam lingkup keluarga atau kelompok suku, dengan fokus utama pada pemenuhan kebutuhan dasar seperti makan, perlindungan dari lingkungan, serta penanganan luka akibat aktivitas berburu atau konflik antar kelompok. Kondisi ini menunjukkan bahwa cikal bakal keperawatan muncul dari kebutuhan fundamental manusia untuk saling menjaga demi kelangsungan hidup bersama (Asmadi, 2022).

Pada masa prasejarah, peran perawat belum terpisah dari peran anggota keluarga atau pemimpin kelompok, khususnya perempuan yang dianggap memiliki naluri merawat lebih kuat. Praktik perawatan sering dikaitkan dengan kepercayaan animisme dan dinamisme, di mana penyakit diyakini berasal dari roh jahat atau kekuatan supranatural. Oleh karena itu, tindakan keperawatan tidak hanya berupa perawatan fisik, tetapi juga ritual penyembuhan seperti penggunaan mantra, jimat, atau ramuan alami dari tumbuhan dan hewan. Pendekatan ini mencerminkan integrasi antara aspek biologis, psikologis, dan spiritual yang menjadi dasar holistik dalam praktik keperawatan modern (Hidayat & Uliyah, 2021).

Selain itu, penggunaan bahan-bahan alami sebagai media perawatan menjadi ciri khas keperawatan pada masa prasejarah. Luka dibersihkan dengan air, ditutup menggunakan daun, tanah liat, atau getah tanaman tertentu yang dipercaya dapat mempercepat penyembuhan. Tulang yang patah disangga menggunakan kayu atau kulit hewan, sementara nyeri diatasi dengan pijatan atau kompres alami. Meskipun belum didukung oleh pengetahuan ilmiah, praktik ini menunjukkan adanya proses pembelajaran empiris yang diwariskan secara turun-temurun, yang kemudian menjadi fondasi perkembangan ilmu kesehatan dan keperawatan di masa selanjutnya (Potter et al., edisi terjemahan Indonesia, 2023).

Dengan demikian, keperawatan pada masa prasejarah dapat dipahami sebagai bentuk awal dari praktik keperawatan yang berakar pada nilai kemanusiaan, kepedulian, dan pengalaman kolektif. Meskipun sederhana dan sangat dipengaruhi oleh kepercayaan budaya, praktik perawatan pada masa ini telah meletakkan dasar penting bagi berkembangnya konsep keperawatan sebagai profesi yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia secara holistik. Pemahaman terhadap sejarah keperawatan prasejarah menjadi penting bagi mahasiswa keperawatan untuk menumbuhkan kesadaran akan nilai dasar profesi, yaitu caring dan empati, yang tetap relevan hingga saat ini (Nursalam, 2023).

## 2.4 Keperawatan pada Peradaban Kuno

Perkembangan konsep keperawatan tidak terjadi secara tiba-tiba pada era modern, melainkan berakar sejak masa peradaban kuno. Pada peradaban Mesir Kuno, sudah terdapat bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang melibatkan peran perawat dalam bentuk wet nurse (pengasuh dan pemberi ASI), serta asisten perawatan yang membantu dalam proses melahirkan dan pemulihan pasien di lingkungan keluarga atau istana.

Bukti fragmen papyrus dan sumber arkeologis menunjukkan bahwa perawatan terhadap individu sakit dan bayi merupakan bagian dari struktur

sosial yang terintegrasi dengan praktik medis dan kepercayaan masa itu, meskipun profesi keperawatan belum dipisahkan secara formal dari praktik medis secara keseluruhan. Peran tersebut, yang sering kali dilakukan oleh wanita, mencerminkan fungsi awal keperawatan dalam mendukung kesehatan keluarga dan komunitas.

Selain itu, di Yunani Kuno praktik perawatan kesehatan juga mulai muncul dalam konteks sosial yang lebih terstruktur. Peran perawat pada masa ini sering dikaitkan dengan tugas keluarga dan budak yang merawat orang sakit atau anak, sementara bentuk awal fasilitas perawatan atau sanitarium berkembang di sekitar kuil Asclepius yang menjadi pusat penyembuhan bagi masyarakat setempat. Filsuf dan tabib Yunani seperti Hippocrates mencatat praktik perawatan yang mencakup aspek diet, kebersihan, dan pengamatan klinis sebagai bagian dari perhatian pada pasien, meskipun istilah “perawat” belum didefinisikan seperti profesi modern. Perawatan pada masa Yunani Kuno menunjukkan hubungan awal antara pengetahuan medis dan aktivitas merawat yang sistematis.

Peradaban Romawi Kuno juga memperlihatkan bentuk-bentuk awal perawatan yang setara dengan konsep keperawatan, khususnya dalam konteks *wet-nurse* (*nutrices*) yang profesional serta pembagian tugas perawatan dalam keluarga yang lebih luas. Dalam masyarakat Romawi, walaupun profesi keperawatan belum mapan sebagai sebuah disiplin tersendiri, praktik pemberian ASI oleh *wet nurse* serta penekanan pada keterampilan dan pemilihan perawat yang tepat menunjukkan bahwa fungsi keperawatan dinilai penting dalam konteks sosial dan kesehatan keluarga. Praktik demikian memberikan indikasi bahwa konsep perawatan telah menjadi bagian tak terpisahkan dari kehidupan masyarakat, meskipun statusnya belum diakui seperti profesi modern.

Memahami peran keperawatan pada peradaban kuno ini penting dalam kajian keilmuan keperawatan kontemporer, karena ia tidak hanya menunjukkan bahwa aktivitas merawat telah berlangsung sepanjang sejarah umat manusia, tetapi juga mengungkapkan bahwa fungsi dasar perawatan — memberikan kenyamanan, mempertahankan kesehatan, dan

mendukung keluarga — telah berlangsung sejak jauh sebelum ada pendidikan formal perawat. Kajian sejarah semacam ini memperkaya pemahaman profesi keperawatan sebagai sebuah entitas sosial budaya yang tumbuh seiring perkembangan peradaban manusia, dan dapat digunakan sebagai dasar refleksi pendidikan serta praktik keperawatan masa kini.

## 2.5 Keperawatan pada Abad Pertengahan

Keperawatan pada abad pertengahan berkembang dalam lingkungan sosial dan religius yang kuat, di mana praktik perawatan belum dipahami sebagai suatu profesi, melainkan sebagai bentuk pengabdian dan tanggung jawab moral terhadap sesama. Perawatan orang sakit umumnya dilakukan oleh keluarga, komunitas, serta lembaga keagamaan seperti biara dan rumah ibadah. Fokus utama perawatan adalah memberikan pendampingan, membantu pemenuhan kebutuhan dasar, serta memberikan ketenangan spiritual kepada individu yang sakit. Kondisi ini menunjukkan bahwa sejak awal, praktik keperawatan telah berorientasi pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia sebagai bagian dari upaya mempertahankan kehidupan dan martabat manusia (Asmadi, 2022).

Pada aspek pelaksanaan, keperawatan pada abad pertengahan mencakup tindakan-tindakan sederhana seperti pemberian makanan, perawatan kebersihan diri, bantuan mobilisasi, serta upaya menciptakan rasa aman dan nyaman bagi pasien. Meskipun belum didasarkan pada ilmu pengetahuan medis yang sistematis, praktik tersebut mencerminkan pemenuhan kebutuhan fisik dasar yang menjadi inti dari asuhan keperawatan. Pendekatan ini selaras dengan konsep kebutuhan dasar manusia yang menempatkan kebutuhan fisiologis sebagai prioritas utama dalam perawatan individu, meskipun pada masa itu pemahamannya masih bersifat empiris dan tradisional (Hidayat & Uliyah, 2021).

Institusi keagamaan memiliki peran sentral dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada abad pertengahan, terutama bagi kelompok masyarakat yang rentan seperti orang miskin, lansia, dan penderita penyakit menular. Pelayanan yang diberikan menekankan nilai kasih sayang, empati, dan kepedulian sosial sebagai dasar dalam merawat orang sakit. Nilai-nilai tersebut menjadi cikal bakal prinsip etik keperawatan, di mana perawat tidak hanya berperan memenuhi kebutuhan fisik, tetapi juga memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien sebagai bagian dari asuhan keperawatan yang menyeluruh (Kalisch & Kalisch, 2024).

Secara historis, praktik keperawatan pada abad pertengahan memberikan kontribusi penting terhadap pembentukan nilai dasar keperawatan modern. Meskipun belum memiliki standar dan pendidikan formal, praktik perawatan pada masa ini menanamkan prinsip pelayanan yang berfokus pada kemanusiaan dan kepedulian terhadap kebutuhan dasar individu. Nilai-nilai tersebut kemudian berkembang seiring kemajuan ilmu pengetahuan dan menjadi fondasi dalam konsep keperawatan kontemporer yang menempatkan manusia sebagai pusat asuhan keperawatan (McEwen & Wills, 2023).

## 2.6 Keperawatan pada Abad Pertengahan

Lahirnya keperawatan modern merupakan sebuah proses sejarah yang bermula dari kebutuhan masyarakat akan perawatan yang sistematis dan berbasis ilmu pengetahuan. Perubahan sosial dan perkembangan ilmu kesehatan pada abad ke-19 memicu lahirnya praktik keperawatan yang lebih terstruktur dibandingkan dengan bentuk-bentuk perawatan tradisional sebelumnya. Keperawatan modern ditandai dengan pendekatan yang holistik, mencakup pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kebutuhan klien secara komprehensif, bukan sekadar tindakan bantuan semata. Pendekatan ini menjadi fondasi bagi praktik keperawatan

yang profesional dan etis di berbagai konteks pelayanan kesehatan (Asmadi, 2022).

Perkembangan kebutuhan dasar manusia juga menjadi landasan teoretis penting bagi evolusi keperawatan modern. Hidayat dan Uliyah (2021) menekankan bahwa pemenuhan kebutuhan dasar seperti nutrisi, eliminasi, dan mobilitas merupakan fokus utama dalam praktik keperawatan. Kepekaan terhadap kebutuhan dasar ini tidak hanya meningkatkan kualitas perawatan, tetapi juga menempatkan klien sebagai pusat perhatian dalam proses keperawatan. Filosofi ini kemudian diintegrasikan dalam kurikulum pendidikan keperawatan dan praktik klinik, sehingga perawat tidak hanya bertindak sebagai eksekutor instruksi medis, tetapi juga sebagai pengamat yang terlatih dalam aspek-aspek fundamental kesejahteraan klien.

Transformasi lain yang memperkuat lahirnya keperawatan modern adalah meningkatnya tuntutan profesionalisme dan akuntabilitas dalam layanan kesehatan. Menurut Sari (2024), perkembangan regulasi pendidikan dan praktik keperawatan di Indonesia mencerminkan upaya untuk menyelaraskan kompetensi perawat dengan kebutuhan masyarakat dan standar internasional. Pendidikan yang berbasis kompetensi, termasuk penekanan pada keterampilan klinik, komunikasi terapeutik, serta pengambilan keputusan berdasarkan bukti, telah memperkuat peran perawat dalam tim kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa keperawatan modern tidak hanya berkembang secara praktikal tetapi juga epistemologis, sebagai disiplin ilmu yang mandiri dan bertanggung jawab.

Lebih jauh lagi, lahirnya keperawatan modern turut dipengaruhi oleh dinamika sosial dan teknologi yang terus berkembang. Teknologi informasi, misalnya, telah menjadi alat penting dalam dokumentasi keperawatan, pemantauan klien, dan edukasi kesehatan. Integrasi teknologi dalam praktik keperawatan membuka peluang baru untuk meningkatkan efektivitas perawatan, mempercepat akses informasi, serta mendukung keputusan klinik berbasis data. Dengan demikian, keperawatan modern tidak hanya berakar pada teori dan kebutuhan dasar manusia, tetapi juga

adaptif terhadap perubahan zaman, menjadikannya semakin relevan dalam menghadapi tantangan pelayanan kesehatan masa kini (Pratiwi, 2025).

## 2.7 Perkembangan Ilmu dan Profesi Keperawatan

Perkembangan ilmu keperawatan merupakan bagian dari dinamika kemajuan ilmu kesehatan yang terus mengalami perubahan seiring dengan tuntutan masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan. Pada awalnya, keperawatan lebih dipahami sebagai aktivitas membantu orang sakit secara naluriah dan tradisional, tanpa dasar keilmuan yang jelas. Seiring waktu, keperawatan berkembang menjadi disiplin ilmu yang memiliki landasan teori, konsep, dan kerangka berpikir ilmiah yang sistematis. Perkembangan ini ditandai dengan penggunaan pendekatan ilmiah dalam pemberian asuhan keperawatan serta penerapan praktik berbasis bukti (*evidence-based nursing*) dalam pelayanan kesehatan (Asmadi, 2022).

Peran Florence Nightingale menjadi tonggak penting dalam sejarah perkembangan keperawatan modern karena berhasil meletakkan dasar keperawatan sebagai profesi yang mandiri dan ilmiah. Nightingale menekankan pentingnya pendidikan formal, kebersihan lingkungan, serta pencatatan data pasien sebagai bagian dari proses keperawatan. Pemikirannya mendorong perubahan paradigma keperawatan dari sekadar pekerjaan vokasional menjadi profesi yang memiliki tanggung jawab etis dan ilmiah. Hingga saat ini, konsep-konsep yang dikemukakan Nightingale masih menjadi referensi dalam pendidikan dan praktik keperawatan di berbagai negara, termasuk Indonesia (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2021).

Di Indonesia, perkembangan profesi keperawatan berlangsung seiring dengan kemajuan sistem pendidikan dan regulasi kesehatan. Pendidikan keperawatan telah berkembang dari jenjang vokasional menuju pendidikan akademik dan profesi, seperti program sarjana keperawatan dan pendidikan

profesi Ners. Perkembangan ini memperkuat peran perawat tidak hanya sebagai pemberi asuhan, tetapi juga sebagai pendidik, peneliti, dan pengelola pelayanan kesehatan. Pengakuan terhadap keperawatan sebagai profesi ditunjukkan melalui standar kompetensi, kode etik, serta organisasi profesi yang berperan dalam menjaga mutu pelayanan keperawatan (Nursalam, 2023).

Pada era globalisasi dan transformasi digital, profesi keperawatan menghadapi tantangan yang semakin kompleks, termasuk perubahan pola penyakit, kemajuan teknologi kesehatan, serta tuntutan kualitas dan keselamatan pasien. Perawat dituntut untuk memiliki kompetensi profesional, kemampuan berpikir kritis, serta kesiapan beradaptasi dengan inovasi layanan kesehatan. Oleh karena itu, pengembangan ilmu dan profesi keperawatan harus dilakukan secara berkelanjutan melalui pendidikan sepanjang hayat, penelitian, dan penguatan praktik profesional agar mampu memberikan pelayanan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada kebutuhan pasien (Simamora, 2024).

## 2.8 Perkembangan Ilmu dan Profesi Keperawatan

Perkembangan ilmu keperawatan ditandai dengan semakin kuatnya landasan teoritis yang membedakan keperawatan dari disiplin ilmu kesehatan lainnya. Ilmu keperawatan berkembang melalui perumusan konsep, model, dan teori keperawatan yang berfokus pada respons manusia terhadap masalah kesehatan. Teori-teori keperawatan memberikan kerangka berpikir ilmiah bagi perawat dalam memahami klien secara holistik, sehingga asuhan keperawatan tidak hanya berorientasi pada penyakit, tetapi juga pada pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual individu (Asmadi, 2021).

Seiring dengan perkembangan ilmu keperawatan, profesi keperawatan juga mengalami peningkatan status dan peran dalam sistem pelayanan

kesehatan. Profesi keperawatan berkembang melalui penguatan pendidikan formal, penerapan standar praktik, serta pengembangan kode etik yang mengatur perilaku profesional perawat. Perawat dituntut memiliki kompetensi intelektual, teknis, dan interpersonal yang memadai agar mampu menjalankan peran profesional secara mandiri dan bertanggung jawab dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan (Riyadi & Harmoko, 2020).

Perkembangan ilmu dan profesi keperawatan di era modern juga dipengaruhi oleh tuntutan mutu dan keselamatan pasien. Perawat diharapkan mampu mengintegrasikan ilmu pengetahuan, keterampilan klinik, serta nilai-nilai profesional dalam praktik sehari-hari. Penerapan praktik keperawatan berbasis bukti menjadi bagian penting dalam pengambilan keputusan klinik, sehingga profesi keperawatan tidak hanya berkembang secara kuantitatif, tetapi juga secara kualitatif dalam memberikan kontribusi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan (Safitriani dkk., 2025).

## 2.9 Perkembangan Keperawatan Abad ke-20 dan Abad ke-21

Perkembangan keperawatan pada abad ke-20 merupakan tonggak penting dalam perubahan status keperawatan dari pekerjaan berbasis keterampilan menjadi profesi yang memiliki dasar ilmiah. Pada periode ini, keperawatan mulai mengembangkan kurikulum pendidikan formal yang terstruktur, menekankan penguasaan pengetahuan, keterampilan klinik, serta sikap profesional. Pendidikan keperawatan tidak lagi hanya berfokus pada pelaksanaan tindakan, tetapi juga pada pemahaman konsep kesehatan, penyakit, dan kebutuhan dasar manusia secara menyeluruh (Asmadi, 2021).

Selain perkembangan pendidikan, abad ke-20 juga ditandai dengan munculnya teori-teori keperawatan yang memperkuat identitas keilmuan profesi. Teori-teori tersebut membantu perawat memahami klien sebagai

individu yang utuh dan unik, bukan sekadar objek tindakan medis. Pendekatan ini mendorong praktik keperawatan yang lebih sistematis, terencana, dan berorientasi pada pemecahan masalah kesehatan melalui proses keperawatan (Riyadi & Harmoko, 2020).

Pada abad ke-21, keperawatan mengalami perkembangan yang semakin dinamis seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Perawat dituntut untuk menguasai praktik keperawatan berbasis bukti (evidence-based practice) sebagai dasar pengambilan keputusan klinik. Pemanfaatan teknologi informasi kesehatan, seperti rekam medis elektronik dan sistem pendukung keputusan klinik, menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari praktik keperawatan modern (Safitriani dkk., 2025).

Perkembangan keperawatan abad ke-21 juga ditandai oleh perluasan peran perawat dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Perawat tidak hanya berperan sebagai pemberi asuhan, tetapi juga sebagai pendidik kesehatan, advokat pasien, peneliti, dan anggota tim interprofesional. Peran tersebut menuntut perawat memiliki kemampuan berpikir kritis, komunikasi efektif, dan tanggung jawab etis yang tinggi dalam menghadapi kompleksitas masalah kesehatan masyarakat global (Asmadi, 2021).

## 2.10 Sejarah dan Perkembangan Keperawatan di Indonesia

Sejarah keperawatan di Indonesia berawal pada masa kolonial, ketika pelayanan keperawatan masih sangat terbatas dan berorientasi pada kepentingan pemerintah kolonial. Pada masa ini, perawat menjalankan tugas-tugas sederhana dengan pendidikan yang minim dan berada di bawah dominasi tenaga medis. Keperawatan belum dipandang sebagai profesi mandiri, melainkan sebagai pekerjaan teknis yang bersifat pelengkap dalam pelayanan kesehatan (Asmadi, 2021).

Perubahan signifikan mulai terjadi setelah Indonesia merdeka, ditandai dengan meningkatnya perhatian terhadap pembangunan kesehatan nasional. Pemerintah mulai mendirikan sekolah-sekolah keperawatan untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di berbagai wilayah. Pendidikan keperawatan mulai diarahkan pada peningkatan kompetensi dan pembentukan sikap profesional, sehingga perawat memiliki peran yang lebih jelas dalam sistem pelayanan kesehatan (Riyadi & Harmoko, 2020).

Perkembangan keperawatan di Indonesia semakin kuat dengan berdirinya organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Organisasi ini berperan penting dalam memperjuangkan kepentingan profesi, meningkatkan mutu pendidikan dan praktik keperawatan, serta menegakkan kode etik keperawatan. Keberadaan organisasi profesi menjadi fondasi penting dalam penguatan identitas dan solidaritas profesi perawat di Indonesia (PPNI, 2021).

Pada tahap selanjutnya, keperawatan di Indonesia memperoleh pengakuan hukum melalui regulasi dan perundang-undangan yang mengatur praktik keperawatan. Pengakuan ini memberikan kepastian hukum bagi perawat dalam menjalankan praktik profesionalnya, sekaligus memperjelas batas kewenangan dan tanggung jawab perawat. Dengan demikian, keperawatan di Indonesia terus berkembang menuju profesi yang mandiri, profesional, dan berorientasi pada keselamatan pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

## 2.11 Implikasi Sejarah dan Perkembangan Keperawatan terhadap Praktik Keperawatan Dasar

Sejarah dan perkembangan keperawatan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap praktik keperawatan dasar, khususnya dalam pembentukan nilai dan sikap profesional perawat. Pemahaman terhadap

perjalanan profesi membantu perawat menyadari pentingnya tanggung jawab, etika, dan komitmen dalam memberikan asuhan. Praktik keperawatan dasar tidak lagi dipahami sebagai aktivitas rutin, tetapi sebagai bagian dari proses profesional yang berorientasi pada kualitas pelayanan (Asmadi, 2021).

Perkembangan pendidikan keperawatan juga berdampak langsung pada peningkatan mutu praktik keperawatan dasar. Perawat dibekali kemampuan untuk menerapkan proses keperawatan secara sistematis, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. Pendekatan ini menjadikan praktik keperawatan dasar lebih terstruktur, rasional, dan berfokus pada kebutuhan dasar manusia secara holistik (Riyadi & Harmoko, 2020).

Implikasi lain dari perkembangan keperawatan adalah meningkatnya tuntutan terhadap keselamatan dan mutu asuhan keperawatan dasar. Perawat dituntut untuk bekerja sesuai standar operasional prosedur, menerapkan prinsip keselamatan pasien, serta mampu mengidentifikasi dan mencegah risiko dalam tindakan keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa praktik keperawatan dasar memiliki peran strategis dalam menjamin kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Safitriani dkk., 2025).

Selain itu, praktik keperawatan dasar di era modern harus mampu beradaptasi dengan perubahan sosial, budaya, dan teknologi. Perawat dituntut untuk tetap mengedepankan nilai kemanusiaan, empati, dan komunikasi terapeutik di tengah kemajuan teknologi kesehatan. Implikasi ini menegaskan bahwa praktik keperawatan dasar merupakan fondasi utama dalam membentuk perawat yang profesional, humanis, dan responsif terhadap kebutuhan pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).



# Bab 3

## Paradigma dan Falsafah Keperawatan

### 3.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan keperawatan berbentuk pelayanan bio psikososial dan spiritual yang komprehensif yang ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Lokakarya Nasional Keperawatan, 1983 dalam Hidayat, 2008).

Sedangkan menurut International Council of Nurses, keperawatan adalah fungsi unik membantu individu yang sakit atau sehat, dengan penampilan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan atau penyembuhan (meninggal dengan damai), sehingga individu dapat merawat kesehatannya sendiri apabila memiliki kekuatan, kemampuan dan pengetahuan (Iskandar, 2013).

Istilah paradigma yang biasa kita dengar dalam kehidupan sehari-hari sering kali dikaitkan dengan cara pandang disiplin intelektual. Paradigma memiliki faedah yang menjadi dasar bagi seseorang berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. Hal ini sejalan dengan tujuan dari paradigma yakni bagaimana paradigma itu mendesain pola pikir dalam berinteraksi dengan sesama ataupun keterlibatan dengan hal lainnya. Paradigma itu sendiri adalah bagian dari sebuah model dalam teori ilmu pengetahuan atau lazimnya disebut sebagai kerangka berpikir.

Menurut Covey (2004) memaknai paradigma sebagai cara manusia memandang sesuatu (pandangan kita), dasar pemikiran atau keyakinan seseorang terhadap objek tertentu. Paradigma diibaratkan sebagai kacamata hidup yang digunakan dalam menerawang tentang paradigma pada diri sendiri, paradigma pada orang lain dan paradigma terhadap kehidupan. Sebagai contoh paradigma pada disiplin bidang ilmu Keperawatan, tentulah para anggota yang tergabung dalam profesi tersebut memiliki pandangan yang selaras terhadap cara pandang dalam memaknai berbagai fenomena yang berhubungan dengan dunia keperawatan.

Hal lainnya yang lebih umum seperti paradigma di negara Indonesia, menjadikan Pancasila sebagai paradigma atau pandangan untuk menjalani berbagai aspek dalam Kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara dalam mencapai tujuan bersama.

Falsafah menjadi ciri utama pada suatu komunitas, baik pada komunitas berskala kecil maupun komunitas berskala besar, salah satunya adalah profesi keperawatan. Falsafah keperawatan harus sudah tertanam dalam diri setiap perawat dan menjadi suatu pedoman bagi perawat dalam berperilaku, baik di tempat kerja maupun di lingkungan pergaulan sosial lainnya (Asmadi, 2018).

Keperawatan kontemporer terus berkembang seiring dengan perubahan masyarakat dan perubahan kebutuhan serta harapan layanan kesehatan masyarakat. Keperawatan harus terus beradaptasi untuk memenuhi tujuan masyarakat dan memberikan layanan yang diperlukan sesuai dengan perubahan yang terjadi. Keperawatan merupakan suatu profesi yang mulia,

sehingga ada beberapa karakteristik yang harus dimiliki oleh perawat yaitu rasa tanggung jawab yang kuat dan standar integritas yang tinggi (Rosdahi and Kowalski, 2015). Pada bagian ini akan menguraikan paradigma dan falsafah keperawatan.

## 3.2 Paradigma Keperawatan

Paradigma adalah kerangka berpikir, model, atau pola acuan yang menjadi dasar seseorang dalam memandang, menafsirkan, dan memahami dunia, peristiwa, atau suatu fenomena, yang memengaruhi cara berpikir, nilai, keyakinan, serta tindakan.

Secara terminologi, paradigma dikatakan sebagai sebuah cara pandang yang dijadikan pedoman untuk menilai dunia dan alam semesta, yang merupakan deskripsi atau pun perspektif umum untuk menjabarkan berbagai permasalahan kehidupan. Paradigma sebagai cara pandang seseorang atau kelompok tertentu terhadap sebuah fenomena atau kejadian yang memiliki pengaruh signifikan dalam berpikir maupun bertindak.

Secara etimologis, istilah paradigma pada dasarnya berasal dari bahasa Yunani yakni dari kata dasar (Para) yang berarti di sebelah atau di samping, dan kata (diegma) yang berarti teladan atau Model. Lebih lanjut akan diuraikan definisi paradigma dan definisi paradigma keperawatan.

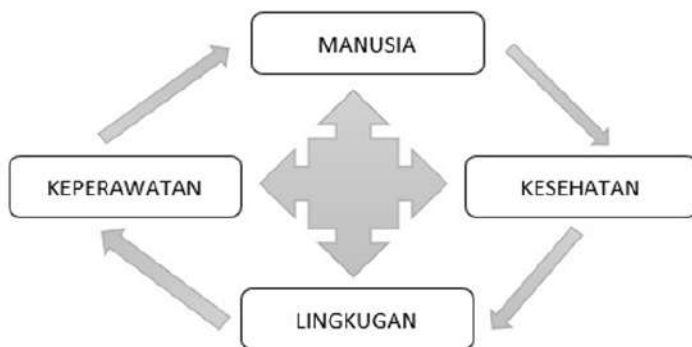
### 3.2.1 Definisi Paradigma

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Mendefinisikan paradigma sebagai kerangka berpikir yang mendasari pemahaman seseorang terhadap suatu hal, lebih lanjut Merriam-Webster (2024) menyebutnya sebagai kerangka filosofis dan teoritis dari sebuah sekolah ilmiah atau disiplin ilmu yang di dalamnya teori, hukum, dan eksperimen dirumuskan. Cambridge Dictionary (2025): Mengartikannya sebagai model dari sesuatu, atau contoh yang sangat jelas dan tipikal dari suatu pola. Namun beberapa ahli mendefinisikan paradigam sebagai berikut:

Ahimsa (2021) menyatakan paradigma adalah seperangkat konsep yang terjalin secara logis untuk membaca dan memahami persoalan. Ia merinci paradigma ke dalam 9 unsur, termasuk asumsi dasar, nilai, model, dan metode analisis. Lebih lanjut Sugiyono (2017) berpendapat dalam konteks metodologi, paradigma penelitian adalah pola pikir yang menunjukkan hubungan antara variabel yang akan diteliti, sekaligus mencerminkan jenis rumusan masalah yang perlu dijawab dan Kivunja & Kuyini (2025) menyatakan bahwa Paradigma mencakup keyakinan abstrak yang membentuk cara peneliti memandang dunia, serta cara mereka menafsirkan dan bertindak di dalamnya.

### 3.2.2 Definisi Paradigma Keperawatan

Paradigma keperawatan adalah cara pandang secara universal yang diyakini dan digunakan oleh mayoritas kelompok profesi keperawatan, menghubungkan berbagai teori atau susunan yang mengatur hubungan di antara teori untuk mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan. Paradigma adalah suatu cara pandang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memaknai, menyikapi serta memilih tindakan atas fenomena yang ada. Paradigma merupakan sebuah Alur atau kerangka berpikir yang menggambarkan sebuah peristiwa dan mengandung beberapa konsep yang terkait dengan fokus keilmuannya (Asmadi, 2009).



**Gambar 3.1:** Elemen Paradigma Keperawatan (Budiono, 2016)

Gaffar (1997) mendefinisikan paradigma keperawatan sebagai cara pandang mendasar dalam melihat, memikirkan, memberi makna ataupun menyikapi serta memilih respons terhadap berbagai kejadian yang ada kaitannya dengan keperawatan. Sedang Masterman (1970) menyatakan bahwa Paradigma keperawatan sebagai acuan fundamental tentang permasalahan pada bidang ilmu pengetahuan. Olehnya itu, paradigma keperawatan dapat dijabarkan sebagai cara seseorang perawat berpikir serta bertindak terhadap problem keperawatan.

Paradigma secara umum memiliki fungsi di antaranya:

1. Memaknai dan menyelesaikan berbagai problem-problem yang mencakup profesi keperawatan pada berbagai aspek seperti pendidikan dan pelayanan keperawatan, atau praktik dan organisasi profesi.
2. Membantu individu dan masyarakat dalam memahami fenomena seputar keperawatan khususnya yang terjadi di sekitar kita.

Paradigma keperawatan itu sendiri dibangun oleh empat unsur yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Elemen tersebut saling berkorelasi serta memengaruhi satu dengan lainnya seperti pada gambar 3.1.

### 3.2.3 Komponen Paradigma Keperawatan

Komponen paradigma keperawatan terdiri dari manusia, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan. Dimana masing masing komponen merupakan saling berhubungan dan akan diuraikan lebih lanjut.

#### **Konsep Manusia**

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Manusia di definisikan sebagai makhluk yang berakal budi atau mampu menguasai makhluk lain secara bijak. Manusia akan berproses menjalani kehidupan ini yang melewati lima fase yaitu proses fase masa bayi, anak, remaja, dewasa hingga lanjut usia (lansia). Dari sisi Paradigma Keperawatan, Manusia dipandang

sebagai individu yang utuh, kompleks (holistik) dan mencakup aspek bio-psiko-sosio dan spiritual.

Manusia merupakan makhluk yang terus berkembang biak melalui tahapan perkawinan (pembuahan) hingga melahirkan bayi yang selanjutnya tumbuh dan berkembang menjadi anak, remaja, dewasa, lansia, dan pada akhirnya meninggalkan dunia ini. Dalam mempertahankan keberlangsungan hidup, manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi, khususnya seperti kebutuhan spiritual, kebutuhan biologis dan fisiologis seperti oksigen, air, makanan, eliminasi dan kebutuhan lainnya.

Manusia memiliki beberapa karakter seperti di bawah ini:

1. Manusia dipandang sebagai makhluk unik

Manusia mempunyai sifat dan karakteristik yang berbeda antara manusia satu dengan lainnya termasuk responsnya terhadap stimulus. Semisal dalam merespons skala nyeri di antara dua orang yang berbeda dengan problem yang sama, maka bisa saja orang yang satu akan memersepsikan nyeri masih dalam batasan skala ringan, namun orang lainnya memersepsikan nyeri sudah dalam batasan skala nyeri berat. Hal tersebut biasanya dipengaruhi oleh pengalaman terhadap stimulus nyeri ataupun faktor lainnya yang menjadi pemicu. Contoh ini membuktikan bahwa dari stimulasi yang sama dihasilkan respons yang bisa saja berbeda, dan ini menunjukkan keadaan manusia sebagai klien/pasien dalam konteks keperawatan (Risnah, 2021).

2. Manusia dipandang sebagai sistem adaptif

Manusia sebagai sistem terbuka yang dinamis serta memerlukan berbagai masukan dari sub sistem maupun supra sistem. Sub sistem di dalamnya memuat komponen sel, organ, dan sistem organ seperti sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, dan sistem

lainnya kemudian supra sistem meliputi keluarga, komunitas, masyarakat, dan sosial budaya.

### 3. Manusia dipandang sebagai makhluk holistik

Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik yang meliputi bio-psiko-sosio-spiritual dan juga kultural, Sehingga asuhan keperawatan yang diberikan haruslah memperhatikan aspek-aspek tersebut. Dengan kata lain, pasien yang dirawat di rumah sakit wajib mendapatkan perhatian seutuhnya (Risnah, 2021).

Beberapa pandangan para ahli memaknai manusia dalam konteks paradigma keperawatan:

#### 1. Florence Nightingale

Florence Sebagai tokoh pionir keperawatan modern menyatakan bahwa sosok Perawat profesional wajib menjalankan tugasnya kepada manusia, yang dalam hal ini manusia sebagai pasien serta mengontrol lingkungan pasien tersebut untuk mempercepat proses penyembuhannya. Pasien tidak sepenuhnya pasif di mana ia melakukan perawatan dirinya terhadap diri sendiri jika memungkinkan dan dilibatkan pada penentuan pilihan waktu makan ataupun jenis makanannya (Hamid & Ibrahim, 2017).

#### 2. Dorothea E. Orem

Pandangan Orem tentang manusia dikaitkan dengan ciri khas teorinya “self care” sebagai berikut:

- a. Manusia sebagai individu memiliki sistem integrasi yang terdiri dari fungsi biologis, simbolik dan sosial dalam melakukan self care. Individu bertanggung jawab dan memiliki hak dalam mempertahankan self carenya selagi ia mampu melakukannya.

- b. Bagi mereka yang normal dan dewasa, mereka sendirilah yang menjadi self care sedangkan pada bayi dan orang tua, yang bertindak sebagai self care adalah keluarga atau perawat.
  - c. Usia, kondisi mental, sosial, budaya, masyarakat dan status emosi individu adalah hal-hal yang dapat memengaruhi individu untuk belajar dan mengembangkan kebutuhan self carenya.
  - d. Manusia sebagai sosok unik, mampu membuat kreasi simbol-simbol, berpikir, dan berguna bagi dirinya dan bagi orang lain sesuai keadaan tertentu.
3. Katherine Kolcaba
- Berdasarkan paradigma keperawatan, Colcaba berasumsi terkait keberadaan manusia sebagai berikut (Allegood, 2017).
- a. Manusia berespons secara holistik terhadap berbagai stimulus.
  - b. Kenyamanan merupakan hasil yang ingin dicapai oleh setiap individu yang dikaitkan dengan disiplin ilmu keperawatan.
  - c. Kenyamanan adalah bagian dari kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi oleh setiap individu.
4. Madeleine Leininger
- Sosok Leininger yang tenar dengan teorinya Transkultural Nursing memandang manusia dalam persepsi paradigma keperawatan: Setiap Insan manusia memiliki budaya serta pengetahuan akan perawatan. Dalam penerapannya, individu memiliki pendapat dan pandangan tentang sehat, sakit, asuhan, sembuh, ketergantungan, dan kemandirian yang berasal dari budaya yang ada di sekitarnya. cultural care dalam teori Orem dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti persepsi, bahasa, filosofi, spiritual, persaudaraan, sosial, politik, legal, pendidikan, dan ekonomi, teknologi, etnis historikal, serta lingkungan. Leininger berpendapat setiap manusia hidup

bersama dengan budayanya dan meneruskan budaya tersebut terhadap generasi berikutnya. Jadi, Jika individu memiliki atribut fisik dan psikologis, maka hal itu adalah bagian atribut sosial dari komunitas masyarakat tertentu. Berdasarkan budayanya, manusia dipandang dari segi gender, jenis kelamin, ras, golongan, kondisi biomedis, dan akulturasi budaya (Kasron, Sahran and Ohorella, 2016).

#### 5. Betty Neuman

Neuman memandang manusia secara keseluruhan (holistic) yang terdiri dari beberapa faktor yang memengaruhi sistem: seperti faktor fisiologis: struktur dan fungsi tubuh klien, faktor psikologis: proses dan hubungannya dengan mental individu, faktor sosial budaya meliputi fungsi dari sistem yang menghubungkan sosial dan ekspektasi kultural dan aktivasi, faktor perkembangan sepanjang hidup dan faktor spiritual.

Neuman berpendapat bahwa batasan lines of defense merupakan lingkaran utuh yang menggambarkan suatu keadaan stabil untuk individu, sistem atau kondisi yang menyertai pengaturan karena adanya stresor yang disebut keadaan wellness normal serta digunakan sebagai dasar untuk menentukan adanya deviasi dari keadaan wellness untuk sistem klien. Jika jarak antara flexible lines of defense dan normal lines of defense meningkat menandakan tingkat proteksi pun ikut meningkat, Melindungi normal line of defense dan bertindak sebagai bufer untuk mempertahankan keadaan stabil dari sistem klien tersebut. Sifatnya dinamis dan dapat berubah dalam waktu yang relatif singkat.

## **Konsep Keperawatan**

Keperawatan adalah pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dengan didasarkan pada ilmu dan kiat. Pelayanan itu sendiri, yang di berikan pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang sehat ataupun sakit. Perawat ialah orang yang mempunyai kemampuan dan kewenangan secara legal untuk melakukan intervensi keperawatan yang didasarkan pada ilmu yang diperoleh di perguruan tinggi (Undang-Undang No.23, 1992).

Lebih lanjut juga disebutkan dalam Undang-Undang No. 38 tentang keperawatan, Perawat ialah seseorang yang telah lulus dari pendidikan tinggi keperawatan baik yang diselenggarakan di dalam negeri maupun yang berasal dari luar negeri dan telah diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang- undangan yang berlaku. Seseorang yang berprofesi sebagai Perawat dituntut untuk merawat, memelihara ataupun memberi bantuan dengan memberikan perlindungan kepada klien atau pasien karena dalam kondisi sakit, luka ataupun proses penuaan (Mardiyah, 2018).

Beberapa pandangan para ahli terkait keperawatan dalam paradigma keperawatan:

### **1. Florence Nightingale**

Nightingale meyakini bahwa setiap wanita pada dasarnya dapat menjadi seorang perawat yang bertanggung jawab terhadap kesehatan orang lain. Keperawatan dipandang sebagai tindakan non- kuratif yang dipengaruhi oleh pelayanan terhadap individu dalam kondisi terbaik alamiah di mana lingkungan menjadi faktor signifikan untuk proses perbaikan.

Komunikasi yang di bangun oleh perawat, dokter dan anggota keluarga pasien berada dalam lingkungan terbaik bagi pasien. Observasi serta pengumpulan data yang spesifik sangat dibutuhkan untuk membantu proses perbaikan individu.

## 2. Dorothea E. Orem

Orem memposisikan kehadiran perawat sebagai agent self care pasien dan juga pemenuhan kebutuhan self care pasien secara terapeutik. Dalam menyelesaikan pemenuhan perawatan diri pasien, maka perawat membantu dalam memfasilitasi kebutuhan serta bentuk intervensi yang tepat bagi pasien. Menurut Orem tujuan dari keperawatan adalah mempertahankan kebutuhan self care, jika pasien tidak mampu memenuhi perawatan dirinya.

## 3. Katherine Kolcaba

Kolkaba menitikberatkan proses keperawatan mencakup pengkajian kenyamanan secara komprehensif, menyusun strategi intervensi untuk pemenuhan kenyamanan, kemudian mengevaluasi tingkat kenyamanan setelah diberikan tindakan. Untuk pengkajian dan evaluasi dapat berupa pertanyaan yang bersifat subjektif terkait apa yang dirasakan pasien atau dengan melakukan observasi terkait respons fisiologis pasien. Format Pengkajian dan evaluasi dapat menggunakan instrumen kenyamanan yang telah dimodifikasi oleh Katherine Kolcaba (Alligood, 2017).

## 4. Madeleine Leininger

Menurut Leininger profesi Keperawatan merupakan sebuah proses pembelajaran humanistik, profesi keilmuan serta disiplin yang memfokuskan pada aktivitas dan fenomena perawatan yang bertujuan untuk membantu, memfasilitasi serta memberikan support kepada individu atau kelompok agar memperoleh kesehatan atau kesembuhan dari penyakit sesuai dengan nilai budaya dan gaya hidup mereka.

## 5. Betty Neuman

Neuman menyatakan bahwa keperawatan memperhatikan manusia secara utuh dan keperawatan adalah sebuah profesi yang unik yang mempertahankan semua variabel yang memengaruhi respons klien terhadap stresor. Melalui penggunaan model keperawatan dapat membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai dan mempertahankan level maksimum dari total wellness. Keunikan keperawatan adalah berhubungan dengan integrasi dari semua variabel yang mana mendapat perhatian dari keperawatan.

### **Konsep Sehat-Sakit**

Kesehatan Bukanlah segalanya dalam kehidupan manusia, namun kehidupan tidak akan pernah dinikmati sempurna jika kondisi kesehatan seseorang jauh dari konsep sehat. Definisi kesehatan disebutkan sebagai keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial yang tidak sedang menderita sakit atau keadaan lemah.

#### 1. Konsep Sehat

Namun Definisi sehat terkini bergeser ke arah pencapaian konsep sehat- produktif, yang mendefinisikan sehat itu sebagai sarana atau alat untuk hidup sehari-hari secara produktif. Upaya-upaya kesehatan diarahkan untuk dapat membawa setiap individu memiliki kesehatan yang memungkinkan bisa hidup produktif (Efendi and Makhfudli, 2009).

Secara sederhana kebanyakan orang beranggapan bahwa sehat adalah ketika tidak ada gejala penyakit yang terasa Padahal pendapat yang demikian itu kurang tepat, karena ada beberapa penyakit yang tidak menimbulkan gejala terlebih dahulu.

Keadaan sehat seorang individu dapat digambarkan atau terlihat dalam beberapa aspek:

a. Kesehatan fisik

Situasi di mana Individu merasa terbebas dari sakit atau apa keluhan dan memang secara nyata tidak sedang tampak sakit.

b. Kesehatan mental (jiwa)

Aspek ini Mencakup 3 komponen yang terdiri dari pikiran, emosional, dan spiritual. Pikiran sehat terlihat dari cara berpikir atau jalan pikiran. Secara emosional sehat tercermin dari kemampuan individu untuk mengekspresikan emosinya seperti rasa takut, gembira, cemas, marah dan lainnya. Sedangkan sehat secara Spiritual tercermin dari cara seseorang mengekspor rasa syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa.

c. Kesehatan sosial

Secara sosial kesehatan seseorang akan nampak manakala individu mampu berhubungan baik dengan orang atau kelompok lain tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, serta saling toleran dan menghargai.

d. Kesehatan dari aspek ekonomi

Akan terlihat bila individu dewasa telah produktif untuk menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong kehidupannya atau keluarganya secara finansial (Mardiyah, 2018).

2. Konsep Sakit

Sakit secara etiologi naturalistik dapat dijelaskan bahwa sakit merupakan satu keadaan yang diakibatkan karena adanya gangguan pada sistem tubuh manusia. Dikatakan sakit apabila individu menderita penyakit atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan kegiatannya terganggu.

Terdapat dua faktor utama yang dapat memengaruhi status kesehatan yaitu:

a. Faktor Internal

Faktor ini mencakup tahapan usia perkembangan, tingkat pengetahuan kesehatan, persepsi tentang fungsi fisik seperti nyeri, faktor emosional dan juga aspek spiritual

b. Faktor Eksternal

Faktor internal di antaranya praktik di keluarga seperti cara keluarga menggunakan pelayanan kesehatan, faktor sosio-ekonomi dan latar belakang.

Adapun tahapan-tahapan yang terjadi selama sakit adalah sebagai berikut:

1. Tahap Gejala

Pada tahapan awal klien akan mengalami proses sakit yang ditandai dengan munculnya perasaan tidak nyaman terhadap salah satu dari fungsi tubuhnya. Hal demikian terjadi disebabkan oleh adanya gejala yang timbul dari penyakit seperti gejala pada fisik.

2. Tahap Asumsi terhadap Sakit

Di tahap ini klien akan mencoba melakukan interpretasi terhadap gejala sakit yang dialaminya, selanjutnya akan merasakan keraguan atas gangguan yang dirasakan pada tubuhnya.

3. Tahap Kontak dengan Pelayanan Kesehatan

Tahapan ini klien telah melakukan interaksi dengan pelayanan kesehatan yang dianggap sesuai kondisinya dengan meminta arahan atau nasehat dari orang kesehatan seperti dokter atau perawat yang dilakukan atas inisiatif sendiri.

4. Tahap Ketergantungan

Di Tahapan ini terjadi setelah klien adanya penegakan diagnosa medis atau mengalami suatu penyakit tertentu yang selanjutnya akan memperoleh bantuan pengobatan yang menyebabkan kondisi individu sudah mulai ketergantungan terhadap pengobatan. Tiap

pasien akan berbeda tingkat ketergantungannya dengan menyesuaikan kebutuhannya.

#### 5. Tahap Penyembuhan

Di tahapan ini merupakan tahap terakhir yang akan melewati proses kembalinya fungsi untuk beradaptasi. Pasien akan beradaptasi untuk melepaskan perannya selama sakit hingga kembali berperan seperti sedia kala sebelum sakit.

### **Konsep Lingkungan**

Peran manusia di dunia tidak terpisahkan dari sekitar sehingga secara alamiah manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Dalam proses interaksi, pengaruh manusia terhadap lingkungan lebih bersifat aktif dibandingkan Pengaruh lingkungan terhadap manusia yang lebih bersifat pasif. Di dalam lingkungan yang sehat akan memberikan efek positif terhadap kualitas kesehatan, dengan kata lain derajat kesehatan seseorang akan menjadi baik jika lingkungan yang ada di sekitarnya juga baik.

Demikian sebaliknya, jika kesehatan individu buruk maka lingkungan yang ada di sekitarnya juga biasanya kurang baik. Dalam mewujudkan lingkungan yang sehat maka dibutuhkan penerapan hidup bersih dan sehat. Lingkungan yang sehat memiliki ciri-ciri tempat tinggal atau rumah dan lingkungan sekitar rumah yang sehat (Istiana et al., 2020).

Secara garis besar, Neuman membagi lingkungan menjadi 3 bagian yaitu:

#### 1. Lingkungan internal

Lingkungan interpersonal yang ada dalam sistem klien.

#### 2. Lingkungan eksternal

Merupakan lingkungan yang sifatnya berada di luar sistem klien, baik Kekuatan-kekuatan maupun pengaruh interaksi lainnya yang berada di luar sistem klien.

### 3. Lingkungan yang diciptakan

Pertukaran energi dalam sistem terbuka dengan lingkungan internal dan eksternal yang bersifat tidak menentu atau berubah-ubah yang tujuannya adalah untuk memberikan dampak positif kearah kesehatan seseorang.

Stresor pun diakui sebagai kekuatan lingkungan yang dapat menghasilkan ketegangan dan berpotensi untuk menyebabkan sistem tidak stabil.

Neuman mengklasifikasi stresor sebagai berikut:

#### 1. Stresor intrapersonal

Terjadi dalam diri individu atau keluarga dan berhubungan dengan lingkungan internal seperti respons autoimun.

#### 2. Stresor interpersonal

Terjadi pada satu atau lebih individu ataupun keluarga yang memiliki pengaruh pada sistem yang terbangun seperti ekspektasi peran seseorang.

#### 3. Stresor ekstrapersonal

Terjadi di luar lingkup sistem individu/keluarga tetapi jaraknya lebih jauh dari pada stresor interpersonal seperti sosial politik. Stresor interpersonal dan ekstrapersonal berhubungan dengan lingkungan eksternal.

## 3.3 Falsafah Keperawatan

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan dipakai sebagai pandangan hidup. Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan

keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat (Asmadi, 2018).

Falsafah keperawatan pasien dipandang sebagai makhluk holistik, yang harus dipenuhi segala kebutuhannya, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan secara komprehensif. Pelayanan keperawatan senantiasa memperhatikan aspek kemanusiaan, setiap pasien berhak mendapatkan perawatan tanpa ada perbedaan (Budiono, 2016).

Falsafah keperawatan merupakan suatu atribut atau nilai yang melekat pada diri perawat dan bukan suatu hal yang harus dihafal. Falsafah keperawatan merupakan “jiwa” dari setiap perawat. Oleh sebab itu, falsafah keperawatan harus menjadi suatu pedoman bagi seorang perawat dalam menjalankan pekerjaannya. Dalam menjalankan profesi keperawatan seorang perawat harus senantiasa menggunakan nilai-nilai keperawatan dalam melayani pasien (Budiono, 2016).

Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan bagi setiap perawat. Sebagai seorang perawat wajib untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan ketika berinteraksi dengan masyarakat atau pada saat memberikan pelayanan keperawatan pada pasien (Budiono, 2016).



# Bab 4

## Peran Perawat

### 4.1 Pendahuluan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu pilar utama dalam pembangunan nasional karena berkontribusi langsung terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan kualitas sumber daya manusia. Sistem pelayanan kesehatan yang efektif tidak hanya bergantung pada ketersediaan sarana, prasarana, serta teknologi medis, tetapi sangat ditentukan oleh kualitas dan kinerja tenaga kesehatan yang menjalankannya. Di antara berbagai profesi kesehatan, perawat memiliki peran yang sangat strategis karena merupakan tenaga kesehatan dengan jumlah terbesar dan memiliki interaksi paling intens serta berkelanjutan dengan pasien sepanjang proses perawatan (World Health Organization, 2020).

Perawat berada pada garis terdepan pelayanan kesehatan dan terlibat secara langsung dalam pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Keberadaan perawat selama 24 jam memungkinkan mereka untuk melakukan pemantauan kondisi pasien secara kontinu,

memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, serta menjadi penghubung utama antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini menjadikan perawat sebagai aktor kunci dalam menjamin keselamatan pasien (patient safety), kontinuitas perawatan (continuity of care), serta mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan (World Health Organization, 2020).

Secara global, International Council of Nurses (ICN) menegaskan bahwa perawat memiliki peran penting dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemberian asuhan keperawatan kepada individu yang sakit maupun sehat, serta advokasi untuk meningkatkan kualitas hidup individu, keluarga, dan masyarakat. ICN juga menekankan bahwa perawat tidak hanya berperan sebagai pelaksana tindakan klinis, tetapi juga sebagai pengambil keputusan berbasis bukti, pendidik kesehatan, pemimpin, dan agen perubahan dalam sistem kesehatan (International Council of Nurses, 2024).

Di Indonesia, peran dan kedudukan perawat secara yuridis diperkuat melalui Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Undang-undang ini menegaskan bahwa perawat merupakan tenaga profesional yang memiliki kewenangan untuk menjalankan praktik keperawatan secara mandiri maupun kolaboratif berdasarkan standar profesi, standar pelayanan, dan kode etik keperawatan. Keberadaan regulasi ini menunjukkan pengakuan negara terhadap profesi perawat sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan nasional, sekaligus menuntun peningkatan kompetensi, akuntabilitas, dan profesionalisme perawat dalam praktik keperawatan.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, serta perubahan pola penyakit dari penyakit akut ke penyakit kronis dan degeneratif, kompleksitas pelayanan kesehatan juga semakin meningkat. Kondisi ini menuntut perawat untuk memiliki kemampuan berpikir kritis, keterampilan klinis yang tinggi, serta kapasitas untuk mengintegrasikan hasil penelitian ke dalam praktik keperawatan melalui pendekatan evidence-based practice (EBP). Praktik keperawatan berbasis bukti terbukti

dapat meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, serta efisiensi sistem kesehatan (Melnyk and Fineout-Overholt, 2015).

Selain itu, tuntutan terhadap pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien (patient-centered care) semakin menegaskan pentingnya peran perawat sebagai komunikator, advokat pasien, dan koordinator pelayanan. Perawat diharapkan mampu memberdayakan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan, meningkatkan literasi kesehatan, serta memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan, nilai, dan preferensi pasien (World Health Organization, 2016).

## 4.2 Pengertian Perawat

Menurut International Council of Nurses (ICN), perawat adalah tenaga profesional yang memiliki pendidikan ilmiah, keterampilan, dan filosofi keperawatan, serta diatur untuk menjalankan praktik keperawatan berdasarkan standar praktik dan kode etik yang berlaku. Perawat berperan dalam meningkatkan literasi kesehatan, mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, melindungi keselamatan pasien, mengurangi penderitaan, memfasilitasi pemulihan dan mempertahankan martabat individu sepanjang hidup mereka. Mereka bekerja secara mandiri dan kolaboratif untuk memperbaiki hasil kesehatan melalui advokasi, pengambilan keputusan berdasarkan bukti, dan hubungan terapeutik yang aman serta berpusat pada pasien dan komunitas (Internasional Council of Nurses, 2024).

Perawat didefinisikan sebagai seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui Pemerintah sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan. (UU RI Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, 2014).

## 4.3 Landasan Hukum Profesi Perawat di Indonesia

Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menjadi dasar legal praktik keperawatan di Indonesia.

Dokumen ini mengatur:

1. Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional.
2. Perawat memiliki wewenang dan kewajiban dalam menjalankan praktik keperawatan.
3. Perawat berperan sebagai pemberi layanan keperawatan, konselor, penyuluh, peneliti, pengelola pelayanan, dan pelaksana tugas sesuai pelimpahan wewenang.

## 4.4 Peran Perawat

Perawat memainkan peran yang sangat penting dalam sistem perawatan kesehatan. Mereka tidak hanya memberikan perawatan langsung kepada pasien, tetapi juga berfungsi sebagai advokat pasien, manajer perawatan, dan pengambil keputusan yang menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk mencapai hasil terbaik bagi pasien (Bavier, 2018). Dalam konteks ini, peran perawat sangat beragam dan mencakup berbagai aspek yang penting untuk kesejahteraan pasien dan efisiensi sistem kesehatan secara keseluruhan.

### 4.4.1 Pemberi Asuhan (Caregiver)

Sebagai pemberi asuhan, perawat membantu pasien mempertahankan dan memulihkan kesehatan, mengelola penyakit dan gejala, serta mencapai tingkat fungsi dan kemandirian yang maksimal melalui proses penyembuhan. Anda memberikan asuhan keperawatan berbasis bukti

untuk meningkatkan penyembuhan melalui keterampilan fisik maupun interpersonal.

Penyembuhan tidak hanya berarti tercapainya perbaikan kesejahteraan fisik. Perawat perlu mendukung pasien dengan memberikan tindakan yang memulihkan kesejahteraan emosional, spiritual, dan sosial mereka. Sebagai pemberi asuhan, perawat membantu pasien dan keluarga menetapkan tujuan serta mendampingi mereka dalam mencapai tujuan tersebut dengan biaya, waktu, dan energi yang minimal (Potter et al., 2021).

Menurut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, Perawat berwenang:

1. Melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik;
2. Menetapkan diagnosis Keperawatan;
3. Merencanakan tindakan Keperawatan;
4. Melaksanakan tindakan Keperawatan;
5. Mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan;
6. Melakukan rujukan;
7. Memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
8. Memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
9. Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan
10. Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang:

1. Melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat;
2. Menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat;

3. Membantu penemuan kasus penyakit;
4. Merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
5. Melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
6. Melakukan rujukan kasus;
7. Mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
8. Melakukan pemberdayaan masyarakat;
9. Melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;
10. Menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;
11. Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;
12. Mengelola kasus; dan
13. Melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

#### 4.4.2 Edukator dan Konselor Bagi Klien

Sebagai seorang pendidik, perawat menjelaskan konsep dan fakta tentang kesehatan, menerangkan alasan dilakukannya tindakan perawatan rutin, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, memperkuat pembelajaran atau perilaku pasien, serta mengevaluasi kemajuan pasien dalam belajar.

Edukasi yang diberikan dapat bersifat: 1) Tidak terencana/informal. Misalnya, dalam percakapan santai perawat menjawab pertanyaan tentang alasan pemberian infus intravena, masalah kesehatan seperti berhenti merokok, atau perubahan gaya hidup yang diperlukan; 2) Terencana/formal, seperti perawat mengajarkan pasien cara melakukan penyuntikan insulin secara mandiri. Dengan demikian, perawat harus mengkaji gaya belajar serta kebutuhan pasien dan keluarga, kemudian mengembangkan rencana pembelajaran yang mencakup metode pengajaran yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarganya (Potter et al., 2021).

Perawat memainkan peran penting dalam memberikan informasi yang terarah dan disesuaikan kepada pasien untuk meningkatkan kesadaran dan

pemahaman mereka tentang kondisi kesehatannya. Edukasi pasien yang efektif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, perkembangan fisik dan mental, serta kepercayaan diri pasien. Studi menunjukkan bahwa edukasi pasien paling efektif ketika disesuaikan dengan tingkat literasi kesehatan pasien (Abadi et al., 2025). Hal ini menunjukkan bahwa perawat perlu mempertimbangkan tingkat literasi kesehatan pasien saat merancang intervensi edukasi untuk meningkatkan hasil perawatan.

Petugas kesehatan memberikan konseling sebagai salah satu pendekatan yang efektif untuk mengatasi kesenjangan besar dalam pelayanan kesehatan secara global, khususnya pada gangguan kesehatan (Wallén, Eberhard and Landgren, 2021). Dalam perannya sebagai konselor, perawat memiliki kemampuan untuk mengenali permasalahan yang dialami klien serta menunjukkan empati terhadap kondisi mereka. Perawat konselor, yang juga dikenal sebagai konsultan keperawatan, bekerja dalam berbagai konteks pelayanan dengan fokus utama pada pemenuhan asuhan keperawatan yang bermutu bagi pasien.

Sebagian perawat konselor terlibat langsung dalam pemberian asuhan kepada pasien, sementara yang lainnya berperan dalam pendidikan dan pengembangan profesional perawat lain. Melalui hubungan terapeutik, perawat menjalankan fungsi konseling untuk membantu klien menetapkan tujuan, menentukan hasil yang diharapkan, serta menyusun strategi yang mendukung perawatan diri. Pendekatan ini memungkinkan individu dan keluarganya untuk berperan aktif, bertanggung jawab, dan terlibat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka.

Perawat memberikan beragam layanan, seperti berbagi pengetahuan, menerapkan praktik berbasis bukti, serta membangun komunikasi yang efektif. Dengan memanfaatkan keterampilan konseling yang dimiliki, perawat dapat membantu klien mencapai kualitas hidup yang lebih baik, memperoleh dukungan dan pemahaman diri, serta mendorong terjadinya perubahan positif dalam pola pikir, perasaan, dan perilaku (Manalu et al., 2021).

Menurut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014, dalam menjalankan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi Klien, Perawat berwenang: a) Melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat; b) Melakukan pemberdayaan masyarakat; c) Melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat; d) Menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat; dan e) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.

### 4.4.3 Komunikator

Komunikator yang efektif merupakan inti dari hubungan antara perawat dan pasien. Komunikasi yang baik memungkinkan perawat untuk mengenal pasien secara menyeluruh, termasuk preferensi, kekuatan, kelemahan, dan kebutuhan mereka. Komunikasi yang berkualitas sangat penting dalam seluruh peran dan aktivitas keperawatan.

Dalam praktik sehari-hari, perawat berkomunikasi dengan pasien dan keluarga, sesama perawat serta tenaga kesehatan lainnya, narasumber terkait, dan masyarakat. Strategi komunikasi yang efektif menjadi dasar dalam pemberian asuhan yang berkualitas, koordinasi dan pengelolaan perawatan pasien, membantu proses rehabilitasi pasien, melakukan advokasi bagi pasien, mendampingi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, serta memberikan edukasi kepada pasien (Potter et al., 2021).

### 4.4.4 Manajer / Pengelola Pelayanan Keperawatan

Lingkungan pelayanan kesehatan saat ini berlangsung dengan cepat dan penuh kompleksitas. Manajer keperawatan perlu menciptakan lingkungan yang mendukung kolaborasi dan berfokus pada pasien agar dapat memberikan asuhan yang aman, bermutu, serta menghasilkan luaran pasien yang positif.

Seorang manajer mengkoordinasikan aktivitas anggota staf keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan serta memiliki tanggung jawab terhadap sumber daya manusia, kebijakan, dan anggaran pada suatu unit

atau institusi keperawatan tertentu. Manajer menggunakan gaya kepemimpinan yang tepat untuk membangun lingkungan keperawatan bagi pasien dan staf yang mencerminkan misi dan nilai-nilai organisasi pelayanan Kesehatan (Potter et al., 2021).

Menurut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014, dalam menjalankan tugasnya sebagai pengelola Pelayanan Keperawatan, Perawat berwenang: a) Melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan; b) Merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi Pelayanan Keperawatan; dan c) Mengelola kasus.

#### 4.4.5 Advokat Pasien

Sebagai advokat pasien, perawat melindungi hak asasi dan hak hukum pasien serta memberikan bantuan kepada pasien dalam memperjuangkan hak-hak tersebut apabila diperlukan. Dalam peran sebagai advokat, perawat bertindak atas nama pasien dan memastikan terpenuhinya hak pasien dalam pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, perawat memberikan informasi tambahan untuk membantu pasien memutuskan apakah akan menerima suatu tindakan pengobatan, atau menyediakan penerjemah agar anggota keluarga dapat menyampaikan kekhawatiran mereka (Bavier, 2018; Pecanac and Schwarze, 2018; Can, 2023).

Dalam situasi tertentu, perawat perlu membela hak pasien dalam pengambilan keputusan kesehatan secara lebih luas, misalnya dengan menyuarakan penolakan terhadap kebijakan atau tindakan yang dapat membahayakan pasien atau bertentangan dengan hak-hak mereka. Selain itu, peran advokat juga mencakup memastikan bahwa otonomi serta kemampuan pasien untuk menentukan nasib sendiri dihormati. Advokasi pasien merupakan hal yang sulit dan sering menimbulkan tantangan emosional yang unik bagi tenaga kesehatan, terutama ketika merawat pasien dengan penyakit terminal atau penyakit kronis yang melemahkan. Sebagai seorang advokat, penting untuk menyadari faktor-faktor stres pribadi dan menemukan cara untuk mengatasinya. (Potter et al., 2021; Can, 2023).

#### 4.4.6 Peneliti Keperawatan

Perawat sebagai peneliti melaksanakan praktik berbasis bukti dan penelitian untuk meningkatkan asuhan keperawatan serta memperjelas dan memperluas ruang lingkup praktik keperawatan (Potter et al., 2021).

Perawat terlibat dalam penelitian dan pengembangan pengetahuan keperawatan untuk meningkatkan kualitas perawatan. Mereka berada dalam posisi yang baik untuk mengidentifikasi kesenjangan dalam bukti yang tersedia dan mengajukan pertanyaan penelitian baru. Peran akademik klinis memungkinkan perawat untuk menggabungkan praktik klinis dengan penelitian, yang penting untuk menemukan perawatan baru dan meningkatkan perawatan pasien (Baillie et al., 2019).

Menurut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014, dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti Keperawatan, Perawat berwenang: a) Melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika; b) Menggunakan sumber daya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atas izin pimpinan; dan c) Menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### 4.4.7 Peran Perawat dalam Penerapan EBP

Perawat memainkan peran penting dalam penerapan praktik berbasis bukti (EBP) dengan mengintegrasikan bukti terbaik, keahlian klinis, dan preferensi pasien untuk mencapai hasil yang optimal. EBP adalah pendekatan pemecahan masalah yang menggabungkan bukti terbaik dari penelitian dengan pengetahuan klinis untuk meningkatkan hasil pasien. Perawat harus mampu mengakses, menilai, dan mengintegrasikan bukti ke dalam praktik klinis mereka (Winters and Echeverri, 2012; Baillie et al., 2019; Asselta, 2023).

#### 4.4.8 Pelaksana Tugas Berdasarkan Pelimpahan Wewenang

Peran perawat sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dituangkan pada UU RI Nomor 38 Tahun 2014. Pelaksanaan tugas

berdasarkan pelimpahan wewenang hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.

Pelimpahan wewenang dapat dilakukan secara delegatif atau mandat. Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab. Pelimpahan wewenang secara delegatif hanya dapat diberikan kepada Perawat profesi atau Perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan. Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan. Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, Perawat berwenang: a) Melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis; b) Melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat; dan c) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah.

#### **4.4.9 Pelaksana Tugas Dalam Keadaan Keterbatasan Tertentu**

Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu merupakan penugasan Pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas. Keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas ditetapkan oleh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat. Pelaksanaan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu dilaksanakan dengan memperhatikan kompetensi Perawat.

Dalam melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu, Perawat berwenang:

1. Melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis
2. Merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada sistem rujukan
3. Melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian (UU RI Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, 2014).

# Bab 5

## Konsep Sehat dan Sakit

### 5.1 Pendahuluan

Konsep sehat dan sakit merupakan fondasi utama dalam keilmuan dan praktik keperawatan. Pemahaman yang tepat mengenai sehat dan sakit menjadi dasar bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada kebutuhan individu. Sehat dan sakit tidak lagi dipandang semata-mata sebagai kondisi fisik, melainkan sebagai suatu keadaan yang bersifat holistik dan dinamis, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, serta lingkungan. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk memiliki pemahaman konseptual yang komprehensif agar mampu menilai kondisi klien secara menyeluruh dan berkelanjutan (Alligood, 2022).

Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan sehat sebagai suatu keadaan sejahtera yang utuh, meliputi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, serta bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (World Health Organization [WHO], 2023). Definisi ini menegaskan bahwa sehat bukanlah kondisi statis, melainkan suatu proses adaptasi individu terhadap

perubahan internal maupun eksternal sepanjang rentang kehidupan. Dalam konteks keperawatan, sehat dan sakit dipahami sebagai suatu kontinum, di mana individu dapat bergerak dari kondisi sehat menuju sakit, atau sebaliknya, bergantung pada kemampuan adaptasi, dukungan lingkungan, dan intervensi kesehatan yang diterima (Potter et al., 2023).

Sakit merupakan pengalaman subjektif yang dirasakan individu, yang tidak selalu sejalan dengan diagnosis medis. Seseorang dapat merasa sakit meskipun secara klinis tidak ditemukan kelainan, atau sebaliknya, memiliki penyakit namun tidak merasakan gangguan berarti dalam aktivitas sehari-hari. Perbedaan antara konsep *disease*, *illness*, dan *sickness* menjadi penting untuk dipahami oleh perawat, karena persepsi individu terhadap sakit akan memengaruhi respons emosional, perilaku pencarian pertolongan, serta kepatuhan terhadap terapi (Taylor et al., 2024).

Perkembangan ilmu pengetahuan dan perubahan pola penyakit menuntut perawat untuk memperluas pemahaman tentang sehat dan sakit. Konsep sehat saat ini tidak hanya berfokus pada kelangsungan hidup, tetapi juga pada kualitas hidup (*quality of life*) dan kemampuan individu untuk berfungsi secara optimal (Smeltzer et al., 2024). Bab ini memberikan gambaran umum konsep sehat dan sakit sebagai dasar dalam keperawatan.

## 5.2 Pengertian Sehat

Sehat merupakan konsep fundamental dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan. Pemahaman tentang sehat menjadi landasan bagi perawat dalam melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sehat tidak hanya diartikan sebagai ketiadaan penyakit, melainkan sebagai kondisi kesejahteraan yang memungkinkan individu menjalani kehidupan secara produktif dan bermakna.

World Health Organization (WHO) mendefinisikan sehat sebagai keadaan sejahtera yang sempurna secara fisik, mental, dan sosial, serta bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (WHO, 2023). Definisi ini menekankan

bahwa sehat bersifat multidimensional dan mencakup berbagai aspek kehidupan manusia. Dalam praktik keperawatan, definisi WHO menjadi acuan dalam pengembangan pendekatan holistik terhadap klien.

Dari perspektif keperawatan, sehat dipandang sebagai kemampuan individu untuk beradaptasi secara efektif terhadap stresor internal dan eksternal. Potter et al. (2023) menyatakan bahwa sehat merupakan kondisi dinamis yang memungkinkan individu mempertahankan integritas fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Sehat tidak bersifat absolut, melainkan berada pada rentang sehat-sakit yang dapat berubah sepanjang siklus kehidupan.

Alligood (2022) menegaskan bahwa konsep sehat dalam keperawatan harus dipahami dalam konteks individu, keluarga, dan komunitas. Dengan demikian, perawat berperan penting dalam membantu klien mencapai tingkat kesehatan optimal sesuai dengan nilai, budaya, dan sumber daya yang dimiliki.

## 5.3 Dimensi Sehat

Konsep sehat dalam keperawatan dipahami sebagai kondisi yang bersifat multidimensional. Sehat tidak hanya ditentukan oleh kondisi fisik semata, tetapi juga dipengaruhi oleh aspek psikologis, sosial, spiritual, dan lingkungan. Pendekatan multidimensional ini sejalan dengan paradigma keperawatan holistik yang memandang individu sebagai satu kesatuan utuh (Potter et al., 2023).

### 1. Dimensi Fisik

Dimensi fisik merupakan aspek kesehatan yang paling mudah diamati dan sering menjadi fokus utama dalam pelayanan kesehatan. Sehat secara fisik ditandai dengan berfungsinya sistem tubuh secara optimal, tidak adanya gangguan fungsi organ, serta kemampuan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari tanpa hambatan berarti. Dalam keperawatan, penilaian dimensi fisik

dilakukan melalui pengkajian tanda vital, status nutrisi, mobilitas, dan respons tubuh terhadap penyakit maupun terapi (Smeltzer et al., 2024).

## 2. Dimensi Psikologis

Dimensi psikologis mencakup kesehatan mental dan emosional individu, termasuk kemampuan mengelola stres, mengekspresikan emosi secara adaptif, serta mempertahankan konsep diri yang positif. Individu yang sehat secara psikologis mampu menghadapi tantangan hidup, mengambil keputusan secara rasional, dan menjalin hubungan interpersonal yang sehat. Perawat memiliki peran penting dalam mengidentifikasi gangguan psikologis seperti kecemasan dan depresi yang dapat memengaruhi status kesehatan secara keseluruhan (Taylor et al., 2024).

## 3. Dimensi Sosial

Dimensi sosial berkaitan dengan kemampuan individu untuk berinteraksi dan berperan dalam lingkungan sosialnya. Sehat secara sosial ditandai dengan hubungan interpersonal yang harmonis, dukungan sosial yang adekuat, serta kemampuan menjalankan peran sesuai dengan norma dan nilai masyarakat. Faktor sosial seperti keluarga, pekerjaan, dan status ekonomi sangat memengaruhi perilaku kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan (Alligood, 2022).

## 4. Dimensi Spiritual.

Dimensi spiritual berhubungan dengan keyakinan, nilai, dan makna hidup individu. Kesehatan spiritual membantu individu menemukan tujuan hidup, menerima kondisi sakit, dan mengembangkan harapan. Dalam keperawatan, pemenuhan kebutuhan spiritual menjadi bagian penting dari asuhan holistik, terutama pada pasien dengan penyakit kronis atau kondisi

terminal. Pendekatan spiritual yang sensitif dan menghargai keyakinan klien dapat meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup pasien (Potter et al., 2023).

#### 5. Dimensi Lingkungan

Dimensi lingkungan mencakup kondisi fisik, biologis, dan sosial di sekitar individu yang memengaruhi status kesehatan. Lingkungan yang sehat meliputi akses terhadap air bersih, sanitasi, udara bersih, perumahan layak, serta lingkungan sosial yang aman dan mendukung. Perawat memiliki peran dalam promosi kesehatan lingkungan dan pencegahan penyakit berbasis komunitas, terutama dalam menghadapi masalah kesehatan masyarakat (World Health Organization [WHO], 2023).

Pemahaman terhadap kelima dimensi sehat ini membantu perawat dalam melakukan pengkajian yang komprehensif dan merancang intervensi keperawatan yang tepat sasaran. Dengan mempertimbangkan seluruh dimensi sehat, asuhan keperawatan diharapkan mampu meningkatkan kualitas hidup individu, keluarga, dan komunitas secara berkelanjutan.

## 5.4 Pengertian Sakit

Sakit merupakan bagian dari pengalaman hidup manusia yang bersifat kompleks dan multidimensional. Dalam keperawatan, sakit tidak hanya dipahami sebagai gangguan fungsi tubuh, tetapi juga sebagai pengalaman subjektif yang memengaruhi aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual individu. Pemahaman yang komprehensif mengenai konsep sakit sangat penting bagi perawat agar mampu memberikan asuhan yang empatik, holistik, dan berpusat pada klien (Alligood, 2022).

Secara medis, sakit sering dikaitkan dengan adanya penyakit atau kelainan pada struktur dan fungsi tubuh. Penyakit (\*disease\*) didefinisikan sebagai

kondisi patologis yang dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan klinis, laboratorium, atau diagnostik lainnya. Namun, tidak semua individu yang mengalami penyakit akan merasakan sakit secara subjektif. Sebaliknya, seseorang dapat merasakan sakit meskipun tidak ditemukan kelainan medis yang jelas (Smeltzer et al., 2024).

Dalam kajian keperawatan dan ilmu perilaku kesehatan, dikenal perbedaan antara konsep *disease*, *illness*, dan *sickness*. *Disease* merujuk pada kondisi patologis yang bersifat objektif dan dapat diukur secara medis. *Illness* merupakan pengalaman subjektif individu terhadap ketidaknyamanan, nyeri, atau gangguan fungsi yang dirasakannya. Sementara itu, *\*sickness\** berkaitan dengan peran sosial individu sebagai orang sakit, termasuk bagaimana masyarakat mempersepsikan dan merespons kondisi tersebut (Taylor et al., 2024).

Pengalaman sakit sering kali memengaruhi respons emosional dan perilaku individu. Reaksi seperti kecemasan, ketakutan, penolakan, hingga depresi dapat muncul sebagai respons terhadap kondisi sakit. Selain itu, sakit juga dapat mengganggu peran sosial, hubungan interpersonal, dan kemandirian individu. Oleh karena itu, perawat perlu memahami sakit sebagai pengalaman personal yang unik bagi setiap individu, dipengaruhi oleh faktor budaya, nilai, kepercayaan, dan pengalaman hidup sebelumnya (Potter et al., 2023).

Dari perspektif keperawatan holistik, sakit tidak selalu berarti kegagalan mencapai kesehatan. Seseorang dapat tetap memiliki kualitas hidup yang baik meskipun hidup dengan penyakit kronis, apabila mampu beradaptasi dan memperoleh dukungan yang adekuat. Peran perawat sangat penting dalam membantu klien beradaptasi terhadap kondisi sakit, meningkatkan coping, serta memfasilitasi proses penyembuhan dan pemulihan sesuai dengan kebutuhan individu (Black & Hawks, 2022).

Pemahaman konsep sakit yang komprehensif menjadi dasar dalam pengkajian keperawatan, penetapan diagnosis keperawatan, serta perencanaan intervensi yang tepat. Dengan memandang sakit sebagai pengalaman yang bersifat subjektif dan multidimensional, perawat

diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan yang lebih humanis, empatik, dan berorientasi pada kualitas hidup klien.

## 5.5 Rentang Sehat Sakit

Konsep sehat dan sakit dalam keperawatan tidak dipahami sebagai dua kondisi yang terpisah secara tegas, melainkan berada pada suatu rentang atau kontinum yang dikenal sebagai health-illness continuum. Rentang sehat-sakit menggambarkan kondisi individu yang dapat bergerak secara dinamis dari tingkat kesehatan optimal menuju kondisi sakit, atau sebaliknya, bergantung pada kemampuan adaptasi individu dan pengaruh berbagai faktor internal maupun eksternal (Potter et al., 2023).

Dalam health illness continuum, sehat dipandang sebagai kondisi optimal di mana individu mampu berfungsi secara fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, sementara sakit berada pada ujung lain rentang tersebut sebagai kondisi terganggunya fungsi dan kesejahteraan individu. Namun demikian, sebagian besar individu berada di antara kedua ekstrem tersebut, dengan tingkat kesehatan yang bervariasi sepanjang waktu. Hal ini menunjukkan bahwa sehat dan sakit bersifat relatif dan berubah-ubah, bukan kondisi yang bersifat absolut (Alligood, 2022).

Perpindahan individu sepanjang rentang sehat-sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, gaya hidup, stres, dukungan sosial, lingkungan, serta akses terhadap pelayanan kesehatan. Individu dengan kemampuan koping yang baik, dukungan lingkungan yang kuat, dan perilaku hidup sehat cenderung bergerak ke arah sehat, meskipun memiliki penyakit kronis. Sebaliknya, stres berkepanjangan, perilaku berisiko, dan keterbatasan akses pelayanan kesehatan dapat mempercepat pergeseran ke arah sakit (Taylor et al., 2024).

Konsep rentang sehat hingga sakit memandang kesehatan manusia sebagai suatu proses dinamis dan berkesinambungan, bukan kondisi statis yang bersifat mutlak. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa

kesehatan merupakan keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya ketiadaan penyakit (WHO, 2022). Dengan demikian, individu dapat berada pada berbagai tingkat kesehatan sepanjang hidupnya, dan posisi tersebut dapat berubah seiring waktu akibat pengaruh internal maupun eksternal.

Pandangan ini sejalan dengan konsep keperawatan modern yang dijelaskan dalam *Fundamentals of Nursing* oleh Potter dan Perry, yang menyatakan bahwa sehat dan sakit berada pada satu garis kontinu. Individu dapat bergerak ke arah sehat optimal atau sebaliknya menuju kondisi sakit, tergantung pada kemampuan adaptasi, perilaku kesehatan, dukungan lingkungan, serta efektivitas intervensi kesehatan dan keperawatan (Potter et al., 2023).

Tahapan rentang sehat hingga sakit menggambarkan perjalanan kondisi kesehatan individu dari waktu ke waktu dan dapat diuraikan sebagai berikut.

### 1. Sehat Optimal

Sehat optimal merupakan kondisi tertinggi dalam rentang kesehatan, di mana individu mencapai keseimbangan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual secara maksimal. Pada tahap ini, individu tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi juga mampu berfungsi secara produktif, memiliki coping yang baik terhadap stres, serta menjalani gaya hidup sehat. Menurut Pender dalam *Health Promotion in Nursing Practice*, kondisi sehat optimal sangat dipengaruhi oleh perilaku kesehatan positif, seperti aktivitas fisik teratur, pola makan seimbang, manajemen stres, serta dukungan sosial yang kuat (Pender et al., 2022).

### 2. Sehat Relatif

Pada tahap sehat relatif, individu masih mampu menjalankan aktivitas sehari-hari secara normal, meskipun mungkin memiliki keluhan ringan atau faktor risiko tertentu, seperti kelelahan, stres

kerja, atau kebiasaan hidup kurang sehat. Kondisi ini sering kali tidak disadari sebagai bagian dari rentang sehat–sakit, padahal pada fase ini intervensi promotif dan preventif sangat efektif untuk mencegah pergeseran ke arah sakit (Potter et al., 2023).

### 3. Rentan Sakit

Tahap rentan sakit ditandai dengan meningkatnya faktor risiko, baik biologis seperti usia lanjut dan riwayat keluarga, perilaku seperti merokok dan kurang aktivitas fisik, maupun faktor lingkungan dan sosial seperti polusi dan tekanan ekonomi. WHO menegaskan bahwa determinan sosial kesehatan memainkan peran besar dalam fase ini, karena memengaruhi akses individu terhadap sumber daya kesehatan dan kemampuan untuk mempertahankan perilaku hidup sehat (WHO, 2023).

### 4. Sakit Ringan hingga Sedang

Pada fase ini, individu mulai mengalami gangguan fungsi fisik atau psikologis yang nyata, seperti infeksi ringan, penyakit akut, atau eksaserbasi awal penyakit kronis. Meskipun demikian, individu masih memiliki kapasitas adaptasi dan pemulihan yang baik. Menurut Potter dan Perry, peran perawat pada tahap ini sangat penting dalam membantu klien memahami kondisinya, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, serta memperkuat coping dan dukungan keluarga (Potter et al., 2023).

### 5. Sakit Kronis

Sakit kronis merupakan kondisi ketika penyakit berlangsung lama dan sering kali bersifat progresif, seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, atau penyakit degeneratif lainnya. Pada tahap ini, tujuan keperawatan tidak hanya berfokus pada penyembuhan, tetapi juga pada pengendalian gejala, pencegahan komplikasi, serta peningkatan kualitas hidup. Pender menekankan

bahwa individu dengan penyakit kronis masih dapat bergerak ke arah sehat relatif melalui manajemen diri yang efektif, edukasi berkelanjutan, dan dukungan dari keluarga serta tenaga kesehatan (Pender et al., 2022).

#### 6. Kondisi Terminal

Kondisi terminal merupakan tahap akhir dalam rentang sehat hingga sakit, di mana proses penyakit tidak lagi responsif terhadap terapi kuratif. Fokus perawatan bergeser pada pemenuhan kenyamanan, pengendalian nyeri dan gejala, serta dukungan psikososial dan spiritual bagi klien dan keluarga. WHO menekankan bahwa perawatan paliatif merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan yang bertujuan menjaga martabat dan kualitas hidup individu hingga akhir hayat (WHO, 2022).

Pemahaman tentang rentang sehat hingga sakit memperkuat peran perawat sebagai tenaga kesehatan yang bekerja sepanjang spektrum pelayanan kesehatan. Perawat tidak hanya hadir ketika individu berada dalam kondisi sakit, tetapi juga berperan aktif dalam mempertahankan kesehatan, mencegah penyakit, serta membantu klien beradaptasi terhadap perubahan kondisi kesehatannya. Pendekatan ini menegaskan bahwa tujuan keperawatan tidak semata-mata berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi pada upaya membantu individu mencapai tingkat kesehatan dan kualitas hidup terbaik yang memungkinkan sesuai dengan kondisi yang dialaminya (Potter et al., 2023; WHO, 2022).

## 5.6 Faktor yang Mempengaruhi Status Sehat dan Sakit

Status sehat dan sakit seseorang tidak ditentukan oleh satu faktor tunggal, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks berbagai faktor yang saling

memengaruhi sepanjang rentang kehidupan. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh determinan biologis, perilaku, lingkungan, sosial, dan sistem pelayanan kesehatan yang bekerja secara simultan (WHO, 2022). Dalam keperawatan, pemahaman terhadap faktor-faktor ini sangat penting untuk menentukan intervensi yang tepat, holistik, dan berpusat pada klien.

### 1. Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup karakteristik fisik dan genetik individu yang secara langsung memengaruhi status kesehatan, seperti usia, jenis kelamin, faktor genetik, status gizi, dan kondisi fisiologis tubuh. Usia lanjut berkaitan dengan penurunan fungsi organ dan meningkatnya risiko penyakit degeneratif, sedangkan riwayat genetik tertentu dapat meningkatkan kerentanan terhadap penyakit kronis seperti diabetes melitus atau hipertensi. Potter dan Perry menjelaskan bahwa faktor biologis sering menjadi dasar munculnya gangguan kesehatan, namun dampaknya dapat diperkuat atau dikendalikan oleh faktor lain seperti perilaku dan lingkungan (Potter et al., 2023).

### 2. Faktor Perilaku dan Gaya Hidup

Perilaku dan gaya hidup merupakan faktor yang sangat menentukan posisi individu dalam rentang sehat dan sakit. Pola makan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, manajemen stres, serta kepatuhan terhadap pengobatan berpengaruh besar terhadap status kesehatan. Pender menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap manfaat dan hambatan, motivasi, serta dukungan sosial yang diterima (Pender et al., 2022). Oleh karena itu, intervensi keperawatan dalam bentuk edukasi dan promosi kesehatan memiliki peran strategis dalam mengubah perilaku berisiko menjadi perilaku sehat.

### 3. Faktor Psikologis

Faktor psikologis mencakup kondisi emosional, kesehatan mental, kemampuan koping, serta tingkat stres individu. Stres berkepanjangan, kecemasan, dan depresi dapat memengaruhi sistem imun, memperburuk kondisi penyakit, serta menghambat proses penyembuhan. WHO menegaskan bahwa kesehatan mental merupakan bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan dan berperan penting dalam menentukan status sehat dan sakit seseorang (WHO, 2022).

### 4. Faktor Sosial dan Budaya

Lingkungan sosial dan budaya turut memengaruhi status kesehatan individu melalui norma, nilai, kebiasaan, tingkat pendidikan, serta dukungan keluarga dan masyarakat. Faktor sosial seperti tingkat pendidikan dan status ekonomi menentukan kemampuan individu dalam mengakses informasi dan layanan kesehatan. WHO menyebutkan bahwa determinan sosial kesehatan, termasuk kemiskinan, pekerjaan, dan kondisi tempat tinggal, berkontribusi besar terhadap ketimpangan status kesehatan antarindividu dan kelompok masyarakat (WHO, 2023).

### 5. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan meliputi kondisi fisik dan sosial tempat individu hidup, seperti kualitas udara dan air, sanitasi, perumahan, keamanan lingkungan, serta paparan terhadap polusi atau penyakit menular. Lingkungan yang tidak sehat dapat meningkatkan risiko penyakit, sementara lingkungan yang mendukung dapat membantu mempertahankan kesehatan. Potter dan Perry menekankan bahwa perawat perlu menilai faktor lingkungan sebagai bagian dari pengkajian keperawatan, terutama pada konteks komunitas dan kesehatan masyarakat (Potter et al., 2023).

## 6. Faktor Pelayanan Kesehatan

Akses, kualitas, dan kontinuitas pelayanan kesehatan juga memengaruhi status sehat dan sakit. Ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, serta sistem rujukan yang efektif menentukan kemampuan individu untuk memperoleh pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. WHO menegaskan bahwa sistem pelayanan kesehatan yang kuat dan merata berperan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mencegah perburukan penyakit (WHO, 2022).

## 5.7 Persepsi Individu dan Budaya tentang Sehat dan Sakit

Persepsi individu tentang sehat dan sakit merupakan cara seseorang memaknai kondisi kesehatannya berdasarkan pengalaman pribadi, nilai, keyakinan, pengetahuan, dan latar belakang sosial budaya. Persepsi ini sangat menentukan bagaimana individu mengenali gejala, menilai tingkat keparahan penyakit, serta mengambil keputusan untuk mencari pertolongan atau melakukan perawatan. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa persepsi kesehatan dipengaruhi oleh faktor psikologis, sosial, dan budaya, sehingga pemahaman tentang sehat dan sakit dapat berbeda antarindividu dan kelompok masyarakat (WHO, 2022).

Dalam praktik keperawatan, persepsi individu tentang sehat dan sakit tidak selalu sejalan dengan definisi medis. Seseorang dapat merasa sehat meskipun memiliki penyakit kronis yang terdiagnosis secara klinis, atau sebaliknya merasa sakit walaupun tidak ditemukan gangguan fisiologis yang jelas. Potter dan Perry menjelaskan bahwa persepsi subjektif klien terhadap kesehatannya sering kali menjadi dasar perilaku kesehatan,

termasuk kepatuhan terhadap pengobatan dan respons terhadap intervensi keperawatan (Potter et al., 2023).

#### 1. Persepsi Individu tentang Sehat dan Sakit

Persepsi individu tentang sehat dan sakit dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, tingkat pengetahuan, usia, pendidikan, serta kondisi psikologis. Individu yang memiliki pengalaman positif dalam mengelola penyakit cenderung memiliki persepsi yang lebih adaptif dan optimis terhadap kondisi kesehatannya. Sebaliknya, pengalaman traumatis atau kurangnya informasi dapat menimbulkan persepsi negatif, seperti rasa takut berlebihan atau penyangkalan terhadap penyakit.

Menurut model promosi kesehatan yang dikemukakan oleh Nola J. Pender, persepsi individu terhadap manfaat dan hambatan berperilaku sehat sangat memengaruhi tindakan yang diambil untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan (Pender et al., 2022). Oleh karena itu, perawat perlu menggali persepsi klien secara mendalam sebagai bagian dari pengkajian keperawatan agar intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan kesiapan klien.

#### 2. Pengaruh Budaya terhadap Konsep Sehat dan Sakit

Budaya memiliki peran penting dalam membentuk pemahaman masyarakat tentang sehat dan sakit. Setiap budaya memiliki nilai, kepercayaan, dan praktik kesehatan yang unik, termasuk cara mengenali penyakit, menentukan penyebab sakit, serta memilih metode pengobatan. Dalam beberapa budaya, sakit dipandang sebagai akibat ketidakseimbangan antara tubuh dan lingkungan, gangguan spiritual, atau pelanggaran norma tertentu, bukan semata-mata proses biologis.

3. Tokoh keperawatan transkultural, Madeleine Leininger, menekankan bahwa budaya sangat memengaruhi respons individu terhadap kesehatan dan penyakit. Leininger menyatakan bahwa asuhan keperawatan akan efektif apabila selaras dengan nilai dan keyakinan budaya klien, yang dikenal sebagai *culturally congruent care*. Tanpa pemahaman budaya, intervensi keperawatan berisiko ditolak atau tidak dijalankan oleh klien dan keluarga.
4. Budaya, Kepercayaan, dan Perilaku Pencarian Pengobatan  
Persepsi budaya juga memengaruhi perilaku pencarian pengobatan (*health-seeking behavior*). Sebagian individu atau kelompok masyarakat lebih memilih pengobatan tradisional, herbal, atau spiritual sebelum mengakses layanan kesehatan formal. WHO mengakui bahwa pengobatan tradisional dan komplementer masih digunakan secara luas di berbagai negara dan menjadi bagian penting dari sistem kesehatan masyarakat (WHO, 2023).

Dalam konteks ini, perawat tidak hanya berperan sebagai pemberi asuhan, tetapi juga sebagai mediator antara sistem kesehatan modern dan nilai budaya klien. Pendekatan yang menghargai budaya akan meningkatkan kepercayaan klien, memperbaiki komunikasi terapeutik, serta meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan.

## 5.8 Peran Perawat dalam Konsep Sehat dan Sakit

Perawat memiliki peran strategis dalam konsep sehat dan sakit karena bekerja secara langsung dengan individu, keluarga, dan komunitas di sepanjang rentang sehat-sakit. Peran ini tidak terbatas pada perawatan saat

klien berada dalam kondisi sakit, tetapi mencakup upaya mempertahankan kesehatan, mencegah penyakit, mempercepat pemulihan, serta meningkatkan kualitas hidup. World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa tenaga keperawatan merupakan tulang punggung sistem pelayanan kesehatan global, khususnya dalam promosi kesehatan dan pelayanan primer (WHO, 2022).

Dalam perspektif keperawatan modern, peran perawat bersifat holistik dan berkesinambungan, menyesuaikan dengan posisi klien pada rentang sehat-sakit. Potter dan Perry menjelaskan bahwa perawat berperan sebagai pemberi asuhan, pendidik, advokat, konselor, dan kolaborator, dengan tujuan membantu klien mencapai tingkat kesehatan optimal sesuai dengan kondisinya (Potter et al., 2023).

#### 1. Peran Perawat dalam Promosi Kesehatan

Pada kondisi sehat dan sehat relatif, perawat berperan utama dalam promosi kesehatan dengan mendorong individu dan masyarakat untuk mempertahankan perilaku hidup sehat. Peran ini mencakup edukasi tentang pola makan seimbang, aktivitas fisik, manajemen stres, serta penguatan perilaku pencegahan penyakit. Menurut Pender, perawat memiliki peran penting dalam membantu klien mengenali manfaat perilaku sehat dan mengatasi hambatan yang menghalangi perubahan perilaku (Pender et al., 2022).

Melalui pendekatan promotif, perawat tidak hanya meningkatkan pengetahuan klien, tetapi juga membangun motivasi dan kemandirian dalam menjaga kesehatan, sehingga individu dapat bertahan lebih lama pada posisi sehat dalam rentang sehat-sakit.

#### 2. Peran Perawat dalam Pencegahan Penyakit

Pada tahap rentan sakit, perawat berperan dalam pencegahan penyakit melalui deteksi dini, skrining faktor risiko, serta edukasi kesehatan yang terarah. WHO menekankan bahwa pencegahan

primer dan sekunder merupakan strategi efektif untuk menurunkan beban penyakit, khususnya penyakit kronis dan degeneratif (WHO, 2023). Dalam konteks ini, perawat berperan mengidentifikasi individu atau kelompok berisiko, memberikan konseling, serta mendorong pemanfaatan layanan kesehatan secara tepat waktu.

### 3. Peran Perawat dalam Perawatan Kuratif dan Rehabilitatif

Ketika individu berada pada kondisi sakit ringan hingga sedang, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan kuratif yang berfokus pada pemulihan fungsi dan pencegahan komplikasi. Peran ini meliputi pemantauan kondisi klien, pemberian intervensi keperawatan sesuai kebutuhan, serta edukasi tentang kepatuhan terhadap terapi. Potter dan Perry menegaskan bahwa perawat berperan penting dalam membantu klien beradaptasi dengan kondisi sakit dan mempertahankan fungsi optimal selama proses penyembuhan (Potter et al., 2023).

Pada kondisi sakit kronis, peran perawat berkembang ke arah rehabilitatif dan pendukung, dengan fokus pada manajemen penyakit jangka panjang, peningkatan kualitas hidup, serta pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan mandiri.

### 4. Peran Perawat dalam Perawatan Paliatif

Pada tahap akhir rentang sehat–sakit atau kondisi terminal, peran perawat berfokus pada perawatan paliatif yang menekankan kenyamanan, pengendalian nyeri dan gejala, serta dukungan psikososial dan spiritual. WHO menegaskan bahwa perawatan paliatif merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan harus diberikan sejak dini pada penyakit yang mengancam kehidupan (WHO, 2022). Dalam tahap ini, perawat berperan sebagai pendamping bagi klien dan keluarga, membantu mereka

menghadapi proses penyakit dengan martabat dan kualitas hidup yang optimal. Profesi yang berorientasi pada manusia secara utuh, bukan semata-mata pada penyakit. Dengan memahami posisi klien pada rentang sehat–sakit, perawat dapat merancang asuhan yang tepat, berkesinambungan, dan berpusat pada kebutuhan individu. Pendekatan ini memperkuat kontribusi perawat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mewujudkan pelayanan kesehatan yang holistik dan berkeadilan (Potter et al., 2023; WHO, 2022).

# Bab 6

## Kebutuhan Dasar Manusia

### 6.1 Pendahuluan

Kebutuhan dasar manusia merupakan segala sesuatu yang harus dipenuhi agar manusia dapat bertahan hidup, tumbuh, dan berkembang secara optimal. Setiap manusia, tanpa memandang usia, jenis kelamin, budaya, maupun latar belakang sosial, memiliki kebutuhan dasar yang bersifat universal. Pemenuhan kebutuhan ini sangat penting karena berpengaruh langsung terhadap kesehatan fisik, kondisi psikologis, serta kemampuan seseorang dalam menjalani kehidupan sehari-hari mencegah perburukan gejala dan mendukung pemulihan yang berkelanjutan. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur penting untuk menjaga keseimbangan fisik dan psikologis yang berperan dalam kesehatan serta proses pertumbuhan dan perkembangan.

Menurut teori Maslow, kebutuhan dasar manusia terbagi ke dalam lima tingkat, yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman, cinta dan kasih sayang, harga diri, serta aktualisasi diri. Potter dan Perry (1997) menyatakan bahwa individu yang seluruh kebutuhan dasarnya terpenuhi dapat dikategorikan

sehat, sedangkan mereka yang memiliki kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi berisiko mengalami gangguan kesehatan. Pada dasarnya, setiap manusia memiliki kebutuhan dasar yang relatif sama, namun perbedaan budaya memengaruhi cara pemenuhannya.

Dalam memenuhi kebutuhan tersebut, individu akan menyesuaikan diri sesuai dengan prioritas kebutuhan, dan apabila kebutuhan belum terpenuhi, mereka akan berusaha lebih keras untuk mencapainya (Hidayat, 2008). Kebutuhan dasar tidak hanya mencakup aspek biologis, tetapi juga meliputi rasa aman, kasih sayang, penghargaan, dan pengembangan diri. Ketidakterpenuhinya kebutuhan ini dapat menimbulkan masalah fisik maupun mental yang berdampak pada kualitas hidup. Oleh karena itu, pemahaman tentang kebutuhan dasar manusia sangat penting, terutama dalam bidang pendidikan dan kesehatan, agar kesejahteraan hidup dapat tercapai secara optimal.

## 6.2 Konsep Kebutuhan Manusia

### 6.2.1 Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah elemen-elemen penting yang diperlukan untuk dan kesehatan. Menurut teori Hierarki Kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham Maslow, setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter & Perry, 2005).

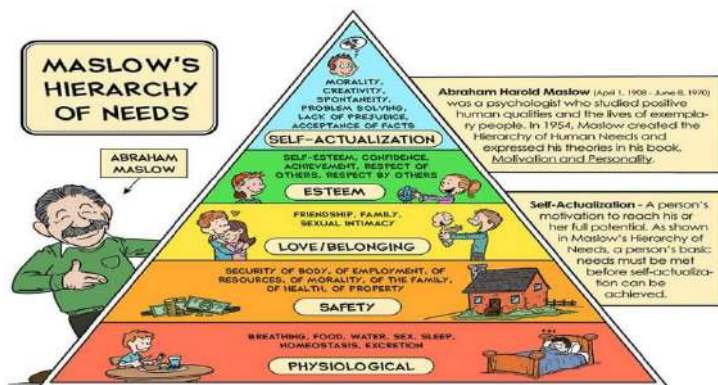
Dengan memahami konsep kebutuhan dasar menurut Maslow (Azwardi, 2022), kita perlu menjaga keseimbangan fisiologis dan psikologis, dengan tujuan utama mempertahankan kehidupan mengerti bahwa:

1. Manusia terus berkembang dan memiliki potensi untuk mencapai kemampuan maksimalnya.
2. Kebutuhan pada tingkat lebih tinggi tidak dapat terpenuhi dengan optimal sebelum kebutuhan di bawahnya terpenuhi.

3. Jika kebutuhan dasar pada setiap tingkatan tidak terpenuhi, kondisi patologis dapat muncul.
4. Setiap individu memiliki kebutuhan dasar yang sama, tetapi kebutuhan tersebut disesuaikan dengan budaya masing-masing.
5. Meskipun kebutuhan harus dipenuhi, beberapa dapat ditunda sesuai situasi.
6. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dapat menyebabkan ketidakseimbangan homeostasis, yang berpotensi menyebabkan penyakit.
7. Kebutuhan memotivasi seseorang untuk berpikir dan bergerak untuk memenuhinya, didorong oleh faktor eksternal dan internal.
8. Seseorang yang merasakan adanya kebutuhan akan meresponsnya dengan berbagai cara.
9. Kebutuhan dasar saling berkaitan; kekurangan pada satu kebutuhan dapat memengaruhi yang lain.

### 6.2.2 Unsur Kebutuhan Manusia

Unsur kebutuhan manusia yang dikemukakan oleh Abraham Maslow menjelaskan bahwa manusia memiliki lima jenis kebutuhan pokok, yaitu kebutuhan fisik, kebutuhan akan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan kasih sayang dan rasa memiliki, kebutuhan penghargaan terhadap diri, serta kebutuhan untuk mewujudkan potensi diri (Asmadi, 2008).



**Gambar 6.1:** Kebutuhan Hierarki Abraham Ma

Menurut Asmadi (2008), lima kebutuhan dasar manusia adalah:

1. Kebutuhan Fisiologi (Physiological Needs)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling mendasar yang harus dipenuhi agar keseimbangan biologis tubuh tetap terjaga dan individu dapat bertahan hidup. Kebutuhan ini bersifat fundamental karena apabila tidak terpenuhi, pemenuhan kebutuhan lainnya akan terganggu. Yang termasuk kebutuhan fisiologis antara lain oksigen, asupan cairan dan nutrisi, proses eliminasi, istirahat dan tidur, bebas dari rasa sakit, pengaturan suhu tubuh, kebutuhan seksual, serta kebutuhan fisik lainnya. Setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi, individu akan terdorong untuk memenuhi kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi secara bertahap.

2. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan (Self Security Needs)

Kebutuhan keselamatan dan keamanan berkaitan dengan upaya melindungi diri dari berbagai bentuk bahaya, baik yang bersifat fisik maupun psikososial. Risiko terhadap keselamatan fisik dapat berasal dari ancaman mekanis, bahan kimia, suhu ekstrem, maupun mikroorganisme. Kebutuhan ini tidak terlepas dari aspek

fisiologis serta hubungan antarindividu. Dari sisi fisiologis, keselamatan dan keamanan menyangkut berbagai ancaman yang dapat memengaruhi kondisi tubuh dan keberlangsungan hidup seseorang. Ancaman tersebut dapat bersifat nyata ataupun hanya dirasakan, seperti penyakit, rasa nyeri, dan kecemasan. Sementara itu, ancaman psikologis dapat muncul akibat tuntutan penyesuaian terhadap lingkungan baru, perubahan peran, dan kondisi sejenis lainnya.

3. Kebutuhan Mencintai dan Dicintai (Love and Belongingness Needs)  
Kebutuhan akan cinta merupakan kebutuhan mendasar yang berkaitan dengan aspek emosional individu. Kebutuhan ini mendorong seseorang untuk membangun hubungan emosional yang bermakna dengan orang lain. Dorongan tersebut semakin kuat sehingga individu berupaya sungguh-sungguh untuk memenuhi kebutuhan akan kasih sayang dan rasa memiliki. Umumnya, kebutuhan ini muncul setelah kebutuhan fisiologis serta rasa aman dan perlindungan terpenuhi. Ketika seseorang telah merasa aman, ia memiliki kesempatan dan energi untuk mencari cinta serta membangun rasa memiliki. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki meliputi kemampuan memberi dan menerima kasih sayang, mencari pasangan hidup, bersosialisasi, membangun hubungan interpersonal, mendapatkan perlakuan yang penuh kelembutan, merasakan kebersamaan, serta menjalin hubungan yang akrab dan intim.
4. Kebutuhan Harga diri ( Self esteem needs )  
Harga diri merupakan penilaian seseorang terhadap nilai dirinya sendiri, yang terbentuk melalui evaluasi sejauh mana perilaku yang ditampilkan sesuai dengan gambaran ideal diri (Stuart &

Sundeen, 1998). Dalam hierarki kebutuhan dasar manusia, kebutuhan akan harga diri baru kebutuhan aktualisasi diri.

5. Kebutuhan Aktualisasi diri (Self Actualization Needs)

Kebutuhan aktualisasi diri merupakan tingkat kebutuhan tertinggi menurut Maslow dan Kalish. Untuk mencapai tingkat ini, terdapat berbagai hambatan yang dapat menghalangi, yang secara umum dibagi menjadi dua jenis, yaitu hambatan internal dan eksternal. Hambatan internal berasal dari dalam diri individu, seperti ketidaktahuan tentang potensi diri, serta perasaan ragu dan takut untuk mengungkapkan kemampuan yang dimiliki, sehingga potensi tersebut tetap terpendam. Berdasarkan teori Maslow mengenai aktualisasi diri, ada asumsi dasar bahwa manusia pada dasarnya memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan, yang memberikan peluang bagi mereka untuk mengembangkan diri.

Menurut kendra cherri (2025) Maslow mengatakan tentang aktualisasi diri: "Secara garis besar dapat digambarkan sebagai penggunaan dan pemanfaatan penuh bakat, kemampuan, potensi, dll. Orang-orang seperti itu tampaknya memenuhi diri mereka sendiri dan melakukan yang terbaik yang mampu mereka lakukan. Mereka adalah orang-orang yang telah berkembang atau sedang berkembang hingga mencapai potensi penuh yang mampu mereka capai."

Berdasarkan unsur kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Virginia Henderson, keperawatan didefinisikan sebagai upaya untuk membantu individu, baik yang sakit maupun sehat, dalam melaksanakan aktivitas yang berkontribusi pada kesehatan dan proses penyembuhan. Individu akan mampu melaksanakan aktivitas tersebut secara mandiri apabila ia memiliki kekuatan, pemahaman, dan pengetahuan yang diperlukan.

Tujuan dari keperawatan adalah untuk membantu individu mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin. Kebutuhan-kebutuhan berikut

ini sering disebut sebagai 14 kebutuhan dasar menurut Henderson (Azwardi, 2022), antara lain:

1. Bernapas secara normal
2. Makan dan minum cukup
3. Bergerak dan mempertahankan posisi yang dikehendaki
4. Istirahat dan tidur
5. Memilih cara berpakaian; berpakaian dan melepas pakaian
6. Mempertahankan temperatur tubuh dalam rentang normal
7. Menjaga tubuh tetap bersih dan rapi
8. Menghindari bahaya dari lingkungan
9. Berkomunikasi dengan orang lain
10. Beribadah menurut keyakinan
11. Bekerja yang menjanjikan prestasi
12. Bermain dan berpartisipasi dalam bentuk rekreasi
13. Belajar, menggali atau memuaskan rasa keingintahuan yang mengacu pada perkembangan dan kesehatan normal.

### 6.2.3 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

Beberapa faktor yang dapat memengaruhi tingkat pemenuhan kebutuhan dasar pada manusia adalah sebagai berikut (Hidayat, 2014):

1. Penyakit  
Adanya penyakit dalam tubuh seseorang dapat menyebabkan perubahan dalam pemenuhan kebutuhan, baik dari segi fisiologis maupun psikologis. Hal ini terjadi karena beberapa organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan yang lebih besar daripada biasanya.

## 2. Hubungan Keluarga

Hubungan keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi individu. Hubungan kekeluargaan yang harmonis dapat memperbaiki pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya rasa saling percaya, kebahagiaan bersama, dan tidak ada perasaan curiga antara anggota keluarga.

## 3. Konsep Diri

Konsep diri manusia berperan penting dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan (wholeness) bagi individu. Konsep diri yang sehat menghasilkan perasaan dan kekuatan positif dalam diri seseorang. Orang yang memiliki pandangan positif terhadap dirinya sendiri akan lebih mudah beradaptasi, mengenali kebutuhannya, dan mengembangkan cara hidup yang sehat, sehingga dapat dengan mudah memenuhi kebutuhan dasarnya.

## 4. Tahap Perkembangan

Seiring bertambahnya usia, manusia akan mengalami perkembangan. Fungsi organ tubuh akan mengalami proses kematangan, dengan aktivitas yang berbeda pada setiap tahap perkembangan. Setiap tahap perkembangan ini juga membawa perubahan dalam pemenuhan kebutuhan, baik yang bersifat biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual.

## 6.3 Manusia Sebagai Makhluk Individu, Holistik dan Sistem

### 6.3.1 Manusia sebagai Makhluk Holistik

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk utuh atau paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Sebagai makhluk sosial, manusia perlu hidup bersama orang lain, saling bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup, mudah terpengaruhi budaya, serta dituntut untuk bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang ada, jadi maksudnya adalah bila kita memandang manusia, kita harus melihatnya secara utuh menyeluruh tidak boleh di penggal-penggal.

### 6.3.2 Manusia Sebagai Makhluk Sistem

Manusia sebagai sistem terdiri atas sistem adaptif, personal, interpersonal. Dan sosial. Sistem adaptif merupakan proses perubahan individu sebagai respon terhadap perubahan lingkungan yang dapat memengaruhi integritas atau keutuhan. Sebagai sistem personal, manusia memiliki proses persepsi dan bertumbuh kembang. Sebagai sistem intrapersonal manusia dapat berinteraksi, berperan, dan berkomunikasi terhadap orang lain. Sedangkan sebagai sistem sosial, manusia memiliki kekuatan dan wewenang dalam pengambilan keputusan di lingkungannya, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun lingkungan.

## 6.4 Homeostatisi-Hemodinamik

Homeostasis merupakan suatu keadaan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan dalam mempertahankan kondisi yang dialaminya. Proses homeostasis ini dapat terjadi apabila tubuh mengalami stres yang ada sehingga tubuh secara alamiah akan melakukan mekanisme pertahanan diri untuk menjaga kondisi yang seimbang, atau juga dapat dikatakan bahwa

homeostasis adalah suatu proses perubahan yang terus- menerus untuk memelihara stabilitas dan beradaptasi terhadap kondisi lingkungan sekitarnya.

Dalam kehidupan kita sehari-hari dapat kita lihat suatu keadaan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan dalam mempertahankan kondisi yang dialaminya seperti:

1. Pengaturan suhu tubuh

Saat suhu lingkungan panas, tubuh akan berkeringat untuk menurunkan suhu tubuh. Sebaliknya, ketika udara dingin, tubuh akan menggigil untuk menghasilkan panas agar suhu tetap stabil.

2. Pengaturan kadar gula darah

Setelah makan, kadar gula darah meningkat. Tubuh kemudian melepaskan hormon insulin untuk menurunkan kadar gula agar tetap dalam batas normal.

3. Pengaturan cairan tubuh: Ketika tubuh kekurangan cairan, rasa haus muncul sehingga seseorang terdorong untuk minum demi menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh.

Homeodinamik merupakan pertukaran energi secara terus-menerus antara manusia dan lingkungan sekitarnya. Pada proses ini manusia tidak hanya melakukan penyesuaian diri, tetapi terus berinteraksi dengan lingkungan agar mampu mempertahankan hidupnya. Proses homeodinamik bermula dari teori tentang manusia sebagai unit yang merupakan satu kesatuan utuh, memiliki karakter yang berbeda-beda, proses hidup yang dinamis, selalu berinteraksi dengan lingkungan yang dapat dipengaruhi dan memengaruhinya, serta memiliki keunikan tersendiri dalam proses homeodinamik ini. (Setiasih, 2021)

Proses homeodinamik dalam tubuh kita dapat dilihat pada saat:

1. Manusia beradaptasi dengan lingkungan kerja  
Seseorang yang bekerja di lingkungan dengan tingkat stres tinggi akan mengatur pola istirahat, olahraga, dan manajemen stres agar tetap sehat dan produktif.
2. Adaptasi terhadap perubahan lingkungan  
Masyarakat yang tinggal di daerah rawan banjir menyesuaikan cara hidupnya, seperti membangun rumah panggung dan mengatur aktivitas sehari-hari sesuai kondisi lingkungan.
3. Interaksi manusia dengan lingkungan sosial  
Individu yang pindah ke budaya baru akan belajar bahasa, kebiasaan, dan norma setempat agar dapat berinteraksi secara efektif dan mempertahankan kualitas hidupnya.



# Bab 7

## Proses Keperawatan

### 7.1 Pendahuluan

Proses keperawatan adalah pendekatan pemecahan masalah dalam asuhan keperawatan. Pendekatan dilakukan secara sistematis untuk memberikan perawatan yang berpusat pada klien. Komponen dari proses keperawatan adalah pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Secara operasional proses keperawatan digunakan sebagai model berpikir klinis yang membantu perawat melakukan penilaian kondisi pasien (baik subjektif maupun objektif), mengidentifikasi masalah atau respons kesehatan pasien, menyusun tujuan dan intervensi berdasarkan evidence-based practice, mengimplementasikan rencana keperawatan yang sudah disusun, serta mengevaluasi apakah tujuan yang ditetapkan telah tercapai.

Kelima langkah tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi saling terkait dalam suatu siklus yang memungkinkan perawat melakukan perubahan atau revisi terhadap rencana perawatan saat kondisi pasien berubah. Dengan demikian, proses keperawatan bukan sekadar urutan langkah, tetapi merupakan kerangka berpikir yang mendukung keselamatan, kualitas, dan

individualisasi asuhan keperawatan (Cunningham & Moore, 2019; Ernstmeyer & Christman, 2024; Toney-Butler & Thayer, 2025)

## 7.2 Tahapan Proses Keperawatan: Pengkajian Awal

Pengkajian merupakan langkah pertama dan fondasi utama dalam proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis dan berkelanjutan untuk memahami kondisi klien secara menyeluruh, yang mencakup pengumpulan, pengorganisasian, analisis, dokumentasi, dan komunikasi data yang relevan dengan status kesehatan serta kebutuhan pasien. Tujuan utamanya adalah mengidentifikasi masalah kesehatan aktual dan potensial sehingga perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat dan menyusun rencana asuhan yang efektif. Data yang dikaji meliputi aspek fisik, psikologis, sosiodemografis, budaya, spiritual, dan gaya hidup, serta terdiri dari data subjektif dan data objektif (Toney-Butler & Unison-Pace, 2025).

Perawat mengumpulkan data dan menggunakan pemikiran kritis untuk memberikan asuhan yang berfokus pada pasien dan kebutuhan spesifiknya. Penilaian harus mencakup faktor fisiologis, psikososial, spiritual, budaya, dan kehidupan, dengan alat utama berupa riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, serta telaah hasil laboratorium dan informasi medis terkait, dengan demikian, pengkajian tidak hanya berorientasi pada penyakit, tetapi juga pada respons manusia dan konteks kehidupan pasien (Wilkins et al., 2022).

Komponen Data dalam Pengkajian:

1. **Data Subjektif:** Informasi yang diperoleh dari pasien atau keluarga berupa keluhan, persepsi, pengalaman, dan riwayat kesehatan yang dirasakan sendiri oleh klien.
2. **Data Objektif:** Temuan yang dapat diamati atau diukur seperti tanda vital (suhu tubuh, tekanan darah, frekuensi napas dan

denyut jantung), hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium atau pemeriksaan penunjang.

### **Teknik Pengumpulan Data**

Pengkajian dilakukan melalui beberapa teknik, seperti:

1. Wawancara terarah menggunakan pertanyaan terbuka dan tertutup untuk mendapatkan gambaran riwayat dan pengalaman pasien.
2. Pengamatan langsung terhadap perilaku, ekspresi, dan respons fisik pasien.
3. Pemeriksaan fisik yang sistematis menggunakan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
4. Pengukuran tanda vital dan alat ukur standar lain sesuai kebutuhan klinis.

Pentingnya pengkajian yang tepat. Pengkajian awal yang teliti membantu perawat untuk:

1. Mengenali masalah kesehatan dan kebutuhan pasien secara akurat.
2. Mengidentifikasi prioritas masalah yang harus segera ditangani.
3. Membentuk dasar diagnosis keperawatan dan rencana perawatan yang individual.
4. Meningkatkan komunikasi antarprofesional melalui informasi yang lengkap dan akurat.
5. Mendukung keselamatan pasien serta perencanaan keperawatan yang berkelanjutan.

## 7.3 Tahapan Proses Keperawatan: Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan setelah pengkajian. Diagnosis ini adalah penilaian klinis perawat tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik yang aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan menjadi dasar dalam perencanaan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat (Wilkins, 2018).

Proses merumuskan diagnosis keperawatan perawat perlu:

1. Mengumpulkan data subjektif dan objektif dari hasil pengkajian.
2. Mengelompokkan data yang saling berhubungan.
3. Mengembangkan daftar masalah pasien.
4. Menentukan prioritas masalah.
5. Menuliskan diagnosis keperawatan yang sesuai untuk setiap masalah.

Proses ini menuntut kemampuan berpikir kritis. Pemahaman tentang anatomi, fisiologi, dan patofisiologi sangat penting agar perawat dapat memilih diagnosis yang tepat. Kesalahan dalam memilih diagnosis akan berdampak pada pemilihan intervensi yang tidak efektif dan dapat menghambat pemulihan pasien (Wilkins, 2018).

Diagnosis keperawatan biasanya ditulis dalam bentuk pernyataan diagnostik yang dapat terdiri dari tiga bagian (Wilkins, 2018):

1. Label diagnosis: nama masalah keperawatan, misalnya, nyeri akut, Intoleransi aktivitas.
2. Etiologi (faktor terkait): penyebab atau faktor yang berhubungan dengan masalah, diawali dengan frasa “berhubungan dengan”.

3. Tanda dan gejala (bukti): karakteristik penentu yang mendukung diagnosis, diawali dengan frasa “dibuktikan dengan”.

Contoh: Nyeri akut berhubungan dengan prosedur pembedahan dibuktikan dengan ekspresi meringis dan skala nyeri 7/10.

Tidak semua diagnosis memerlukan tiga bagian. Diagnosis risiko, misalnya, hanya memuat dua bagian pertama karena belum ada tanda dan gejala yang muncul.

### 7.3.1 Jenis-Jenis Diagnosis Keperawatan

NANDA mengelompokkan diagnosis keperawatan menjadi empat jenis utama (Wilkins, 2018):

1. **Diagnosis actual:** Menggambarkan masalah yang benar-benar terjadi dan didukung oleh tanda dan gejala. Diagnosis ini selalu mencakup tiga bagian: label, etiologi, dan bukti.
2. **Diagnosis risiko (potensial):** Menggambarkan masalah yang berpotensi terjadi jika tidak dicegah. Diagnosis ini hanya terdiri dari label dan etiologi, diawali dengan kata “Risiko”, tanpa tanda dan gejala.
3. **Diagnosis sindrom:** Merupakan kumpulan diagnosis atau pola respons yang muncul bersamaan dan membentuk suatu kondisi klinis tertentu, misalnya sindrom trauma atau sindrom stres relokasi.
4. **Diagnosis kesehatan (wellness):** Menggambarkan kesiapan individu untuk meningkatkan atau mempertahankan tingkat kesehatannya, misalnya Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan diri.

Sistem ini membantu perawat mengelompokkan masalah pasien berdasarkan konsep fungsi kesehatan. Meskipun demikian, sebagian

perawat merasa terminologi ini kompleks, sehingga dibutuhkan latihan dan kemampuan berpikir kritis untuk menemukan label diagnosis yang paling tepat (Wilkins, 2018).

Dalam penulisan diagnosis keperawatan, terdapat beberapa prinsip penting:

1. Fokus pada masalah keperawatan, bukan masalah medis.
2. Sertakan etiologi yang dapat ditangani dengan intervensi keperawatan.
3. Untuk diagnosis aktual, sertakan tanda dan gejala sebagai bukti.
4. Untuk diagnosis risiko, jangan sertakan tanda dan gejala.

Kesalahan umum yang perlu dihindari adalah menulis diagnosis yang berfokus pada penyakit, tujuan tindakan, atau kesulitan perawat dalam melakukan intervensi, bukan pada respons pasien.

Tidak semua masalah pasien dapat ditangani secara mandiri oleh perawat. Beberapa kondisi memerlukan perawatan kolaboratif dengan dokter atau tenaga kesehatan lain, terutama pada masalah fisiologis kompleks dan risiko komplikasi. Dalam konteks ini, perawat berperan memantau kondisi pasien, melaksanakan intervensi, dan berkoordinasi dengan tim kesehatan (Wilkins, 2018).

Sebagian institusi menggunakan istilah masalah kolaboratif atau komplikasi potensial untuk menggambarkan kondisi yang memerlukan pengelolaan bersama antarprofesi. Namun, banyak masalah tetap dapat ditangani melalui diagnosis keperawatan dan intervensi mandiri perawat, seperti pencegahan dekubitus, pencegahan infeksi, atau peningkatan mobilitas (Wilkins, 2018).

### **7.3.2 Perbedaan Diagnosis Keperawatan dan Diagnosis Medis**

Diagnosis medis berfokus pada penyakit atau kondisi patologis, sedangkan diagnosis keperawatan berfokus pada respons pasien terhadap kondisi tersebut. Contohnya, pada pasien dengan gagal jantung, diagnosis medis

bisa berupa edema paru, sedangkan diagnosis keperawatan dapat berupa gangguan pertukaran gas yang dibuktikan oleh sesak napas dan batuk. Diagnosis keperawatan juga bersifat dinamis dan dapat berubah seiring dengan perkembangan kondisi pasien, berbeda dengan diagnosis medis yang cenderung lebih stabil selama episode penyakit tertentu.

### 7.3.3 Validasi dan Revisi Diagnosis Keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan dirumuskan, perawat perlu melakukan validasi, yaitu memastikan bahwa:

1. Data pengkajian mendukung diagnosis
2. Etiologi sesuai dengan kondisi pasien
3. Tanda dan gejala benar-benar relevan

Jika data tidak mendukung, perawat harus mengkaji ulang pasien atau merevisi diagnosis. Validasi ini merupakan proses berkelanjutan karena kondisi pasien dapat berubah dari waktu ke waktu.

### 7.3.4 Prioritas Diagnosis Keperawatan

Karena keterbatasan waktu dan sumber daya, perawat perlu memprioritaskan diagnosis keperawatan menjadi:

1. Prioritas tinggi: masalah yang mengancam jiwa atau kebutuhan fisiologis mendesak (misalnya jalan napas, pernapasan, sirkulasi).
2. Prioritas menengah: masalah yang tidak langsung mengancam jiwa tetapi dapat memengaruhi pemulihan.
3. Prioritas rendah: masalah jangka panjang atau psikososial yang tidak berkaitan langsung dengan kondisi akut.

Hierarki Kebutuhan Maslow sering digunakan sebagai panduan dalam menentukan prioritas, dengan kebutuhan fisiologis sebagai prioritas utama.

## 7.4 Tahapan Proses Keperawatan: Rencana Perawatan

Rencana keperawatan adalah rencana tindakan tertulis yang disusun perawat untuk membantu pasien mencapai tingkat kesehatan dan fungsi terbaik berdasarkan masalah yang telah diidentifikasi. Rencana ini disusun setelah diagnosis keperawatan ditegakkan dan diprioritaskan, serta menjadi pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan yang sistematis, aman, dan terarah (Johnson et al., 2018; Wilkins, 2018).

Rencana keperawatan terdiri dari tiga unsur inti:

1. Diagnosis keperawatan: menggambarkan respons pasien terhadap masalah kesehatan yang dapat ditangani oleh perawat.
2. Hasil yang diharapkan (outcome): tujuan yang ingin dicapai pasien sebagai dampak dari intervensi keperawatan.
3. Intervensi keperawatan: tindakan keperawatan yang direncanakan untuk membantu pasien mencapai hasil tersebut.

Ketiga komponen ini saling berkaitan: diagnosis menentukan tujuan, dan tujuan menentukan intervensi.

### 7.4.1 Langkah Dasar Menyusun Rencana Keperawatan

Secara ringkas, penyusunan rencana keperawatan meliputi tiga langkah utama:

1. Meninjau diagnosis keperawatan dan data pengkajian untuk memastikan masalah yang ditangani sudah tepat dan sesuai prioritas.
2. Menetapkan hasil yang diharapkan berdasarkan diagnosis keperawatan.
3. Menentukan dan menuliskan intervensi keperawatan yang spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, atau berorientasi pada

Tindakan, realistis, dan dapat dicapai dalam waktu yang ditentukan.

Rencana keperawatan bukan dokumen statis, tetapi dinamis dan perlu ditinjau serta disesuaikan dengan perubahan kondisi pasien.

### 7.4.2 Menetapkan Hasil yang Diharapkan (outcome)

Hasil yang diharapkan adalah perubahan perilaku, kondisi, atau status kesehatan pasien yang ingin dicapai melalui asuhan keperawatan.

Kriteria hasil harus:

1. Berfokus pada pasien, bukan tindakan perawat
2. Spesifik, terukur, realistis, dan memiliki batas waktu
3. Dinyatakan dalam bentuk perilaku yang dapat diamati atau diukur

Contohnya, bukan “pasien memahami teknik relaksasi”, tetapi “pasien mempraktikkan teknik relaksasi selama 10 menit, 2 kali sehari, dalam 3 hari”. Dengan outcome yang jelas, perawat dapat mengevaluasi keberhasilan intervensi secara objektif.

### 7.4.3 Menyusun Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mencapai outcome dan harus berbasis bukti (Edmealem et al., 2024).

Intervensi harus:

1. Langsung berkaitan dengan diagnosis dan tujuan
2. Realistis dan dapat dilakukan dalam waktu yang ditentukan
3. Ditulis dengan kata kerja tindakan dan bersifat spesifik (apa, kapan, bagaimana, seberapa sering)

Intervensi dibedakan menjadi:

1. Intervensi independen: dapat dilakukan perawat secara mandiri (misalnya edukasi, pemantauan, membantu aktivitas sehari-hari).
2. Intervensi kolaboratif: dilakukan bersama atau berdasarkan instruksi tenaga kesehatan lain (misalnya pemberian obat, rujukan fisioterapi, konsultasi gizi).

## 7.5 Tahapan Proses Keperawatan: Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah disusun, dan merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat berinteraksi langsung dengan pasien untuk memberikan intervensi yang bertujuan mencapai hasil yang telah ditetapkan.

Implementasi bukan sekadar “melakukan tindakan”, tetapi mencakup berpikir kritis, penilaian berkelanjutan, komunikasi, kolaborasi, dan dokumentasi (Wilkins, 2018). Penerapan implementasi keperawatan yang terstandarisasi sangat penting untuk dapat memberikan perawatan dengan martabat dan kemanusiaan, memahami kebutuhan individu, menunjukkan empati dan kepekaan, serta memberikan perawatan dengan cara menghormati sesama (Tolera et al., 2025).

Tujuan utama implementasi adalah membantu pasien mencapai outcome yang diharapkan, mencegah komplikasi, meningkatkan fungsi, serta mempertahankan atau meningkatkan status kesehatan pasien. Dengan implementasi yang tepat, rencana keperawatan yang telah disusun dapat benar-benar memberikan dampak nyata bagi pasien (Wilkins, 2018).

Secara garis besar, implementasi keperawatan meliputi:

1. Melakukan intervensi yang telah direncanakan, baik intervensi independen maupun kolaboratif.
2. Menggunakan berpikir kritis untuk menetapkan prioritas, menyesuaikan tindakan dengan kondisi pasien, dan memecahkan masalah yang muncul di lapangan.
3. Menilai ulang respons pasien terhadap tindakan yang diberikan untuk memastikan intervensi efektif dan aman.
4. Berkomunikasi dan berkolaborasi dengan tim kesehatan interprofesional.
5. Mendokumentasikan semua tindakan dan respons pasien secara akurat dan tepat waktu.

Dalam praktik sehari-hari, implementasi mencakup berbagai aktivitas keperawatan, seperti:

1. Pemantauan kondisi pasien (tanda vital, status klinis, respons terhadap terapi).
2. Tindakan terapeutik (misalnya pemberian obat, perawatan luka, terapi oksigen).
3. Pemenuhan kebutuhan dasar (makan, kebersihan, mobilisasi, eliminasi).
4. Dukungan emosional dan psikososial.
5. Pendidikan kesehatan dan konseling kepada pasien dan keluarga.
6. Koordinasi dengan anggota tim kesehatan lain.

Tindakan-tindakan ini harus disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, dan kemampuan pasien.

### 7.5.1 Prinsip Penting dalam Implementasi

Agar implementasi berjalan aman dan efektif, perawat perlu:

1. Menilai kondisi pasien terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan
2. Mengikuti standar keselamatan pasien, termasuk identifikasi pasien dan prinsip pemberian obat yang aman
3. Mengintegrasikan beberapa intervensi dalam satu waktu perawatan untuk meningkatkan efisiensi dan mengurangi gangguan pada pasien
4. Menyesuaikan rencana keperawatan bila terjadi perubahan kondisi pasien
5. Melibatkan pasien dan keluarga sebagai bagian penting dari tim perawatan

Dengan kata lain, implementasi bersifat fleksibel dan dinamis, tidak kaku mengikuti rencana awal jika kondisi pasien berubah.

### 7.5.2 Peran Kolaborasi dalam Implementasi

Implementasi keperawatan tidak dilakukan secara terpisah. Perawat bekerja bersama dokter, apoteker, ahli gizi, fisioterapis, dan tenaga kesehatan lainnya. Fokus utama kolaborasi adalah hasil pasien. Perawat juga perlu membaca dan memanfaatkan dokumentasi tim lain agar asuhan yang diberikan terkoordinasi dan berkesinambungan. Dokumentasi merupakan bagian integral dari implementasi.

Setiap tindakan keperawatan dan respons pasien harus dicatat untuk:

1. Menjamin kesinambungan perawatan
2. Menjadi bukti tanggung jawab profesional
3. Menjadi dasar evaluasi keberhasilan intervensi
4. Mendukung komunikasi antar anggota tim kesehatan

Format dokumentasi dapat bervariasi (misalnya PIE, SOAP, SBAR), tetapi prinsip utamanya adalah berfokus pada pasien dan berorientasi pada hasil.

## 7.6 Tahapan Proses Keperawatan: Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap kelima dalam proses keperawatan dan merupakan kegiatan yang berlangsung terus-menerus selama perawatan pasien. Tujuan utama evaluasi adalah menilai apakah hasil yang diharapkan telah tercapai, menilai respons pasien terhadap intervensi, serta menentukan apakah rencana keperawatan perlu dilanjutkan, direvisi, atau dihentikan. Evaluasi bukan sekadar menilai di akhir perawatan, tetapi dilakukan setiap kali perawat berinteraksi dengan pasien, karena kondisi pasien dapat berubah dari waktu ke waktu (Wilkins, 2018).

### 7.6.1 Tujuan Evaluasi

Secara umum, evaluasi bertujuan untuk:

1. Menentukan tingkat pencapaian hasil (terpenuhi, sebagian terpenuhi, atau tidak terpenuhi)
2. Menilai efektivitas intervensi keperawatan
3. Mendeteksi perubahan atau komplikasi pada kondisi pasien
4. Menjadi dasar untuk memperbaiki atau memperbarui rencana keperawatan
5. Menjamin bahwa asuhan keperawatan tetap aman, tepat, dan berfokus pada pasien

Proses evaluasi dilakukan melalui beberapa langkah inti:

1. Menilai ulang pasien dengan mengumpulkan data terbaru tentang kondisi fisik, psikologis, dan respons terhadap perawatan.

2. Membandingkan data terbaru dengan data awal dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan.
3. Menentukan status pencapaian hasil, apakah tujuan telah tercapai, tercapai sebagian, atau tidak tercapai.
4. Menarik kesimpulan klinis tentang efektivitas perawatan yang diberikan.
5. Mendokumentasikan hasil evaluasi dan mengambil keputusan lanjutan terhadap rencana perawatan.

### 7.6.2 Menilai Pencapaian Hasil

Penilaian hasil dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien saat ini dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Hasil evaluasi biasanya dinyatakan dalam tiga kategori:

1. Tercapai: pasien telah memenuhi kriteria hasil
2. Tercapai sebagian: ada kemajuan, tetapi belum sesuai target
3. Tidak tercapai: tidak ada kemajuan atau kondisi pasien memburuk

Penilaian ini harus berdasarkan data objektif dan subjektif, bukan asumsi.

### 7.6.3 Evaluasi dan Revisi Rencana Keperawatan

Hasil evaluasi menjadi dasar untuk menentukan tindak lanjut:

1. Jika hasil tercapai, rencana dapat dihentikan atau dilanjutkan dengan tujuan baru.
2. Jika hasil tercapai sebagian, rencana perlu disesuaikan atau diperbaiki.
3. Jika hasil tidak tercapai, perawat harus menilai ulang pasien, meninjau diagnosis, tujuan, dan intervensi, lalu menyusun rencana yang baru atau direvisi.

Dengan demikian, evaluasi memastikan bahwa asuhan keperawatan bersifat dinamis dan responsif terhadap kondisi pasien.

#### 7.6.4 Peran Dokumentasi dalam Evaluasi

Dokumentasi merupakan bagian penting dari evaluasi. Perawat harus mencatat:

1. Data hasil penilaian ulang
2. Perbandingan dengan data sebelumnya atau kriteria hasil
3. Kesimpulan tentang pencapaian tujuan
4. Keputusan untuk melanjutkan, merevisi, atau menghentikan rencana keperawatan
5. Dokumentasi yang baik menjamin kontinuitas perawatan, komunikasi tim, dan tanggung jawab profesional.

### 7.7 Dokumentasi Dalam Proses Keperawatan

Dokumentasi adalah proses pembuatan catatan informasi. Dokumentasi yang akurat dan terperinci menunjukkan bukti tingkat dan kualitas perawatan pasien yang telah diberikan, hasil dari perawatan tersebut, serta pengobatan dan edukasi yang telah diterima, dipahami, dan masih dibutuhkan oleh pasien. Dokumentasi adalah alat komunikasi yang penting diantara anggota tim kesehatan. Umumnya, keputusan, tindakan, dan revisi yang terkait dengan rencana perawatan pasien didasarkan pada dokumentasi dari anggota tim multi disiplin. Rekam medis yang terdokumentasi dengan baik menunjukkan tingkat kolaborasi yang tinggi diantara anggota tim kesehatan (Stout, 2019).

Informasi yang didokumentasikan oleh anggota tim layanan kesehatan haruslah mudah diakses, terbaca dan dapat dipahami karena rekam medis

pasien dapat dibaca oleh anggota lain dari tim perawatan kesehatan, peninjau dari organisasi akreditasi, sertifikasi, dan lisensi, pemantau peningkatan kinerja, sejawat, perusahaan asuransi, peneliti, pengacara dan hakim. Salah satu alasan yang paling kuat adalah untuk memberikan bukti bahwa perawat telah memenuhi tanggung jawab profesionalnya dengan memenuhi standar perawatan (Stout, 2019).

Peran dari dokumentasi keperawatan diantaranya menyediakan komunikasi diantara para profesional perawatan multidisiplin, digunakan sebagai ukuran untuk mengevaluasi tindakan yang tepat, memberikan bukti hukum yang dapat melindungi tenaga kesehatan, membantu penelitian dan pendidikan, membantu fasilitas dalam memperoleh dan mempertahankan akreditasi dan lisensi, membenarkan permintaan pergantian biaya, mengidentifikasi kebutuhan akan peningkatan kualitas atau pemberian perawatan, menunjukkan kepatuhan terhadap undang-undang praktik perawat, dan menetapkan akuntabilitas profesional (Stout, 2019).

Dokumentasi informasi secara elektronik atau electronic health record (EHR) adalah hal yang sangat mulai dikembangkan saat ini di berbagai institusi layanan kesehatan, ada beberapa manfaat diantaranya:

1. Mendorong standardisasi
2. Dapat mengurangi masalah kesalahan dalam membaca tulisan tangan
3. Lebih sedikit kesalahan yang mungkin terjadi
4. Mengurangi waktu dan biaya pencatatan
5. Komunikasi di antara anggota tim terbantu
6. Akses yang lebih mudah ke data medis untuk pendidikan, penelitian, dan peningkatan kinerja (Stout, 2019).

# Bab 8

## Diagnosis Keperawatan

### 8.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan ilmu berbasis bukti dan, karenanya, membutuhkan bukti untuk mendukung diagnosis. Sangat penting bagi kita untuk dapat mengidentifikasi studi klinis yang memvalidasi diagnosis keperawatan di berbagai populasi, budaya, dan lingkungan. Jika terdapat perbedaan antara klasifikasi saat ini dan temuan studi klinis, perbedaan ini perlu diidentifikasi dalam klasifikasi untuk memastikan dukungan terhadap penalaran klinis (Herdman & Lopes, 2023). Perawat menggunakan penilaian dan pertimbangan klinis untuk merumuskan hipotesis atau penjelasan tentang masalah yang muncul, risiko, dan atau peluang promosi kesehatan.

Penerapan pengetahuan tentang konsep-konsep yang mendasari ilmu keperawatan dan teori keperawatan diperlukan sebelum pola dapat diidentifikasi dalam data klinis atau diagnosis yang akurat dapat dibuat (Herdman et al., 2021). Beberapa aktivitas berpikir kritis yang biasanya digunakan perawat pada tahap diagnosis keperawatan adalah menganalisis,

mensintesis, dan menafsirkan, membuat daftar masalah, dan mempertimbangkan keberadaan suatu masalah dan hubungannya dengan masalah lain (Alfaro-LeFevre, 2020).

## 8.2 Definisi Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respons tersebut, oleh individu, pengasuh, keluarga, kelompok, atau komunitas (NANDA, 2019 dalam Herdman et al., 2021). Diagnosis keperawatan merupakan dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang menjadi tanggung jawab perawat guna mencapai hasil yang diharapkan. Pada tahap ini, perawat mulai mengklasifikasikan informasi dari klien dan merumuskan penilaian evaluasi kesehatan klien.

Diagnosis keperawatan dapat dirumuskan dengan benar jika perawat menganalisis secara menyeluruh status kesehatan klien menggunakan penalaran klinis. Tindakan dalam menentukan diagnosis keperawatan membutuhkan tindakan yang tepat dan berkualitas. Artinya, jika seorang perawat merumuskan diagnosis keperawatan, harus dipastikan bahwa perawat tersebut memenuhi syarat untuk membuat diagnosis keperawatan dan bersedia menerima tanggung jawab untuk menanganinya (Peate, 2020).

Diagnosis keperawatan berbeda dengan masalah kolaboratif. Diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan aktual atau potensial yang berfokus pada respons individu atau kelompok yang menjadi tanggung jawab perawat untuk mengidentifikasi dan menanganinya secara mandiri. Di sisi lain, masalah kolaboratif adalah masalah kesehatan atau risiko (komplikasi) aktual yang berfokus pada respons patofisiologis tubuh (pada trauma, penyakit, tes diagnostik, dan modalitas pengobatan) dan yang menjadi tanggung jawab perawat untuk mengidentifikasi dan menanganinya dalam kolaborasi dengan dokter.

Ketika perawat mengidentifikasi masalah kesehatan, risiko, atau promosi kesehatan, atau aktual, maka perawat dapat memvalidasi masalah tersebut dan mengambil tindakan secara mandiri untuk menentukan diagnosis keperawatan. Tetapi jika perawat tidak dapat memvalidasi masalah dan mengambil tindakan secara mandiri, maka masalah kolaboratif dirumuskan (Potter et al., 2018),(Alfaro-LeFevre, 2014).

Diagnosis keperawatan juga memiliki banyak perbedaan dari diagnosis medis. Diagnosis keperawatan berfokus pada respons manusia atau respons individu, keluarga, dan komunitas untuk mengenali kondisi atau masalah, sedangkan diagnosis medis berfokus pada kondisi patologis atau status penyakit. Diagnosis keperawatan merupakan suatu keputusan klinis yang mengidentifikasi individu atau kelompok terkait risiko aktual atau respons kesehatan mengenai status kesehatan atau masalah kesehatan, sedangkan diagnosis medis merupakan keputusan klinis terkait penyakit atau kondisi patologis tertentu. Tindakan dalam diagnosis keperawatan dilakukan oleh perawat profesional, disebut intervensi terapeutik, sedangkan tindakan dalam diagnosis medis dilakukan oleh dokter disebut dengan pengobatan (DeLaune et al., 2024).

Diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif juga memiliki perbedaan dari diagnosis medis. Diagnosis medis adalah kondisi penyakit atau trauma yang divalidasi oleh pemeriksaan diagnostik medis dan di mana fokus pengobatan adalah pada koreksi atau pencegahan patologi spesifik suatu organ atau sistem tubuh (membutuhkan pengobatan dengan izin dari dokter) (Alfaro-LeFevre, 2014). Dalam satu situasi, diagnosis medis dapat setara dengan masalah kolaboratif.

Misalnya: diagnosis medis adalah infark miokard, maka artinya sama dengan masalah kolaboratif: risiko komplikasi gagal jantung kongestif atau risiko aritmia. Namun, masalah kolaboratif tidak dapat sama dengan diagnosis medis dalam kondisi lain. Misalnya, masalah kolaboratif: WSD, IV, dan ETT, tidak akan menghasilkan diagnosis medis (Gultom & Proboningsih, 2023).

Diagnosis-diagnosis keperawatan dalam SDKI dibagi menjadi beberapa kategori (Fadhillah, 2017):

1. Kategori fisiologis meliputi sub kategori respirasi dengan 6 diagnosis keperawatan, sub kategori sirkulasi dengan 11 diagnosis keperawatan, sub kategori nutrisi dan cairan dengan 22 diagnosis keperawatan, sub kategori eliminasi dengan 13 diagnosis keperawatan, sub kategori aktivitas dan istirahat dengan 8 diagnosis keperawatan, sub kategori neurosensori dengan 8 diagnosis keperawatan, sub kategori reproduksi dan seksualitas dengan 5 diagnosis keperawatan.
2. Kategori psikologis meliputi sub kategori nyeri dan kenyamanan dengan 6 diagnosis keperawatan, sub kategori integritas ego dengan 26 diagnosis keperawatan, sub kategori pertumbuhan dan perkembangan dengan 3 diagnosis keperawatan.
3. Kategori perilaku meliputi sub kategori kebersihan diri dengan 1 diagnosis keperawatan, sub kategori penyuluhan dan pembelajaran dengan 8 diagnosis keperawatan.
4. Kategori relasional meliputi sub kategori interaksi sosial dengan 11 diagnosis keperawatan.
5. Kategori lingkungan meliputi sub kategori keamanan dan proteksi dengan 21 diagnosis keperawatan.

## 8.3 Komponen Diagnosis Keperawatan

Setiap diagnosis keperawatan memiliki label dan definisi yang jelas. Penting untuk menyatakan bahwa hanya memiliki label atau memilih dari daftar label saja tidak cukup. Sangat penting bagi perawat untuk mengetahui definisi diagnosis atau karakteristik yang paling sering mereka gunakan. Selain itu, perawat perlu mengetahui “indikator diagnostik”. Indikator

diagnostik merupakan informasi yang digunakan untuk mendiagnosis dan membedakan satu diagnosis dari diagnosis lainnya. Indikator diagnostik mencakup definisi karakteristik dan faktor yang berhubungan atau risiko. Indikator diagnostik merupakan komponen yang bersifat integral (Herdman et al., 2021), (Potter et al., 2018), (Fadhillah, 2017).

### 8.3.1 Masalah

Masalah adalah respons pasien terhadap kondisi kesehatannya dengan menggunakan kata-kata seminimal mungkin melalui pemberian label diagnostik. Kita dapat menemukan cara untuk memberi label pada masalah, seperti dalam buku NANDA dan buku PPNI SDKI.

Label masalah terdiri dari satu atau lebih kata benda (dan banyak juga yang menyertakan kata sifat) yang menamai masalah tersebut dan dapat berupa kata atau frasa yang menggambarkan pola isyarat terkait (DeLaune et al., 2024). Label diagnostik terdiri dari deskriptor dan fokus diagnostik. Tabel 8.1 memperlihatkan contoh deskriptor dan penjelasannya dan tabel 8.2 memperlihatkan contoh deskriptor yang dipasangkan dengan fokus diagnostik.

**Tabel 8.1:** Contoh Deskriptor dan Penjelasannya

No.	Deskriptor	Penjelasan
1.	Intoleransi	Ketidakmampuan untuk menanggung atau menahan
2.	Defisit	Tidak cukup atau tidak memadai
3.	Tidak efektif	Tidak memberikan efek yang diinginkan
4.	Efektif	Menghasilkan efek yang diinginkan
5.	Penurunan	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah, dan tingkatannya
6.	Disfungsi	Tidak berfungsi normal

7.	Gangguan	Ditemukan adanya masalah atau kerusakan
8.	Lebih	Di atas nilai yang diharapkan atau dibutuhkan

**Tabel 8.2:** Contoh Deskriptor berserta Fokus Diagnostik

No.	Deskriptor	Fokus Diagnostik
1.	Intoleransi	Aktivitas
2.	Defisit	Perawatan Diri
3.	Tidak efektif	Jalan Nafas
5.	Penurunan	Curah Jantung
6.	Disfungsi	Sexual
7.	Gangguan	Pertukaran Gas
8.	Lebih	Berat Badan Lebih

### 8.3.2 Faktor Yang Berhubungan/Faktor Risiko

Faktor yang berhubungan adalah faktor anteseden atau disebut juga faktor etiologi atau penyebab, yang tampaknya menunjukkan beberapa jenis pola hubungan dengan respons manusia. Faktor-faktor ini harus dapat dimodifikasi oleh intervensi keperawatan independen, dan jika memungkinkan, intervensi harus ditujukan pada faktor-faktor etiologis ini.

Faktor risiko adalah faktor pendahulu yang meningkatkan kerentanan individu, pengasuh, keluarga, kelompok, atau komunitas terhadap respons manusia yang tidak diinginkan. Faktor-faktor ini harus dapat dimodifikasi melalui intervensi keperawatan independen, dan jika memungkinkan, intervensi harus ditujukan pada faktor-faktor ini (Herdman et al., 2021). Tabel 8.3 memperlihatkan contoh masalah dan faktor yang berhubungan/penyebab dan faktor risiko (Fadhillah, 2017).

**Tabel 8.3:** Contoh Masalah dan Faktor Yang Berhubungan/Penyebab dan Faktor Risiko

No	Masalah	Faktor Yang Berhubungan/Faktor Risiko
1.	Gangguan pertukaran gas	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</li><li>2. Perubahan membran alveolar kapiler</li></ol>
2.	Risiko Defisit Nutrisi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ketidakmampuan menelan makanan</li><li>2. Ketidakmampuan mencerna makanan</li><li>3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien</li><li>4. Peningkatan kebutuhan metabolisme</li><li>5. Faktor ekonomi (misal finansial tidak mencukupi)</li><li>6. Faktor psikologis (misal stress, keengganan untuk makan)</li></ol>

### 8.3.3 Definisi Karakteristik

Label masalah memiliki definisi. Definisi tersebut memberikan deskripsi yang jelas dan membedakan satu masalah dari masalah serupa lainnya (DeLaune et al., 2024). Definisi tersebut menggambarkan karakteristik spesifik dari respons individu. Definisi karakteristik adalah petunjuk atau kesimpulan yang dapat diamati secara berkelompok sebagai manifestasi dari diagnosis atau sindrom promosi kesehatan yang berfokus pada masalah.

Ini menyiratkan tidak hanya hal-hal yang dapat dilihat perawat, tetapi juga hal-hal yang dilihat, didengar (misalnya, pasien atau keluarga memberi tahu kita), disentuh, atau dicium Tujuan dari definisi yang disajikan adalah untuk membantu perawat mengidentifikasi diagnosis pasien dengan benar (Herdman et al., 2021).

Definisi karakteristik adalah gejala dan tanda yang diperoleh dari wawancara, melakukan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan lainnya.

Definisi karakteristik diungkapkan sebagai gejala dan tanda, yang meliputi (Fadhillah, 2017):

1. Menonjol, jika tanda/gejala ditemukan sekitar 80 hingga 100% untuk memvalidasi diagnosis.
2. Minor, jika tanda/gejala tidak harus ditemukan, tetapi jika ditemukan, dapat mendukung diagnosis

**Tabel 8.4:** Contoh Masalah dan Definisi Karakteristik

No	Masalah	Definisi Karakteristik
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten
2.	Gnagguan mobilitas fisik	Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

## 8.4 Jenis Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dapat dibagi menjadi tiga jenis, dua jenis merupakan diagnosis keperawatan negatif, dan satu jenis merupakan diagnosis keperawatan positif.

Jenis-jenis diagnosa keperawatan sebagai berikut (Herdman et al., 2021):

1. Diagnosis aktual

Diagnosa aktual disebut juga diagnosa yang berfokus pada masalah, merupakan keputusan klinis berkaitan dengan individu, pengasuh, keluarga, kelompok atau komunitas terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya.

Contoh: Gangguan Pertukaran Gas (D003)

## 2. Diagnosis risiko

Diagnosa risiko adalah penilaian klinis mengenai kerentanan individu, pengasuh, keluarga, kelompok, atau komunitas untuk mengembangkan respons manusia yang tidak diinginkan terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan. . Diagnosis yang berfokus pada masalah tidak boleh dianggap lebih penting daripada diagnosis risiko. Terkadang diagnosis risiko bisa menjadi diagnosis dengan prioritas tertinggi untuk pasien. Contoh: Risiko Defisit Nutrisi (D0032).

Meskipun gangguan integritas membran mukosa mulut dan gangguan memori adalah diagnosis yang berfokus pada masalah, risiko cedera tekanan pada orang dewasa pada pasien mungkin merupakan diagnosis prioritas nomor satu.

## 3. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis promosi kesehatan adalah penilaian klinis mengenai motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mewujudkan potensi kesehatan. Respons ini diungkapkan melalui kesiapan untuk meningkatkan perilaku kesehatan tertentu, dan dapat digunakan dalam kondisi kesehatan apa pun. Dalam kasus di mana individu tidak dapat mengungkapkan kesiapan mereka sendiri untuk meningkatkan perilaku kesehatan, perawat dapat menentukan bahwa kondisi untuk promosi kesehatan ada dan kemudian bertindak atas nama klien. Respons promosi kesehatan dapat ada pada individu, pengasuh, keluarga, kelompok, atau komunitas. Contoh: Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urine (D0048)

## 8.5 Proses Pembentukan Diagnosis Keperawatan

Langkah-langkah dalam proses diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut (Herdman et al., 2021), (Potter et al., 2018), (Yoost & Crawford, 2020):

### 8.5.1 Pengelompokan Dan Analisis Data

Setelah mengumpulkan data dan meninjau semua data hasil pengkajian, perawat mencari pola dan data terkait untuk mendukung diagnosis keperawatan tertentu. Proses ini disebut pengelompokan data. Pengelompokan data melibatkan pengorganisasian data penilaian pasien ke dalam kelompok-kelompok dengan penyebab mendasar yang serupa. Perawat mencari petunjuk di antara data yang mendukung diagnosis suatu masalah. Identifikasi diagnosis keperawatan yang akurat memerlukan analisis data hasil pengkajian dan pengelompokan petunjuk serta informasi yang terkait.

Semua informasi pasien harus dipertimbangkan karena berpotensi berkontribusi pada identifikasi label diagnostik. Data dikelompokkan menjadi serangkaian tanda dan atau gejala signifikan yang diperoleh selama fase pengkajian. Satu set data terdiri dari data subjektif dan atau data objektif dan atau faktor risiko. Analisis data meliputi pengenalan pola data yang dikelompokkan, membandingkannya dengan nilai rata-rata, dan kemudian memberikan kesimpulan dengan alasan mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan.

### 8.5.2 Interpretasi Data

Setelah data dianalisis, perawat dan pasien berupaya untuk menginterpretasikan data. Interpretasi data melibatkan pemberian label diagnostik pada pola atau pengelompokan data yang ada. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap masalah kesehatan, baik aktual, risiko, atau promosi kesehatan. Diagnosis keperawatan perlu

membahas etiologi atau faktor risiko dari masalah pasien yang dinyatakan oleh label diagnosis keperawatan, bukan hanya mencantumkan data yang merupakan definisi karakteristik.

Hal ini dapat dicapai dengan memikirkan faktor terkait sebagai pernyataan kausalitas yang luas, bukan data atau petunjuk spesifik yang mendukung diagnosis. Perawat haruslah menjelaskan pemahaman tentang patofisiologi atau situasi yang dihadapi pasien. Misalnya, untuk pasien yang memiliki diagnosis medis pneumonia dan memiliki saturasi oksigen 88%, maka dua bagian pertama dari pernyataan diagnosis keperawatan dapat berupa Gangguan Pertukaran Gas terkait dengan perfusi alveolar yang buruk.

### 8.5.3 Perumusan Diagnosis Keperawatan

Langkah selanjutnya setelah pengelompokan, analisis, dan interpretasi data adalah merumuskan diagnosis keperawatan. Dalam merumuskan diagnosis keperawatan, pernyataan masalah mengacu pada label diagnosis keperawatan yang diakui oleh profesi dan diikuti oleh pernyataan lain sesuai dengan jenis diagnosis keperawatan. Saat menulis pernyataan diagnosis keperawatan, perawat harus menghindari memasukkan lebih dari satu label dalam pernyataan tersebut.

Misalnya, pasien perioperatif yang cemas tentang operasi dan mengalami diare karena persiapan operasi harus ditangani dengan diagnosis keperawatan terpisah untuk kedua masalah ini. Perawat tidak akan memulai dengan menyatakan "Kecemasan dan Diare" terkait dengan.....Untuk menangani masalah pasien secara akurat, perawat akan menulis dua pernyataan diagnosis keperawatan. Satu akan dimulai dengan "Kecemasan terkait dengan" dan yang lainnya akan dimulai dengan "Diare terkait dengan".

Tabel 8.5 akan menjelaskan bagaimana proses pembentukan diagnosis keperawatan (Gultom & Proboningsig, 2023)

**Tabel 8.5:** Contoh Proses Pembentukan Diagnosis Keperawatan (Analisa Data)

No.	Data	Interpretasi	Masalah
1.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyatakan sesak napas disertai batuk berdahak</li> <li>- Menyatakan dahak berwarna kuning dan kental</li> </ul> <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR: 40 x/menit</li> <li>- Cuping hidung (+)</li> <li>- Ronki (+)</li> </ul>	<p>Infeksi bakteri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Radang paru-paru</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retensi sputum</p>	Jalan napas yang tidak efektif (D.0149)

Formulasi diagnosis keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan retensi sputum dibuktikan dengan menyatakan sesak napas disertai batuk berdahak, menyatakan sputum berwarna kuning dan kental, RR 40 x/menit, cuping hidung (+), ronki (+)

## 8.6 Penulisan Pernyataan Diagnosis Keperawatan

### 8.6.1 Diagnosis Keperawatan Aktual Atau Berfokus Pada Masalah

Pernyataan diagnostik untuk diagnosis keperawatan aktual memiliki 3 bagian komponen. Komponen-komponen ini adalah masalah (P) + etiologi (E) + tanda dan gejala (karakteristik penentu) (S) atau disingkat sebagai PES.

Menulis pernyataan diagnostik untuk diagnosis keperawatan aktual adalah menghubungkan masalah (P) dengan etiologi (E) dengan menggunakan kata yang berkaitan dengan, ditambah kata yang dibuktikan dengan, yang menggambarkan tanda dan gejala utama untuk memvalidasi keberadaan diagnosis (Herdman et al., 2021), (Fadhillah, 2017).

Contoh pernyataan diagnostik tiga bagian untuk diagnosis keperawatan aktual: Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolar-kapiler ditandai dengan dispnea, PO<sub>2</sub> 93%, ronchi sianosis, gelisah.

### 8.6.2 Diagnosis Keperawatan Risiko

Pernyataan diagnostik untuk diagnosis keperawatan risiko memiliki 2 bagian. Komponen-komponen ini adalah masalah (P) dan faktor risiko terkait, yang bertindak sebagai etiologi (E). Untuk menulis diagnosis keperawatan risiko, tulis pernyataan dua bagian dengan memasukkan komponen risiko masalah ditambah faktor risiko terkait seperti yang dibuktikan oleh.

Pernyataan diagnostik ini dibuat ketika ada faktor risiko tinggi yang akan menyebabkan masalah jika dibiarkan tanpa pengobatan (data informasi lengkap). Contoh: Risiko gangguan integritas kulit seperti yang dibuktikan oleh imobilitas (Herdman et al., 2021), (Fadhillah, 2017).

### 8.6.3 Diagnosis Keperawatan Promosi Kesehatan

Pernyataan diagnostik untuk diagnosis promosi kesehatan memiliki dua bagian. Komponen-komponen ini adalah masalah (P) dan tanda dan gejala (karakteristik yang mendefinisikan), yang bertindak sebagai etiologi (E). Untuk menulis diagnosis keperawatan promosi kesehatan, tulis pernyataan dua bagian dengan menambahkan komponen masalah ke tanda dan gejala (karakteristik yang mendefinisikan) menggunakan frasa "sebagaimana dibuktikan oleh".

Contoh: Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal (Herdman et al., 2021), (Fadhillah, 2017).

# Bab 9

## Komunikasi Terapeutik

### 9.1 Pendahuluan

Komunikasi merupakan kompetensi dasar perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada seluruh tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Melalui komunikasi yang efektif, perawat dapat mengumpulkan data secara akurat, memahami kebutuhan klien secara holistik, menyampaikan informasi dan tindakan keperawatan dengan jelas.

Dalam praktik keperawatan, komunikasi juga menjadi dasar terbentuknya hubungan terapeutik yang berpusat pada klien, menghargai nilai dan preferensi individu, menciptakan rasa aman dan saling percaya. Penerapan komunikasi terapeutik yang baik dapat menciptakan suasana yang mendukung proses penyembuhan. Oleh karena itu, perawat perlu memahami dan menerapkan komunikasi terapeutik secara optimal dalam pemberian asuhan keperawatan.

## 9.2 Konsep Komunikasi Terapeutik

### 9.2.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan bentuk komunikasi interpersonal yang terjalin secara sadar dan terencana antara perawat dan klien. Melalui hubungan ini, perawat dan klien terlibat dalam proses interaksi yang memungkinkan terjadinya pengalaman belajar bersama sehingga dapat membantu klien memahami, mengekspresikan, dan memperbaiki kondisi emosionalnya (Stuart, 2016).

Komunikasi terapeutik merupakan proses interaksi interpersonal yang terjalin antara perawat dan klien dengan berorientasi pada kebutuhan klien, serta berperan sebagai sarana utama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Potter et al., 2020). Dari kedua pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan secara sadar dan terencana antara perawat dan klien dengan berfokus pada kebutuhan klien.

### 9.2.2 Komponen Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang digunakan perawat untuk membantu klien dalam proses asuhan keperawatan. Agar komunikasi ini berjalan efektif, diperlukan pemahaman terhadap komponen-komponen yang saling berkaitan dalam membentuk interaksi yang terapeutik antara perawat dan klien.

Muhith and Siyoto (2021); Potter et al., (2020) menjelaskan lima komponen utama dalam komunikasi terapeutik meliputi:

1. Komunikator adalah individu yang berperan dalam menyampaikan pesan pada proses komunikasi. Dalam konteks komunikasi terapeutik, perawat bertindak sebagai komunikator utama yang memulai, mengarahkan, dan mengendalikan jalannya interaksi dengan klien.

2. Komunikan adalah individu atau pihak yang menerima pesan dalam proses komunikasi. Dalam komunikasi terapeutik komunikan adalah individu, keluarga, maupun kelompok. Perbedaan karakteristik klien seperti budaya, tingkat pendidikan, kondisi emosional, dan pengalaman akan memengaruhi cara klien menerima dan merespons komunikasi. Oleh karena itu, perawat perlu menyesuaikan cara berkomunikasi dengan kondisi klien, termasuk usia, tingkat kecemasan, status kesehatan, serta kemampuan kognitif.
3. Pesan adalah informasi yang disampaikan oleh komunikator kepada komunikan. Pesan merupakan isi komunikasi yang diarahkan untuk membantu klien memahami kondisi kesehatannya, mengungkapkan perasaan dan mengembangkan kemampuan coping yang adaptif. Pesan ini dapat disampaikan melalui komunikasi verbal maupun nonverbal.
4. Media komunikasi merupakan sarana atau alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan dari perawat kepada klien dalam proses komunikasi terapeutik. Dalam praktik keperawatan, komunikasi tatap muka menjadi media yang paling efektif karena memungkinkan perawat mengamati respons verbal dan nonverbal klien secara langsung. Pemilihan media komunikasi perlu disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien.
5. Umpan balik merupakan bentuk tanggapan klien terhadap informasi yang disampaikan oleh perawat maupun sebaliknya. Dalam komunikasi terapeutik, umpan balik digunakan sebagai tolok ukur untuk mengetahui sejauh mana klien memahami pesan yang diterimanya. Umpan balik dapat secara lisan maupun melalui isyarat nonverbal, seperti ekspresi wajah, gerak tubuh, atau reaksi emosional. Oleh sebab itu, perawat dituntut untuk peka terhadap

respons klien dan melakukan klarifikasi atau menyesuaikan cara berkomunikasi apabila terjadi kesalahpahaman.

6. Lingkungan komunikasi meliputi lingkungan fisik dan suasana psikologis saat komunikasi antara perawat dan klien berlangsung. Lingkungan yang tenang, nyaman dapat meningkatkan rasa aman sehingga klien lebih terbuka dalam berkomunikasi.

### 9.2.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik memiliki peran penting dalam membangun dan mempertahankan hubungan terapeutik antara perawat dan klien. Oleh karena itu, komunikasi terapeutik dalam hubungan terapeutik memiliki beberapa tujuan utama yang mendukung keberhasilan asuhan keperawatan.

Stuart (2016) menjelaskan tujuan dari komunikasi terapeutik dalam hubungan terapeutik sebagai berikut:

1. Meningkatkan kesadaran diri, penerimaan diri, dan kehormatan diri. Komunikasi terapeutik bertujuan membantu klien meningkatkan kesadaran diri, penerimaan diri, dan kehormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik, klien dibantu untuk mengenali perasaan, pikiran, dan kondisi dirinya sendiri. Perawat memberikan dukungan tanpa menghakimi sehingga klien dapat menerima dirinya apa adanya dan merasa dihargai. Hal ini membantu meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri klien.
2. Identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya integritas pribadi  
Penyakit yang berlangsung lama dan sulit sembuh dapat menyebabkan klien rasa percaya diri dan merasa rendah diri. Melalui komunikasi terapeutik, perawat membantu klien mengenali dan mengekspresikan perasaan, nilai, peran yang dimilikinya, Proses ini membantu meningkatkan rasa percaya diri

dan membentuk integritas diri klien meskipun harus menghadapi penyakit yang berlangsung lama.

3. Meningkatkan kemampuan membina hubungan interpersonal yang intim dan saling bergantung secara sehat. Komunikasi ini tidak hanya berfokus pada diri klien, tetapi juga membantu klien menjalin hubungan interpersonal yang sehat dengan orang lain.
4. Meningkatkan fungsi dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan serta mencapai tujuan pribadi yang realistis.

### 9.2.4 Karakteristik Perawat Memfasilitasi Hubungan Terapeutik

Komunikasi pada dasarnya akan membentuk hubungan antara individu yang terlibat di dalamnya. Dalam konteks keperawatan, hubungan ini terjadi antara perawat dan klien, di mana perawat berperan sebagai penolong (helper) dan klien sebagai individu yang membutuhkan bantuan. Melalui hubungan tersebut, perawat membantu klien mencapai tujuan asuhan keperawatan. Karakteristik helper yang memfasilitasi tumbuhnya hubungan terapeutik tersebut menurut Stuart, (2016; Muhith and Siyoto, (2021) adalah sebagai berikut:

#### 1. Keikhlasan

Keikhlasan menjadi landasan penting dalam membangun helping relationship pada komunikasi terapeutik. Sikap ikhlas membuat perawat memberikan bantuan dengan tulus tanpa mengharapkan imbalan, sehingga hubungan yang terjalin benar-benar berfokus pada kebutuhan klien. Sebagai contoh, perawat tetap sabar mendampingi dan mendengarkan keluhan klien meskipun klien sering mengeluh atau menolak tindakan. Sikap ini membantu klien merasa diterima dan lebih terbuka dalam menjalani proses perawatan.

## 2. Empati

Empati merupakan kemampuan perawat untuk memahami dan merasakan pengalaman yang dialami klien dari sudut pandang klien.

Empati berperan penting dalam membantu klien mengekspresikan emosi, menurunkan kecemasan, dan membangun hubungan terapeutik

## 3. Kehangatan

Kehangatan merupakan sikap ramah, terbuka, dan penuh perhatian yang ditunjukkan perawat dalam berinteraksi dengan klien. Kehangatan dapat terlihat dari cara perawat berbicara dengan nada suara yang lembut, kontak mata yang tepat, senyum yang tulus, serta sikap tubuh yang terbuka dan tidak mengancam. Sikap hangat membantu menciptakan suasana yang aman dan nyaman bagi klien.

## 9.2.5 Jenis Komunikasi Terapeutik

Dalam praktik keperawatan, komunikasi merupakan sarana utama dalam membangun hubungan terapeutik antara perawat dan klien. Komunikasi tidak hanya disampaikan melalui kata-kata, tetapi juga melalui berbagai isyarat nonverbal. Semua perilaku adalah komunikasi dan semua Komunikasi memengaruhi perilaku. Pemahaman terhadap berbagai bentuk komunikasi ini penting agar perawat mampu menyampaikan pesan secara tepat.

Oleh karena itu, komunikasi dalam keperawatan dapat dibedakan menjadi komunikasi verbal dan komunikasi nonverbal (Stuart, 2016; Suryani, 2017; Muhith and Siyoto, 2021):

### 1. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah komunikasi yang disampaikan melalui kata-kata, baik secara lisan maupun tertulis. Dalam praktik

keperawatan, komunikasi verbal digunakan untuk menggali data, memberikan informasi, menjelaskan tindakan keperawatan, serta memberikan edukasi kesehatan kepada klien dan keluarga. Penggunaan bahasa yang jelas, sederhana, dan mudah dipahami sangat penting agar pesan dapat diterima dengan baik oleh klien. Perawat perlu menyesuaikan penggunaan bahasa dengan tingkat pendidikan, usia, dan kondisi klien. Istilah medis yang bersifat teknis sebaiknya dihindari atau disampaikan kembali dengan bahasa yang lebih mudah dipahami.

## 2. Komunikasi Nonverbal

Komunikasi nonverbal mencakup semua bentuk penyampaian pesan yang tidak menggunakan kata-kata. Bentuk komunikasi ini meliputi nada suara, ekspresi wajah, gerakan tubuh, sikap tubuh, sentuhan, serta kontak mata. Diperkirakan hanya sebagian kecil makna pesan disampaikan melalui kata-kata, sedangkan sebagian besar makna justru disampaikan melalui unsur nonverbal, seperti nada suara dan bahasa tubuh. Komunikasi nonverbal sering kali muncul secara tidak disadari dan dapat memberikan gambaran yang lebih jujur tentang perasaan atau sikap seseorang dibandingkan komunikasi verbal.

Bentuk komunikasi nonverbal meliputi:

### a. Kontak Mata

Kontak mata yang tepat menunjukkan perhatian, minat, dan sikap menghargai terhadap klien. Dalam komunikasi terapeutik, kontak mata membantu membangun rasa percaya dan menunjukkan bahwa perawat benar-benar mendengarkan klien. Namun, penggunaan kontak mata perlu disesuaikan dengan latar belakang budaya dan tingkat kenyamanan klien.

Pada budaya tertentu kontak mata yang terlalu lama dapat dipersepsikan sebagai sikap yang kurang sopan.

- b. Ekspresi wajah mencerminkan perasaan dan sikap perawat saat berinteraksi dengan klien. Ekspresi wajah yang ramah dapat membuat klien merasa diterima dan dipahami, sedangkan ekspresi yang datar atau tidak sesuai dapat membuat klien merasa diabaikan.
- c. Sikap tubuh yang terbuka, seperti posisi duduk sejajar dengan klien dan tidak menyilangkan tangan menunjukkan kesiapan dan keterbukaan perawat dalam berkomunikasi. Sikap tubuh yang kaku atau menghindar dapat menjadi hambatan dalam komunikasi terapeutik karena memberi kesan tidak tertarik atau tidak peduli.
- d. Sentuhan merupakan bentuk komunikasi nonverbal yang digunakan secara sadar dan bertujuan untuk memberikan dukungan emosional, rasa aman, dan kenyamanan kepada klien. Sentuhan harus dilakukan dengan memperhatikan etika, budaya, kondisi klien agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan atau salah persepsi.
- e. Intonasi suara, seperti nada, kecepatan dan volume bicara sangat memengaruhi makna pesan yang disampaikan. Nada suara yang lembut dan tenang dapat menenangkan klien, sedangkan nada suara yang keras atau tergesa-gesa dapat meningkatkan kecemasan dan ketegangan.
- f. Penampilan personal  
Penampilan personal mencakup kerapian berpakaian, kebersihan diri, penggunaan seragam yang sesuai, serta sikap profesional yang ditampilkan. Penampilan yang rapi dan bersih memberikan kesan profesional, meningkatkan rasa

aman dan menumbuhkan kepercayaan klien terhadap perawat. Klien cenderung menilai kualitas pelayanan dan kompetensi perawat dari penampilan awal yang ditunjukkan.

## 9.3 Penggunaan Diri Secara Efektif Dalam Komunikasi Terapeutik

Dalam praktik keperawatan, komunikasi terapeutik tidak hanya bergantung pada teknik atau keterampilan berbicara, tetapi juga pada kemampuan perawat menggunakan dirinya sendiri sebagai alat bantu terapeutik. Penggunaan diri secara terapeutik mengacu pada kemampuan perawat dalam membangun hubungan yang bermakna dengan klien dan mendukung proses penyembuhan klien.

### 9.3.1 Menghadirkan Diri

Menghadirkan diri merupakan salah satu bentuk utama dari penggunaan diri secara terapeutik dalam komunikasi keperawatan. Menghadirkan diri berarti perawat hadir secara utuh bersama klien, baik secara fisik maupun emosional.

Sikap hadir secara terapeutik ditunjukkan oleh ketenangan dan keterbukaan perawat dalam berinteraksi dengan klien. Fokus perhatian diberikan secara penuh tanpa adanya gangguan aktivitas lain. Bahasa nonverbal seperti kontak mata yang tepat, postur tubuh yang menghadap klien, dan ekspresi wajah akan memperkuat pesan kehadiran dan kesiapan perawat untuk mendengarkan (Stuart, 2016)

Suryani (2017) menjelaskan beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menghadirkan diri secara terapeutik yaitu:

1. Berhadapan

Berhadapan dengan klien menandakan bahwa perawat hadir dan siap berkomunikasi secara terapeutik. Posisi tubuh yang mengarah ke klien menunjukkan kepedulian dan keterbukaan, membuat klien merasa dihargai. Sikap ini juga membantu perawat mengamati bahasa nonverbal klien dengan lebih jelas.

2. Mempertahankan kontak mata.

Dalam komunikasi terapeutik, kontak mata merupakan bentuk komunikasi nonverbal yang menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dan memberikan perhatian kepada klien. Kontak mata yang dilakukan secara wajar pada level yang sama mencerminkan sikap menghargai dan membantu menciptakan hubungan yang aman, setara, serta saling menghormati. Namun, perawat tetap perlu memperhatikan latar belakang budaya klien dan karakteristik kelompok tertentu, karena pada sebagian budaya menatap langsung orang yang lebih tua atau lawan jenis saat berbicara dapat dianggap kurang sopan.

3. Membungkuk atau sedikit condong ke arah klien.

Membungkuk ke arah pasien merupakan isyarat komunikasi nonverbal yang menunjukkan perhatian dan keterlibatan perawat. Postur tersebut menyampaikan pesan bahwa perawat tertarik, peduli, dan bersedia terlibat secara aktif dalam komunikasi.

4. Mempertahankan sikap terbuka

Mempertahankan sikap terbuka merupakan bagian penting dalam komunikasi terapeutik. Sikap terbuka terlihat dari posisi tubuh perawat yang rileks dan tidak menutup diri, seperti tidak menyilangkan tangan atau kaki.

## 5. Tetap relaks

Sikap relaks menunjukkan bahwa perawat hadir dengan tenang dan mampu mengendalikan diri saat berinteraksi dengan klien. Perawat yang terlihat tegang atau terburu-buru dapat membuat klien merasa semakin cemas. Sebaliknya, sikap yang relaks membantu menciptakan suasana yang aman dan menenangkan, terutama bagi klien yang sedang mengalami stres atau kecemasan.

### 9.3.2 Dimensi Respon dan Dimensi Tindakan

Interaksi antara perawat dan klien dalam komunikasi terapeutik tidak hanya berlangsung melalui penyampaian pesan, tetapi juga melalui respons dan tindakan perawat selama proses interaksi. Kedua dimensi tersebut saling berkaitan dan berperan penting dalam membangun hubungan terapeutik yang efektif.

#### 1. Dimensi Respon

Dimensi respons adalah kemampuan perawat dalam memberikan tanggapan terhadap pesan, perasaan, dan perilaku klien. Respons perawat dapat berupa respons verbal maupun nonverbal yang menunjukkan empati, perhatian, dan pemahaman terhadap kondisi klien. Respons yang tepat membantu klien merasa didengar, dihargai, dan diterima.

Menurut Stuart, (2016) komponen tersebut meliputi:

##### a. Keikhlasan atau kesejatian.

Keikhlasan atau kesejatian menunjukkan kemampuan perawat untuk bersikap jujur, terbuka saat berinteraksi dengan klien. Perawat yang ikhlas menunjukkan kesesuaian antara perasaan, ucapan, dan tindakan. Dalam komunikasi terapeutik, keikhlasan terlihat dari kehadiran penuh, kemampuan

mendengarkan dengan sungguh-sungguh dan respons yang tulus terhadap klien.

b. Respek

Respek merupakan sikap perawat dalam menghargai klien sebagai individu yang unik, bermartabat, dan memiliki hak untuk menentukan pilihan terkait kesehatannya. Sikap ini ditunjukkan melalui penerimaan tanpa menghakimi, kesediaan mendengarkan pendapat, perasaan klien dan melibatkan klien dalam pengambilan keputusan perawatan.

c. Konkret

Konkret merupakan kemampuan perawat untuk menyampaikan pesan, dan penjelasan secara jelas, spesifik, yang mudah dipahami oleh klien. Sikap konkret membuat perawat menyampaikan pesan dengan bahasa yang jelas dan tidak membingungkan, sehingga klien dapat memahami informasi dengan lebih baik.

d. Empati

Empati adalah kemampuan perawat untuk menempatkan diri pada posisi pasien, memahami perasaan, pikiran, dan pengalaman klien dari sudut pandang klien tanpa melibatkan emosi pribadi. Empati berperan penting dalam membangun rasa aman dan kepercayaan klien. Ketika klien merasa dipahami, mereka menjadi lebih terbuka sehingga perawat dapat menggali masalah secara lebih mendalam dan memberikan intervensi keperawatan yang tepat sesuai kondisi klien.

## 2. Dimensi Tindakan

Dimensi tindakan adalah perilaku nyata perawat yang dilakukan secara sadar dan terencana untuk membantu klien mencapai tujuan terapeutik.

Menurut (Stuart, 2016) dan Muhith and Siyoto (2021) komponen-komponen dimensi tindakan sebagai berikut:

### a. Konfrontasi

Konfrontasi merupakan salah satu teknik dalam komunikasi terapeutik yang digunakan untuk membantu klien mengenali adanya ketidaksesuaian antara perasaan, sikap, dan perilaku yang ditunjukkannya. Teknik ini bertujuan meningkatkan kesadaran klien terhadap kondisi yang dialami agar klien dapat memahami masalah secara lebih realistis. Dalam penerapannya, perawat perlu mempertimbangkan kesiapan klien, termasuk tingkat hubungan saling percaya, waktu, tingkat kecemasan, dan kemampuan klien dalam menerima dan mengolah informasi tersebut. Konfrontasi menjadi efektif terutama pada klien yang telah menyadari adanya masalah, namun belum menunjukkan perubahan perilaku yang diharapkan.

### b. Kesegeraan

Kesegeraan berarti memberikan respon atau tindakan cepat ketika klien membutuhkan perhatian atau bantuan segera. Dalam komunikasi terapeutik, kesegeraan melibatkan kemampuan untuk mengenali masalah atau kebutuhan mendesak dari klien dan memberikan respons dengan cepat dan tepat, agar klien mendapatkan dukungan atau perawatan yang mereka perlukan tepat waktu.

c. Membuka Diri

Salah satu cara membangun hubungan saling percaya adalah dengan berbagi pengalaman atau perasaan yang relevan dengan kondisi klien. Ketika dilakukan dengan tepat, tindakan ini dapat membantu klien merasa lebih dipahami, diterima, dan tidak sendirian dalam menghadapi masalah yang dialaminya. Misalnya, perawat dapat menyampaikan pengalamannya tentang bagaimana menghadapi rasa takut atau cemas, lalu kembali mengajak klien mengeksplorasi perasaannya sendiri. Dengan pendekatan ini, keterbukaan perawat berperan sebagai sarana untuk memfasilitasi klien agar mengekspresikan perasaan dan pengalaman secara lebih mendalam, bukan sebagai media bagi perawat untuk mengungkapkan masalah pribadinya sendiri.

d. Bermain peran

Tujuan utama teknik ini adalah membantu klien memahami masalah dari sudut pandang lain, berlatih menghadapi situasi yang mungkin dialami, dan mengembangkan keterampilan dalam mengelola emosi atau konflik. Dalam komunikasi terapeutik, bermain peran digunakan untuk memfasilitasi diskusi, mengurangi ketegangan, dan melatih klien maupun keluarga menghadapi situasi yang sedang atau akan dialami, seperti melatih klien mengungkapkan perasaan kepada keluarga atau membantu keluarga berkomunikasi dengan lansia yang mudah tersinggung. Melalui praktik langsung, klien dan keluarga menjadi lebih siap secara emosional dan lebih percaya diri dalam menghadapi situasi nyata (Sharma and Gupta, 2021)

e. Katarsis

Katarsis merupakan proses pengungkapan emosi yang selama ini terpendam, seperti kesedihan, kemarahan, ketakutan, atau kekecewaan, secara aman. Katarsis dapat muncul melalui berbagai bentuk ekspresi, seperti bercerita, menangis, mengungkapkan keluhan, atau menyatakan kekhawatiran yang selama ini sulit diucapkan. Emosi yang dipendam dalam waktu lama dapat memperberat beban psikologis dan menghambat proses penyembuhan. Oleh karena itu, memberikan ruang bagi klien untuk mengekspresikan perasaannya dengan bebas dapat menjadi langkah awal dalam proses penyembuhan. Perawat berperan memfasilitasi proses ini dengan menghadirkan diri, mendengarkan aktif, melakukan validasi perasaan klien melalui pertanyaan terbuka atau pernyataan reflektif tanpa menghakimi atau langsung memberi solusi. Ekspresi emosi seperti menangis atau marah dipandang sebagai bagian dari proses penyembuhan emosional (Khoir, 2020)

## 9.4 Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah proses komunikasi terencana yang bertujuan memenuhi kebutuhan klien.

Proses ini terdiri dari tahap pra interaksi, orientasi, kerja, dan terminasi:

### 1. Tahap pra interaksi

Tahap pra interaksi merupakan tahap persiapan sebelum perawat melakukan kontak langsung dengan klien. Pada tahap ini, perawat

mengumpulkan data awal tentang klien melalui rekam medis, laporan perawat sebelumnya, atau informasi dari tim kesehatan lain. Pada tahap ini, perawat perlu memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit dan masalah klien agar dapat memahami kondisi klien secara menyeluruh. Pemahaman tersebut membantu perawat merencanakan pendekatan komunikasi yang tepat, meningkatkan rasa percaya diri dan dapat merespons pertanyaan klien dengan akurat.

Selain itu, pengetahuan yang baik dapat mencegah kesalahan komunikasi yang berpotensi menimbulkan kecemasan atau ketidakpercayaan pada klien. Selain aspek pengetahuan, tahap pra interaksi juga mencakup pengenalan terhadap kecemasan dan ketakutan diri perawat. Emosi tersebut perlu dikenali dan dikelola dengan baik agar tidak memengaruhi sikap dan respons perawat saat berinteraksi dengan klien.

## 2. Tahap orientasi

Tahap orientasi dimulai ketika perawat pertama kali bertemu dengan klien. Tahap ini bertujuan memastikan bahwa data dan rencana yang disusun sesuai dengan kondisi klien saat ini, sekaligus menilai kembali tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya (Stuart, 2016). Tahap ini mencakup beberapa komponen utama, yaitu salam terapeutik, evaluasi dan validasi, kontrak, dan penetapan tujuan. Salam terapeutik bertujuan untuk menciptakan interaksi awal yang positif, menumbuhkan rasa aman, mengurangi kecemasan klien saat memulai interaksi.

Evaluasi dan validasi merupakan proses perawat dalam mengkaji perasaan, pikiran, dan pengalaman klien untuk memperoleh gambaran awal mengenai masalah serta kebutuhan klien. Kontrak merupakan kesepakatan antara perawat dan klien mengenai waktu, tempat, dan topik pembahasan yang bertujuan memberikan kejelasan serta batasan dalam hubungan terapeutik. Selain itu, penetapan tujuan dalam komunikasi terapeutik berperan penting dalam memberikan arah yang jelas pada interaksi. Tujuan tersebut dapat bersifat informatif untuk memberikan edukasi kesehatan,

suportif untuk memberikan dukungan emosional, maupun korektif untuk membantu klien mengubah pola pikir atau perilaku yang tidak adaptif.

### 3. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan inti dari komunikasi terapeutik, di mana perawat dan klien bekerjasama secara aktif untuk mengatasi masalah yang telah ditetapkan pada tahap orientasi. Pada tahap ini, keterlibatan klien sangat diperlukan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan. Dalam pelaksanaan intervensi, perawat wajib memberikan penjelasan yang jelas mengenai tindakan keperawatan, termasuk prosedur, manfaat, dan kemungkinan efek samping, sebelum memperoleh persetujuan klien. Selain itu, perawat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik untuk mendukung keterlibatan klien dalam proses perawatan.

### 4. Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap akhir dari hubungan terapeutik antara perawat dan klien. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara dilakukan saat perawat mengakhiri tindakan keperawatan yang sedang berlangsung atau menyelesaikan tugas pada akhir shift jaga. Adapun terminasi akhir terjadi ketika klien akan pulang dari rumah sakit atau dipindahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Pada tahap ini, perawat melakukan evaluasi subjektif dengan menilai perasaan dan pengalaman klien selama proses perawatan berlangsung. Selanjutnya dilakukan evaluasi objektif untuk mengidentifikasi perubahan kondisi atau perilaku klien yang dapat diamati secara langsung. Berdasarkan hasil kedua evaluasi tersebut, perawat bersama klien menyusun rencana tindak lanjut yang diperlukan serta membahas kontak yang akan datang, termasuk waktu dan bentuk pertemuan selanjutnya, guna menjamin keberlanjutan asuhan keperawatan.

## 9.5 Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik adalah cara berkomunikasi yang digunakan oleh perawat untuk membangun hubungan yang efektif dengan klien guna mendukung proses penyembuhan. Berikut adalah beberapa teknik komunikasi terapeutik:

**Tabel 9.1:** Tehnik Komunikasi Terapeutik (Stuart, 2016; Suryani, 2017; Muhith and Siyoto, 2021)

No	Nama Teknik	Penjelasan	Contoh
1	Mendengarkan secara aktif	Mendengarkan secara aktif menjadi dasar utama dalam membangun hubungan terapeutik yang efektif. Mendengarkan secara aktif adalah kemampuan perawat untuk memberi perhatian penuh pada apa yang disampaikan klien, baik melalui kata-kata, nada suara, maupun bahasa tubuh. Perawat memberikan perhatian penuh terhadap pembicaraan klien tanpa menyela. Tujuannya agar klien merasa didengar dan dihargai.	Klien: “Saya merasa sangat cemas akhir-akhir ini, terutama saat memikirkan kondisi saya.”  Perawat: Boleh diceritakan lebih lanjut, hal apa yang paling membuat Ibu cemas?”
2	Bertanya	Bertanya merupakan teknik komunikasi terapeutik yang digunakan untuk menggali informasi, perasaan, dan pengalaman klien. Pertanyaan yang digunakan sebaiknya bersifat terbuka agar klien memiliki kesempatan menjelaskan secara luas, bukan hanya menjawab “ya” atau “tidak”. Perawat perlu menghindari pertanyaan yang menghakimi atau bersifat menginterogasi. Tujuannya memperoleh	Perawat: “Bisa diceritakan bagaimana perasaan Ibu hari ini dan apa yang sedang Ibu rasakan?”  Klien: “Hari ini saya merasa lelah dan cemas karena terus memikirkan kondisi kesehatan saya.”

		informasi yang lebih jelas.	
3	Mengulang	<p>Teknik mengulang adalah teknik komunikasi terapeutik di mana perawat mengulangi sebagian dari pernyataan penting klien dengan kata-kata yang sama atau sedikit diubah.</p> <p>Tujuan teknik ini adalah untuk memastikan kesesuaian pemahaman perawat terhadap pesan klien.</p>	<p>Klien: “Saya sering merasa cemas setiap kali memikirkan kondisi saya.”</p> <p>Perawat: “Jadi, setiap kali memikirkan kondisi Bapak, perasaan cemas itu muncul.”</p>
4	Klarifikasi	<p>Teknik klarifikasi merupakan salah satu strategi dalam menanggapi respons klien dengan cara mengecek kebenaran dan kejelasan informasi yang disampaikan oleh klien, terutama ketika pernyataan klien kurang jelas atau bermakna ganda. Teknik ini digunakan perawat untuk meminta penjelasan lebih lanjut agar makna pesan yang disampaikan klien dapat dipahami secara tepat.</p> <p>Tujuan klarifikasi adalah mencegah terjadinya kesalahpahaman, memastikan keakuratan informasi, serta membantu klien mengungkapkan pikiran dan perasaannya secara lebih jelas.</p>	<p>Klien: “Saya sudah tidak sanggup lagi menjalani semua ini.”</p> <p>Perawat: “Ketika Ibu mengatakan ‘tidak sanggup’, apakah yang Ibu maksud adalah kelelahan fisik, perasaan emosional, atau keduanya?”</p>
5	Menunjukkan penerimaan	<p>Menunjukkan penerimaan adalah teknik komunikasi terapeutik di mana perawat memperlihatkan sikap menerima klien apa adanya, tanpa menghakimi, menyalahkan, atau menolak perasaan dan pengalaman klien. Penerimaan ditunjukkan melalui sikap verbal maupun nonverbal, seperti mendengarkan dengan penuh perhatian, nada suara yang tenang, serta respons yang tidak menilai.</p> <p>Tujuan teknik ini adalah</p>	<p>Klien: “Saya merasa sedih dan kecewa karena kondisi saya belum juga membaik.”</p> <p>Perawat: “Saya memahami perasaan sedih dan kecewa yang Ibu rasakan, dan perasaan itu wajar dalam situasi seperti ini.”</p>

		membantu klien merasa dihargai dan diterima, membangun rasa aman dalam hubungan terapeutik	
6	Refleksi	Refleksi merupakan teknik komunikasi terapeutik yang digunakan perawat untuk mengungkapkan kembali perasaan, pikiran, atau makna yang disampaikan klien dengan kata-kata perawat sendiri. Melalui refleksi, perawat menunjukkan bahwa ia mendengarkan dan memahami apa yang dirasakan klien, sekaligus membantu klien menyadari serta mengeksplorasi perasaannya lebih dalam. Tujuan teknik refleksi adalah membantu klien menyadari dan memahami perasaannya.	Klien: “Saya merasa takut menghadapi pemeriksaan besok karena khawatir hasilnya buruk.”  Perawat: “Jadi, yang Ibu rasakan saat ini adalah rasa takut dan khawatir terhadap hasil pemeriksaan besok.”
7	Memfokuskan	Memfokuskan dilakukan ketika pembicaraan klien terlalu luas atau berpindah-pindah topik. Teknik ini bertujuan agar komunikasi tetap terarah dan efektif.	Klien: “Saya cemas dengan pekerjaan, keluarga, dan juga kondisi kesehatan saya.”  Perawat: “Dari beberapa hal tersebut, masalah mana yang paling ingin Ibu bicarakan terlebih dahulu saat ini?”
8	Diam	Perawat diam secara terapeutik untuk memberi ruang klien. Diam digunakan ketika klien membutuhkan waktu untuk berpikir, mengendalikan emosi, atau melanjutkan pembicaraan. Tujuannya memberi kesempatan klien berpikir.	Klien: “Saya masih sangat sedih sejak kehilangan orang yang saya sayangi.”  Perawat: <i>(Diam sejenak, tetap duduk menghadap klien)</i>
9	Memberikan	Memberikan informasi dilakukan	Klien:

	informasi	dengan menyampaikan penjelasan yang jelas, jujur, dan sesuai dengan kebutuhan klien. Informasi harus disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami dan tidak berlebihan. Teknik ini bertujuan meningkatkan pemahaman klien terhadap kondisi kesehatan atau perawatan yang dijalani.	“Bu, ini obatnya untuk apa ya?”  Perawat: “Obat ini berfungsi untuk membantu menurunkan tekanan darah Baoak. Minumnya satu kali sehari setelah makan agar efeknya lebih optimal dan tidak mengganggu lambung.”
10	Identifikasi tema	Perawat mengenali pola masalah utama klien. Tujuannya membantu klien memahami inti masalah. Identifikasi tema adalah teknik mengenali pola atau masalah utama yang berulang dalam pembicaraan klien. Perawat membantu klien melihat hubungan antara berbagai pengalaman atau perasaan yang disampaikan. Teknik ini membantu klien memahami inti masalah yang dialami.	Klien: “Akhir-akhir ini saya sering cemas, susah tidur, dan badan cepat capek.”  Perawat: “Dari cerita Bapak, sepertinya rasa cemas yang paling sering dirasakan.”
11	Humor	Teknik humor dalam komunikasi terapeutik adalah penggunaan candaan ringan dan tepat oleh perawat untuk mencairkan suasana, mengurangi ketegangan, dan membantu klien merasa lebih rileks. Humor digunakan secara hati-hati, tidak menyinggung, tidak meremehkan masalah klien. Tujuan teknik humor adalah mengurangi kecemasan dan stres klien, menciptakan suasana interaksi yang lebih nyaman	Klien: “Saya deg-degan sekali mau cek tekanan darah.”  Perawat: “Tenang ya, alatnya tidak galak kok, justru tugasnya membantu kita tahu kondisi Bapak supaya tetap sehat.”

## 9.6 Hambatan Komunikasi Terapeutik

Hambatan komunikasi terapeutik dapat muncul dalam bentuk reaksi emosional, sikap defensif, keterlibatan emosi yang berlebihan, atau pelanggaran batas profesional.

(Stuart, 2016), (Suryani, 2017)) Menjelaskan hambatan dalam komunikasi terapeutik terdiri dari:

1. Resisten

Resisten merupakan bentuk hambatan komunikasi terapeutik yang ditandai dengan penolakan atau ketidakmauan klien untuk terlibat dalam proses komunikasi atau perawatan. Resisten dapat muncul dalam berbagai bentuk, seperti diam berkepanjangan, menolak menjawab pertanyaan, bersikap defensif, atau menunjukkan sikap tidak kooperatif. Kondisi ini sering kali merupakan mekanisme pertahanan diri klien terhadap rasa takut, cemas, atau ketidakpercayaan.

2. Transferen

Transferen merupakan keadaan ketika klien secara tidak sadar mengalihkan perasaan, sikap, atau pengalaman masa lalu kepada perawat. Respon yang muncul dalam bentuk ketergantungan atau sikap negatif seperti marah atau curiga. Apabila tidak dikelola dengan baik, transferen dapat mengganggu efektivitas komunikasi terapeutik. Contohnya: klien memandang perawat sebagai figur orang tua sehingga muncul harapan dan ketergantungan emosional yang berlebihan. Contoh lainnya: klien menunjukkan kemarahan atau penolakan terhadap perawat dengan mengatakan, “Perawat itu sama saja seperti orang-orang yang dulu menyakiti saya.”

### 3. Kontertransferen

Kontertransferen merupakan respons emosional perawat terhadap klien yang dipengaruhi oleh pengalaman, nilai, atau masalah pribadi perawat sendiri. Respons ini dapat berupa rasa simpati berlebihan, kemarahan, keinginan melindungi secara berlebihan, atau penolakan terhadap klien tertentu. Kontertransferen menjadi hambatan komunikasi terapeutik karena perawat tidak lagi merespons klien berdasarkan kebutuhan klien, melainkan berdasarkan perasaan pribadinya.

### 4. Pelanggaran batas

Pelanggaran batas terjadi ketika hubungan antara perawat dan klien tidak lagi sesuai dengan batas profesional. Hal ini dapat berupa keterlibatan emosi yang berlebihan, menjalin hubungan pribadi di luar konteks perawatan atau cara berkomunikasi yang tidak sesuai dengan peran perawat. Jika pelanggaran batas terjadi, hubungan terapeutik dapat menjadi tidak objektif dan merusak kepercayaan klien. Contoh pelanggaran batas seperti perawat sering berbagi masalah pribadi kepada klien, memberikan nomor pribadi untuk berkomunikasi dengan klien di luar kebutuhan perawatan, perawat memperlakukan klien seperti teman dekat atau keluarga, bukan sebagai klien. Agar pelanggaran batas tidak terjadi, perawat perlu membuat kesepakatan yang jelas dengan klien sejak awal mengenai cara berkomunikasi dan batas hubungan profesional.

### 5. Pemberian hadiah

Pemberian hadiah dalam hubungan perawat dan klien sering dimaknai sebagai bentuk apresiasi atau rasa terima kasih. Namun, dalam komunikasi terapeutik, pemberian hadiah dapat menjadi hambatan karena berpotensi melanggar batas profesional dan

memengaruhi objektivitas perawat. Pada tahap orientasi, tindakan ini dapat mengganggu pembentukan hubungan terapeutik yang sehat, terutama jika klien menggunakan hadiah untuk memengaruhi perawat. Penerimaan hadiah juga dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan memengaruhi pengambilan keputusan perawat. Oleh karena itu, perawat perlu menjaga batas profesional dengan menolak hadiah secara tepat dan bijaksana.

# Bab 10

## Etika Keperawatan

### 10.1 Pendahuluan

Etika keperawatan adalah suatu konsep yang sangat penting dalam praktik keperawatan. Etika keperawatan berkaitan dengan nilai-nilai dan prinsip-prinsip moral yang digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Etika keperawatan bertujuan untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang berkualitas dan bermartabat.

Dalam praktik keperawatan, etika keperawatan sangat penting karena perawat sering kali berhadapan dengan situasi yang kompleks dan sensitif. Perawat harus dapat membuat keputusan yang tepat dan sesuai dengan nilai-nilai dan prinsip-prinsip etika keperawatan. Oleh karena itu, perawat perlu memahami konsep etika keperawatan dan menerapkannya dalam praktik keperawatan sehari-hari.

Etika keperawatan juga berkaitan dengan hak-hak pasien, seperti hak untuk mendapatkan informasi, hak untuk membuat keputusan, dan hak

untuk mendapatkan perawatan yang berkualitas. Perawat harus dapat menghormati hak-hak pasien dan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Dalam beberapa tahun terakhir, etika keperawatan telah menjadi topik yang sangat penting dalam praktik keperawatan. Banyak institusi kesehatan dan organisasi keperawatan telah mengembangkan pedoman etika keperawatan untuk membantu perawat dalam membuat keputusan yang tepat. Selain itu, banyak penelitian telah dilakukan untuk memahami lebih lanjut tentang etika keperawatan dan bagaimana menerapkannya dalam praktik keperawatan

Dalam konteks Indonesia, etika keperawatan telah diatur dalam Kode Etik Keperawatan Indonesia. Kode etik ini memberikan pedoman bagi perawat dalam membuat keputusan yang tepat dan sesuai dengan nilai-nilai dan prinsip-prinsip etika keperawatan. Oleh karena itu, perawat di Indonesia perlu memahami dan menerapkan Kode Etik Keperawatan Indonesia dalam praktik keperawatan sehari-hari.

## 10.2 Pengertian Etika Keperawatan

Etika berasal dari kata Yunani *ethos*, yang dalam bentuk jamak (*ta etha*) berarti “kebiasaan”. Oleh karena itu, etika mengacu pada nilai-nilai, gaya hidup yang baik, aturan-aturan hidup yang baik, dan semua kebiasaan yang diturunkan dari satu orang ke orang lain atau dari satu generasi ke generasi lainnya. Kebiasaan ini diwujudkan sebagai pola perilaku yang diulang-ulang seperti sebuah kebiasaan. Etika perawatan adalah pedoman bagi perawat yang memberikan asuhan keperawatan agar segala tindakan yang diambilnya tetap memperhatikan kebaikan klien (Aprina, 2024; Pratiwi et al., 2025).

Etika merupakan prinsip yang menyangkut benar dan salah, baik dan buruk dalam hubungan dengan orang lain. Etik merupakan studi tentang perilaku, karakter dan motif yang baik serta ditekankan pada penetapan apa

yang baik dan berharga bagi semua orang. Secara umum, terminologi etik dan moral adalah sama. Etik memiliki terminologi yang berbeda dengan moral bila istilah etik mengarahkan terminologinya untuk penyelidikan filosofis atau kajian tentang masalah atau dilema tertentu. Moral mendeskripsikan perilaku aktual, kebiasaan dan kepercayaan sekelompok orang atau kelompok tertentu.

Etik juga dapat digunakan untuk mendeskripsikan suatu pola atau cara hidup, sehingga etik merefleksikan sifat, prinsip dan standar seseorang yang memengaruhi perilaku profesional (Wahyuni, 2017). Cara hidup moral perawat telah dideskripsikan sebagai etik perawatan. Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa etik merupakan istilah yang digunakan untuk merefleksikan bagaimana seharusnya manusia berperilaku, apa yang seharusnya dilakukan seseorang terhadap orang lain.

Salah satu aturan yang mengatur hubungan antara perawat-pasien adalah etika. Etika berhubungan dengan pertimbangan pembuat keputusan, benar atau tidaknya suatu perbuatan karena tidak ada undang-undang atau peraturan mengenai hal yang harus dilakukan. Etika berbagai profesi ditetapkan dalam kode etik yang bersumber dari martabat dan hak manusia (yang memiliki sikap menerima) dan kepercayaan dari profesi, termasuk perawat (Zainuddin et al., 2019).

## 10.3 Teori Etik

### 10.3.1 Teori Dasar Pembuatan Keputusan

Teori dasar/prinsip etika merupakan penuntun untuk membuat keputusan etis praktik profesional. Teori etik digunakan dalam pembuatan keputusan bila terjadi konflik antara prinsip dan aturan. Ahli filsafat moral telah mengembangkan beberapa teori etik, yang secara garis besar dapat diklasifikasikan menjadi teori teleologi dan deontologi (Pratiwi et al., 2025; Riskika, 2022).

### 10.3.2 Teleologi

Teleologi (bahasa Yunani, dari kata telos artinya akhir). Istilah teleologi dan utilitarianisme sering digunakan saling bergantian. Teleologi merupakan suatu doktrin yang menjelaskan fenomena berdasarkan akibat yang dihasilkan atau konsekuensi yang dapat terjadi. Pendekatan ini sering disebut dengan ungkapan *the end justifies the means* atau makna dari suatu tindakan ditentukan oleh hasil akhir yang terjadi. Pencapaian hasil dengan kebaikan maksimal dan ketidakbaikan sekecil mungkin bagi manusia.

Teori teleologi atau utilitarianisme dapat dibedakan menjadi rule utilitarianisme dan act utilitarianisme. Rule utilitarianisme berprinsip bahwa manfaat atau nilai suatu tindakan bergantung pada sejauhmana tindakan tersebut memberikan kebaikan atau kebahagiaan kepada manusia. Act utilitarianisme bersifat lebih terbatas; tidak melibatkan aturan umum, tetapi berupaya menjelaskan pada suatu situasi tertentu dengan pertimbangan terhadap tindakan apa yang dapat memberikan kebaikan sebanyak-banyaknya atau ketidakbaikan sekecil-kecilnya pada individu. Contoh penerapan teori ini: bayi yang lahir cacat lebih baik diizinkan meninggal daripada nantinya menjadi beban masyarakat.

### 10.3.3 Deontologi (Formalisme)

Deontologi (bahasa Yunani, deon artinya tugas) berprinsip pada aksi atau tindakan. Menurut Kant, benar atau salah bukan ditentukan oleh hasil akhir atau konsekuensi dari suatu tindakan, melainkan oleh nilai moralnya. Dalam konteks ini, perhatian difokuskan pada tindakan melakukan tanggung jawab moral yang dapat memberikan penentu apakah tindakan tersebut secara moral benar atau salah.

Kant berpendapat bahwa prinsip moral atau yang terkait dengan tugas harus bersifat universal, tidak kondisional, dan imperatif. Contoh penerapan deontologi adalah seorang perawat yakin bahwa klien harus diberi tahu tentang yang sebenarnya terjadi walaupun kenyataan tersebut sangat menyakitkan. Dalam menggunakan pendekatan teori ini, perawat tidak menggunakan pertimbangan, misalnya tindakan abortus dilakukan

untuk menyelamatkan nyawa ibunya karena setiap tindakan yang mengakhiri hidup (dalam hal ini calon bayi) merupakan tindakan buruk secara moral. Secara lebih luas, teori deontologi dikembangkan menjadi lima prinsip yaitu kemurahan hati, keadilan, otonom, kejujuran, dan ketaatan.

## 10.4 Prinsip-Prinsip Etik

### 10.4.1 Kemurahan Hati

Inti dari kemurahan hati (*beneficence*) adalah tanggung jawab untuk melakukan kebaikan yang menguntungkan klien dan menghindari perbuatan yang merugikan atau membahayakan klien. Prinsip ini sering kali sulit diterapkan dalam praktik keperawatan (Sandika & Anisah, 2024).

Perawat diwajibkan untuk melaksanakan tindakan yang bermanfaat bagi klien, tetapi dengan meningkatnya teknologi dalam sistem asuhan kesehatan, dapat juga merupakan risiko dari suatu tindakan yang membahayakan. Contoh: seorang klien mempunyai kepercayaan bahwa pemberian tranfusi darah bertentangan dengan keyakinannya, mengalami perdarahan hebat akibat penyakit hati yang kronis. Sebelum kondisi klien bertambah berat, klien sudah memberikan pernyataan tertulis kepada dokter bahwa ia tidak mau dilakukan transfusi darah.

Dalam hal ini, akhirnya transfusi darah tidak diberikan karena prinsip *beneficence*, walaupun sebenarnya pada saat yang bersamaan terjadi penyalahgunaan prinsip *maleficence*.

Untuk itu perlu diterapkan sistem klarifikasi nilai-nilai, yaitu suatu proses ketika individu memperoleh jawaban terhadap beberapa situasi melalui proses pengembangan nilai individu.

Menurut Megan (1989), proses penilaian mencakup tujuh proses yang ditempatkan ke dalam tiga kelompok, yaitu:

1. Menghargai
  - a. Menjunjung dan menghargai keyakinan dan perilaku seseorang
  - b. Menegaskan di depan umum bila diperlukan
2. Memilih
  - a. Memilih dari berbagai alternatif
  - b. Memilih setelah mempertimbangkan konsekuensinya
  - c. Memilih secara bebas
3. Bertindak
  - a. Bertindak
  - b. Bertindak sesuai dengan pola, konsisten, dan repetisi (mengulang yang telah disepakati)

Menggunakan ketujuh langkah tersebut ke dalam klasifikasi nilai-nilai, perawat dapat menjelaskan nilai-nilai mereka sendiri dan dapat mempertinggi pertumbuhan pribadinya.

### 10.4.2 Keadilan

Prinsip keadilan (justice) menurut Beauchamp dan Childress adalah mereka yang sederajat harus diperlakukan sederajat, sedangkan yang tidak sederajat diperlakukan secara tidak sederajat, sesuai dengan kebutuhan mereka. Ini berarti bahwa kebutuhan kesehatan mereka yang sederajat harus menerima sumber pelayanan kesehatan dalam jumlah sebanding (Sandika & Anisah, 2024). Ketika seseorang mempunyai kebutuhan kesehatan yang besar, maka menurut prinsip ini, ia harus mendapatkan sumber kesehatan yang besar pula. Kegiatan alokasi dan distribusi sumber ini memungkinkan dicapainya keadilan dalam pembagian sumber asuhan kesehatan kepada klien secara adil sesuai kebutuhan.

### 10.4.3 Otonomi

Prinsip otonomi menyatakan bahwa setiap individu mempunyai kebebasan untuk menentukan tindakan atau keputusan berdasarkan rencana yang mereka pilih (Veatch dan Fry, 1987) dalam (Wahyuni, 2017). Masalah yang muncul dari penerapan prinsip ini adalah adanya variasi kemampuan otonomi klien yang dipengaruhi oleh banyak hal, seperti tingkat kesadaran, usia, penyakit, lingkungan rumah sakit, ekonomi, tersedianya informasi, dan lain-lain.

### 10.4.4 Kejujuran

Prinsip kejujuran (*veracity*) menurut Veatch dan Fry (1987) didefinisikan sebagai menyatakan hal yang sebenarnya dan tidak bohong. Kejujuran harus dimiliki perawat saat berhubungan dengan klien. Kejujuran merupakan dasar terbinanya hubungan saling percaya antara perawat-klien (Riskika, 2022). Perawat sering tidak memberitahukan kejadian sebenarnya pada klien yang sakit parah. Namun, penelitian pada klien dalam keadaan terminal menjelaskan bahwa klien ingin diberi tahu tentang kondisinya secara jujur.

Contoh: Ny. U, seorang lansia usia 68 tahun, dirawat di rumah sakit dengan berbagai macam fraktur karena kecelakaan mobil. Suaminya juga dalam kecelakaan tersebut masuk rumah sakit yang sama dan meninggal. Ny. U bertanya berkali-kali kepada perawat tentang keadaan suaminya. Dokter ahli bedah berpesan kepada perawatnya untuk tidak mengatakan kematian suaminya kepada Ny. U. Perawat tidak diberi alasan apapun untuk petunjuk tersebut dan menyatakan keprihatinannya kepada perawat kepala ruangan yang mengatakan bahwa instruksi dokter harus diikuti:

Contoh tersebut, data dasar meliputi:

1. Orang-orang yang terlibat: klien (memperhatikan kesejahteraan suami), suami (almarhum), dokter ahli bedah, perawat kepala ruangan, dan perawat yang bersangkutan.

2. Tindakan yang diusulkan: masalah tidak diketahui pasien, memungkinkan untuk melindungi Ny. M dari trauma psikologis, perasaan bersalah yang berlebihan, dan sebagai akibatnya akan terjadi kemunduran kondisi fisiknya.
3. Konsekuensi dari tindakan yang diusulkan: apabila informasi ditahan atau tidak disampaikan, pasien mungkin menjadi semakin cemas dan marah, serta mungkin menolak untuk bekerja sama dalam asuhan sehingga akan menunda pemulihan kesehatannya.

#### 10.4.5 Ketaatan

Prinsip ketaatan (*fidelity*) didefinisikan oleh Veatch dan Fry sebagai tanggung jawab untuk tetap setia pada suatu kesepakatan. Tanggung jawab dalam konteks hubungan perawat-klien meliputi tanggung jawab menjaga janji, mempertahankan *confidentiality*, dan memberikan perhatian atau kepedulian (Aprina, 2024; Pratiwi et al., 2025).

Dalam hubungan antar manusia, individu cenderung tetap menepati janji dan tidak melanggar, kecuali ada alasan demi kebaikan. Kesetiaan terhadap janji-janji tersebut mungkin tidak mengurangi penyakit atau mencegah kematian, tetapi akan memengaruhi kehidupan klien serta kualitas kehidupannya.

Salah satu cara untuk menerapkan prinsip dalam menepati janji adalah dengan memasukkan ketaatan dalam tanggung jawab. Untuk mewujudkan hal ini, perawat harus selektif dalam mempertimbangkan informasi apa yang perlu dijaga *confidentiality*-nya dan mengetahui waktu yang tepat untuk menepati janji sesuai hubungan perawat-klien.

Peduli pada klien merupakan komponen paling penting dari praktik keperawatan, terutama pada klien dalam keadaan terminal. Rasa kepedulian perawat diwujudkan dalam memberi perawatan dengan pendekatan individual, bersikap baik kepada klien, memberikan kenyamanan, dan menunjukkan kemampuan profesional.

## 10.5 Kode Etik Keperawatan

Kode etik adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan (Pratiwi et al., 2025). Aturan yang berlaku untuk seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas dan fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, di mana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan (Zainuddin et al., 2019).

Kode etik keperawatan Indonesia:

1. Perawat dan Klien
  - a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
  - b. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
  - c. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
  - d. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
2. Perawat dan Praktik
  - a. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi di bidang keperawatan melalui belajar terus-menerus.
  - b. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan

- pengetahuan serta ketrampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
- c. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.
  - d. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.
3. Perawat dan Masyarakat: Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.
4. Perawat dan teman sejawat
- a. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.
  - b. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.
5. Perawat dan Profesi
- a. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
  - b. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.

- c. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

## 10.6 Masalah Etika yang Berkaitan Langsung dengan Praktik Keperawatan

Pada bagian ini dijelaskan masalah etika keperawatan lebih khusus yang dapat ditemui dalam praktik keperawatan, sesuai dengan yang diuraikan oleh Ellis, Hartley (1980), yang meliputi self-evaluation (evaluasi diri), evaluasi kelompok, tanggung jawab terhadap peralatan dan barang, merekomendasikan klien pada dokter, menghadapi asuhan keperawatan yang buruk serta masalah peran perawat merawat dan mengobati (Riskika, 2022; Wahyuni, 2017).

### 10.6.1 Evaluasi Diri

Evaluasi diri mempunyai hubungan erat dengan pengembangan karier, aspek hukum, dan pendidikan berkelanjutan. Evaluasi diri merupakan tanggung jawab etika bagi semua perawat. Berdasarkan evaluasi diri, perawat dapat mengetahui kelemahan, kekurangan, dan juga kelebihan sebagai perawat praktisi. Evaluasi diri merupakan salah satu cara melindungi klien dari pemberian perawatan yang buruk.

Ellis dan Harley menyatakan bahwa evaluasi diri terkadang tidak mudah dilakukan oleh beberapa perawat. Berbagai cara dapat dipakai untuk melakukan evaluasi diri. Evaluasi diri sebaiknya dilakukan secara periodik. Perawat dapat berbesar hati apabila hasil evaluasi diri banyak menunjukkan aspek positif atau perkembangan, namun tidak dianjurkan kecewa atau putus asa bila belum ada perkembangan. Perlu diingat bahwa evaluasi diri dilakukan agar perawat menjadi istimewa atau kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan.

### 10.6.2 Evaluasi Kelompok

Tujuan evaluasi kelompok adalah untuk mempertahankan konsistensi kualitas asuhan keperawatan yang tinggi, yang merupakan tanggung jawab etis. Evaluasi kelompok dapat dilakukan secara informal maupun formal. Secara informal dilakukan dengan cara saling mengamati perilaku sesama rekan, misalnya: sewaktu melakukan perawatan luka (observasi dilakukan secara obyektif). Kesalahan yang sering dilakukan dalam observasi ialah pengamatan menggunakan perasaan pribadi sehingga orang yang dekat dinilai cenderung baik dan orang yang tidak senang cenderung dinilai tidak baik.

### 10.6.3 Tanggung Jawab Terhadap Peralatan Dan Barang

Istilah “mengutil” (bahasa Indonesia) yang berarti mencuri barang-barang sepele atau kecil. Banyak orang menyatakan bahwa mengambil barang-barang kecil bukan mencuri. Para tenaga kesehatan sering kali membawa pulang barang-barang kecil, seperti pembalut, kapas, larutan antiseptik, dan lain-lain. Sebagian dari mereka tidak tahu apakah hal tersebut benar atau salah. Kita ketahui bahwa sebuah rumah sakit biasanya memperkaryakan ribuan petugas kesehatan.

Bila kita perkirakan setiap karyawan mengutil, rumah sakit jelas akan rugi dan akan lebih tragis lagi bila kerugian tersebut dibebankan pada klien. Perawat harus dapat memberi penjelasan pada orang lain bahwa mengutil secara etis tidak dibenarkan karena setiap tenaga kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap peralatan dan barang di tempat kerja.

### 10.6.4 Merekomendasikan Klien Pada Dokter

Klien atau orang lain sering menemui perawat dan minta petunjuk tentang dokter umum atau dokter ahli mana yang baik dan dapat menangani penyakit yang diderita klien. Bila mengetahui informasi ini, perawat dapat memberikan informasi tentang beberapa alternatif, misalnya bila seorang klien ingin memeriksa ke dokter ahli penyakit dalam, perawat dapat menyebutkan tiga nama dokter ahli tersebut dengan beberapa informasi

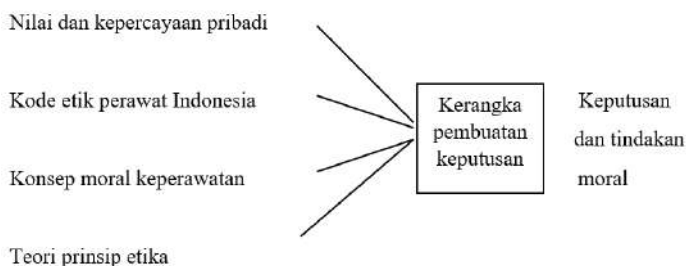
penting, antara lain tentang keahlian dan pendekatan yang dapat dipakai dokter kepada klien.

Perawat menghadapi dilema bila klien menanyakan dokter yang menurut pendapat perawat tidak baik pelayanannya. Dalam hal ini, perawat secara hukum tidak boleh memberikan kritiknya tentang dokter kepada klien karena hal tersebut dapat dituntut oleh dokter yang bersangkutan.

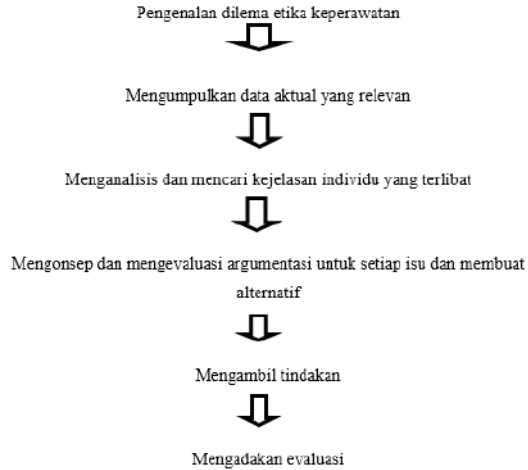
## 10.7 Kerangka Pembuatan Keputusan

Kemampuan membuat keputusan masalah etis merupakan salah satu persyaratan bagi perawat untuk menjalankan praktik keperawatan profesional (Fry, 1989) dalam (Aprina, 2024; Pratiwi et al., 2025; Riskika, 2022).

Dalam membuat keputusan etis, ada beberapa unsur yang memengaruhi, yaitu nilai dan kepercayaan pribadi, kode etik keperawatan, konsep moral perawat, dan prinsip etis dan model kerangka keputusan etis.



**Gambar 10.1:** Unsur-unsur utama yang terlibat dalam pembuatan keputusan dan tindakan moral dalam praktik keperawatan (Diadaptasi dari Fry, 1991)



**Gambar 10.2:** Kerangka pembuatan keputusan

Beberapa kerangka pembuatan keputusan etis keperawatan dikembangkan dengan mengacu pada kerangka pembuatan keputusan etika medis. Beberapa kerangka disusun berdasarkan posisi falsafah praktik keperawatan, sementara model-model lain dikembangkan berdasarkan proses pemecahan masalah seperti diajarkan di pendidikan keperawatan.

Berikut ini merupakan contoh model pengambilan keputusan etis keperawatan yang dikembangkan oleh Thompson dan Jameton. Metode Jameton dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah etika keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien. Kerangka Jameton, seperti ditulis oleh Fry (1991) adalah Model I yang terdiri atas enam tahap, Model II yang terdiri atas tujuh tahap, dan Model III yang merupakan keputusan bioetis.

**Tabel 10.1:** Contoh model pengambilan keputusan etis keperawatan yang dikembangkan oleh Thompson dan Jameton

<b>Model I</b>	
<b>Tahap</b>	<b>Keterangan</b>
1	<i>Identifikasi masalah.</i> Ini berarti klasifikasi masalah dilihat dari nilai dan konflik hati nurani. Perawat juga harus mengkaji keterlibatannya pada masalah etika yang timbul dan mengkaji parameter waktu untuk proses pembuatan keputusan. Tahap ini akan memberikan jawaban pada perawat terhadap pernyataan, "Hal apakah yang membuat tindakan benar adalah benar ? "Nilai-nilai diklasifikasi dan peran perawat dalam situasi yang terjadi diidentifikasi.
2	<i>Perawat harus mengumpulkan data tambahan.</i> Informasi yang dikumpulkan dalam tahap ini meliputi orang yang dekat dengan klien, yang terlibat dalam membuat keputusan bagi klien, harapan/keinginan klien dan orang yang terlibat dalam pembuatan keputusan. Perawat kemudian membuat laporan tertulis kisah dari konflik yang terjadi
3	<i>Perawat harus mengidentifikasi semua pilihan atau alternatif secara terbuka kepada pembuat keputusan.</i> Semua tindakan yang memungkinkan harus terjadi, termasuk hasil yang mungkin diperoleh beserta dampaknya.
4	Tahap ini memberikan jawaban atas pertanyaan, "Jenis tindakan apa yang benar ?"
5	<i>Perawat harus memikirkan masalah etis secara berkesinambungan.</i> Ini berarti perawat mempertimbangkan nilai dasar manusia yang penting bagi individu, nilai dasar manusia yang menjadi pusat masalah, dan prinsip etis yang dapat dikaitkan dengan masalah. Tahap ini menjawab pertanyaan, "Bagaimana aturan tertentu diterapkan pada situasi tertentu ?"
6	<i>Pembuat keputusan harus membuat keputusan.</i> Ini berarti bahwa pembuatan keputusan memilih tindakan yang menurut keputusan mereka paling tepat. Tahap ini menjawab pertanyaan etika, "Apakah yang harus dilakukan pada situasi tertentu ?" <i>Tahap akhir adalah melakukan tindakan dan mengkaji keputusan dan hasil</i>



# Bab 11

## Keselamatan Pasien

### 11.1 Definisi dan Signifikansi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan aspek fundamental dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya cedera atau bahaya pada pasien selama proses pemberian layanan kesehatan. Menurut World Health Organization (2019), keselamatan pasien didefinisikan sebagai upaya untuk menghindari, mencegah, dan mengurangi risiko serta dampak buruk yang dapat terjadi akibat proses perawatan kesehatan. Definisi ini menegaskan bahwa keselamatan pasien tidak hanya sekadar menghindari kesalahan, tetapi juga mencakup penciptaan sistem dan lingkungan yang secara proaktif melindungi pasien dari potensi bahaya. Hal ini menjadi sangat penting mengingat keselamatan pasien merupakan indikator utama kualitas pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2019).

Signifikansi keselamatan pasien tidak hanya berdampak pada hasil klinis individu, tetapi juga berkontribusi besar terhadap kinerja sistem kesehatan

secara keseluruhan. Laporan Institute of Medicine (2015) menunjukkan bahwa kesalahan medis yang dapat dicegah merupakan salah satu penyebab utama kematian dan cedera di seluruh dunia, yang menimbulkan beban biaya kesehatan yang signifikan. Oleh karena itu, keselamatan pasien menjadi tanggung jawab etis dan profesional bagi seluruh tenaga kesehatan. Budaya keselamatan yang menekankan transparansi, akuntabilitas, dan pembelajaran berkelanjutan sangat diperlukan untuk mengurangi angka kejadian merugikan dan meningkatkan mutu pelayanan (Leape et al., 2016).

Peran perawat sangat krusial dalam menjamin keselamatan pasien karena mereka memiliki kontak langsung dan kontinu dengan pasien. Tugas perawat meliputi pemantauan kondisi pasien, pemberian obat, edukasi pasien, serta advokasi untuk praktik perawatan yang aman. Kalisch et al. (2019) menekankan pentingnya definisi keselamatan pasien yang spesifik untuk keperawatan, mengingat tantangan dan tanggung jawab unik yang dihadapi perawat dalam praktik klinis. Keterlibatan aktif perawat dalam strategi keselamatan pasien menjadi kunci dalam mencegah kesalahan dan kejadian merugikan.

Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan modern membawa berbagai faktor risiko yang dapat mengancam keselamatan pasien, seperti kemajuan teknologi, tingkat keparahan pasien yang tinggi, proses perawatan yang terfragmentasi, serta faktor manusia seperti kelelahan dan gangguan komunikasi (Carayon et al., 2020). Pemahaman terhadap faktor-faktor risiko ini sangat penting untuk merancang intervensi yang efektif. Dengan demikian, signifikansi keselamatan pasien sangat terkait dengan kemampuan organisasi kesehatan dalam mengidentifikasi bahaya, menganalisis akar penyebab, dan melaksanakan perbaikan sistemik untuk melindungi pasien.

Komunikasi yang efektif dan kerja sama tim merupakan elemen dasar dalam budaya keselamatan pasien. Kesalahan komunikasi antar tenaga kesehatan merupakan penyebab utama terjadinya kesalahan dan kejadian merugikan. Sexton (2020) menunjukkan bahwa penggunaan alat

komunikasi terstruktur seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dan kolaborasi antarprofesi secara signifikan meningkatkan hasil keselamatan pasien. Strategi komunikasi ini membantu menciptakan pemahaman bersama mengenai kondisi pasien dan rencana perawatan, sehingga mengurangi risiko kesalahan.

Selain itu, keselamatan pasien juga melibatkan penerapan praktik berbasis bukti dan kepatuhan terhadap pedoman klinis yang menstandarisasi proses perawatan dan mengurangi variabilitas. Haynes et al. (2016) melaporkan bahwa penggunaan checklist keselamatan dan protokol klinis terbukti menurunkan komplikasi dan meningkatkan hasil pasien. Alat bantu ini mendukung tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan yang konsisten dan berkualitas tinggi, memperkuat pentingnya keselamatan pasien sebagai bagian integral dari praktik klinis.

Signifikansi keselamatan pasien juga tercermin dalam pengaruhnya terhadap kepercayaan dan kepuasan pasien. Pasien yang merasa bahwa keselamatannya menjadi prioritas cenderung lebih aktif berpartisipasi dalam perawatan, mematuhi rencana pengobatan, dan mengalami hasil kesehatan yang lebih baik (Dwamena et al., 2019). Oleh karena itu, membangun budaya keselamatan tidak hanya mencegah bahaya, tetapi juga memperkuat hubungan terapeutik antara pasien dan tenaga kesehatan, yang pada akhirnya meningkatkan mutu dan efektivitas pelayanan kesehatan.

Keselamatan pasien harus dipandang sebagai komitmen berkelanjutan yang melibatkan seluruh elemen organisasi kesehatan. Pronovost dan Sexton (2020) menekankan pentingnya penilaian budaya keselamatan secara rutin untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan dan memastikan bahwa praktik keselamatan terus diintegrasikan ke dalam sistem kerja. Pendekatan ini memungkinkan organisasi untuk beradaptasi dengan perubahan dan tantangan baru dalam pelayanan kesehatan.

Peran teknologi dalam mendukung keselamatan pasien juga semakin penting. Sistem rekam medis elektronik, barcode untuk pemberian obat, dan alat bantu keputusan klinis merupakan contoh teknologi yang dapat

mengurangi kesalahan dan meningkatkan akurasi perawatan (Carayon et al., 2020). Namun, integrasi teknologi ini juga menimbulkan tantangan baru yang harus dikelola dengan baik agar tidak menimbulkan risiko tambahan.

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan aspek vital dalam mendorong perbaikan berkelanjutan. Sistem pelaporan yang efektif memungkinkan identifikasi kejadian merugikan dan hampir celaka, sehingga dapat dianalisis untuk menemukan akar masalah dan mencegah kejadian serupa di masa depan (Leape et al., 2016). Lingkungan yang mendukung pelaporan tanpa rasa takut akan hukuman sangat penting untuk mendorong keterbukaan dan pembelajaran dari kesalahan.

Akhirnya, pendidikan dan pelatihan berkelanjutan menjadi fondasi dalam meningkatkan keselamatan pasien. Simulasi, audit keselamatan, dan program pelatihan berbasis bukti dapat meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam mengelola risiko dan menerapkan praktik aman (Kalisch et al., 2019). Selain itu, edukasi pasien untuk berperan aktif dalam menjaga keselamatan diri juga merupakan bagian dari pendekatan holistik yang mendukung keberhasilan upaya keselamatan pasien.

## 11.2 Risiko Umum Keselamatan Pasien di Layanan Kesehatan

Risiko keselamatan pasien di lingkungan layanan kesehatan merupakan perhatian utama secara global karena secara langsung memengaruhi hasil perawatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan. Risiko-risiko ini meliputi berbagai potensi bahaya yang dapat menyebabkan kejadian merugikan, cedera, bahkan kematian. Pemahaman dan identifikasi risiko yang umum terjadi menjadi langkah penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk menerapkan tindakan pencegahan yang efektif. Menurut World Health Organization (2019), risiko yang paling sering ditemui meliputi kesalahan pemberian obat, infeksi yang berhubungan dengan

pelayanan kesehatan, jatuhnya pasien, kesalahan diagnosis, dan komplikasi prosedural. Setiap risiko memiliki tantangan unik yang memerlukan strategi khusus untuk mengurangi dampaknya terhadap keselamatan pasien.

Kesalahan pemberian obat tetap menjadi salah satu ancaman paling sering dan serius terhadap keselamatan pasien. Kesalahan ini dapat terjadi pada berbagai tahap proses pemberian obat, termasuk saat meresepkan, mendistribusikan, dan mengadministrasikan obat. Penyebab umum meliputi komunikasi yang buruk, tulisan tangan yang sulit dibaca, dan kegagalan sistem. Dwamena et al., (2019) menekankan bahwa kesalahan pemberian obat dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang signifikan. Penerapan sistem resep elektronik, barcode untuk pemberian obat, dan pendidikan staf secara berkelanjutan terbukti efektif mengurangi kesalahan ini dan meningkatkan keselamatan pasien (Kohn et al., 2019).

Infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan (HAI) merupakan risiko signifikan lain yang mengancam keselamatan pasien. HAI terjadi selama proses perawatan dan dikaitkan dengan peningkatan morbiditas, mortalitas, serta biaya perawatan. Infeksi yang umum terjadi meliputi infeksi aliran darah, infeksi luka operasi, dan pneumonia yang terkait ventilator. Allegranzi et al. (2017) menyoroti bahwa kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi seperti kebersihan tangan, sterilisasi, dan pengelolaan antibiotik sangat penting untuk mengurangi HAI. Beban global yang terus berlanjut dari HAI menunjukkan perlunya kewaspadaan dan kepatuhan ketat terhadap pedoman berbasis bukti.

Jatuhnya pasien merupakan risiko keselamatan yang sering terjadi, terutama pada pasien lanjut usia dan yang dirawat inap. Jatuh dapat menyebabkan patah tulang, cedera kepala, dan memperpanjang masa rawat, yang berdampak negatif pada pemulihan dan kualitas hidup. Oliver et al. (2016) mengidentifikasi faktor risiko seperti gangguan mobilitas, disfungsi kognitif, efek samping obat, dan bahaya lingkungan. Intervensi multifaktorial, termasuk penilaian risiko menyeluruh, modifikasi lingkungan, dan edukasi pasien, terbukti efektif menurunkan angka jatuh

(Haines et al., 2019). Pencegahan jatuh tetap menjadi komponen penting dalam program keselamatan pasien di seluruh dunia.

Kesalahan diagnosis, termasuk diagnosis yang terlewat, terlambat, atau salah, merupakan ancaman besar yang sering kurang dikenali terhadap keselamatan pasien. Kesalahan ini dapat menyebabkan pengobatan yang tidak tepat atau tertunda, memengaruhi hasil klinis pasien. Singh et al. (2017) mencatat bahwa bias kognitif, kegagalan komunikasi, dan kekurangan sistem berkontribusi pada kesalahan diagnosis. Peningkatan akurasi diagnosis memerlukan dukungan keputusan klinis yang lebih baik, komunikasi antarprofesi yang efektif, dan keterlibatan aktif pasien dalam proses diagnosis (Graber et al., 2018).

Komplikasi prosedural, termasuk kesalahan selama operasi atau prosedur invasif, merupakan risiko keselamatan yang kritis. Komplikasi ini dapat timbul akibat kesalahan teknis, kegagalan peralatan, atau penilaian praoperasi yang kurang memadai. Penggunaan checklist keselamatan bedah dan protokol standar telah terbukti mengurangi komplikasi dan meningkatkan hasil pasien (Haynes et al., 2016). Pelatihan profesional yang berkelanjutan dan kepatuhan ketat terhadap praktik terbaik sangat penting untuk meminimalkan risiko prosedural.

Gangguan komunikasi merupakan faktor risiko yang meluas dan memperburuk banyak masalah keselamatan pasien lainnya. Komunikasi yang tidak efektif antar tenaga kesehatan dapat menyebabkan kesalahan pemberian obat, keterlambatan pengobatan, dan kesalahpahaman mengenai rencana perawatan pasien. Manser (2016) menekankan bahwa alat komunikasi terstruktur seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dan program pelatihan tim secara signifikan meningkatkan komunikasi dan mengurangi kesalahan. Membangun budaya komunikasi yang terbuka dan jelas merupakan dasar penting untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Faktor manusia seperti kelelahan, beban kerja, dan kelebihan beban kognitif secara signifikan berkontribusi pada risiko keselamatan pasien. Penyedia layanan kesehatan yang bekerja dalam kondisi stres tinggi atau

jam kerja yang panjang lebih rentan melakukan kesalahan. Carayon et al. (2020) berpendapat bahwa penanganan faktor-faktor ini memerlukan intervensi organisasi, termasuk optimalisasi staf, promosi keseimbangan kerja-hidup, dan desain sistem yang mendukung kinerja manusia. Pengakuan dan mitigasi faktor manusia sangat penting untuk perbaikan keselamatan pasien yang berkelanjutan.

Terakhir, risiko sistemik seperti fragmentasi perawatan dan budaya keselamatan yang kurang memadai menghambat upaya keselamatan pasien. Fragmentasi menyebabkan koordinasi yang buruk dan kesenjangan informasi, meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan. Bates dan Singh (2018) menyoroti pentingnya model perawatan terintegrasi dan pengembangan budaya yang mengutamakan keselamatan, akuntabilitas, dan pembelajaran berkelanjutan. Komitmen kepemimpinan dan inisiatif peningkatan mutu merupakan pendorong utama dalam mengatasi tantangan sistemik ini.

Secara keseluruhan, risiko umum keselamatan pasien di layanan kesehatan bersifat multifaset dan saling terkait, sehingga memerlukan strategi komprehensif yang melibatkan faktor individu, tim, dan organisasi. Pemahaman terhadap risiko-risiko ini dan penerapan intervensi berbasis bukti merupakan dasar untuk meningkatkan keselamatan pasien dan hasil pelayanan kesehatan di seluruh dunia.

## 11.3 Membangun Budaya Keselamatan dan Komunikasi Efektif

Pembangunan budaya keselamatan yang kuat dalam organisasi pelayanan kesehatan merupakan hal yang fundamental untuk meningkatkan hasil perawatan pasien dan meminimalkan kejadian merugikan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai nilai, keyakinan, dan norma bersama mengenai pentingnya keselamatan yang memengaruhi perilaku di semua tingkat organisasi (Pronovost dan Sexton, 2020). Budaya ini mendorong

transparansi, akuntabilitas, dan pembelajaran berkelanjutan, sehingga tenaga kesehatan dapat melaporkan kesalahan dan hampir celaka tanpa rasa takut akan hukuman. Signifikansi budaya ini terletak pada kemampuannya untuk mendorong manajemen risiko proaktif dan perbaikan sistemik yang esensial bagi keselamatan pasien yang berkelanjutan (Singer et al., 2017).

Komunikasi yang efektif adalah pilar utama budaya keselamatan dan memiliki peran krusial dalam mencegah kesalahan medis. Kegagalan komunikasi antar tim kesehatan telah diidentifikasi sebagai penyebab utama kejadian merugikan pasien (Manser, 2016). Alat komunikasi terstruktur seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) telah banyak diadopsi untuk menstandarisasi pertukaran informasi dan mengurangi kesalahpahaman (Leonard et al., 2017). Alat ini memfasilitasi komunikasi yang jelas, singkat, dan tepat waktu, terutama penting pada saat serah terima pasien dan transisi perawatan, di mana risiko kehilangan informasi sangat tinggi.

Kerja sama dan kolaborasi antarprofesi merupakan komponen integral dari budaya keselamatan dan efektivitas komunikasi. Pelayanan kesehatan yang kompleks memerlukan koordinasi antar berbagai profesional. Studi menunjukkan bahwa tim yang memiliki rasa saling menghormati, tujuan bersama, dan komunikasi terbuka mencapai hasil keselamatan pasien yang lebih baik (Manser, 2016). Program pelatihan yang fokus pada dinamika tim, resolusi konflik, dan keterampilan komunikasi terbukti meningkatkan kerja sama dan mengurangi kesalahan, sehingga pengembangan profesional berkelanjutan dalam bidang ini sangat diperlukan (Salas et al., 2017).

Komitmen kepemimpinan sangat penting untuk membangun budaya keselamatan dan komunikasi yang efektif. Pemimpin menentukan nada dan ekspektasi perilaku keselamatan serta alokasi sumber daya. Pronovost dan Sexton (2020) menyoroti bahwa keterlibatan kepemimpinan yang nyata dan berkelanjutan dalam inisiatif keselamatan berkorelasi dengan peningkatan skor budaya keselamatan dan penurunan kejadian merugikan. Pemimpin juga harus mempromosikan keselamatan psikologis, sehingga

staf merasa diberdayakan untuk mengungkapkan kekhawatiran tanpa takut akan pembalasan (Edmondson, 2018).

Integrasi keterlibatan pasien dan keluarga dalam budaya keselamatan dan praktik komunikasi semakin meningkatkan hasil keselamatan. Pasien dan keluarga memberikan wawasan unik dan dapat berperan sebagai pengaman tambahan terhadap kesalahan. Mendorong partisipasi aktif mereka dalam perencanaan dan pengambilan keputusan perawatan membangun transparansi dan kepercayaan, yang merupakan komponen penting budaya keselamatan (Dwamena et al., 2019). Strategi komunikasi yang melibatkan pasien sebagai mitra terbukti mengurangi kesalahan dan meningkatkan kepuasan.

Teknologi juga memegang peranan penting dalam mendukung komunikasi dan budaya keselamatan. Rekam medis elektronik (RME), computerized provider order entry (CPOE), dan sistem pendukung keputusan klinis memfasilitasi pertukaran informasi dan mengurangi kesalahan terkait dokumentasi serta pemberian obat (Carayon et al., 2020). Namun, teknologi harus diimplementasikan dengan hati-hati agar tidak menimbulkan hambatan komunikasi baru atau gangguan alur kerja yang dapat mengancam keselamatan.

Pengukuran dan mekanisme umpan balik yang berkelanjutan diperlukan untuk mempertahankan dan meningkatkan budaya keselamatan serta efektivitas komunikasi. Alat seperti survei budaya keselamatan dan sistem pelaporan insiden menyediakan data berharga untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan (Singer et al., 2017). Siklus umpan balik yang rutin memungkinkan organisasi memantau kemajuan, merayakan keberhasilan, dan menangani area yang perlu perbaikan, sehingga mendorong budaya pembelajaran dan adaptasi yang berkelanjutan.

Kesimpulannya, membangun budaya keselamatan dan mendorong komunikasi yang efektif memerlukan pendekatan multifaset yang melibatkan komitmen organisasi, strategi komunikasi terstruktur, kerja sama tim, kepemimpinan, keterlibatan pasien, integrasi teknologi, serta evaluasi berkelanjutan. Elemen-elemen ini bersama-sama menciptakan

lingkungan di mana keselamatan menjadi prioritas, kesalahan dapat diatasi secara terbuka, dan kualitas perawatan pasien meningkat.

## 11.4 Peran dan Tanggung Jawab Perawat dalam Menjamin Keselamatan Pasien Kesehatan

Perawat memegang peranan penting dalam menjamin keselamatan pasien sebagai pemberi perawatan garis depan yang secara terus-menerus memantau, menilai, dan melakukan intervensi dalam proses perawatan pasien. Kedekatan mereka dengan pasien menempatkan perawat pada posisi unik untuk mengidentifikasi risiko keselamatan sejak dini dan melaksanakan langkah pencegahan. Menurut Kalisch et al. (2019), tanggung jawab perawat mencakup berbagai aspek mulai dari perawatan langsung, advokasi, edukasi, hingga koordinasi perawatan. Peran multifaset ini menegaskan pentingnya praktik keperawatan dalam melindungi pasien dari bahaya serta mempromosikan budaya keselamatan di lingkungan pelayanan kesehatan.

Salah satu tanggung jawab utama perawat dalam keselamatan pasien adalah melakukan penilaian kondisi pasien secara akurat dan tepat waktu. Pemantauan kontinu memungkinkan perawat mendeteksi perubahan halus yang mungkin menandakan penurunan kondisi atau komplikasi yang sedang berkembang sehingga intervensi dapat dilakukan lebih awal (Potter et al., 2016). Penggunaan alat dan protokol penilaian yang terstandarisasi meningkatkan keandalan evaluasi ini, mengurangi variabilitas dan kemungkinan tanda-tanda yang terlewat. Penilaian yang efektif merupakan fondasi dalam mencegah kejadian merugikan seperti jatuh, infeksi, dan kesalahan pemberian obat.

Pemberian obat merupakan area kritis lain di mana perawat secara langsung memengaruhi keselamatan pasien. Kesalahan pemberian obat

dapat menimbulkan konsekuensi serius, termasuk reaksi obat merugikan dan perpanjangan masa rawat. Perawat bertanggung jawab untuk memverifikasi perintah obat, memastikan dosis yang tepat, serta memberikan edukasi kepada pasien mengenai obat yang diberikan (Bates dan Singh, 2018). Implementasi teknologi seperti sistem barcode dalam pemberian obat semakin mendukung perawat dalam meminimalkan kesalahan, namun kewaspadaan profesional tetap diperlukan untuk mengatasi keterbatasan sistem dan faktor manusia.

Perawat juga berperan sebagai advokat pasien, yang meliputi perlindungan hak pasien dan memastikan rencana perawatan sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien. Advokasi mencakup berbicara ketika ada kekhawatiran keselamatan, melakukan intervensi untuk mencegah bahaya, serta memfasilitasi komunikasi antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan (Kalisch et al., 2019). Tanggung jawab ini menuntut perawat memiliki landasan etika yang kuat dan keterampilan komunikasi yang baik agar dapat bertindak tegas dalam situasi kompleks dan berisiko tinggi.

Edukasi merupakan komponen penting dalam tanggung jawab perawat terkait keselamatan pasien. Perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai proses penyakit, rencana pengobatan, dan praktik keselamatan, sehingga pasien dapat berpartisipasi aktif dalam perawatan mereka (Dwamena et al., 2019). Edukasi yang efektif mengurangi risiko seperti ketidakpatuhan terhadap regimen obat dan perilaku tidak aman setelah keluar dari rumah sakit. Selain itu, perawat juga terus mengembangkan diri melalui pendidikan berkelanjutan agar selalu mengikuti praktik terbaik dan protokol keselamatan terbaru.

Koordinasi dan kolaborasi dalam tim kesehatan merupakan fungsi penting perawat yang meningkatkan keselamatan pasien. Perawat sering bertindak sebagai koordinator perawatan, memfasilitasi komunikasi antar anggota tim multidisipliner dan memastikan kesinambungan perawatan (Manser, 2016). Kerja sama yang efektif mengurangi kesalahan yang disebabkan oleh miskomunikasi dan perawatan yang terfragmentasi, sehingga berkontribusi pada hasil pasien yang lebih aman. Kemampuan perawat dalam mengelola

dinamika tim yang kompleks dan mengadvokasi perawatan berpusat pada pasien sangat krusial dalam konteks ini.

Perawat juga berperan penting dalam identifikasi, pelaporan, dan analisis insiden keselamatan pasien. Pendekatan pelaporan yang tidak bersifat menghukum mendorong transparansi dan pembelajaran, yang esensial untuk perbaikan sistem (Leape et al., 2016). Perawat memberikan wawasan berharga dari garis depan yang membantu analisis akar penyebab dan pengembangan tindakan korektif. Partisipasi aktif mereka dalam komite keselamatan dan inisiatif peningkatan mutu semakin mengintegrasikan keselamatan ke dalam budaya organisasi.

Akhirnya, perawat berperan dalam membangun budaya keselamatan di dalam organisasi pelayanan kesehatan. Dengan menjadi teladan praktik aman, mendorong komunikasi terbuka, dan mendukung rekan kerja, perawat membantu menciptakan lingkungan di mana keselamatan menjadi prioritas utama (Pronovost dan Sexton, 2020). Peran kepemimpinan yang diemban perawat dalam inisiatif keselamatan menunjukkan pengaruh mereka yang melampaui perawatan langsung, menjadikan mereka agen perubahan yang menggerakkan perbaikan berkelanjutan dalam keselamatan pasien.

## 11.5 Inovasi Teknologi dan Alat untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien

Inovasi teknologi telah menjadi fondasi utama dalam meningkatkan keselamatan pasien di sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Integrasi alat digital dan sistem otomatis telah mengubah praktik kesehatan tradisional, memungkinkan perawatan pasien yang lebih akurat, efisien, dan aman. Menurut Carayon et al. (2020), penerapan prinsip desain berpusat pada manusia dalam pengembangan teknologi kesehatan memastikan bahwa alat-alat ini selaras dengan alur kerja klinis dan kebutuhan pengguna, sehingga meminimalkan kesalahan dan

meningkatkan keselamatan. Inovasi ini meliputi rekam medis elektronik hingga sistem pemantauan canggih, yang masing-masing memberikan kontribusi unik dalam mengurangi bahaya pada pasien.

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan salah satu kemajuan teknologi paling signifikan dalam keselamatan pasien. RME memfasilitasi dokumentasi yang komprehensif, akses real-time terhadap informasi pasien, dan komunikasi yang lebih baik antar penyedia layanan kesehatan. Studi menunjukkan bahwa penerapan RME mengurangi kesalahan pemberian obat, meningkatkan akurasi diagnosis, dan mendukung kepatuhan terhadap pedoman klinis (Bates dan Singh, 2018). Namun, keberhasilan integrasi RME memerlukan penanganan tantangan seperti interoperabilitas, pelatihan pengguna, dan adaptasi alur kerja agar manfaat keselamatan dapat maksimal.

Sistem Barcode untuk Pemberian Obat (BCMA) telah merevolusi proses pemberian obat dengan memastikan pasien menerima obat yang tepat dengan dosis dan waktu yang benar. Teknologi ini secara signifikan mengurangi kesalahan pemberian obat dengan memverifikasi secara elektronik perintah obat terhadap identitas pasien (Koppel et al., 2017). Penggunaan BCMA dikaitkan dengan penurunan kejadian efek samping obat yang merugikan, sehingga meningkatkan keselamatan pemberian obat secara keseluruhan. Meskipun demikian, evaluasi berkelanjutan diperlukan untuk mengatasi potensi penyalahgunaan sistem dan kesalahan terkait teknologi.

Sistem Pendukung Keputusan Klinis (CDSS) memberikan panduan berbasis bukti kepada tenaga kesehatan pada titik pelayanan, meningkatkan pengambilan keputusan klinis dan mengurangi kesalahan. CDSS dapat memberikan peringatan tentang interaksi obat, alergi, kontraindikasi, serta merekomendasikan jalur diagnosis dan pengobatan (Sutton et al., 2020). Efektivitas CDSS bergantung pada integrasi yang mulus dengan sistem yang ada dan keterlibatan pengguna, sehingga diperlukan penyempurnaan dan penyesuaian berkelanjutan sesuai konteks klinis.

Pemantauan pasien jarak jauh dan teknologi wearable merupakan inovasi baru yang memperluas keselamatan pasien di luar lingkungan pelayanan tradisional. Alat-alat ini memungkinkan pemantauan kontinu tanda vital dan parameter kesehatan, sehingga deteksi dini penurunan kondisi klinis dan intervensi tepat waktu dapat dilakukan (Steinhubl et al., 2015). Pemantauan jarak jauh mendukung pengelolaan penyakit kronis dan mengurangi angka rawat ulang di rumah sakit, berkontribusi pada hasil pasien yang lebih aman dalam perawatan ambulatori.

Meskipun manfaat teknologi sangat jelas, implementasi inovasi ini harus disertai pelatihan menyeluruh, infrastruktur yang kuat, dan budaya yang mendukung perubahan. Teknologi saja tidak menjamin keselamatan pasien; diperlukan perhatian pada faktor manusia, kolaborasi antar disiplin, dan upaya peningkatan mutu yang berkelanjutan (Carayon et al., 2020). Sinergi antara alat inovatif dan keahlian tenaga kesehatan akan mendorong kemajuan berkelanjutan dalam keselamatan pasien.

## 11.6 Sistem Pelaporan dan Manajemen Insiden Keselamatan Pasien

Sistem pelaporan dan manajemen insiden keselamatan pasien merupakan komponen krusial dalam kerangka kerja peningkatan mutu pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Sistem ini memungkinkan pengumpulan, analisis, dan respons yang sistematis terhadap kejadian merugikan, hampir celaka, dan kondisi tidak aman yang ditemui dalam praktik klinis. Menurut Leape et al. (2016), sistem pelaporan insiden yang efektif mendorong budaya transparansi dan pembelajaran dengan mengajak tenaga kesehatan melaporkan kesalahan tanpa rasa takut akan konsekuensi hukuman. Keterbukaan ini sangat penting untuk mengidentifikasi kerentanan sistemik yang mendasar dan melaksanakan tindakan korektif guna mencegah terulangnya kejadian serupa.

Desain dan implementasi sistem pelaporan insiden memerlukan pertimbangan matang agar dapat memaksimalkan kemudahan penggunaan dan kualitas data. Platform pelaporan harus ramah pengguna, mudah diakses, dan terintegrasi dengan alur kerja klinis agar pelaporan dapat dilakukan secara konsisten dan tepat waktu (Evans et al., 2017). Selain itu, penggunaan taksonomi dan definisi standar untuk jenis insiden memudahkan agregasi data yang andal dan benchmarking antar institusi. Sistem pelaporan elektronik terbukti meningkatkan frekuensi pelaporan dan memperbaiki kelengkapan data yang dikumpulkan, sehingga meningkatkan kemampuan mendeteksi pola dan tren insiden keselamatan pasien (Pham et al., 2019).

Setelah insiden dilaporkan, proses manajemen yang kuat sangat penting untuk menganalisis dan belajar dari kejadian tersebut. Analisis Akar Penyebab (Root Cause Analysis/RCA) adalah metodologi yang banyak digunakan untuk mengidentifikasi penyebab mendasar insiden di luar kesalahan individu, dengan fokus pada faktor sistemik (Carroll et al., 2018). Temuan RCA menjadi dasar pengembangan intervensi terarah, perubahan kebijakan, dan program pelatihan yang bertujuan mengurangi risiko yang teridentifikasi. Efektivitas RCA sangat bergantung pada keterlibatan multidisipliner dan lingkungan yang tidak menghukum agar investigasi dapat dilakukan secara jujur dan menyeluruh.

Mekanisme umpan balik memegang peranan penting dalam menjaga keterlibatan dengan sistem pelaporan insiden. Memberikan umpan balik yang tepat waktu dan bermakna kepada pelapor dan tim kesehatan memperkuat nilai pelaporan dan menunjukkan komitmen organisasi terhadap peningkatan keselamatan (Waring et al., 2016). Siklus umpan balik juga memfasilitasi pemantauan berkelanjutan terhadap tindakan korektif yang telah diterapkan dan mendukung proses pembelajaran adaptif. Komunikasi yang transparan mengenai inisiatif keselamatan membangun kepercayaan dan mendorong partisipasi berkelanjutan dalam aktivitas pelaporan.

Tantangan dalam pelaporan dan manajemen insiden meliputi kurangnya pelaporan, kelebihan data, dan potensi bias dalam analisis. Kurangnya pelaporan sering disebabkan oleh rasa takut akan kesalahan, keterbatasan waktu, atau skeptisisme terhadap dampak pelaporan (Evans et al., 2017). Mengatasi hambatan ini memerlukan pembentukan budaya yang adil (*just culture*) yang menyeimbangkan akuntabilitas dengan pembelajaran serta penyediaan sumber daya dan edukasi yang memadai untuk mendukung aktivitas pelaporan. Selain itu, analitik data canggih dan kecerdasan buatan menawarkan alat yang menjanjikan untuk mengelola dataset besar dan secara proaktif mengidentifikasi area berisiko tinggi (Wang et al., 2020).

Secara ringkas, sistem pelaporan dan manajemen insiden keselamatan pasien sangat penting untuk mengidentifikasi, memahami, dan mengurangi risiko dalam pelayanan kesehatan. Keberhasilan sistem ini bergantung pada desain yang berpusat pada pengguna, metodologi analisis yang kuat, umpan balik yang efektif, dan budaya organisasi yang mendukung. Dengan mendorong transparansi dan pembelajaran berkelanjutan, sistem ini memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan keselamatan pasien dan mutu perawatan.

## 11.7 Strategi Peningkatan Berkelanjutan dan Pendidikan Keselamatan Pasien

Peningkatan berkelanjutan dalam keselamatan pasien memerlukan pendekatan yang komprehensif dan multifaset yang mengintegrasikan metodologi peningkatan mutu berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement/CQI*) dengan pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan bagi tenaga kesehatan. Kerangka kerja CQI, seperti siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA), memungkinkan organisasi pelayanan kesehatan untuk secara sistematis menguji perubahan, mengukur hasil, dan menyempurnakan intervensi guna meningkatkan keselamatan (Taylor et al., 2014). Integrasi CQI ke dalam budaya organisasi menciptakan

lingkungan di mana keselamatan terus dievaluasi dan ditingkatkan, bukan hanya sebagai inisiatif sekali waktu. Pendekatan ini sangat penting untuk beradaptasi dengan tantangan pelayanan kesehatan yang terus berkembang dan menjaga standar tinggi keselamatan pasien dalam jangka panjang.

Pendidikan keselamatan pasien menjadi fondasi untuk memberdayakan tenaga kesehatan dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan untuk mencegah bahaya. Kurikulum yang mengintegrasikan prinsip keselamatan pasien berbasis bukti, strategi pencegahan kesalahan, dan rekayasa faktor manusia telah menunjukkan peningkatan kompetensi dan perilaku keselamatan pada klinisi (Ginsburg et al., 2015). Pelatihan berbasis simulasi khususnya memberikan kesempatan pembelajaran yang bersifat pengalaman, meningkatkan kemampuan berpikir kritis, kerja sama tim, dan keterampilan komunikasi dalam skenario klinis yang realistis, sehingga mengurangi risiko kesalahan dalam praktik nyata (McGaghie et al., 2015).

Pendidikan interprofesional (Interprofessional Education/IPE) merupakan strategi penting lainnya yang mendorong praktik kolaboratif dan meningkatkan hasil keselamatan pasien. IPE melibatkan pelatihan bersama bagi mahasiswa dan profesional kesehatan dari berbagai disiplin ilmu untuk membangun rasa saling menghormati, pemahaman bersama, dan komunikasi efektif (Reeves et al., 2016). Dengan menghilangkan batasan antarprofesi, IPE meningkatkan kerja sama tim dan koordinasi, yang merupakan faktor kunci dalam perawatan pasien yang aman. Organisasi pelayanan kesehatan yang memprioritaskan IPE melaporkan penurunan kejadian merugikan dan perbaikan budaya keselamatan.

Keterlibatan kepemimpinan sangat penting dalam mempertahankan peningkatan keselamatan pasien dan inisiatif pendidikan. Pemimpin yang secara nyata mendukung program keselamatan, mengalokasikan sumber daya, dan menjadi teladan perilaku keselamatan membangun budaya yang menghargai pembelajaran berkelanjutan dan akuntabilitas (Pronovost dan Sexton, 2020). Program pengembangan kepemimpinan yang mencakup kompetensi keselamatan pasien mempersiapkan pemimpin saat ini dan

masa depan untuk secara efektif menjadi penggerak keselamatan dan peningkatan mutu. Komitmen kepemimpinan ini memastikan keselamatan tetap menjadi prioritas strategis dalam organisasi.

Platform pendidikan berbasis teknologi telah memperluas jangkauan dan aksesibilitas pelatihan keselamatan pasien. Modul pembelajaran daring, simulasi virtual, dan aplikasi mobile menyediakan kesempatan pendidikan yang fleksibel, dapat diskalakan, dan terstandarisasi yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan beragam peserta (Cook et al., 2018). Platform ini mendukung pembelajaran tepat waktu dan memperkuat protokol keselamatan, membantu tenaga kesehatan menjaga pengetahuan terkini dan beradaptasi dengan tantangan keselamatan baru secara cepat.

Pengukuran dan mekanisme umpan balik merupakan bagian integral dalam mempertahankan upaya peningkatan dan efektivitas pendidikan. Penilaian rutin terhadap indikator kinerja keselamatan, disertai umpan balik kepada staf garis depan, memperkuat akuntabilitas dan memotivasi perbaikan berkelanjutan (Singer et al., 2017). Pendidikan berbasis data memungkinkan organisasi mengidentifikasi kekurangan pengetahuan dan menyesuaikan program pelatihan secara tepat, sehingga dampaknya maksimal. Pelaporan transparan tentang kemajuan juga membangun kepercayaan dan keterlibatan tim kesehatan.

Kesimpulannya, peningkatan keselamatan pasien yang berkelanjutan dan pendidikan memerlukan interaksi dinamis antara proses peningkatan mutu berkelanjutan, pendidikan komprehensif dan interprofesional, kepemimpinan yang kuat, pembelajaran berbasis teknologi, serta sistem pengukuran yang kokoh. Strategi-strategi ini bersama-sama menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang tangguh, mengutamakan keselamatan, mendorong budaya pembelajaran, dan pada akhirnya meningkatkan hasil perawatan pasien.

# Bab 12

## Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi

### 12.1 Konsep Dasar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan salah satu hal penting yang sangat memengaruhi status kesehatan pada setiap individu, sehingga perlu diperhatikan dengan baik agar tidak terjadi perpindahan penyakit. Fasilitas layanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik dan bentuk layanan kesehatan lainnya, adalah tempat yang sangat rentan untuk terjadinya penularan penyakit atau infeksius, baik dari pasien, pengunjung dan petugas kesehatan.

Terjadinya interaksi pada manusia yang menjadi inang dengan penyebab infeksi seperti mikroorganisme sebagai agen dan didukung oleh lingkungan eksternal yang ada disekitarnya merupakan proses terjadinya penularan penyakit (Ardiansyah et al., 2021). Infeksi yang sering terjadi di lingkungan

pelayanan kesehatan adalah infeksi nosokomial, yang menjadi penyebab kematian terbanyak yang terjadi diruang rawat inap, sehingga diperlukan upaya pengendalian melalui manajemen rumah sakit, salah satunya adalah membentuk tim PPI agar keselamatan pasien terlindungi serta terhindar dari kejadian infeksi selama menjalani perawatan. Di dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 dan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 juga menjelaskan bahwa adanya penjaminan hak pasien atas pelayanan yang aman, termasuk dalam pencegahan infeksi terkait pelayanan kesehatan (Health Care Associated Infections/HAIs).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menjelaskan bahwa pentingnya melakukan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan diantaranya tempat praktik mandiri, klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan rumah sakit dengan baik agar infeksius dapat di tanggulangi atau diminimalisir, melalui kewaspadaan standar yang digunakan, mengendalikan lingkungan pelayanan kesehatan, melakukan pengaturan penggunaan alat medis, menggunakan alat pelindung diri saat melakukan aktivitas dan melakukan Pendidikan Kesehatan (penyuluhan) bagi semua unsur (Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, 2017).

Merujuk Kemenkes RI No 27 tahun 2017, salah satu bentuk penguatan yang dilakukan adalah penetapan organisasi program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit yang bertujuan untuk melakukan identifikasi dan penurunan risiko infeksi yang disesuaikan dengan jenis kegiatan layanan di rumah sakit, jumlah pasien, jumlah karyawan dan letak geografis dari rumah sakit. Penetapan program PPI di rumah sakit tertuang dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1 tahun 2018 pada bagian Standar Manajemen Rumah Sakit (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1, 2018). Sedangkan untuk pelayanan kesehatan ditingkat Puskesmas, penerapan PPI disesuaikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat

Bab V Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) (Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, 2023).

Ada beberapa program yang secara komprehensif yang dilaksanakan di lingkungan rumah sakit, seperti kebersihan tangan, surveilans risiko infeksi, investigasi wabah penyakit infeksi, meningkatkan pengawasan penggunaan antimikroba secara aman, asesmen berkala terhadap risiko, penetapan sasaran penurunan risiko serta mengukur dan me-review risiko infeksi (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1, 2018).

Penerapan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi ini penting diterapkan pada pelayanan kesehatan, tujuannya agar dapat melindungi seperti tenaga kesehatan dan non kesehatan yang bekerja di pelayanan kesehatan, pasien dan keluarga yang berkunjung, serta masyarakat umum yang berisiko terjadi penularan infeksi. Hal ini juga termasuk dalam menjaga stabilitas sistem kesehatan dan masyarakat terlindungi dari sebaran penyakit menular, sehingga dalam penerapan ini perlu adanya kepatuhan dalam pelaksanaan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi di setiap pelayanan kesehatan.

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan salah satu hal penting yang sangat memengaruhi status kesehatan pada setiap individu, sehingga perlu diperhatikan dengan baik agar tidak terjadi perpindahan penyakit. Fasilitas layanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik dan bentuk layanan kesehatan lainnya, adalah tempat yang sangat rentan untuk terjadinya penularan penyakit atau infeksius, baik dari pasien, pengunjung dan petugas kesehatan. Kesiapan layanan kesehatan dalam sarana dan prasarana sterilisasi, air bersih dan pengolahan limbah sangat besar kontribusinya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi (Herman & Handayani, 2017)

Terjadinya interaksi pada manusia yang menjadi inang dengan penyebab infeksi seperti mikroorganisme sebagai agen dan didukung oleh lingkungan eksternal yang ada disekitarnya merupakan proses terjadinya penularan penyakit (Ardiansyah et al., 2021). Infeksi yang sering terjadi di lingkungan pelayanan kesehatan adalah infeksi nosokomial, yang menjadi penyebab

kematian terbanyak yang terjadi diruang rawat inap, sehingga diperlukan upaya pengendalian melalui manajemen rumah sakit, salah satunya adalah membentuk tim PPI agar keselamatan pasien terlindungi serta terhindar dari kejadian infeksi selama menjalani perawatan. Di dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 dan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 juga menjelaskan bahwa adanya penjaminan hak pasien atas pelayanan yang aman, termasuk dalam pencegahan infeksi terkait pelayanan kesehatan (Health Care Associated Infections/HAIs).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, menjelaskan bahwa pentingnya melakukan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan diantaranya tempat praktik mandiri, klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan rumah sakit dengan baik agar infeksius dapat di tanggulangi atau diminimalisir, melalui kewaspadaan standar yang digunakan, mengendalikan lingkungan pelayanan kesehatan, melakukan pengaturan penggunaan alat medis, menggunakan alat pelindung diri saat melakukan aktivitas dan melakukan Pendidikan Kesehatan (penyuluhan) bagi semua unsur (Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, 2017).

Merujuk pada Kemenkes RI No 27 tahun 2017, salah satu bentuk penguatan yang dilakukan adalah penetapan organisasi program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit yang bertujuan untuk melakukan identifikasi dan penurunan risiko infeksi yang disesuaikan dengan jenis kegiatan layanan di rumah sakit, jumlah pasien, jumlah karyawan dan letak geografis dari rumah sakit. Penetapan program PPI di rumah sakit tertuang dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1 tahun 2018 pada bagian Standar Manajemen Rumah Sakit (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1, 2018). Sedangkan untuk pelayanan Kesehatan ditingkat Puskesmas, penerapan PPI disesuaikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat Bab V Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP) (Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, 2023).

Ada beberapa program yang secara komprehensif yang dilaksanakan di lingkungan rumah sakit, seperti kebersihan tangan, surveilans risiko infeksi, investigasi wabah penyakit infeksi, meningkatkan pengawasan penggunaan antimikroba secara aman, asesmen berkala terhadap risiko, penetapan sasaran penurunan risiko serta mengukur dan me-review risiko infeksi (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1, 2018). Dalam upaya meminimalisir kejadian infeksi di layanan kesehatan, tentunya sangat penting menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan dimulainya perencanaan, pelaksanaan kegiatan, melakukan pembinaan, adanya pendidikan dan pelatihan, serta memonitor dan mengevaluasi kegiatan (Kementerian Kesehatan RI, 2011)

Penerapan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi ini penting diterapkan pada pelayanan kesehatan, tujuannya agar dapat melindungi seperti tenaga kesehatan dan non kesehatan yang bekerja di pelayanan kesehatan, pasien dan keluarga yang berkunjung, serta masyarakat umum yang berisiko terjadi penularan infeksi. Hal ini juga termasuk dalam menjaga stabilitas sistem kesehatan dan masyarakat terlindungi dari sebaran penyakit menular, sehingga dalam penerapan ini perlu adanya kepatuhan dalam pelaksanaan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi di setiap pelayanan kesehatan.

## 12.2 Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial atau biasa disebut Hospital Acquired Infection / HAI) merupakan salah satu infeksi yang terjadi atau didapatkan di layanan kesehatan seperti rumah sakit. Infeksi ini bisa diperoleh dari pasien/penderita, petugas kesehatan dan para keluarga atau pengunjung yang datang ke rumah sakit, sedangkan sumber penularannya bisa dari pasien lainnya yang juga sedang mendapatkan pengobatan dan perawatan, petugas kesehatan, keluarga dan pengunjung. Serta situasi lingkungan dari rumah sakit tersebut (Darmadi, 2008).

Berikut kategori yang menjadi penyebab infeksi nosokomial:

1. Bakteri, pathogen penyebab infeksi terbanyak, mampu bertahan dan berkembang biak didalam tubuh manusia. Bakteri masuk ke tubuh manusia melalui makanan, udara, jaringan dan cairan tubuh juga benda mati.
2. Virus, agen infeksi yang berukuran sangat kecil, memiliki molekul asam nukleat, hidup dan berkembang biak didalam sel inang yang hidup (manusia). Penularan dapat terjadi melalui makanan, udara, cairan tubuh manusia, dan lainnya.
3. Fungi, mikroorganisme berbentuk jamur yang terjadi pada kulit tubuh. Penularannya melalui sentuhan kulit maupun cairan tubuh yang disebabkan karena fungi itu sendiri.
4. Parasit, jenis pathogen yang dapat hidup dalam organisme hidup lainnya, seperti cacing yang dapat menginfeksi tubuh manusia.
5. Faktor endogen, merupakan organisme yang berasal dari tubuh pasien itu sendiri
6. Faktor eksogen, merupakan faktor eksternal yang menyebabkan infeksi seperti pasien atau petugas kesehatan, peralatan fasilitas pelayanan kesehatan yang sudah terkontaminasi dengan pathogen, dan lingkungan.

Penyakit yang timbul karena adanya perkembang biakan mikroorganisme atau pathogen diatas, dapat menyebabkan perubahan jaringan yang terkena infeksi, sehingga infeksi tersebut dapat menularkan secara langsung misalnya dari satu orang ke orang lain atau penularannya secara tidak langsung misalnya melalui perantara ke orang lain. Contohnya seorang perawat melakukan perawatan luka dengan menggunakan alat yang sama pada pasien yang berbeda tanpa di sterilkan terlebih dahulu. Disinilah perawat sebagai perantara dalam menularkan infeksi antar pasien.

## 12.3 Protokol Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Penurunan kejadian infeksi nosokomial di lingkungan rumah sakit merupakan indikator keberhasilan penerapan patient safety, salah satunya melalui program PPI di ruang perawatan. PPI ini memerlukan protokol yang sejalan dengan standar operasional prosedur yang menjadi acuan perawatan pasien, serta adanya dukungan dari sistem manajemen informasi yang baik dalam pengumpulan data dan analisis tingkat risiko potensi terjadi infeksi.

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit dapat melalui beberapa tahapan, yakni:

1. Tahap perencanaan

Tahap ini diawali dengan pembentukan struktur komite atau tim PPI yang tentunya didukung oleh pimpinan rumah sakit yang sekaligus menentukan, menyusun dan merekomendasikan kebijakan PPI (Pedoman, Standar Prosedur Operasional/SPO) yang akan diberlakukan tentang pencegahan infeksi disemua area kerja. Menyusun program kerja tahunan PPI seperti kebersihan tangan, surveilans, edukasi, lingkungan dan Alat Pelindung Diri (APD), serta menilai risiko infeksi secara berkala.

2. Tahap implementasi

Menerapkan kebersihan tangan seperti cuci tangan, penggunaan hansrub atau sabun; sanitasi lingkungan dan alat medis, seperti menjaga kebersihan lingkungan, pengolahan limbah infeksius, sterilisasi alat dan dekontaminasi; kewaspadaan isolasi, seperti kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi; penggunaan antimikroba bijak seperti pengawasan penggunaan antibiotik agar terhindar dari resistensi; dan surveilans infeksi seperti

pengumpulan data dan monitoring kejadian infeksi (HAIs) serta investigasi kejadian luar biasa.

3. Tahap pembinaan

Melakukan pembinaan terhadap siapa pun yang berhubungan dengan infeksi terutama tenaga Kesehatan, pasien, dan keluarga atau pengunjung yang datang ke rumah sakit, misalnya melakukan pengenalan jenis pekerjaan, melakukan pengecekan tindakan cuci tangan secara rutin, menerapkan kedisiplinan dalam bekerja agar terhindar dari penularan penyakit infeksi, dan lain sebagainya.

4. Tahap pendidikan dan pelatihan

Melakukan sosialisasi dan pelatihan PPI rutin untuk seluruh staf baik kesehatan maupun non kesehatan.

5. Tahap evaluasi

Melakukan monitor tingkat kepatuhan petugas terhadap Standar Prosedur Operasional (SPO) dan melaporkan hasilnya, melakukan audit kepatuhan PPI dan perbaikan berkelanjutan, serta mengevaluasi program secara berkala untuk perbaikan.

6. Tahap surveilans

Melakukan pengumpulan data dan memonitor kejadian infeksi dan melakukan investigasi jika terjadi kasus infeksi.

7. Kewaspadaan isolasi

Menerapkan kewaspadaan standar seperti kebersihan tangan, penanganan limbah, penggunaan APD dan kewaspadaan transmisi seperti adanya kontak, droplet dan airborn.

## 12.4 Kewaspadaan Isolasi di lingkungan Rumah Sakit

Salah satu tujuan kesehatan kerja adalah memelihara lingkungan kerja agar tidak menjadi media atau wadah terjadinya penularan infeksi baik pada tenaga kesehatan, pasien dan pengunjung yang datang ke rumah sakit (Pranatha, 2023). Terinfeksi seseorang kadang tidak langsung menunjukkan gejala dari penyakit tersebut, sehingga terlihat sedang tidak terinfeksi atau kondisi baik-baik saja. Kewaspadaan isolasi di lingkungan rumah sakit penting dilakukan guna meminimalisir terjadinya risiko infeksi penyakit menular kepada tenaga kesehatan. Kewaspadaan isolasi ini terdiri dari 2 level, yaitu ((Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, 2017); (Nurhayati, 2021)):

### 12.4.1 Kewaspadaan Standar (Universal Precautions)

1. Merupakan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi secara primer rutin diterapkan saat melakukan pelayanan kesehatan agar dapat mengurangi risiko penyebaran infeksi khususnya darah dan cairan tubuh yang dapat menularkan penyakit. Standar komponen kewaspadaan standar yang direkomendasikan oleh Center of Disease Control (CDC), yaitu: melakukan penerapan kebersihan tangan, seperti sebelum kontak dengan pasien dan tindakan aseptik, setelah kontak darah dan cairan tubuh serta kontak dengan lingkungan sekitar pasien.



**Gambar 12.1:** Kebersihan Tangan

2. Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD), yang disesuaikan dengan kebutuhan agar terhindar dari keterpaparan bahaya fisik, kimia dan biologi bahan infeksius. APD yang dapat digunakan seperti handscoon, masker, gaun pelindung (gown), apron, topi pelindung (cap), goggle, dan pelindung kaki (boot). Penggunaan APD sangat besar pengaruhnya dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, sehingga APD yang digunakan hendaknya APD yang sesuai dengan kebutuhan dan mampu memberikan kenyamanan pada pengguna. Kenyamanan yang didapat saat menggunakan APD akan meningkatkan perilaku seseorang untuk selalu mencegah dan mengendalikan terjadinya infeksi (Yuliani & Amalia, 2019).



**Gambar 12.2:** Alat Pelindung Diri (APD)

3. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien, yaitu dengan menerapkan 3 kategori Spaulding, diantaranya kritis; berakibat serius dan fatal jika terjadi kegagalan manajemen seperti yang berhubungan dengan jaringan steril atau sistem darah; semikritis yang berhubungan dengan mukosa dan area kulit yang lecet, adalah risiko infeksi tingkat tinggi dengan berakibat infeksi sehingga petugas kesehatan perlu memahami dan mempunyai keterampilan dalam penanganan peralatan invasif, pemrosesan alat, Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), pemakaian sarung tangan; dan non-kritis seperti pengelolaan peralatan / bahan praktik yang berhubungan dengan kulit utuh yang adalah berisiko rendah. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh dilakukan sesuai standar operasional prosedur yang disesuaikan dengan jenis alat dan penggunaannya.
4. Mengendalikan lingkungan, seperti kualitas udara baik; kualitas air bersih; permukaan lingkungan datar dan bebas dari debu dan sampah, bebas dari serangga dan binatang.

5. Pengolahan limbah medis, baik dikelola secara mandiri maupun kerjasama dengan pihak lain agar terhindar dari risiko pencemaran lingkungan dan penularan penyakit.



**Gambar 12.3:** Limbah Medis

No	Kategori	Warna kontainer/ kantong plastik	Lambang	Keterangan
1	Radioaktif	Merah		- Kantong boks timbal dengan simbol radioaktif
2	Sangat Infeksius	Kuning		- Katong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf
3	Limbah infeksius, patologi dan anatomi	Kuning		- Plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
4	Sitotoksik	Ungu		- Kontainer plastik kuat dan anti bocor
5	Limbah kimia dan farmasi	Coklat	-	- Kantong plastik atau kontainer

**Gambar 12.4:** Jenis Wadah Dan Label Limbah Medis Padat sesuai Kategori

6. Penatalaksanaan linen, dilakukan sesuai jenis linen kotor dan linen terkontaminasi. Dalam penatalaksanaan linen mencakup

penggunaan APD yang sesuai dengan kebutuhan agar terhindar dari kontaminasi mikroorganisme yang ada pada linen, serta tidak lupa untuk melakukan cuci tangan.



**Gambar 12.5:** Penatalaksanaan Linen

7. Perlindungan kesehatan terhadap petugas, merupakan program keselamatan dan kesehatan kerja, seperti pemeriksaan kesehatan secara rutin, melakukan konsultasi yang dibutuhkan dan menerapkan beberapa kebijakan yang berkaitan dengan keselamatan pada saat melakukan pekerjaan.
8. Penempatan pasien sesuai dengan kondisi di ruang infeksius (transmisi infeksi penyakit) agar pasien tidak bercampur dengan pasien di ruang non-infeksius. Namun jika belum memiliki ketersediaan ruangan yang terpisah, maka dapat menerapkan pola jarak tempat tidur antar pasien minimal 1 meter.



**Gambar 12.6:** Penempatan Pasien

9. Etika bersin dan batuk, diterapkan untuk semua orang, khususnya pada pasien yang memiliki penyakit infeksi dan ditularkan melalui droplet dan airborne.



**Gambar 12.7:** Etika Batuk

10. Praktik menyuntik yang aman, seperti menerapkan aseptik agar terhindar dari kontaminasi alat, tidak menggunakan semprit yang sama untuk penyuntikan dari dari satu pasien, semua alat suntik digunakan satu kali pakai satu pasien dan satu prosedur, gunakan cairan pelarut untuk satu kali, gunakan single dose untuk obat injeksi, tidak memberikan obat-obatan single dose kepada lebih dari satu pasien atau mencampur obat-obatan sisa dari vial/ampul untuk pemberian berikutnya, jika menggunakan obat-obatan multi dose semua alat harus steril, simpan obat multi dose sesuai rekomendasi dan tidak menggunakan cairan pelarut untuk lebih dari 1 pasien.

### 12.4.2 Kewaspadaan Transmisi

Dilakukan ketika jenis infeksi sudah diketahui, Kwaspadnaan transmisi terdiri dari:

1. Kewaspadaan transmisi kontak (kontak secara langsung maupun kontak tidak langsung);
2. Kewaspadaan transmisi droplet (percikan air melalui saluran pernapasan seperti batuk, bersin, muntah, suction, bronchoscopy);
3. Kewaspadaan transmisi udara (droplet, airborne, partikel debu mengandung mikroba penyebab infeksi).

Ruang isolasi di rumah sakit sangat dibutuhkan, mengingat berbagai macam penyakit yang diderita oleh pasien, sehingga dapat dipisahkan antara pasien dengan penyakit infeksius dengan pasien penyakit non-infeksius.

Beberapa kriteria khusus yang perlu diperhatikan untuk ruang isolasi adalah:

1. Ruangan isolasi lokasinya berjauhan dengan ruangan yang bukan isolasi.
2. Memiliki ventilasi yang memenuhi standar.
3. Setiap petugas kesehatan terlebih dahulu masuk ruang transisi sebelum keluar ruang isolasi
4. Ruang isolasi dan fasilitas yang ada didalamnya dibersihkan secara rutin dan pengelolaannya sesuai prosedur yang sudah ditetapkan.
5. Petugas yang sedang melakukan proses asuhan keperawatan harus memahami pemutusan rantai penularan penyakit.

Dengan berbagai keterbatasan sarana dan prasarana dari pelayanan kesehatan misalnya belum memiliki ruangan terpisah, maka dapat dilakukan pemisahan antar pasien dengan memiliki jarak setidaknya 1 meter pada pasien dengan penyakit infeksi yang tidak ada kaitannya

dengan saluran pernapasan. Namun jika pasien memiliki penyakit infeksi pada saluran pernapasan, maka pasien harus menggunakan masker agar tidak menularkan kepada pasien lainnya, pengunjung dan tenaga kesehatan.

Selain dari pasien dan petugas rumah sakit, pengunjung juga termasuk sumber infeksi nosokomial yang tidak luput dari perhatian rumah sakit khususnya perawat. Perawat memiliki peran untuk menginformasikan kepada pengunjung agar menggunakan alat pelindung diri seperti masker, gaun pelindung dan sarung tangan guna mencegah penularan infeksi, atau perawat melakukan pembatasan jumlah pengunjung, merujuk pada aturan dan kebijakan jam kunjungan (keluarga dan pengunjung lain) yang diterapkan oleh rumah sakit.

## 12.5 Tugas, Wewenang dan Tanggung Jawab Perawat Dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Kontribusi perawat dalam mendukung pencegahan dan pengendalian infeksi di pelayanan kesehatan sangat besar, karena perawat selama 24 jam melakukan pengawasan terhadap pasien dan lingkungan sekitarnya.

Tugas Perawat PPI:

1. Mengadakan kelengkapan administrasi untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial di unit kerjanya.
2. Menyusun anggaran yang dibutuhkan untuk kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.
3. Melakukan kegiatan administrasi sebagai komite pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

4. Mengunjungi ruang rawat dimana ia bertugas setiap hari agar memonitor kejadian infeksi.
5. Melaksanakan surveilans infeksi serta melaporkan kepada tim PPI.
6. Mendesain, mengimplementasikan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi yang terjadi
7. Memonitor kesehatan lingkungan kerja.
8. Memonitor kesehatan seluruh petugas kesehatan guna meminimalisir dan mencegah penularan infeksi.

#### Wewenang Perawat PPI:

1. Memonitor pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi, penerapan standar prosedur operasoinal dan kewaspadaan isolasi
2. Memonitor pengendalian antibiotik secara rasional
3. Memotivasi dan memberikan teguran kepada petugas kesehatan jika ditemukan tidak patuh dalam penerapan PPI
4. Memberikan saran tata letak ruang rawat sesuai prinsip PPI
5. Menjadi tim audit PPI
6. Sebagai koordinator antar unit dalam pendeteksian dan pencegahan dan pengendalian infeksi
7. Mengajukan prosedur isolasi dan memberikan konsultasi PPI saat terjadi kasus infeksi.

#### Tanggung Jawab Perawat PPI:

1. Melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan komite pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial
2. Memberikan pelatihan bagi petugas kesehatan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi

3. Memprakarsai penyuluhan kesehatan bagi pasien, petugas kesehatan, pengunjung, dan keluarga tentang infeksi di rumah sakit
4. Menjadi educator dalam meningkatkan kesadaran pasien penunjang rumah sakit akan pentingnya disiplin PPI di rumah sakit
5. Melaksanakan investigasi jika ada indikasi kejadian luar biasa dilingkungan rumah sakit.

# Bab 13

## Mobilisasi dan Ambulasi

### 13.1 Pendahuluan

Mobilisasi dan ambulasi merupakan bagian penting dari konsep kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi untuk mempertahankan kesehatan dan kemandirian individu. Kemampuan bergerak memungkinkan seseorang melakukan aktivitas sehari-hari secara optimal, seperti berpindah posisi, berjalan, serta melakukan perawatan diri. Dalam praktik keperawatan, pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan ambulasi menjadi salah satu fokus utama asuhan keperawatan karena sangat berpengaruh terhadap kondisi fisik, psikologis, dan sosial pasien.

Secara konseptual, mobilisasi diartikan sebagai kemampuan individu untuk menggerakkan tubuh atau bagian tubuhnya, baik secara aktif, pasif, maupun dengan bantuan. Mobilisasi mencakup berbagai bentuk aktivitas, seperti perubahan posisi, latihan rentang gerak, duduk, berdiri, hingga berpindah tempat. Ambulasi merupakan bagian dari mobilisasi yang lebih spesifik, yaitu kemampuan individu untuk berjalan, baik secara mandiri maupun dengan bantuan alat atau orang lain. Pemahaman terhadap konsep

mobilisasi dan ambulasi menjadi dasar penting bagi perawat dalam menentukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

Dalam kondisi sehat, individu mampu melakukan mobilisasi dan ambulasi secara mandiri. Namun, pada kondisi sakit, cedera, pascaoperasi, atau gangguan sistem muskuloskeletal dan neurologis, kemampuan tersebut dapat mengalami penurunan. Ketidakmampuan bergerak atau imobilisasi dalam waktu lama dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan, seperti penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan sirkulasi darah, risiko luka tekan, serta gangguan keseimbangan dan risiko jatuh. Oleh karena itu, mobilisasi dan ambulasi tidak hanya dipandang sebagai aktivitas fisik, tetapi juga sebagai bagian dari upaya pencegahan komplikasi dan peningkatan pemulihan pasien.

Dasar keperawatan mobilisasi dan ambulasi meliputi prinsip pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan yang berkaitan dengan kemampuan bergerak pasien. Perawat perlu melakukan pengkajian menyeluruh terhadap tingkat mobilitas, kekuatan otot, keseimbangan, toleransi aktivitas, serta faktor-faktor yang memengaruhi mobilisasi dan ambulasi. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, perawat dapat merencanakan dan melaksanakan intervensi mobilisasi dan ambulasi secara bertahap, aman, dan sesuai dengan kondisi pasien.

Peran perawat dalam mobilisasi dan ambulasi tidak hanya terbatas pada membantu pasien bergerak, tetapi juga memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya aktivitas, teknik bergerak yang benar, serta penggunaan alat bantu bila diperlukan. Penerapan prinsip keselamatan pasien, seperti pencegahan risiko jatuh dan cedera, menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan mobilisasi dan ambulasi.

## 13.2 Defenisi Mobilisasi dan Ambulasi

Mobilisasi dalam konteks pelayanan keperawatan adalah suatu intervensi yang sistematis untuk mengurangi durasi imobilisasi dan meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan gerakan tubuh, mulai dari perubahan posisi, latihan rentang gerak, hingga pergerakan dasar seperti duduk dan berdiri. Tujuan mobilisasi adalah untuk mencegah komplikasi akibat imobilisasi, memperbaiki fungsi sistem muskuloskeletal dan kardiovaskular, serta mendukung pemulihan fungsional pasien secara keseluruhan. Studi yang mengulas istilah *early mobilization* menekankan bahwa mobilisasi dini dilakukan sedini mungkin setelah fase stabil pasien untuk mencegah kelemahan otot dan komplikasi terkait imobilisasi (Lee, et al., 2025).

Ambulasi adalah bentuk spesifik dari mobilisasi yang merujuk pada kemampuan seorang pasien untuk berjalan, baik secara mandiri maupun dengan bantuan alat/tenaga, sesuai dengan toleransi dan kondisi klinisnya. Ambulasi sering kali digunakan sebagai indikator kemandirian fungsional pasien dalam memenuhi aktivitas dasar serta ditujukan untuk mempercepat pemulihan mobilitas setelah fase kritis atau operasi. Para peneliti umumnya mengartikan ambulasi sebagai salah satu fase tertinggi dalam proses mobilisasi karena melibatkan pergerakan berpindah tempat secara nyata (Lee, et al., 2025).

## 13.3 Tujuan Mobilisasi dan Ambulasi

1. Mencegah komplikasi akibat imobilisasi berkepanjangan  
Mobilisasi dini dilakukan untuk mengurangi risiko komplikasi seperti penurunan fungsi fisik, gangguan sirkulasi, dan komplikasi pascaoperasi, sehingga pasien dapat mempertahankan fungsi tubuhnya secara optimal. Studi penelitian mobilisasi pasca-operasi menunjukkan bahwa mobilisasi dini memperbaiki sirkulasi dan mempercepat pemulihan fisiologis setelah tindakan medis.

2. Meningkatkan fungsi fisik dan kemandirian pasien  
Tujuan utama mobilisasi dan ambulasi adalah memperbaiki kemampuan gerak, kekuatan otot, dan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan atau berpindah posisi, sehingga pasien mampu beraktivitas lebih fungsional. Studi kasus mobilisasi dengan teknik range of motion menunjukkan peningkatan kekuatan otot pada pasien gangguan mobilitas fisik.
3. Mempercepat pemulihan dan rehabilitasi pasien pasca rawat inap atau pasca operasi  
Penelitian sistematis tentang ambulasi dini pada pasien pascaoperasi menegaskan bahwa ambulasi dapat mempercepat pemulihan fungsi organ, mengurangi waktu rawat inap, serta menurunkan risiko komplikasi seperti pneumonia dan trombosis vena dalam.
4. Meningkatkan outcome klinis dan kualitas hidup pasien  
Mobilisasi dan ambulasi tidak hanya berdampak pada aspek fisik, tetapi juga berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis, kualitas hidup, dan kemampuan sosial pasien, karena gerakan tubuh yang optimal dapat meningkatkan rasa percaya diri, kenyamanan, dan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan.
5. Mengurangi durasi rawat inap dan beban biaya kesehatan  
Hasil tinjauan literatur menunjukkan bahwa mobilisasi pasien yang terencana dan sistematis dapat mengurangi lama tinggal di rumah sakit serta menekan biaya perawatan melalui percepatan pemulihan fungsi fisik dan pencegahan komplikasi lanjutan.

## 13.4 Jenis-Jenis Mobilisasi dan Ambulasi

### 1. Jenis-Jenis Mobilisasi

#### a. Mobilisasi Aktif

Mobilisasi aktif adalah pergerakan yang dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan orang lain.

Contoh: Mengubah posisi dari terlentang ke miring, duduk di tepi tempat tidur, berdiri sendiri, latihan rentang gerak aktif (Active Range of Motion/AROM)

#### b. Mobilisasi Pasif

Mobilisasi pasif adalah pergerakan yang dilakukan dengan bantuan perawat atau alat, tanpa usaha dari pasien.

Contoh: Latihan rentang gerak pasif (Passive Range of Motion/PROM), mengubah posisi pasien tirah baring total.

#### c. Mobilisasi Aktif-Asitif

Mobilisasi aktif-asistif adalah pergerakan yang dilakukan oleh pasien dengan bantuan sebagian dari perawat.

Contoh: Pasien menggerakkan lengan dengan bantuan perawat, duduk dan berdiri dengan bantuan minimal.

#### d. Mobilisasi Bertahap

Mobilisasi yang dilakukan secara bertahap sesuai toleransi pasien. Tahapan: Tirah baring → duduk, duduk → berdiri, berdiri → berjalan.

### 2. Jenis-Jenis Ambulasi

#### a. Ambulasi Mandiri

Pasien berjalan tanpa bantuan orang lain maupun alat bantu.

Contoh: Pasien berjalan ke kamar mandi sendiri

- b. Ambulasi Dengan Bantuan Orang  
Pasien berjalan dengan bantuan perawat atau keluarga.  
Contoh: Perawat menopang pasien saat berjalan
- c. Ambulasi Dengan Alat Bantu  
Pasien berjalan menggunakan alat bantu untuk menjaga keseimbangan dan keselamatan. Contoh alat bantu: Tongkat, Kruk, Walker, Kursi roda (sebagai alat mobilisasi berpindah tempat).
- d. Ambulasi Dini  
Ambulasi yang dilakukan sedini mungkin setelah pasien stabil, terutama pada pasien pascaoperasi atau rawat inap.  
Tujuan: Mencegah komplikasi imobilisasi, mempercepat pemulihan fungsi fisik.

## 13.5 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Mobilisasi dan Ambulasi

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam membantu pasien memenuhi kebutuhan mobilisasi dan ambulasi sebagai bagian dari asuhan keperawatan. Tindakan mobilisasi dan ambulasi tidak hanya bertujuan membantu pasien bergerak atau berjalan, tetapi juga untuk mencegah komplikasi, meningkatkan kemandirian, serta menjamin keselamatan pasien selama perawatan.

1. Melakukan Pengkajian Mobilisasi dan Ambulasi
  - a. Perawat berperan melakukan pengkajian awal dan berkelanjutan terhadap kemampuan mobilisasi dan ambulasi pasien. Pengkajian meliputi:
    - b. Kekuatan otot dan rentang gerak

- c. Keseimbangan dan koordinasi
  - d. Tingkat nyeri dan toleransi aktivitas
  - e. Risiko jatuh
  - f. Penggunaan alat bantu, hasil pengkajian menjadi dasar dalam menentukan jenis dan tingkat bantuan yang diperlukan pasien.
2. Menetapkan Diagnosa dan Merencanakan Tindakan Keperawatan  
Berdasarkan hasil pengkajian, perawat menetapkan diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan mobilisasi dan ambulasi, seperti gangguan mobilitas fisik atau risiko jatuh. Selanjutnya, perawat menyusun rencana tindakan mobilisasi dan ambulasi yang sesuai dengan kondisi, usia, dan kemampuan pasien serta dilakukan secara bertahap.
  3. Melaksanakan Tindakan Mobilisasi dan Ambulasi Secara Aman  
Perawat berperan langsung dalam membantu dan membimbing pasien melakukan mobilisasi dan ambulasi, baik secara aktif, pasif, maupun dengan bantuan.  
Dalam pelaksanaannya, perawat harus:
    - a. Memastikan kondisi pasien stabil
    - b. Menggunakan teknik dan posisi yang benar
    - c. Memberikan bantuan sesuai kebutuhan pasien
    - d. Menggunakan alat bantu bila diperlukan
    - e. Menerapkan prinsip keselamatan pasien untuk mencegah cedera dan risiko jatuh
  4. Memberikan Edukasi kepada Pasien dan Keluarga  
Perawat berperan sebagai edukator dengan memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai:
    - a. Pentingnya mobilisasi dan ambulasi
    - b. Cara bergerak dan berjalan yang benar
    - c. Penggunaan alat bantu mobilisasi

- d. Upaya pencegahan jatuh dan cedera. Edukasi ini bertujuan meningkatkan partisipasi dan kemandirian pasien.
5. Memberikan Motivasi dan Dukungan Psikologis  
Perawat membantu meningkatkan motivasi pasien untuk bergerak dengan memberikan dukungan emosional, mengurangi rasa takut, cemas, atau nyeri yang dirasakan pasien saat melakukan mobilisasi dan ambulasi.
6. Melakukan Kolaborasi dengan Tim Kesehatan  
Perawat berperan bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain, seperti dokter dan fisioterapis, dalam menentukan program mobilisasi dan ambulasi, terutama pada pasien dengan kondisi khusus atau keterbatasan fisik.
7. Melakukan Evaluasi dan Dokumentasi  
Perawat bertanggung jawab mengevaluasi respons pasien terhadap tindakan mobilisasi dan ambulasi yang diberikan, seperti peningkatan kemampuan gerak atau adanya keluhan. Seluruh tindakan dan hasil evaluasi harus didokumentasikan secara lengkap dan akurat sebagai bagian dari asuhan keperawatan.

# Bab 14

## Pengukuran Tanda-Tanda Vital

### 14.1 Pendahuluan

Pengukuran tanda tanda vital (TTV) merupakan salah satu keterampilan paling mendasar dalam keperawatan. Meski sering dipandang sebagai tindakan rutin, TTV sebenarnya menjadi pijakan penting dalam pengambilan keputusan klinis, mulai dari menetapkan kondisi awal pasien, memantau perubahan, hingga menentukan kebutuhan eskalasi. Karena itu, ketidakakuratan atau kelalaian kecil dalam pengukuran dan interpretasi dapat berdampak besar pada keselamatan pasien.

Sejumlah temuan penelitian menunjukkan bahwa tantangan utama dalam pengukuran TTV bukan pada “ketersediaan alat”, melainkan pada konsistensi praktik dan kualitas pencatatan. Considine et al. (2024) melaporkan bahwa tekanan darah (TD) merupakan parameter yang paling sering terdokumentasi, sementara respiratory rate (RR) atau frekuensi napas justru paling jarang dicatat, padahal RR termasuk indikator sensitif untuk mendeteksi perubahan klinis dini. Temuan lain dalam publikasi yang sama juga mengindikasikan bahwa aktivasi rapid response system lebih

sering dipicu oleh perubahan denyut jantung dibanding RR atau tingkat kesadaran.

Kesenjangan berikutnya muncul pada tingkat kepatuhan terhadap protokol pemantauan. Data dari bangsal perawatan menunjukkan bahwa kelengkapan komponen untuk menghitung Modified Early Warning Score (MEWS) tidak selalu terpenuhi, dan kepatuhan protokol cenderung lebih rendah pada pasien dengan risiko klinis lebih tinggi, kelompok yang seharusnya dipantau lebih ketat. Situasi ini menjadi penting karena kualitas deteksi dini pada sistem EWS sangat bergantung pada kelengkapan dan validitas data TTV.

Selain itu, keterbatasan pemantauan yang bersifat intermiten perlu dipahami secara realistis. Saab et al. (2021) menunjukkan bahwa episode hipoksemia dan hipotensi pada pasien pascaoperasi dapat terjadi namun tidak tertangkap karena berlangsung di antara jadwal pengukuran rutin. Bahkan, proses pengukuran dapat membangunkan pasien sehingga nilai SpO<sub>2</sub> atau TD tampak membaik sementara, yang berpotensi menimbulkan kesan aman yang keliru. Dalam konteks tertentu, persoalan ini menjadi semakin kompleks.

Di layanan kesehatan jiwa akut, pengukuran fisiologis kadang dianggap kurang prioritas, padahal pasien dengan gangguan mental berat memiliki risiko deteriorasi fisiologis akibat komorbiditas maupun terapi/intervensi tertentu. Elliott & Foo (2024) menyoroti bahwa penekanan pengukuran tanda vital dalam sumber belajar fundamental pada setting kesehatan jiwa belum selalu memadai, meskipun pemantauan fisiologis tetap krusial untuk keselamatan pasien. Di sisi lain, tanda vital juga mencerminkan respons tubuh terhadap intervensi keperawatan.

Davis et al. (2020) melaporkan bahwa healing touch pada pasien ICU berkaitan dengan perbaikan nyeri dan agitasi serta perubahan hemodinamik yang konsisten dengan efek menenangkan. Temuan ini membantu memperluas pemahaman bahwa TTV tidak hanya menggambarkan kondisi patologis, tetapi juga hasil respons terhadap intervensi terapeutik keperawatan. Kemudian, perspektif konseptual

mengingatkan bahwa pengukuran TTV bukan sekadar menghasilkan angka. Connor et al. (2021) membedakan antara kemampuan “making vital signs” (menghasilkan data) dan “taking vital signs” (menafsirkan data untuk tindakan), di mana bagian kedua menuntut clinical judgement yang lebih tinggi. Dengan demikian, angka tanda vital menjadi bermakna ketika dibaca dalam konteks pasien, tren perubahan, serta respons terhadap intervensi.

Berdasarkan uraian tersebut, bab ini disusun untuk memperkuat kompetensi mahasiswa dan praktisi dalam tiga ranah utama, yaitu 1) akurasi pengukuran, 2) interpretasi klinis, dan 3) pengambilan keputusan/eskalasi. Tujuannya adalah memastikan tanda tanda vital berfungsi sebagaimana mestinya, yaitu sebagai dasar pengkajian klinis yang aman, komprehensif, dan responsif.

**Tabel 14.1:** Ringkasan Bukti: Kesenjangan Praktik–Teori dalam Pengukuran TTV

<b>Box 16.1</b> Ringkasan Bukti: Kesenjangan Praktik–Teori dalam Pengukuran TTV	
1.	Dokumentasi tidak merata (RR sering terlewat): Tekanan darah cenderung paling sering dicatat, sementara RR paling jarang didokumentasikan, padahal RR termasuk indikator sensitif perubahan klinis dini (Considine et al., 2024).
2.	Pemicu eskalasi tidak selalu memakai indikator paling sensitive: Dalam praktik, aktivasi <i>rapid response system</i> lebih sering dipicu oleh perubahan denyut jantung dibanding RR atau tingkat kesadaran, sehingga sinyal dini tidak selalu menjadi dasar eskalasi (Considine et al., 2024).
3.	Ketidaklengkapan data melemahkan MEWS/EWS: Komponen yang dibutuhkan untuk menghitung MEWS kerap tidak lengkap, dan kepatuhan pemantauan justru cenderung lebih rendah pada pasien berisiko tinggi atau yang merupakan kelompok yang seharusnya dipantau lebih ketat (Eddahchouri et al., 2021).
4.	Pemantauan intermiten berisiko melewatkan episode penting: Pada pasien pascaoperasi, episode hipoksemia dan hipotensi dapat terjadi di

antara jadwal pengukuran rutin sehingga tidak terdeteksi; pengukuran yang membangunkan pasien juga dapat membuat nilai tampak membaik sementara dan memberi kesan aman yang keliru (Saab et al., 2021).

5. Konteks layanan memengaruhi prioritas (contoh: kesehatan jiwa akut): Pemantauan fisiologis dalam layanan kesehatan jiwa akut kadang tidak ditekankan secara memadai, padahal risiko deteriorasi fisiologis pada populasi ini nyata dan perlu diantisipasi (Elliott & Foo, 2024).
6. Angka membutuhkan interpretasi (*clinical judgement*): Pengukuran tidak berhenti pada menghasilkan angka, tetapi data menjadi bermakna ketika perawat mampu menafsirkan dan bertindak sesuai konteks, tren, dan kondisi pasien (Connor et al., 2021).

## 14.2 Konsep Dasar Pengukuran Tanda-Tanda Vital

### 14.2.1 Definisi dan Ruang Lingkup

Tanda-tanda vital, yaitu suhu, nadi, TD, dan RR merupakan pengukuran dasar yang menggambarkan kondisi fisiologis tubuh sekaligus respons pasien terhadap berbagai stresor, baik fisik, lingkungan, maupun psikologis. Pengukuran ini dilakukan secara rutin karena memberi gambaran cepat tentang efektivitas fungsi sirkulasi, respirasi, serta regulasi tubuh secara umum. Selain empat parameter sebelumnya, nyeri juga turut dikaji saat pengukuran TTV dan menjadi TTV kelima (Ball et al., 2023; Perry et al., 2025; Potter et al., 2026).

### 14.2.2 Tujuan Pengukuran TTV

Pengukuran tanda-tanda vital (TTV) penting dilakukan secara teratur karena menjadi dasar pengambilan keputusan klinis dalam asuhan keperawatan (Potter et al., 2026).

Secara umum, pengukuran TTV bertujuan untuk:

1. Menetapkan baseline kondisi pasien sebagai pembanding pada pengukuran berikutnya.
2. Mendeteksi perubahan klinis lebih dini, baik yang terjadi tiba tiba maupun perlahan, sehingga risiko keterlambatan respons dapat ditekan.
3. Memantau respons terhadap terapi, misalnya perubahan setelah antipiretik, analgesik, antihipertensi, atau oksigen, sehingga keputusan lanjutan lebih terarah.
4. Mengarahkan intervensi keperawatan dan kolaborasi, karena selisih dari baseline sering menandakan kebutuhan tindakan tambahan atau evaluasi medis.
5. Mendukung clinical judgement dan eskalasi berbasis sistem, termasuk penggunaan EWS yang menggabungkan beberapa parameter sekaligus untuk mengidentifikasi pasien berisiko sedini mungkin.

**Tabel 14.2:** Checklist Singkat: Kapan TTV Perlu Diukur? (Perry et al., 2025; Potter et al., 2026)

<b>Box 16.2</b>
<i>Checklist Singkat: Kapan TTV Perlu Diukur? (Perry et al., 2025; Potter et al., 2026)</i>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Saat pertama kali kontak layanan: saat pasien masuk fasilitas kesehatan atau saat kunjungan <i>home care</i> untuk menetapkan <i>baseline</i>.</li><li>2. Secara rutin sesuai jadwal atau standar praktik unit.</li><li>3. Sebelum, selama, dan setelah prosedur operasi atau tindakan diagnostik/terapeutik invasif.</li><li>4. Sebelum, selama, dan setelah transfusi produk darah.</li><li>5. Sebelum, selama (bila diperlukan), dan setelah pemberian obat/terapi</li></ol>

maupun intervensi keperawatan yang dapat memengaruhi fungsi kardiorespirasi atau regulasi suhu (misalnya mobilisasi setelah bed rest atau latihan ROM).

6. Saat pasien melaporkan keluhan tidak spesifik seperti merasa “aneh”, “berbeda”, atau tampak dalam kondisi distress.
7. Ketika kondisi umum berubah, misalnya peningkatan nyeri, penurunan kesadaran, atau perubahan status klinis lainnya.

### 14.2.3 Faktor yang Memengaruhi TTV

Perubahan pada satu atau lebih tanda-tanda vital tidak selalu berarti adanya penyakit baru, namun sering kali dipengaruhi oleh kombinasi faktor fisiologis, perilaku, dan lingkungan. Karena itu, saat menilai TTV, perawat perlu mempertimbangkan konteks pasien, seperti usia, kondisi sehari-hari, obat yang dikonsumsi, tingkat nyeri, hingga stress, agar interpretasi tidak sekadar “membaca angka”, tetapi memahami maknanya secara klinis.

Faktor-faktor penting tersebut dapat dikelompokkan sebagai berikut (DeLaune & Ladner, 2011):

1. Usia
  - a. Bayi baru lahir: sistem pengatur suhu dan pusat pernapasan masih belum matang, sehingga suhu tubuh mudah berubah mengikuti lingkungan. Perlindungan termal penting, termasuk memperhatikan kehilangan panas melalui kepala. Pola napas bayi juga cenderung lebih cepat dan dapat sedikit tidak teratur.
  - b. Anak sampai pubertas: pengaturan suhu tubuh menjadi semakin stabil seiring pertumbuhan.
  - c. Lansia: mekanisme pengaturan suhu dan fungsi respirasi mengalami perubahan fisiologis akibat proses menua. Lansia lebih rentan terhadap suhu ekstrem karena berkurangnya lemak subkutan, menurunnya aktivitas kelenjar keringat,

metabolisme melambat, serta kontrol vasomotor yang tidak seefektif usia muda. Kondisi sosial–ekonomi juga dapat memengaruhi asupan gizi, aktivitas, dan kemampuan mengatur suhu lingkungan.

- d. Perubahan respirasi pada lansia dapat terjadi karena: elastisitas dinding dada berkurang (ventilasi menurun), ruang mati meningkat dan pertukaran gas tidak seefisien sebelumnya (sirkulasi/difusi menurun), serta gangguan kardiovaskular seperti aterosklerosis dan disritmia yang menurunkan suplai darah ke jaringan.
  - e. Tekanan darah umumnya berubah sepanjang rentang kehidupan: pada anak dan remaja banyak dipengaruhi ukuran tubuh, sedangkan pada dewasa cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Pada sebagian perempuan, tekanan darah dapat meningkat pada kondisi tertentu seperti penggunaan kontrasepsi hormonal, kehamilan, atau terapi hormon.
2. Jenis kelamin & hormon
- a. Perempuan umumnya mengalami fluktuasi suhu lebih jelas karena pengaruh hormonal.
  - b. Dalam siklus menstruasi, suhu dapat sedikit berubah seiring perubahan progesteron (misalnya meningkat di sekitar ovulasi).
  - c. Pada masa menopause, sebagian perempuan mengalami episode rasa panas mendadak disertai keringat (hot flashes) akibat ketidakstabilan kontrol vasomotor.
  - d. Secara umum, laki-laki cenderung memiliki tekanan darah lebih tinggi dibanding perempuan pada usia yang sama.

### 3. Hereditas dan ras/etnis

- a. Faktor genetik dapat berperan terhadap risiko penyakit kardiovaskular dan hipertensi, tetapi pengaruhnya sering berinteraksi dengan lingkungan dan gaya hidup.
- b. Riwayat keluarga hipertensi meningkatkan peluang seseorang mengalami hipertensi.
- c. Beberapa kelompok etnis dilaporkan lebih rentan mengalami gangguan hemodinamik tertentu; misalnya hipertensi dapat lebih sering dan lebih berat pada kelompok tertentu, sehingga perawat perlu lebih waspada terhadap faktor risiko dan edukasi.

### 4. Gaya hidup

- a. Merokok dapat menyebabkan perubahan kronis fungsi paru yang berdampak pada pola napas dan toleransi aktivitas.
- b. Stimulans seperti kafein dan tembakau dapat meningkatkan denyut jantung.
- c. Pola makan tinggi garam, asupan kalium rendah, dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah.

### 5. Lingkungan

- a. Suhu dan kebisingan lingkungan dapat memengaruhi denyut jantung dan kenyamanan pasien.
- b. Paparan lingkungan tertentu (misalnya polusi industri) dapat berkaitan dengan peningkatan masalah respirasi.
- c. Bayi dan lansia paling mudah terdampak perubahan lingkungan karena mekanisme pengaturan suhu mereka lebih terbatas.

### 6. Obat-obatan

- a. Berbagai obat dapat mengubah nadi, tekanan darah, atau pola napas baik secara langsung maupun tidak langsung.

- b. Contoh umum: obat tertentu menurunkan denyut jantung, sedangkan analgesik opioid dapat menekan frekuensi dan kedalaman napas serta menurunkan tekanan darah.
  - c. Karena itu, pengkajian TTV perlu selalu disertai riwayat obat, kewaspadaan terhadap efek samping, dan edukasi pasien bila obat berpotensi mengubah tanda vital.
7. Nyeri
- a. Respon terhadap nyeri tidak sama pada setiap orang, tetapi nyeri akut sering memicu aktivasi simpatis sehingga nadi, tekanan darah, dan frekuensi napas dapat meningkat.
  - b. Nyeri kronis pada beberapa kondisi dapat menunjukkan pola berbeda dan tidak selalu memunculkan respons simpatis yang sama seperti nyeri akut.
  - c. Karena nyeri dapat “menggeser” interpretasi TTV, penilaian nyeri sebaiknya menjadi bagian yang berjalan bersamaan saat pengukuran.
8. Faktor lain: aktivitas, stres, posisi tubuh, dan variasi harian
- a. Aktivitas fisik/olahraga meningkatkan metabolisme dan produksi panas; latihan rutin juga dapat memperkuat fungsi jantung sehingga respons TTV terhadap aktivitas bisa berbeda antara individu terlatih dan tidak terlatih.
  - b. Cemas dan stres mengaktifkan simpatis, meningkatkan hormon stres, menaikkan metabolisme, meningkatkan nadi, dan dapat meningkatkan tekanan darah.
  - c. Perubahan posisi (berbaring → duduk/berdiri) dapat menurunkan tekanan darah sementara; tubuh biasanya mengompensasi melalui refleks baroreseptor sehingga denyut jantung meningkat untuk menjaga perfusi.

- d. Variasi harian (diurnal/circadian): suhu tubuh dan beberapa parameter lain memiliki pola naik-turun dalam 24 jam; oleh karena itu waktu pengukuran dan pola harian pasien perlu dipertimbangkan.

#### 14.2.4 Prosedur Pengukuran TTV

Bagian ini memberikan panduan langkah demi langkah untuk latihan keterampilan pengukuran TTV (Ball et al., 2023; DeLaune & Ladner, 2011; Perry et al., 2025; Potter et al., 2026).

1. Suhu tubuh

Perubahan suhu sering menjadi petunjuk awal tentang berat ringannya kondisi pasien, sehingga pengukuran suhu sebaiknya tidak dipandang sekadar rutinitas. Rute pengukuran suhu tubuh adalah oral, rektal, aksila, timpani (telinga), dan dahi/temporal. Rentang acuan dewasa Adalah sekitar 36,2–37,7°C, dengan nilai rata rata sekitar 37°C. Suhu rektal (inti) biasanya sedikit lebih tinggi daripada oral (sekitar  $\pm 0,5^\circ\text{C}$ ). Suhu dapat berubah sepanjang hari dan dipengaruhi aktivitas. Oleh karena itu, catat waktu dan metode pengukuran untuk memudahkan interpretasi grafik.

2. Nadi

Nadi dinilai pada arteri yang mudah dijangkau, misalnya karotis, brakialis, radialis, femoralis, poplitea, dorsalis pedis, dan tibialis posterior. Lokasi yang paling sering digunakan adalah radialis (pergelangan tangan). Raba dengan ujung jari, sesuaikan tekanan bila sulit teraba, kemudian hitung 60 detik, atau 30 detik  $\times$  2 bila irama teratur. Rentang acuan dewasa umumnya 60–100 kali/menit (rata-rata sekitar 70). Tachycardia jika  $>100/\text{menit}$ , Bradycardia jika  $<60/\text{menit}$ . Selain frekuensi, keteraturan irama (kalau tidak

teratur, hitung 60 detik penuh) dan kekuatan nadi (kuat/lemah) juga dinilai dalam pengukuran ini.

### 3. Frekuensi napas

Frekuensi napas dinilai dengan cara mengamati naik-turun dada (inspirasi + ekspirasi = 1 napas). Untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat, jangan memberi tahu pasien bahwa RR sedang dihitung, karena pasien bisa mengubah pola napas. Cara praktis yang bisa dilakukan Adalah dengan menghitung RR setelah menghitung nadi saat tangan masih di pergelangan. Rentang acuan dewasa umumnya 12–20 kali/menit saat istirahat. Tachypnea jika napas lebih cepat dari normal, Bradypnea jika napas lebih lambat dari normal. RR bisa berbeda saat tidur dan bangun, dan dipengaruhi usia serta aktivitas.

### 4. Tekanan darah

Posisi standar untuk pengukuran TD Adalah pada lengan saat pasien duduk, punggung tersangga dan kedua kaki menapak. Nilai saat berbaring bisa lebih rendah. Hal yang paling menentukan akurasi adalah ukuran manset yang harus sesuai dan pemasangan manset yang harus kuat namun tidak longgar. Langkah penting sebelum auskultasi Adalah dengan mengecek sistolik palpasi dulu untuk menghindari tertipu oleh auscultatory gap. Kecepatan deflasi harus perlahan (sekitar 2–3 mmHg/detik) agar titik sistolik/diastolik terbaca tepat.

Prinsip interpretasi hasil pengukuran TD diagnosis hipertensi biasanya tidak dibuat dari satu kali ukur, tetapi dari beberapa pengukuran pada waktu berbeda karena TD sangat mudah berubah akibat aktivitas, emosi, dan zat stimulant, misalnya kafein. Pengukuran tambahan yang kadang diperlukan Adalah TD tungkai bila curiga masalah pembuluh besar tertentu atau bila diastolik

lengan tinggi, dan TD ortostatik bila pasien menggunakan antihipertensi, dicurigai hipovolemia, atau ada keluhan pusing saat berdiri.

#### 5. Nyeri

Nyeri bersifat subjektif, sehingga laporan pasien adalah indikator yang paling dapat diandalkan. Nyeri dinilai Bersama dengan TTV lainnya karena nyeri akut sering memicu perubahan fisiologis (nadi naik, RR naik, TD naik), sedangkan nyeri menetap kadang tidak menunjukkan perubahan TTV sebesar nyeri akut.

Pengkajian nyeri harus dilakukan secara komprehensif dengan menanyakan:

- a. Onset, yaitu untuk mengetahui kapan dan bagaimana nyeri mulai muncul,
- b. Provocation/Palliation, yaitu untuk mengenali apa yang memperberat dan apa yang mengurangi nyeri,
- c. Quality, yaitu untuk mengenali “rasa” nyeri, seperti rasa tertusuk, ditusuk-tusuk, tumpul, berdenyut, panas, terbakar, seperti tersetrum, kram, ditekan/terhimpit,
- d. Region/Radiation untuk mengetahui lokasi dan penjalaran nyeri,
- e. Severity (skala) untuk mengukur intensitas dan membuat baseline untuk evaluasi respons dengan menggunakan pilihan skala seperti NRS 0–10 (paling umum), VAS (garis 10 cm), dan Faces scale (anak/komunikasi terbatas),
- f. Time (timing/pola) untuk mengetahui pola nyeri sepanjang waktu, apakah episodik, terus-menerus, atau periodic,
- g. Understanding (meaning) untuk memahami persepsi pasien yang sering memengaruhi coping dan kecemasan,

- h. Values (goals) untuk menetapkan target realistis dan personal (patient-centered).

Selain itu, amati perilaku nyeri, seperti melindungi area nyeri, ekspresi wajah, perubahan aktivitas, berkeringat, gelisah, atau perubahan perhatian.

Pengukuran tanda tanda vital merupakan kompetensi dasar yang berfungsi sebagai “peta cepat” kondisi fisiologis pasien, sekaligus fondasi untuk mendeteksi perubahan klinis sejak dini. Dalam praktik, akurasi pengukuran sangat ditentukan oleh standardisasi teknik, kesiapan pasien, serta penggunaan alat yang sesuai. Tanpa itu, angka yang dihasilkan dapat menyesatkan dan berujung pada keputusan klinis yang tidak tepat. Bukti penelitian juga menunjukkan bahwa kesenjangan praktik masih nyata, misalnya frekuensi napas cenderung paling jarang didokumentasikan, padahal menjadi indikator sensitif deteriorasi. Oleh karena itu, konsistensi pengukuran lengkap dan pembacaan trend pada grafik menjadi kunci keselamatan pasien.

Selain keterampilan teknis, inti dari pengukuran TTV adalah kemampuan perawat menafsirkan data secara kontekstual, yaitu dengan membandingkan dengan baseline pasien, menilai hubungan antarparameter, dan mengidentifikasi tanda bahaya yang memerlukan eskalasi. Pada kondisi tertentu, pemantauan intermiten dapat melewatkan episode hipoksemia atau hipotensi yang terjadi di antara jadwal pengukuran, sehingga strategi pemantauan berbasis risiko dan kewaspadaan klinis tetap diperlukan. Pada akhirnya, TTV tidak berhenti pada pencatatan angka, tetapi menjadi dasar clinical judgement, komunikasi antarprofesi, dan evaluasi respons terhadap intervensi keperawatan maupun medis, sehingga asuhan yang diberikan lebih aman, komprehensif, dan responsif.



# Bab 15

## Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

### 15.1 Nutrisi dan Kesehatan

Nutrisi memiliki arti yang mencakup serangkaian proses mulai dari pengambilan zat gizi, absorpsi dan penggunaannya oleh jaringan tubuh. Penggunaan nutrisi oleh tubuh tidak hanya untuk menyediakan energi bagi manusia dalam beraktivitas, namun juga untuk membangun, memelihara dan memperbaiki jaringan tubuh. Terlebih bagi anak, energi yang dihasilkan dari nutrisi digunakan untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangannya.

Beberapa para ahli mengemukakan bahwa nutrisi dan kesehatan saling berkaitan erat. Nutrisi yang adekuat akan membangun sel-sel tubuh termasuk sel-sel imun untuk pertahanan tubuh sehingga individu tidak mudah sakit. Sedangkan pola makan yang buruk memengaruhi individu berisiko berpenyakit kronis. Hensrud (2024) mencontohkan obesitas adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia yang disebabkan karena pola makan yang buruk. Beberapa penyakit akibat pola makan yang buruk yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas antara lain penyakit

hati kronis, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung koroner, kanker, penyakit ginjal.

Tidak hanya terjadi pada orang dewasa, begitu pula anak-anak yang memiliki pola makan yang buruk akan memudahkan anak mudah sakit. Nutrisi yang tidak adekuat menyebabkan anak akan kehilangan berat badan, tingkat imunitas yang rendah, kerusakan membran mukosa dan mudahnya terinfeksi patogen dan pada akhirnya menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan (Katona & Katona-Apte, 2008). Akibat imunodefisiensi, anak akan mudah terinfeksi oleh penyakit seperti pneumonia, diare, malaria, dan campak.

Penyakit infeksi juga akan memengaruhi status nutrisi ataupun sebaliknya seperti lingkaran yang tidak berujung. Menurut Macallan (2009) infeksi akan menyebabkan individu mengalami anoreksia, meningkatkan metabolisme, katabolisme protein dan meningkatkan kebutuhan terhadap nutrisi tertentu. Anoreksia yang merupakan gejala umum pada anak yang sakit akan menyebabkan intake nutrisi menjadi tidak adekuat (Hockenberry & Wilson, 2009).

Intake nutrisi yang tidak adekuat akan menyebabkan individu fatigue, menurunkan imunitas, memperlama penyembuhan dan meningkatkan komplikasi penyakit (De Laune & Ladner, 2011). Peningkatan metabolisme pada akhirnya meningkatkan kebutuhan nutrisi karena adanya peningkatan konsumsi energi untuk aktivasi respon imun (Schaible & Kaufmann, 2007). Peningkatan konsumsi energi yang tidak diimbangi dengan suplai energi yang cukup dalam jangka panjang akan menyebabkan imbalance energi sehingga individu dapat mengalami malnutrisi.

Melihat kaitan erat antara status nutrisi dan kesehatan, maka perawat memiliki peranan yang penting untuk meningkatkan kesehatan individu termasuk juga memulihkan kesehatan pasien yang menjalani hospitalisasi dan mencegah komplikasi. Untuk itu, perawat harus memiliki pengetahuan tentang nutrisi yang adekuat. Pengetahuan ini akan membantu perawat dalam melakukan penilaian klinis dan pemikiran kritis untuk mengidentifikasi masalah nutrisi pasien dan melakukan intervensi

keperawatan dalam hal ini yang berkaitan dengan kebutuhan nutrisi pasien sehingga efektif dalam menyelesaikan masalah nutrisi jangka pendek dan jangka panjang.

## 15.2 Zat Gizi

Zat gizi diperlukan untuk mendukung berbagai fungsi tubuh sehingga mempertahankan kesehatan yang optimal. Komponen utama zat gizi terdiri dari makronutrien (karbohidrat, lemak dan protein), mikronutrien (vitamin, mineral elektrolit) dan air. Seluruh zat gizi tersebut bekerja secara sinergis.

DeLaune dan Ladner (2011), Harding (2023), Potter, Perry, Stockert, dan Ostendorf (2026) menjelaskan fungsi zat gizi tersebut sebagai berikut:

### 1. Karbohidrat

Merupakan sumber energi utama dan menghasilkan 4kal/g. Karbohidrat diklasifikasikan menjadi karbohidrat sederhana dan kompleks (polisakarida). Karbohidrat sederhana terdiri dari 2 bentuk yaitu monosakarida seperti glukosa dan fruktosa (biasanya dalam buah-buahan dan madu) dan disakarida seperti sukrosa, maltosa dan laktosa. Sedangkan karbohidrat kompleks didapati pada biji-bijian, kentang dan kacang-kacangan.

### 2. Protein

Protein digunakan untuk pertumbuhan, perbaikan dan pemeliharaan jaringan tubuh menghasilkan 4 kal/g. Kolagen, hormon, enzim, sel imun, asam deoksiribonukleat (DNA) dan asam ribonukleat (RNA) disintesis dari protein. Protein juga berperan dalam pembekuan darah, pengaturan keseimbangan cairan dan asam-basa. Untuk mencegah kehilangan protein tubuh, kebutuhan minimal harian minimal 20 sampai 30 gram protein.

Bentuk protein paling sederhana adalah asam amino yang dibagi menjadi 2 yaitu asam amino esensial (tidak dapat disintesis oleh tubuh, ketersediannya tergantung dari diet) dan non esensial (dapat disintesis oleh tubuh). Protein diklasifikasikan sebagai protein lengkap yaitu mengandung semua asam amino esensial dan protein tidak lengkap yaitu protein yang kekurangan satu atau lebih asam amino esensial seperti lisin, metionin dan triptofan). Protein lengkap biasanya didapatkan dari hewani seperti telur, ikan, susu, unggas dan daging. Sedangkan protein tidak lengkap didapatkan dari sebagian sayur-sayuran.

Semua asam amino esensial diperlukan oleh sel tubuh untuk anabolisme dan memperbaiki jaringan tubuh. Ketika karbohidrat mencukupi untuk memenuhi kebutuhan energi, maka protein digunakan sebagai sumber energi atau diubah menjadi karbohidrat maupun lemak yang selanjutnya disimpan dalam bentuk glikogen atau jaringan adiposa.

### 3. Lemak

Merupakan sumber utama bagi tubuh dan menghasilkan 9kal/g. Lemak berdasarkan jenisnya dibedakan menjadi 2 yaitu lemak yang berpotensi merugikan kesehatan seperti lemak jenuh dan lemak trans serta lemak yang lebih sehat yaitu lemak tak jenuh tunggal dan lemak tak jenuh ganda. Omega -3 adalah salah satu jenis lemak tak jenuh ganda yang bermanfaat bagi kesehatan jantung. Asupan lemak yang berlebih dapat berisiko menyebabkan obesitas, sehingga disarankan asupan asam lemak jenuh dibatasi kurang dari 10% total kebutuhan harian.

### 4. Vitamin

Vitamin menjadi katalis reaksi biokimia dalam metabolisme asam amino, lemak dan karbohidrat. Vitamin dibagi menjadi 2

kelompok yaitu vitamin larut air (vitamin C dan B kompleks) dan vitamin larut lemak (vitamin A,D,E dan K). Karena tubuh dapat menyimpan kelebihan vitamin larut lemak, maka konsumsi yang berlebihan dapat mengakibatkan toksisitas.

#### 5. Mineral

Mineral adalah unsur anorganik dibutuhkan untuk berbagai fungsi seperti memfasilitasi reaksi biokimia, membangun dan memperbaiki jaringan, membantu menyeimbangkan pH tubuh dan bertindak sebagai antioksidan seperti selenium. Makromineral atau mineral utama merupakan mineral yang dibutuhkan dalam jumlah lebih dari 100mg/ hari (seperti kalsium, fosfor dan natrium), ada juga mineral yang dibutuhkan dalam jumlah kecil (mikromineral) seperti zat besi, iodine, fluoride, zink. Mineral dapat disimpan dalam tubuh, namun bisa menjadi toksik jika dikonsumsi secara berlebihan.

#### 6. Air

Air membentuk 60% sampai 70% dari total berat badan. Karena luas permukaan tubuh bayi lebih besar, maka persentase total air pada bayi lebih banyak daripada orang dewasa. Sekitar dua pertiga cairan tubuh adalah ekstraseluler dan seperempat dari cairan ini terdapat pada intravaskular serta tiga perempatnya berupa cairan interstitial. Peranan air sangat penting bagi tubuh. Kehilangan air akan berdampak bagi fungsi tubuh karena setiap kehilangan air sebesar 2% sampai 5% dapat menurunkan performa kinerja sebesar 30%. Beberapa peranan air dalam tubuh adalah mengangkut nutrisi dan oksigen dari darah ke sel dan membuang limbah dan zat lain dari sel ke darah agar dapat dibuang oleh tubuh, memberi bentuk dan struktur sel, sebagai pelumas persendian, mengatur suhu tubuh, dan melindungi organ tubuh.

## 15.3 Faktor-faktor yang Memengaruhi Status Nutrisi

Pengetahuan tentang faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya akan sangat penting bagi perawat dalam membantu pasien mencapai status nutrisi yang optimal.

Faktor-faktor tersebut antara lain:

### 1. Usia

Pertumbuhan yang sesuai dengan usia merupakan tanda bahwa asupan nutrisinya cukup dan sebaliknya pada anak-anak dengan pertumbuhan yang abnormal, maka diperlukan evaluasi terhadap pola makan dan apakah terdapat penyakit yang menyertai. Pada anak, kebutuhan nutrisi akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Sedangkan pada masa dewasa muda dan lansia, kebutuhan nutrisi menurun dengan seiringnya menurunnya pertumbuhan. Nutrisi pada masa ini diperlukan untuk pemeliharaan dan perbaikan jaringan tubuh. Oleh karena itu pada masa ini jika pola makan tidak baik dan berkurangnya aktivitas fisik, maka akan meningkatkan risiko obesitas.

### 2. Penyakit

Saat sakit, kebutuhan nutrisi akan meningkat. Menurut Harding (2023), demam adalah gejala umum yang dialami pada kondisi cedera, infeksi yang dapat meningkatkan basal metabolic rate (BMR) dimana satu derajat Fahrenheit meningkatkan BMR sekitar 7%. Saat sakit, nafsu makan menurun, mual dan muntah akan menurunkan intake makanan yang pada akhirnya tubuh akan memecah cadangan energi dari protein dan lemak untuk mendapatkan energi. Jika hal ini berlangsung lama, maka pasien akan mengalami malnutrisi.

### 3. Lingkungan

Makan bersama merupakan aktivitas sosial yang menjadi budaya di masyarakat untuk menciptakan kebersamaan anggota keluarga. Orang tua yang bekerja atau keluarga yang memiliki aktivitas yang sibuk, cenderung akan melewatkan sarapan atau menyediakan makanan yang cenderung cepat disajikan, biasanya makanan cenderung tinggi karbohidrat dan lemak. Praktik diit seperti pemilihan makanan saat masa kanak-kanak juga memengaruhi pola makan pada saat dewasa dan berdampak pada kesehatan. Pengaruh lingkungan juga akan memengaruhi seseorang untuk beraktivitas seperti berolahraga, memperhatikan kecukupan istirahat, dan mengelola stress. Dan hal-hal tersebut akan memengaruhi status nutrisi seseorang.

### 4. Budaya dan agama

Budaya dan agama memengaruhi kepercayaan unik seseorang terhadap praktik diit dari mulai kepercayaan tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang, sampai pada bagaimana cara menyiapkannya dan waktu makan. Misalnya agama Islam melarang umatnya untuk mengonsumsi olahan dari daging babi dan larangan meminum alkohol. Perawat harus memiliki rasa hormat terhadap kepercayaan pasien terkait makanan dan mempelajari budaya pasien agar dapat melakukan intervensi perawatan nutrisi sesuai dengan budaya dan agama pasien.

### 5. Kondisi emosional

Kondisi emosional dapat memengaruhi seseorang dalam mengonsumsi makanan. Saat mengalami stress, seseorang dapat berkecenderungan untuk makan berlebihan ataupun sebaliknya kehilangan nafsu makannya.

## 6. Obat-obatan

Beberapa obat mempunyai efek samping yang dapat memengaruhi kondisi nutrisi pasien seperti perubahan rasa, mual, muntah ataupun menurunkan nafsu makan. Saat melakukan pengkajian, perawat mengkaji tentang penggunaan obat-obatan yang dapat menyebabkan masalah nutrisi pada pasien.

# 15.4 Pengkajian Status Nutrisi

Untuk dapat mengambil keputusan klinis dalam menangani masalah nutrisi pasien, perawat melakukan penilaian klinis pasien dengan mendapatkan data yang komprehensif melalui anamnesis, riwayat kesehatan, riwayat diet pasien, pengkajian fisik dan menganalisis data penunjang. Perawat harus mampu mengenali secara dini tanda dan gejala malnutrisi (kekurangan dan kelebihan nutrisi) atau risiko malnutrisi. Hasil pengkajian yang akurat dan relevan menjadi dasar dalam menegakkan diagnosis keperawatan sehingga dapat memberikann intervensi nutrisi yang tepat.

Berikut ini data pengkajian untuk mendapatkan informasi terkait dengan status nutrisi pasien:

## 15.4.1 Anamnesis

Beberapa pertanyaan yang bisa diajukan pada pasien atau keluarga untuk mendapatkan informasi berkaitan dengan masalah nutrisi pasien antara lain (Harding, 2023; Williams, 2026):

1. Riwayat kesehatan: apakah pasien pernah menderita penyakit seperti luka bakar, penyakit ginggal, hati kronis, obstruksi saluran pencernaan, ketidakmampuan menelan ataupun mengunyah, penyakit menular, fraktur dengan imobilitas berkepanjangan dll;

2. Status nutrisi: pola makan seperti jenis makanan yang biasa dikonsumsi, pemilihan makanan, frekuensi makan, kepercayaan terhadap praktik diet; riwayat alergi terhadap makanan, intoleransi makanan; peningkatan atau penurunan berat badan (BB), adanya penurunan nafsu makan, adanya konstipasi, diare;
3. Obat-obatan: kortikosteroid, kemoterapi, pil diet, herbal;
4. Riwayat pembedahan;
5. Pola aktivitas: olahraga, penurunan aktivitas, kelelahan, kelemahan.

### 15.4.2 Skrining Gizi

Akreditasi Joint Commission International (JCI) telah mewajibkan penggunaan skrining gizi pada semua pasien dalam waktu 24 jam setelah masuk ke rumah sakit. Skrining gizi merupakan metode cepat penilaian gizi awal untuk mengidentifikasi adanya risiko atau aktual masalah gizi.

Metode ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi dengan cara menggabungkan data tentang respon pasien saat ini (adakah diet yang dimodifikasi, penurunan BB, masalah nutrisi seperti mual muntah, diare, konstipasi), pengukuran objektif seperti BB, tinggi badan (TB), perubahan BB serta mendata diagnosis dan adanya penyakit penyerta lainnya (American Diabetes Association, 2023).

### 15.4.3 Pemeriksaan Fisik

Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat dalam melakukan penilaian klinis pasien melalui pemeriksaan fisik, antara lain:

1. Amati penampilan umum pasien, terlihat kurus, obes, adakah pengecilan otot, lihat apakah terdapat lemak subkutan yang sedikit.
2. Lakukan pengukuran antropometri seperti BB, TB, catat jika ada penambahan atau penurunan BB dan pada anak, lakukan

pengukuran lingkar kepala sampai anak berusia 36 bulan (Hendricks, 2000). Selain BB dan TB, pengukuran antropometri lainnya dapat dilakukan dengan mengukur ketebalan lipatan kulit (sebagai indikator cadangan lemak subkutan) dan lingkar otot lengan tengah (indikator cadangan protein).

Setelah pengukuran BB dan TB, tentukan nilai Indeks Massa Tubuh (IMT). Nilai IMT memberikan informasi yang lebih bermanfaat daripada data BB saja karena dapat memperkirakan massa lemak tubuh dimana risiko penyakit meningkat (Williams, 2026).

Berikut ini rumus menghitung IMT:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Nilai IMT yang direkomendasikan adalah 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>, nilai di bawah 18,5 kg/m<sup>2</sup> dianggap kekurangan BB, antara 25 kg/m<sup>2</sup> dan 29,9 kg/m<sup>2</sup> kelebihan berat badan, di atas 30 kg/m<sup>2</sup> dikategorikan sebagai obesitas, dan di atas 40 kg/m<sup>2</sup> obesitas morbid dan berisiko tinggi terhadap penyakit seperti jantung koroner, kanker, diabetes melitus dan hipertensi (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, & Kwong, 2017).

Pada anak, untuk dapat menginterpretasikan pengukuran antropometri, maka diperlukan data penyerta seperti umur dan jenis kelamin sehingga diperoleh indeks antropometri. Selanjutnya analisis nilai indeks antropometri menggunakan nilai z-score atau standar deviasi (SD) pada grafik pertumbuhan WHO dan nilai persentil pada grafik pertumbuhan Centre for Disease Control tahun 2000 (Gibson, 2024).

3. Lakukan penilaian status fungsional. Penilaian ini menilai kemampuan pasien melakukan aktivitas sehari-hari. Penilaian ini

bisa menggunakan instrumen seperti indeks Kartz dan skala Lawton atau menggunakan penilaian kekuatan genggam tangan atau dengan tes kinerja seperti tes berjalan berwaktu dan berdiri dari kursi sebagai penanda kekuatan ekstremitas bawah (Harding, 2023).

4. Lakukan pemeriksaan fisik secara lengkap. Berikut ini tabel yang menjelaskan tanda-tanda klinis adanya perubahan status gizi:

**Tabel 15.1:** Tanda-tanda Klinis Perubahan Status Gizi (Sumber: Harding, 2023; Potter, Perry, Stockert, dan Ostendorf, 2026; Williams, 2026)

Pemeriksaan	Temuan
Penampilan Umum	Terlihat lesu, lalah, tidak bertenaga, mudah tertidur, apatis, kurus
Sikap	Postur tubuh buruk, punggung bungkuk, dada cekung
Otot	Tonus/ kekuatan otot lemah, nyeri, mobilitas terganggu
Status Mental	Tidak/ sulit berkonsentrasi, mudah tersinggung, bingung
Fungsi Neurologis	Parastesia, kelemahan motorik, kehilangan kemampuan merasakan posisi/ getaran, menurunnya refleks pergelangan kaki/ lutut
Fungsi Gastrointestinal	Anoreksia, konstipasi, diare, gejala malabsorpsi, organomegali, distensi abdomen
Kardiovaskular	Denyut jantung meningkat atau tekanan darah menurun, aritmia, edema perifer
Rambut	Kusam, rapuh, kering, tipis dan jarang, rontok, kehilangan pigmen
Wajah	Bengkak, kantung mata hitam
Mata	Konjungtiva anemis, terdapat kemerahan dan retakan pada sudut kelopak mata, mata kering atau infeksi

Pemeriksaan	Temuan
Bibir	Kering, kemerahan, lesi di sudut bibir (angular cheilosis), fisura, stomatitis
Rongga mulut	Glositis, atrofi atau hipertrofi papila filiformis (lidah merah), gigi tanggal, gigi karies, gusi mudah berdarah
Kulit	Kering, bersisik, pucat, iritasi, memar, petekie
Kuku	Koilonychia (kondisi kuku yang cekung di tengahnya seperti sendok, tipis dan lunak), retak, mudah patah dan bergerigi tipis
Kaki	Edema, kebas/ kesemutan, kelemahan, lesi

#### 15.4.4 Pemeriksaan Penunjang

Penilaian terhadap data biokimia merupakan data objektif yang penting dalam menganalisis masalah nutrisi dan metabolisme. DeLaune dan Ladner (2011) menyebutkan pemeriksaan laboratorium yang digunakan untuk menganalisis adanya masalah nutrisi antara lain elektrolit, kadar hemoglobin, jumlah limfosit total, albumin serum, blood urea nitrogen (BUN), dan kreatinin.

### 15.5 Diagnosis Keperawatan

Setelah mengumpulkan data, maka selanjutnya perawat melakukan analisis data agar dapat menegakkan masalah keperawatan secara tepat.

Adapun masalah keperawatan yang dapat ditegakkan yang berkaitan dengan nutrisi berdasarkan standar diagnosis keperawatan indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) adalah:

1. Risiko/ Aktual Defisit nutrisi
2. Obesitas
3. Risiko/ Aktual Perfusi perifer tidak efektif

4. Gangguan menelan
5. Risiko aspirasi
6. Risiko/ aktual Ketidakstabilan kadar glukosa darah
7. Hipervolemia

## 15.6 Intervensi Keperawatan

Setelah menetapkan diagnosis keperawatan sesuai prioritas, perawat merencanakan asuhan keperawatan, baik secara mandiri maupun kolaboratif.

Adapun intervensi perawat untuk mengatasi masalah nutrisi pasien antara lain (Harding, 2023; Potter, Perry, Stockert, & Ostendorf, 2026):

1. Ciptakan lingkungan yang mendukung nafsu makan pasien menjadi adekuat seperti:
  - a. Lingkungan perawatan bebas bau;
  - b. Letakkan urinal, pispot di tempat yang tidak terlihat;
  - c. Bantu pasien/ keluarga untuk merapikan tempat tidur dari barang-barang yang berserakan;
  - d. Posisikan pasien dengan nyaman dan letakkan meja makan tempat tidur dengan ketinggian yang tepat,
  - e. Bantu pasien untuk menjaga kebersihan mulut untuk memberikan rasa nyaman pasien;
  - f. Ciptakan waktu makan pasien menjadi hal yang menyenangkan, misalnya dengan melibatkan keluarga atau pengunjung makan bersama, atau jadikan waktu makan pasien sambil berdiskusi tentang edukasi diit pasien;

2. Berikan porsi makan kecil dan lebih sering.
3. Berikan kesempatan pasien untuk menentukan urutan makanan yang akan dimakan. Hal ini akan membantu pasien dalam menjaga kemandirian dan kontrol diri mereka;
4. Berikan edukasi tentang diet terapeutik yang harus dijalani pasien;
5. Dampingi pasien yang mengalami kesulitan mengunyah atau menelan seperti pasien disfagia, atau pasien dengan refleks muntah/ batuk menurun karena memiliki risiko aspirasi. Posisikan pasien duduk atau naikkan kepala tempat tidur 90 derajat dan pertahankan posisi tersebut setelah pemberian makan 30 menit sampai 1 jam.
6. Ajarkan keluarga untuk memberi makanan pada pasien dengan kelemahan unilateral dengan meletakkan makanan di sisi mulut yang lebih kuat.
7. Nilai kebutuhan pasien terhadap kebutuhan obat-obatan untuk merangsang nafsu makan ataupun kebutuhan akan suplemen;
8. Kolaborasikan dengan ahli gizi dalam menentukan viskositas makanan yang lebih toleransi pasien disfagia.

Idealnya pasien mendapatkan nutrisi secara oral, namun jika pemberian makan oral tidak memungkinkan, maka pemberian nutrisi dapat diberikan secara enteral dan parenteral.

### 15.6.1 Nutrisi Enteral

Pemberian nutrisi secara enteral adalah pemberian nutrisi ke dalam saluran gastrointestinal melalui selang yang dimasukkan baik dari hidung, mulut atau langsung ke dalam lambung atau usus kecil melalui stoma di dinding perut (Harding, 2023). Menurut Axelrod, Kazmerski, dan Iyer (2006) dibandingkan dengan pemberian nutrisi secara parenteral, maka pemberian nutrisi secara enteral lebih bermanfaat karena biaya lebih murah,

komplikasi infeksi lebih kecil, mengurangi translokasi bakteri dan dapat mengurangi insiden PN-associated liver dysfunction (PNALD).

Pemberian nutrisi enteral dapat diberikan dalam jangka pendek dan panjang. Pemberian nutrisi enteral jangka pendek dapat melalui selang oro/nasogastik. Sedangkan pemberian nutrisi jangka panjang (lebih dari 4 minggu) dapat melalui gastrostomi. Percutaneous endoscopic gastrostomy merupakan teknik invasif minimal yang mudah dan aman untuk menempatkan selang makan ke dalam lambung atau jejunum (Holmes, 2012).

Axelrod, Kazmerski, & Iyer (2006) menyebutkan indikasi pemasangan selang enteral dapat dilakukan pada pasien yang memiliki fungsi gastrointestinal baik namun intake secara oral tidak adekuat.

National Collaborating Centre for Acute Care (2006) menyebutkan beberapa kondisi pasien yang menjadi indikasi pemberian nutrisi enteral antara lain:

1. Pasien yang mengalami gangguan kesadaran seperti injuri kepala, pasien dengan ventilasi mekanik;
2. Pasien dengan gangguan menelan karena kerusakan neuromuskular seperti multiple sclerosis, gangguan saraf motorik, penyakit parkinson,
3. Pasien yang mengalami anoreksia fisiologis seperti pada pasien kanker, sepsis, liver, hiv,
4. Pasien dengan obstruksi saluran gastrointestinal atas misalnya striktur atau tumor oro-faringeal atau esophageal,
5. Pasien dengan disfungsi gastrointestinal atau malabsorpsi atau gastroesofageal refluks, pasien dengan cystic fibrosis, luka bakar,
6. Pasien yang mengalami masalah psikologis seperti depresi berat, anoreksia nervosa,
7. Pasien dengan penyakit inflammatory bowel disease, pasien pasca operasi kanker kepala dan leher dan

8. Pasien dengan gangguan mental seperti demensia.

### 15.6.2 Nutrisi Parenteral

DeLaune dan Ladner (2011) menjelaskan nutrisi parenteral merupakan bentuk pemberian nutrisi melalui intravena atau disebut sebagai total parenteral nutrition (TPN). Komposisi cairan yang diberikan antara lain dekstrosa, asam amino, lemak, asam lemak esensial, vitamin dan mineral. Nutrisi parenteral diberikan pada pasien yang tidak mampu untuk mencerna nutrisi enteral. Beberapa indikasi pasien yang mendapat TPN antara lain pasien pasca operasi karena ileus, pasien dengan ulkus pada usus atau mengalami peradangan yang membutuhkan istirahat (seperti pada penyakit Crohn dan colitis, enteritis radiasi, pankreatitis akut atau nekrotik), pasien dengan kelainan bawaan sebelum perbaikan dengan operasi (obstruksi usus, fistula trakeo-esofagus, omfalokel), pasien kanker yang menerima kemoterapi atau radioterapi).

Harding (2023) menjelaskan nutrisi parenteral dapat diberikan melalui jalur sentral biasanya diberikan melalui vena cava superior maupun melalui perifer. Pemberian nutrisi parenteral secara sentral diindikasikan jika pasien membutuhkan protein dan kalori yang tinggi yang bersifat hipertonik dan diberikan dalam jangka panjang. Sedangkan pemberian nutrisi parenteral secara perifer diberikan jika nutrisi diberikan dalam waktu yang singkat, kebutuhan kalori dan protein tidak tinggi, adanya risiko penggunaan kateter sentral terlalu besar dan diberikan hanya untuk melengkapi asupan oral yang kurang memadai.

# Bab 16

## Kebutuhan Istirahat dan Tidur

### 16.1 Konsep Dasar Istirahat dan Tidur

#### 16.1.1 Definisi

Kebutuhan istirahat dan tidur adalah kebutuhan fisiologis dasar manusia yang berperan penting dalam mempertahankan keseimbangan fungsi biologis, psikologis, dan sosial. Istirahat dan tidur memungkinkan tubuh serta sistem saraf pusat untuk melakukan proses pemulihan, regenerasi sel, dan konsolidasi fungsi kognitif. Istirahat didefinisikan sebagai keadaan relaksasi fisik dan mental yang ditandai dengan berkurangnya aktivitas tubuh, baik secara sadar maupun tidak sadar, dengan tujuan mengurangi kelelahan dan mempertahankan energi.

Istirahat tidak selalu berarti tidur, tetapi mencakup berbagai aktivitas yang memberikan ketenangan dan pemulihan, seperti duduk santai atau relaksasi. Dalam perspektif keperawatan, istirahat didefinisikan sebagai keadaan relaksasi fisik dan mental yang ditandai dengan penurunan aktivitas tubuh dan metabolisme, sehingga membantu mengurangi

kelelahan dan mempertahankan energi. Tidur merupakan kondisi fisiologis yang bersifat periodik dan reversibel, ditandai dengan penurunan kesadaran, respons terhadap rangsangan, serta aktivitas motorik. Tidur terbagi beberapa fase (N REM dan REM) yang masing-masing memiliki fungsi penting dalam pemulihan fisik, regulasi emosi, penguatan memori, dan pemeliharaan sistem imun.

Kebutuhan istirahat dan tidur adalah kebutuhan yang harus dipenuhi secara adekuat agar individu dapat mempertahankan kesehatan optimal, meningkatkan fungsi kognitif, menjaga keseimbangan emosional, serta mendukung kemampuan adaptasi terhadap aktivitas sehari-hari. Ketidak terpenuhi kebutuhan istirahat dan tidur dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan, seperti kelelahan, gangguan konsentrasi, perubahan emosi, serta penurunan daya tahan tubuh, sehingga pemenuhan kebutuhan ini merupakan bagian penting dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan.

### 16.1.2 Teori - Teori Tidur

#### 1. Teori Pemulihan (Restorative Theory)

Teori pemulihan menyatakan bahwa tidur berfungsi untuk memulihkan dan memperbaiki fungsi fisiologis tubuh yang mengalami kelelahan akibat aktivitas selama periode terjaga. Selama tidur, terutama pada fase Non Rapid Eye Movement (N REM), merupakan proses perbaikan jaringan, peningkatan sintesis protein, serta pelepasan hormon pertumbuhan yang berperan penting dalam regenerasi sel dan pemulihan energi. Oleh karena itu, tidur dipandang sebagai kebutuhan biologis esensial untuk mempertahankan kesehatan fisik dan mental (Potter, 2021).

#### 2. Teori Konservasi Energi (Energy Conservation Theory)

Teori ini menjelaskan bahwa tidur berfungsi untuk mengurangi penggunaan energi dan mempertahankan cadangan energi tubuh. Selama tidur, laju metabolisme basal, denyut jantung, dan

konsumsi oksigen menurun sehingga tubuh berada dalam kondisi hemat energi. Dengan demikian, tidur memungkinkan tubuh mempersiapkan diri untuk aktivitas fisik dan mental pada periode terjaga berikutnya (Khasawneh, 2020).

### 3. Teori Otak Adaptif (Adaptive Brain Theory)

Teori otak adaptif menyatakan bahwa tidur, khususnya fase Rapid Eye Movement (REM), berperan penting dalam pemulihan fungsi kognitif otak. Selama tidur REM, otak memproses, mengintegrasikan, dan menyimpan informasi yang diperoleh selama periode terjaga. Teori ini menekankan peran tidur dalam pembelajaran, konsolidasi memori, serta regulasi emosi (Siegel, J. M.2022).

### 4. Teori Sinkronisasi Ritme Circadian (Circadian Rhythm Theory)

Teori ini menyatakan bahwa tidur dikendalikan oleh ritme biologis tubuh yang dikenal sebagai ritme circadian, yang diatur oleh supra chiasmatic nucleus (SCN) di hipotalamus. Ritme circadian dipengaruhi oleh siklus terang - gelap lingkungan dan mengatur waktu tidur, bangun, suhu tubuh, serta sekresi hormon seperti melatonin. Gangguan pada ritme circadian dapat menyebabkan gangguan tidur dan penurunan fungsi fisiologis (National Sleep Foundation, 2023). Menyimpan informasi yang diperoleh selama periode terjaga. Teori ini menekankan peran tidur dalam pembelajaran, konsolidasi memori, serta regulasi emosi (Siegel, J. M.2022).

## 16.1.3 Tujuan

Dalam konteks keperawatan, pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur bertujuan untuk mendukung proses penyembuhan dan mempertahankan stabilitas fisiologis pasien. Istirahat dan tidur yang adekuat membantu mempercepat regenerasi sel, meningkatkan fungsi sistem imun, serta

menjaga keseimbangan sistem saraf dan metabolisme tubuh. Selain itu, pemenuhan kebutuhan ini bertujuan untuk mengurangi kelelahan, nyeri, dan stres, serta meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien selama menjalani perawatan. Secara keperawatan, istirahat dan tidur juga berfungsi untuk mendukung pemulihan fungsi kognitif dan emosional sehingga pasien mampu berpartisipasi secara optimal dalam proses asuhan keperawatan.

Dalam perspektif non keperawatan atau umum, pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur bertujuan untuk mempertahankan kesehatan dan kebugaran individu secara menyeluruh. Istirahat dan tidur yang cukup berfungsi untuk memulihkan energi fisik, menjaga fungsi otak, meningkatkan konsentrasi dan daya ingat, serta mengatur keseimbangan emosi dan perilaku. Selain itu, istirahat dan tidur berperan dalam meningkatkan produktivitas, kemampuan belajar, dan kualitas interaksi sosial, serta mencegah terjadinya gangguan kesehatan akibat kelelahan fisik maupun mental.

## 16.2 Fisiologi Tidur

### 16.2.1 Mekanisme Neurophysiology Tidur

Tidur merupakan proses biologis aktif yang diatur oleh interaksi kompleks antara struktur otak, neurotransmitter, dan sistem regulasi homeostatis serta circadian. Mekanisme neurophysiology tidur terutama melibatkan hypothalamus, batang otak, thalamus, dan korteks cerebri yang bekerja secara terkoordinasi untuk mengatur siklus tidur dan bangun.

#### 1. Peran Sistem Reticular Aktivitas (Reticular Activating System/RAS)

Sistem reticular aktivitas yang terletak di batang otak berperan penting dalam mempertahankan keadaan bangun dan kewaspadaan. Selama kondisi terjaga, RAS menstimulasi korteks

cerebri melalui neurotransmitter seperti acetylcholine, norepinephrine, dopamine, serotonin, dan histamin. Penurunan aktivitas RAS menyebabkan berkurangnya stimulasi cortical sehingga individu memasuki fase tidur, khususnya tidur N REM.

## 2. Peran Hipotalamus dan Nukleus Supra chiasmaticus (SCN)

Hipotalamus berfungsi sebagai pusat utama pengatur tidur. Nukleus Supra chiasmaticus (SCN) berperan sebagai “jam biologis” tubuh yang mengatur ritme circadian berdasarkan siklus terang dan gelap. SCN mengontrol sekresi hormon melatonin oleh kelenjar pineal, yang meningkat pada malam hari dan berperan dalam memfasilitasi onset tidur.

## 3. Mekanisme Neurotransmitter

Tidur diatur oleh keseimbangan antara neurotransmitter yang bersifat excitatory dan inhibitory. Gamma - amino butyric acid (GABA) merupakan neurotransmitter inhibitory utama yang menekan aktivitas neuron sistem bangun, khususnya pada area hypothalamus posterior dan batang otak. Sebaliknya, penurunan aktivitas neurotransmitter excitatory seperti norepinephrine dan serotonin berkontribusi terhadap transisi dari bangun ke tidur.

## 4. Mekanisme Tidur N REM dan REM

Tidur N REM merupakan akibat penurunan aktivitas RAS dan peningkatan pengaruh neuron inhibitor. Tahap ini ditandai dengan penurunan frekuensi gelombang otak, relaksasi otot, serta penurunan denyut jantung dan tekanan darah. Tidur REM dikendalikan oleh pusat di pons, khususnya neuron cholinergic, yang mengaktifkan korteks cerebri namun disertai inhibisi motorik pada medula spinalis. Kondisi ini menyebabkan mimpi yang jelas serta atonia otot.

## 5. Regulasi Homeostatis Tidur

Selain ritme circadian, tidur juga diatur oleh mekanisme homeostatis yang dipengaruhi oleh lamanya waktu terjaga. Akumulasi zat kimia seperti adenosine di otak selama periode bangun meningkatkan dorongan untuk tidur. Selama tidur, kadar adenosine menurun sehingga kebutuhan tidur berkurang.

## 6. Peran Sistem Saraf Pusat

Sistem Saraf Pusat (SSP) merupakan bagian utama dari sistem saraf yang terdiri atas otak dan medula spinalis (sumsum tulang belakang). SSP berperan sebagai pusat pengendali dan mengoordinasi seluruh aktivitas tubuh, baik yang bersifat sadar maupun tidak sadar. Secara fisiologis, SSP berfungsi menerima, mengolah, mengintegrasikan, serta merespons informasi yang berasal dari lingkungan internal dan eksternal tubuh.

### a. Pusat Pengolahan dan Integrasi Informasi

Sistem Saraf Pusat berperan sebagai pusat integrasi impuls saraf yang diterima dari sistem saraf perifer. Informasi sensori yang berasal dari reseptor tubuh akan diproses di otak untuk menghasilkan respons yang sesuai. Proses ini memungkinkan individu untuk merasakan, menafsirkan, dan merespons rangsangan secara adaptif.

### b. Pengendalian Fungsi Motorik

SSP mengatur aktivitas motorik melalui koordinasi antara korteks motorik, ganglia basalia, cerebellum, dan medula spinalis. Sistem ini memungkinkan terjadinya gerakan sadar (volunter) seperti berjalan dan menulis, serta gerakan refleks yang berlangsung secara otomatis untuk melindungi tubuh dari cedera.

c. Pengaturan Fungsi Otonom Tubuh

Sistem Saraf Pusat mengendalikan sistem saraf otonom yang meliputi sistem saraf simpati dan para simpatis. Melalui mekanisme ini, SSP mengatur fungsi vital tubuh seperti denyut jantung, tekanan darah, pernapasan, pencernaan, dan regulasi suhu tubuh guna mempertahankan homeostasis.

d. Pusat Kesadaran, Kognisi, dan Emosi

Otak sebagai bagian utama SSP berperan dalam fungsi kognitif tingkat tinggi, seperti berpikir, belajar, memori, bahasa, dan pengambilan keputusan. Selain itu, SSP juga mengatur emosi dan perilaku melalui sistem limbic, yang berhubungan erat dengan respons emosional dan motivasi.

e. Pengaturan Siklus Tidur dan Bangun

Sistem Saraf Pusat memiliki peran penting dalam pengaturan siklus tidur dan bangun melalui kerja hypothalamus, formation reticular, dan neurotransmitter tertentu. Mekanisme ini berfungsi menjaga keseimbangan ritme circadian yang berpengaruh terhadap kualitas tidur dan fungsi fisiologis tubuh secara keseluruhan.

f. Koordinasi Respons Refleks

Medula spinalis berperan sebagai pusat refleks, memungkinkan tubuh memberikan respons cepat terhadap rangsangan tanpa melibatkan kesadaran penuh. Refleks ini penting untuk perlindungan tubuh dan efisiensi fungsi motorik.

## 16.2.2 Ritme Circadian dan Jam Biologis dalam Istirahat dan Tidur

### 1. Pengertian Ritme Circadian

Ritme circadian merupakan pola biologis endogen yang berulang secara periodik setiap  $\pm 24$  jam dan mengatur berbagai fungsi fisiologis manusia, termasuk siklus tidur – bangun, suhu tubuh, sekresi hormon, tekanan darah, dan tingkat kewaspadaan. Ritme ini dikendalikan oleh sistem saraf pusat dan disinkronkan dengan faktor lingkungan, terutama siklus terang – gelap (cahaya). Dalam konteks istirahat dan tidur, ritme circadian berperan penting dalam menentukan waktu optimal seseorang untuk tidur dan bangun. Gangguan pada ritme circadian dapat menyebabkan kesulitan tidur, kantuk berlebih pada siang hari, serta penurunan fungsi fisik dan kognitif.

### 2. Jam Biologis (Biological Clock)

Jam biologis adalah mekanisme pengatur internal tubuh yang mengendalikan ritme circadian. Pusat utama jam biologis terletak pada nukleus supra chiasmatic (Supra chiasmatic Nucleus/SCN) di hypothalamus. SCN menerima informasi cahaya dari retina melalui traktus retinohipotalamik, sehingga cahaya merupakan stimulus utama dalam pengaturan siklus tidur dan bangun. Jam biologis mengatur pelepasan hormon yang berperan dalam tidur, terutama: Melatonin, yang disekresikan oleh kelenjar pineal dan meningkat pada malam hari untuk memfasilitasi tidur, cortisol, yang cenderung meningkat pada pagi hari untuk meningkatkan kewaspadaan dan energi.

### 3. Peran Ritme Circadian dan Jam Biologis dalam Tidur

Ritme circadian dan jam biologis bekerja bersama untuk:

- a. Menentukan waktu tidur dan bangun yang konsisten,

- b. Mengatur transisi antara tidur N REM dan REM.
- c. Menjaga kualitas dan durasi tidur yang optimal ,
- d. Menyesuaikan fungsi tubuh dengan lingkungan (adaptasi siang – malam).

Ketidaksinkronan antara ritme circadian dan jadwal tidur, seperti pada pekerja shift, jet lag, atau penggunaan gawai berlebihan pada malam hari, dapat mengakibatkan gangguan istirahat dan tidur.

#### 4. Implikasi dalam Keperawatan

Dalam praktik keperawatan, pemahaman tentang ritme circadian dan jam biologis penting untuk:

- a. Mengkaji pola tidur klien secara holistic
- b. Menyusun intervensi keperawatan yang mendukung tidur alami
- c. Mengatur waktu pemberian tindakan atau obat agar sesuai dengan ritme biologis pasien
- d. Mencegah dan menangani gangguan tidur, terutama pada pasien rawat inap

### 16.2.3 Fungsi Kebutuhan Istirahat Dan Tidur Dalam Keperawatan

Adalah sebagai komponen penting dalam pemeliharaan dan pemulihan kesehatan individu. Istirahat dan tidur berfungsi untuk mendukung proses regenerasi sel dan perbaikan jaringan tubuh, meningkatkan efektivitas sistem imun, serta menjaga keseimbangan fungsi fisiologis tubuh, termasuk sistem saraf, kardiovaskular, dan endokrin. Selain itu, istirahat dan tidur berfungsi dalam menjaga stabilitas psikologis pasien dengan membantu regulasi emosi, mengurangi tingkat stres dan kecemasan, serta meningkatkan kemampuan kognitif seperti konsentrasi, daya ingat, dan pengambilan keputusan.

Dalam asuhan keperawatan, pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur juga berfungsi untuk meningkatkan toleransi pasien terhadap nyeri dan prosedur keperawatan, mempercepat proses penyembuhan, serta meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien. Dengan demikian, pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur yang adekuat menjadi dasar penting dalam perencanaan dan pelaksanaan intervensi keperawatan guna mencapai kondisi kesehatan yang optimal dan mencegah terjadinya komplikasi akibat kelelahan fisik maupun mental.

### 16.2.4 Tahapan Tidur

Tidur merupakan proses fisiologis yang bersifat siklik dan berulang, terdiri atas dua fase utama, yaitu Non - Rapid Eye Movement (N REM) dan Rapid Eye Movement (REM). Dalam praktik keperawatan, pemahaman mengenai tahapan tidur penting untuk menilai kualitas istirahat, mengidentifikasi gangguan tidur, serta merencanakan intervensi keperawatan yang tepat.

#### **Tahap Non - Rapid Eye Movement (N REM)**

Tidur N REM terbagi tiga tahap, yaitu tahap N1, N2, dan N3, yang mencerminkan peningkatan kedalaman tidur.

##### 1. Tahap N1 (Tidur Ringan)

Tahap N1 merupakan transisi antara keadaan terjaga dan tidur. Pada tahap ini, aktivitas gelombang otak mulai melambat, tonus otot menurun, dan individu masih mudah dibangunkan. Dalam konteks keperawatan, tahap ini sering dikaitkan dengan kesadaran parsial terhadap lingkungan dan respons ringan terhadap rangsangan eksternal.

##### 2. Tahap N2 (Tidur Sedang)

Tahap N2 ditandai dengan semakin menurunnya aktivitas fisiologis, seperti penurunan denyut jantung, frekuensi napas, dan suhu tubuh. Individu lebih sulit untuk dibangunkan dibandingkan

tahap N1. Tahap ini merupakan fase tidur terpanjang dan berperan penting dalam pemulihan energi fisik.

### 3. Tahap N3 (Tidur Dalam / Slow Wave Sleep)

Tahap N3 merupakan tahap tidur terdalam, ditandai dengan dominasi gelombang delta pada aktivitas otak. Pada tahap ini, tubuh mengalami pemulihan fisik maksimal, termasuk perbaikan jaringan, sekresi hormon pertumbuhan, dan peningkatan sistem imun. Dalam keperawatan, tahap ini sangat penting karena gangguan pada fase ini dapat menyebabkan kelelahan kronis dan penurunan fungsi fisiologis.

### **Tahap Rapid Eye Movement (REM)**

Tahap REM ditandai dengan gerakan mata cepat, peningkatan aktivitas otak, serta relaksasi otot rangka yang signifikan. Pada fase ini, individu biasanya mengalami mimpi yang jelas. Secara fisiologis, frekuensi napas dan denyut jantung menjadi tidak teratur. Dalam perspektif keperawatan, tidur REM berperan penting dalam fungsi kognitif, konsolidasi memori, serta keseimbangan emosional.

Siklus Tidur: Tidur berlangsung dalam bentuk siklus yang terdiri dari tahap N REM dan REM, dengan durasi satu siklus sekitar 90–110 menit dan berulang sebanyak 4–6 kali selama tidur malam. Perubahan atau gangguan pada siklus ini dapat memengaruhi kualitas tidur dan berdampak pada kondisi kesehatan klien.

## **16.2.5 Perubahan Fisiologis Selama Tidur**

Tidur merupakan proses biologis aktif yang melibatkan perubahan fisiologis terkoordinasi pada berbagai sistem tubuh. Perubahan ini berbeda antara fase Non - Rapid Eye Movement (N REM) dan Rapid Eye Movement (REM), serta berperan penting dalam pemulihan fisik, regulasi metabolisme, dan fungsi kognitif.

### 1. Perubahan Sistem Saraf

Selama tidur N REM, aktivitas korteks cerebri menurun yang ditandai dengan melambatnya gelombang otak (gelombang delta). Penurunan respons terhadap rangsangan eksternal, sehingga tubuh berada dalam kondisi relaksasi mendalam. Sebaliknya, pada fase REM, aktivitas otak meningkat mendekati kondisi bangun, namun disertai atonia otot (hilangnya tonus otot rangka) sebagai mekanisme protektif untuk mencegah pergerakan fisik saat bermimpi.

### 2. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Selama tidur, terutama pada fase N REM, penurunan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, dan curah jantung akibat dominasi sistem saraf parasympathetic. Penurunan ini memberikan kesempatan bagi sistem kardiovaskular untuk beristirahat dan memperbaiki diri. Pada fase REM, denyut jantung dan tekanan darah akan lebih fluktuatif dan dapat meningkat sementara.

### 3. Perubahan Sistem Pernapasan

Tidur menyebabkan penurunan frekuensi napas dan volume tidal, khususnya pada fase N REM, sehingga ventilasi paru lebih lambat dan teratur. Pada fase REM, pola pernapasan tidak teratur akibat peningkatan aktivitas sistem saraf pusat. Perubahan ini penting diperhatikan dalam konteks klinis, terutama pada individu dengan gangguan pernapasan.

### 4. Perubahan Sistem Endokrin dan Metabolisme

Selama tidur proses peningkatan sekresi hormon pertumbuhan (growth hormone), terutama pada fase tidur dalam (N REM tahap 3). Hormon ini berperan dalam regenerasi jaringan dan pertumbuhan sel. Selain itu, kadar cortisol menurun pada awal

tidur dan meningkat menjelang bangun. Tidur juga berperan dalam regulasi metabolisme glukosa dan sensitivitas insulin.

#### 5. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Selama tidur N REM, tonus otot menurun secara bertahap, sedangkan pada fase REM relaksasi otot hampir total. Kondisi ini memungkinkan pemulihan energi otot dan pencegahan kelelahan fisik.

#### 6. Perubahan Sistem Imun

Tidur berkontribusi terhadap peningkatan fungsi sistem imun melalui peningkatan produksi stoking dan aktivitas sel imun. Kurang tidur diketahui dapat menurunkan respons imun dan meningkatkan kerentanan terhadap infeksi.

## 16.3 Kebutuhan Tidur Berdasarkan Usia

Kebutuhan tidur merupakan kebutuhan fisiologis dasar yang jumlah dan polanya bervariasi sesuai dengan tahap perkembangan usia individu. Perbedaan kebutuhan tidur ini dipengaruhi oleh kematangan sistem saraf, aktivitas metabolik, serta tuntutan fisik dan psychosocial pada setiap fase kehidupan.

#### 1. Bayi (0–12 bulan)

Bayi membutuhkan waktu tidur yang relatif paling lama, yaitu sekitar 14–17 jam per hari. Tidur pada bayi berperan penting dalam proses pertumbuhan fisik, pematangan sistem saraf pusat, serta perkembangan kognitif dan emosional. Pola tidur bayi umumnya belum teratur dan terbagi dalam beberapa periode tidur dan bangun sepanjang hari.

2. Anak usia dini dan prasekolah (1–5 tahun)

Anak usia dini memerlukan waktu tidur sekitar 10–14 jam per hari. Pada tahap ini, tidur mendukung perkembangan otak, kemampuan belajar, regulasi emosi, serta pertumbuhan jaringan tubuh. Pola tidur mulai lebih teratur, dengan dominasi tidur malam dan kemungkinan tidur siang.

3. Anak usia sekolah (6–12 tahun)

Anak usia sekolah membutuhkan waktu tidur sekitar 9–12 jam per hari. Tidur yang cukup pada usia ini berperan dalam meningkatkan konsentrasi, daya ingat, prestasi akademik, serta menjaga kesehatan fisik dan psikologis.

4. Remaja (13–18 tahun)

Remaja memerlukan waktu tidur sekitar 8–10 jam per hari. Namun, perubahan ritme circadian dan faktor psychosocial sering menyebabkan gangguan pola tidur. Kekurangan tidur pada remaja dapat berdampak negatif terhadap regulasi emosi, fungsi kognitif, dan kesehatan mental.

5. Dewasa (18–64 tahun)

Orang dewasa membutuhkan waktu tidur sekitar 7–9 jam per hari. Tidur berfungsi untuk memulihkan energi, mempertahankan fungsi imun, serta menjaga keseimbangan fisik dan psikologis. Kualitas tidur merupakan faktor penting selain kuantitas tidur.

6. Lansia ( $\geq 65$  tahun)

Lansia umumnya membutuhkan waktu tidur sekitar 7–8 jam per hari, meskipun sering mengalami perubahan pola tidur, seperti lebih sering terbangun pada malam hari dan tidur lebih awal. Tidur pada lansia berperan dalam mempertahankan fungsi kognitif, keseimbangan emosional, dan kualitas hidup.

## 16.4 Faktor yang Memengaruhi Istirahat dan Tidur

### Faktor yang Memengaruhi Istirahat dan Tidur dalam Keperawatan

Dalam konteks keperawatan, faktor yang memengaruhi istirahat dan tidur pasien perlu dikaji secara komprehensif karena berkaitan langsung dengan kondisi kesehatan dan proses penyembuhan.

#### 1. Kondisi Fisiologis dan Penyakit

Gangguan kesehatan seperti nyeri, sesak napas, demam, atau penyakit kronis dapat menghambat kemampuan individu untuk mencapai tidur yang adekuat. Ketidaknyamanan fisik sering menyebabkan gangguan tidur dan menurunkan kualitas istirahat pasien.

#### 2. Status Psikologis dan Emosional

Stres, kecemasan, depresi, dan ketakutan terhadap penyakit atau tindakan medis dapat mengganggu pola tidur. Kondisi psikologis yang tidak stabil dapat meningkatkan kewaspadaan dan menghambat proses tidur.

#### 3. Lingkungan Perawatan

Faktor lingkungan seperti kebisingan, pencahayaan, suhu ruangan, serta aktivitas perawatan di malam hari dapat memengaruhi kualitas tidur pasien. Lingkungan yang tidak kondusif sering menyebabkan tidur dangkal dan terputus.

#### 4. Penggunaan Obat-obatan

Beberapa obat, seperti diuretik, corticosteroid, dan stimulan, dapat memengaruhi pola tidur, baik dengan menyebabkan insomnia maupun meningkatkan rasa kantuk. Oleh karena itu, perawat perlu memperhatikan efek farmakologis terhadap tidur pasien.

#### 5. Pola Aktivitas dan Imobilisasi

Kurangnya aktivitas fisik atau kondisi tirah baring dalam jangka waktu lama dapat menurunkan kebutuhan tidur malam dan menyebabkan gangguan pola tidur.

#### 6. Prosedur dan Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang sering dilakukan pada malam hari, seperti pengukuran tanda vital atau pemberian obat, dapat mengganggu kontinuitas tidur pasien.

### **Faktor yang Memengaruhi Istirahat dan Tidur Secara Umum**

Secara umum, istirahat dan tidur individu dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal yang berkaitan dengan gaya hidup dan lingkungan sosial.

#### 1. Usia dan Tahap Perkembangan

Kebutuhan dan pola tidur berbeda pada setiap tahap usia. Perubahan biologis seiring penambahan usia dapat memengaruhi durasi dan kualitas tidur.

#### 2. Gaya Hidup dan Aktivitas Harian

Aktivitas fisik yang seimbang dapat meningkatkan kualitas tidur, sedangkan aktivitas berlebihan atau kurang aktivitas dapat mengganggu pola tidur.

#### 3. Stres dan Beban Psychosocial

Tekanan pekerjaan, masalah keluarga, dan tuntutan sosial dapat menyebabkan stres yang berkontribusi terhadap gangguan tidur, seperti insomnia.

#### 4. Lingkungan Fisik

Kondisi lingkungan tidur, termasuk kebisingan, cahaya, ventilasi, dan kenyamanan tempat tidur, berperan penting dalam mendukung tidur yang berkualitas.

#### 5. Konsumsi Zat Tertentu

Konsumsi kafein, nikotin, dan alkohol dapat memengaruhi onset tidur dan struktur tidur, sehingga mengurangi kualitas istirahat.

#### 6. Kebiasaan Tidur (Sleep Hygiene)

Pola tidur yang tidak teratur, penggunaan gawai sebelum tidur, dan kurangnya rutinitas tidur dapat mengganggu ritme circadian dan kualitas tidur.

## 16.5 Gangguan Istirahat dan Tidur

### 16.5.1 Pengertian Gangguan Istirahat dan Tidur

Gangguan tidur (Sleep Pattern Disturbance) menurut NANDA International didefinisikan sebagai kondisi ketika individu mengalami gangguan pada jumlah, kualitas, atau waktu tidur yang menyebabkan ketidaknyamanan dan mengganggu fungsi normal individu. Kondisi ini dapat ditandai dengan kesulitan memulai tidur, sering terbangun saat tidur, tidur yang tidak nyenyak, atau bangun lebih awal dari waktu yang diharapkan, sehingga berdampak negatif terhadap fungsi fisik, psikologis, dan sosial individu.

Gangguan istirahat dan tidur terjadi akibat gangguan pada mekanisme fisiologis pengaturan tidur yang melibatkan sistem saraf pusat, khususnya pengaturan ritme circadian dan proses homeostasis tidur. Faktor etiologi gangguan ini bersifat multifaktorial, meliputi faktor biologis seperti nyeri, penyakit akut maupun kronis, dan gangguan pernapasan; faktor psikologis seperti stres, kecemasan, dan depresi; faktor lingkungan seperti kebisingan, pencahayaan, dan suhu ruangan; serta faktor perilaku dan gaya hidup, termasuk pola tidur tidak teratur, konsumsi kafein, dan penggunaan perangkat elektronik sebelum tidur.

## 16.5.2 Klarifikasi Gangguan Istirahat dan Tidur

### 1. Insomnia

Insomnia merupakan gangguan tidur yang ditandai dengan kesulitan memulai tidur, mempertahankan tidur, atau tidur yang tidak memberikan rasa segar meskipun durasi tidur mencukupi. Kondisi ini dapat bersifat akut maupun kronis dan sering berhubungan dengan stres, kecemasan, nyeri, atau penyakit tertentu. Insomnia dapat menyebabkan kelelahan, penurunan konsentrasi, dan gangguan fungsi sehari-hari.

### 2. Hypersomnia

Hypersomnia adalah gangguan tidur yang ditandai dengan rasa kantuk berlebihan pada siang hari atau kebutuhan tidur yang lebih lama dari normal. Gangguan ini dapat mengakibatkan penurunan kewaspadaan, gangguan kognitif, serta berkurangnya produktivitas individu. Hypersomnia sering dikaitkan dengan gangguan neurologis, depresi, atau efek samping obat-obatan.

### 3. Sleep Apnea

Sleep apnea merupakan gangguan tidur yang ditandai dengan henti napas berulang selama tidur akibat obstruksi jalan napas atau gangguan pusat pernapasan. Kondisi ini menyebabkan tidur tidak efektif dan menurunkan kadar oksigen dalam darah, sehingga meningkatkan risiko gangguan kardiovaskular dan kelelahan kronis.

### 4. Parasomnia

Parasomnia adalah gangguan tidur yang ditandai dengan perilaku, emosi, atau pengalaman abnormal selama tidur atau transisi antara tidur dan bangun. Contoh parasomnia meliputi berjalan saat tidur (sleepwalking), mimpi buruk (nightmares), dan teror malam (night

terrors). Gangguan ini umumnya pada fase tidur non - REM atau REM.

#### 5. Gangguan Ritme Circadian

Gangguan ritme circadian terdapat ketidaksesuaian antara pola tidur - bangun individu dengan ritme biologis internal atau tuntutan lingkungan. Kondisi ini sering dialami oleh pekerja shift, individu yang mengalami jet lag, atau mereka yang memiliki kebiasaan tidur tidak teratur.

#### 6. Narkolepsi

Narkolepsi merupakan gangguan neurologis kronis yang ditandai dengan kantuk berlebihan pada siang hari, serangan tidur mendadak, dan terkadang disertai kehilangan tonus otot secara tiba-tiba (cataplexy). Gangguan ini berdampak signifikan terhadap fungsi sosial dan aktivitas sehari-hari individu.

### **Etiologi Gangguan Istirahat dan Tidur**

Etiologi gangguan istirahat dan tidur merujuk pada berbagai penyebab yang mendasari terjadinya gangguan dalam kuantitas maupun kualitas tidur seseorang. Secara umum, etiologi gangguan tidur bersifat multifactorial, melibatkan interaksi antara faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan.

#### 1. Faktor Fisiologis dan Biologis

Gangguan fungsi sistem saraf pusat, ketidakseimbangan neurotransmitter (seperti serotonin dan melatonin), perubahan ritme circadian, serta kondisi medis tertentu (misalnya nyeri kronis, gangguan pernapasan, penyakit kardiovaskular, dan gangguan endokrin) dapat mengganggu proses tidur normal. Perubahan fisiologis akibat usia juga memengaruhi pola tidur, seperti penurunan tidur tahap dalam pada lansia.

## 2. Faktor Psikologis

Stres, kecemasan, depresi, dan konflik emosional merupakan penyebab utama gangguan tidur. Aktivitas sistem saraf simpati yang berlebihan akibat stres dapat menghambat relaksasi yang dibutuhkan untuk memulai dan mempertahankan tidur.

## 3. Faktor Lingkungan

Lingkungan tidur yang tidak kondusif, seperti kebisingan, pencahayaan berlebih, suhu ruangan yang tidak nyaman, serta gangguan dari aktivitas sekitar, dapat menghambat tercapainya tidur yang berkualitas.

## 4. Faktor Perilaku dan Gaya Hidup

Kebiasaan tidur yang tidak teratur, konsumsi kafein, alkohol, atau nikotin sebelum tidur, penggunaan gawai secara berlebihan, serta aktivitas fisik yang tidak seimbang dapat memengaruhi latensi tidur dan kontinuitas tidur.

## 5. Faktor Farmakologis dan Zat Kimia

Penggunaan obat-obatan tertentu, seperti stimulan, corticosteroid, diuretik, dan beberapa antidepresan, dapat menimbulkan efek samping berupa insomnia atau gangguan pola tidur.

### **Faktor Risiko Gangguan Istirahat dan Tidur**

Faktor risiko adalah kondisi atau karakteristik yang meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami gangguan istirahat dan tidur.

Faktor-faktor tersebut meliputi:

#### 1. Usia

Bayi, anak-anak, dan lansia memiliki kerentanan yang lebih tinggi terhadap gangguan tidur akibat perubahan kebutuhan dan struktur tidur.

## 2. Penyakit Kronis dan Kondisi Medis

Individu dengan penyakit kronis seperti diabetes melitus, asma, penyakit jantung, nyeri kronis, dan gangguan neurologis berisiko lebih tinggi mengalami gangguan tidur.

## 3. Kondisi Psychosocial

Beban kerja berlebihan, masalah keluarga, tekanan akademik, serta kondisi sosial-ekonomi yang rendah dapat meningkatkan risiko gangguan tidur.

## 4. Pola Kerja dan Aktivitas

Pekerja shift, terutama shift malam, memiliki risiko tinggi mengalami gangguan ritme circadian yang berdampak pada kualitas tidur.

## 5. Lingkungan Perawatan

Pada pasien yang dirawat di rumah sakit, faktor seperti prosedur medis, kebisingan alat, intervensi keperawatan malam hari, dan ketidaknyamanan tempat tidur merupakan faktor risiko signifikan gangguan istirahat dan tidur.

## **Dampak Gangguan Tidur Terhadap Kesehatan**

Gangguan tidur dapat menimbulkan berbagai dampak negatif terhadap kesehatan fisik, psikologis, kognitif, dan sosial individu.

### 1. Dampak terhadap Kesehatan Fisik

Gangguan tidur berhubungan erat dengan berbagai masalah kesehatan fisik. Kurang tidur kronis dapat mengganggu regulasi sistem endokrin dan metabolisme, sehingga meningkatkan risiko obesitas, diabetes melitus tipe 2, dan sindrom metabolik. Selain itu, gangguan tidur juga memengaruhi sistem kardiovaskular dengan meningkatkan tekanan darah, risiko hipertensi, penyakit jantung koroner, dan stroke. Sistem imun pun mengalami penurunan

fungsi, sehingga individu lebih rentan terhadap infeksi dan proses penyembuhan luka lebih lambat.

2. Dampak terhadap Kesehatan Psikologis

Tidur memiliki peran penting dalam regulasi emosi. Gangguan tidur dapat menyebabkan iritabilitas, kecemasan, stres, dan depresi. Kurang tidur kronis terbukti memperburuk gangguan mood dan meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental, termasuk gangguan kecemasan dan depresi mayor. Individu dengan gangguan tidur juga cenderung mengalami penurunan toleransi terhadap stres.

3. Dampak terhadap Fungsi Kognitif

Gangguan tidur berdampak signifikan terhadap fungsi kognitif, seperti penurunan konsentrasi, perhatian, daya ingat, dan kemampuan pengambilan keputusan. Kurang tidur dapat menghambat proses konsolidasi memori selama tidur, sehingga memengaruhi kemampuan belajar dan performa akademik maupun kerja. Dalam jangka panjang, gangguan tidur juga dikaitkan dengan peningkatan risiko gangguan neurodegenerative.

4. Dampak terhadap Keselamatan dan Produktivitas

Gangguan tidur meningkatkan risiko kecelakaan kerja dan kecelakaan lalu lintas akibat penurunan kewaspadaan dan refleksi. Selain itu, individu dengan gangguan tidur cenderung mengalami penurunan produktivitas, kelelahan kronis, serta gangguan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan peran sosial.

5. Dampak terhadap Kualitas Hidup

Secara keseluruhan, gangguan tidur berdampak negatif terhadap kualitas hidup. Individu dapat mengalami penurunan fungsi sosial, gangguan hubungan interpersonal, serta penurunan kepuasan hidup. Dalam konteks keperawatan, gangguan tidur juga dapat

memperburuk kondisi penyakit yang sudah ada dan menghambat proses pemulihan pasien.

## 16.6 Kebutuhan Istirahat dan Tidur dalam Keperawatan

Konsep Kebutuhan Istirahat dan Tidur menurut Keperawatan:

### 1. Pengertian Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Dalam keperawatan, kebutuhan istirahat dan tidur merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi untuk mempertahankan keseimbangan fisik, psikologis, dan sosial. Istirahat didefinisikan sebagai kondisi tenang dan relaks tanpa tuntutan aktivitas yang berlebihan, sedangkan tidur merupakan keadaan tidak sadar yang bersifat periodik, reversible, dan ditandai dengan penurunan respons terhadap rangsangan eksternal (Potter & Perry).

Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur menjadi komponen penting dalam proses penyembuhan, pemeliharaan kesehatan, serta peningkatan kualitas hidup individu.

### 2. Peran Istirahat dan Tidur dalam Asuhan Keperawatan

Dalam praktik keperawatan, istirahat dan tidur memiliki peran strategis karena berhubungan langsung dengan respons adaptif klien terhadap stres, penyakit, maupun tindakan medis. Kurang tidur dapat memengaruhi fungsi sistem saraf, sistem imun, metabolisme, serta keseimbangan emosional klien.

Perawat berperan dalam:

- a. Mengkaji pola dan kualitas tidur klien
  - b. Mengidentifikasi faktor yang mengganggu istirahat dan tidur
  - c. Merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kualitas tidur
  - d. Mengevaluasi respons klien terhadap intervensi yang diberikan
3. Fungsi Istirahat dan Tidur dalam Keperawatan

Secara fisiologis dan psikologis, istirahat dan tidur memiliki beberapa fungsi penting, antara lain:

- a. Memulihkan energi fisik dan mental
- b. Mendukung proses regenerasi sel dan jaringan
- c. Meningkatkan fungsi sistem imun
- d. Menjaga fungsi kognitif, konsentrasi, dan memori
- e. Menstabilkan emosi dan suasana hati

Dalam konteks keperawatan, fungsi - fungsi ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan keperawatan dan pemulihan klien.

# Bab 17

## Konsep Dasar Manajemen Nyeri

### 17.1 Pendahuluan

Nyeri merupakan fenomena kompleks yang bersifat multidimensi, melibatkan integrasi antara proses neurobiologis dan interpretasi psikososial. Secara klinis, International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan, atau menyerupai, kerusakan jaringan aktual atau potensial. Definisi ini menegaskan bahwa nyeri bukan sekadar transmisi impuls saraf somatik, melainkan suatu persepsi subjektif yang dipengaruhi oleh berbagai faktor kognitif dan afektif.

Dalam ruang lingkup dan praktik keperawatan, pemahaman mendalam mengenai mekanisme neurofisiologi nyeri merupakan kompetensi fundamental. Hal ini dikarenakan efektivitas manajemen nyeri—baik farmakologis maupun non-farmakologis—sangat bergantung pada kemampuan praktisi dalam mengidentifikasi patofisiologi yang mendasarinya. Kegagalan dalam memahami sirkuit nyeri, mulai dari

aktivasi nosiseptor di perifer hingga pemrosesan di korteks serebri, dapat mengakibatkan manajemen nyeri yang suboptimal (undermanagement of pain) yang berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien, perpanjangan masa rawat, serta peningkatan risiko komplikasi kronis.

## 17.2 Proses Perjalanan Nyeri

Secara fisiologis, perjalanan nyeri hingga dapat dirasakan oleh kesadaran kita melibatkan empat tahap utama:

### 1. Transduksi

Tahap awal di mana stimulus noxius (seperti panas, tekanan mekanik, atau zat kimia dari luka) diubah menjadi aktivitas listrik pada ujung saraf sensorik yang disebut nosiseptor.

Contoh Klinis: Saat kulit terkena jarum suntik, sel yang rusak melepaskan mediator kimia seperti prostaglandin dan bradikinin yang mengaktifkan nosiseptor.

### 2. Transmisi

Setelah impuls listrik terbentuk, ia merambat melalui serabut saraf menuju korda spinalis dan terus ke otak.

Serabut A-Delta: Menghantarkan nyeri yang tajam dan cepat (seperti tertusuk).

Serabut C: Menghantarkan nyeri yang tumpul, lambat, dan berdenyut (nyeri kronis).

### 3. Modulasi

Tahap ini adalah "sistem kontrol internal" tubuh. Otak mengirimkan sinyal kembali ke korda spinalis untuk melepaskan zat seperti endorfin atau enkefalin yang berfungsi menghambat atau memperkuat transmisi nyeri. Inilah alasan mengapa dalam

kondisi syok hebat, seseorang kadang tidak merasakan nyeri seketika.

#### 4. Persepsi

Titik akhir di mana individu menyadari adanya nyeri. Pada tahap ini, korteks serebri menerjemahkan sinyal tersebut berdasarkan lokasi, intensitas, dan pengalaman masa lalu pasien.

## 17.3 Teori Kendali Gerbang (Gate Control Theory)

Secara terminologis, Teori Kendali Gerbang (Gate Control Theory) adalah sebuah model neurofisiologis yang menyatakan bahwa transmisi impuls nyeri dari serabut saraf perifer ke sistem saraf pusat dimodulasi oleh mekanisme gerbang fungsional yang terletak di kornu dorsalis medula spinalis (Melzack & Wall, 1965). Definisi ini menegaskan bahwa nyeri bukanlah jalur transmisi linier yang sederhana dari reseptor ke otak, melainkan sebuah proses dinamis di mana sinyal-sinyal saraf dapat dihambat, dimodifikasi, atau difasilitasi sebelum mencapai persepsi sadar (Dickenson, 2002).

Teori ini mendefinisikan "gerbang" sebagai aktivitas interneuron di substansia gelatinosa yang berfungsi sebagai filter kinetik; jika aktivitas saraf pada serabut diameter besar (non-noksius) mendominasi, maka gerbang akan tertutup (inhibisi), sedangkan jika aktivitas pada serabut diameter kecil (noksius) mendominasi, maka gerbang akan terbuka (fasilitasi) (Moayed & Davis, 2013). Dengan demikian, Teori Kendali Gerbang secara fundamental mendefinisikan nyeri sebagai hasil dari interaksi kompleks antara input sensorik aferen dan kontrol modulasi desenden dari otak (Hylands-White et al., 2017).

Dalam konteks neurofisiologi, "gerbang" ini merepresentasikan interneuron penghambat yang mengontrol transmisi impuls dari serabut saraf perifer ke neuron transmisi (T-cells) yang akan meneruskan sinyal ke otak (Steeds, 2016). Aktivasi serabut berdiameter kecil, yaitu serabut C dan A-Delta melalui stimulus noxius, akan menghambat aktivitas interneuron penghambat tersebut (Berna et al., 2018). Akibatnya, "gerbang" terbuka secara fungsional, memungkinkan impuls nyeri bertransmisi melalui traktus spinothalamikus menuju korteks serebri untuk dipersepsikan sebagai rasa sakit (Hylands-White et al., 2017).

## 17.4 Klasifikasi dan Pengukuran Nyeri

Klasifikasi nyeri sangat penting bagi perawat untuk menentukan strategi manajemen yang tepat, baik farmakologis maupun non-farmakologis.

Nyeri secara umum diklasifikasikan berdasarkan durasi dan mekanisme patofisiologinya:

1. Berdasarkan Durasi
  - a. Nyeri Akut: Nyeri yang terjadi secara mendadak, biasanya memiliki penyebab yang jelas (seperti trauma atau pembedahan), dan berlangsung kurang dari 3-6 bulan. Nyeri ini berfungsi sebagai mekanisme perlindungan tubuh (Berman, Snyder, & Frandsen, 2021).
  - b. Nyeri Kronis: Nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan jaringan yang normal, biasanya lebih dari 3 hingga 6 bulan. Nyeri kronis seringkali tidak memiliki nilai biologis pelindung dan dapat menyebabkan degradasi kualitas hidup yang signifikan (Raja et al., 2020).

2. Berdasarkan Mekanisme Patofisiologi
  - a. Nyeri Nosiseptif: Terjadi akibat kerusakan jaringan somatik atau visceral. Contohnya adalah nyeri pasca operasi atau nyeri artritis.
  - b. Nyeri Neuropatik: Nyeri yang disebabkan oleh lesi atau penyakit pada sistem somatosensori (saraf). Sering digambarkan sebagai rasa terbakar, kesemutan, atau seperti tersengat listrik (Scholz et al., 2019).
  - c. Nyeri Nosipastik: Kategori baru dari IASP yang merujuk pada nyeri yang timbul dari perubahan fungsi nosisepsi meskipun tidak ada bukti jelas kerusakan jaringan atau lesi saraf, seperti pada fibromialgia (Raja et al., 2020).

## 17.5 Pengkajian Nyeri Multidimensi

Pengkajian nyeri harus dilakukan secara komprehensif menggunakan pendekatan PQRST sebagai standar emas dalam praktik keperawatan (PPNI, 2017):

1. P (Palliative/Provocative): Apa yang memperberat atau mengurangi nyeri?
2. Q (Quality): Bagaimana rasa nyerinya? (tajam, tumpul, berdenyut).
3. R (Region/Radiation): Di mana lokasi nyeri? Apakah menyebar
4. S (Severity): Berapa skala nyerinya?
5. T (Time): Kapan nyeri muncul dan berapa lama durasinya?

## 17.6 Instrumen Pengukuran Intensitas Nyeri

Dalam praktik keperawatan, pengukuran nyeri tidak hanya sekadar angka, melainkan interpretasi dari persepsi pasien. Instrumen yang digunakan dibagi menjadi dua kategori besar: Subjektif (pasien melaporkan sendiri) dan Objektif/Observasional (perawat menilai perilaku).

### 17.6.1 Instrumen Laporan Mandiri (Self-Report)

#### 1. Numeric Rating Scale (NRS)

Deskripsi: Skala 0 hingga 10, di mana 0 berarti "tidak nyeri sama sekali" dan 10 berarti "nyeri paling hebat yang dapat dibayangkan".

Indikasi: Dewasa dan anak di atas 8 tahun yang memiliki kemampuan numerik yang baik.

Kelebihan: Sangat praktis, sensitif terhadap perubahan kecil dalam intensitas nyeri, dan mudah didokumentasikan dalam rekam medis (Berman et al., 2021).

Interpretasi:

- a. 1–3: Nyeri Ringan.
- b. 4–6: Nyeri Sedang.
- c. 7–10: Nyeri Berat.

#### 2. Visual Analog Scale (VAS)

a. Deskripsi: Sebuah garis horizontal sepanjang 10 cm (100 mm) tanpa angka. Pasien diminta menandai posisi nyeri mereka pada garis tersebut. Perawat kemudian mengukur jarak dari ujung kiri ke tanda tersebut menggunakan penggaris.

b. Kelebihan: Memberikan data kontinu yang sangat berguna untuk keperluan riset karena variasinya lebih luas dibandingkan NRS.

- c. Kekurangan: Membutuhkan koordinasi visual-motorik yang baik dan alat (kertas/penggaris), sehingga sulit digunakan pada kondisi darurat (Karcioglu et al., 2018).
3. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale
    - a. Deskripsi: Terdiri dari 6 wajah kartun mulai dari wajah tersenyum (0) hingga wajah menangis tersedu-sedu (10).
    - b. Indikasi: Anak usia 3 tahun ke atas, pasien lanjut usia dengan gangguan kognitif ringan, atau pasien dengan hambatan bahasa (language barrier).
    - c. Penting: Perawat harus menekankan kepada pasien bahwa wajah tersebut menggambarkan rasa sakit di dalam tubuh, bukan perasaan sedih atau senang (Wong-Baker FACES Foundation, 2020).



**Gambar 17.1:** Wong Baker FACES (Sumber: [wongbakerfaces.org](http://wongbakerfaces.org))

Dalam penggunaan skala ini di lapangan, perawat harus memberikan instruksi yang spesifik kepada pasien.

Berikut adalah penjelasan terkait gambar tersebut:

1. Wajah 0 (Tidak Sakit): Pasien merasa sangat nyaman, tidak ada rasa nyeri.
2. Wajah 2 (Sedikit Sakit): Ada sensasi nyeri tetapi sangat ringan.

3. Wajah 4 (Sedikit Lebih Sakit): Nyeri mulai mengganggu konsentrasi.
4. Wajah 6 (Cukup Sakit): Nyeri terasa nyata dan cukup mengganggu aktivitas.
5. Wajah 8 (Sangat Sakit): Nyeri yang sangat kuat, sulit untuk memikirkan hal lain.
6. Wajah 10 (Sakit Luar Biasa): Nyeri yang paling parah yang pernah dirasakan, pasien seringkali tidak mampu berkomunikasi banyak selain mengekspresikan nyeri.

Meskipun gambar menunjukkan ekspresi wajah dari senang hingga menangis, perawat harus menekankan kepada pasien bahwa pilihan didasarkan pada apa yang dirasakan di dalam tubuh, bukan pada ekspresi wajah pasien saat itu (karena beberapa pasien memiliki ambang nyeri tinggi dan tetap terlihat tenang meskipun merasakan nyeri hebat).

### 17.6.2 Instrumen Observasional (Pasien Non-Verbal)

1. FLACC Scale (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
  - a. Indikasi: Bayi dan anak usia di bawah 3 tahun, atau pasien dewasa yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal.
  - b. Komponen: Menilai ekspresi wajah, posisi kaki, aktivitas/gerakan, tangisan, dan kemampuan pasien untuk ditenangkan. Total skor berkisar antara 0–10.
2. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)
  - a. Indikasi: Pasien di ICU, baik yang menggunakan ventilator maupun tidak.
  - b. Indikator: Ekspresi wajah, gerakan tubuh, ketegangan otot (dievaluasi melalui fleksi/ekstensi pasif), dan kepatuhan terhadap ventilator (atau vokalisasi pada pasien non-intubasi).

- c. Signifikansi: CPOT terbukti lebih reliabel daripada hanya mengandalkan tanda-tanda vital seperti takikardia, karena tanda vital sering kali dipengaruhi oleh obat-obatan atau kondisi patologis lain (Gelinas et al., 2006).

## 17.7 Manajemen Nyeri Farmakologi

Manajemen farmakologi melibatkan penggunaan obat-obatan untuk mengurangi atau menghilangkan persepsi nyeri. Pendekatan yang paling diakui secara internasional adalah penggunaan Analgesic Ladder yang dikembangkan oleh WHO.

### 17.7.1 Prinsip WHO Analgesic Ladder

Awalnya dirancang untuk nyeri kanker, namun kini digunakan secara luas untuk semua jenis nyeri (akut maupun kronis).

Prinsip utamanya adalah memberikan obat sesuai dengan tingkat keparahan nyeri (Vallerand & Wright, 2022):

1. Step 1 (Nyeri Ringan: Skala 1-3): Analgesik non-opioid (Asetaminofen/Parasetamol) atau Obat Anti-Inflamasi Non-Steroid (OAINS/NSAID) seperti Ibuprofen, dengan atau tanpa terapi adjuvant.
2. Step 2 (Nyeri Sedang: Skala 4-6): Opioid lemah (seperti Kodein atau Tramadol) yang dapat dikombinasikan dengan non-opioid dan terapi adjuvant.
3. Step 3 (Nyeri Berat: Skala 7-10): Opioid kuat (seperti Morfin, Fentanil, atau Hidromorfon) dengan atau tanpa non-opioid dan terapi adjuvant.

## 17.7.2 Penggolongan Analgesik

1. Non-Opioid (Analgesik Non-Narkotik)
  - a. Mekanisme: Bekerja terutama di sistem saraf perifer dengan menghambat enzim siklooksigenase (COX) yang memicu produksi prostaglandin (mediator nyeri).
  - b. Contoh: Parasetamol (antipiretik dan analgesik) dan NSAID seperti Aspirin, Ketorolac, dan Naproxen.
  - c. Peringatan Keperawatan: Monitor fungsi ginjal dan risiko perdarahan lambung pada penggunaan NSAID jangka panjang (Berman et al., 2021).
2. Opioid (Analgesik Narkotik)
  - a. Mekanisme: Berikatan dengan reseptor opioid di sistem saraf pusat untuk mengubah persepsi nyeri dan respons emosional terhadap nyeri.
  - b. Efek Samping Utama: Depresi pernapasan, sedasi, konstipasi, mual, dan muntah.
  - c. Intervensi Keperawatan: Perawat wajib memantau frekuensi pernapasan (RR) secara ketat. Jika  $RR < 10-12$  kali/menit, dosis harus ditunda dan lapor dokter (Vallerand & Wright, 2022).
3. Terapi Adjuvant (Ko-analgesik) Obat yang indikasi utamanya bukan untuk nyeri, tetapi memiliki efek analgesik pada kondisi tertentu.
  - a. Antikonvulsan (misal: Gabapentin): Sangat efektif untuk nyeri neuropatik.
  - b. Antidepresan (misal: Amitriptilin): Membantu memodulasi jalur nyeri di sumsum tulang belakang
  - c. Kortikosteroid: Mengurangi nyeri akibat peradangan dan kompresi saraf.

### 17.7.3 Peran Perawat dalam Terapi Farmakologi Manajemen Nyeri

Peran perawat dalam manajemen nyeri bersifat kolaboratif namun memiliki otonomi yang kuat dalam pengawasan dan pengambilan keputusan klinis.

#### 1. Pengkajian Pra-Administrasi (Baseline Data)

Sebelum memberikan analgesik, perawat wajib melakukan pengkajian mendalam untuk memastikan ketepatan indikasi (Berman, Snyder, & Frandsen, 2021) Tindakan Yang dilakukan adalah mengkaji karakteristik nyeri (PQRST), riwayat alergi, serta fungsi organ (ginjal dan hati) yang memengaruhi metabolisme obat.

#### 2. Advokat dan Pengambil Keputusan (Clinical Judgment)

Perawat memutuskan kapan pasien membutuhkan obat berdasarkan ambang nyeri pasien, bukan menunggu hingga nyeri menjadi berat. Perawat juga bertugas mengadvokasi pasien jika dosis yang diresepkan dirasa tidak adekuat atau menyebabkan efek samping berlebih. Menurut Pasero & McCaffery (2011) menekankan bahwa perawat adalah advokat utama dalam memastikan pasien mendapatkan dosis yang tepat pada waktu yang tepat

#### 3. Penerapan Prinsip "8 Benar" Pemberian Obat

Manajemen nyeri yang aman berakar pada prinsip pemberian obat yaitu Benar Pasien, Benar Obat, Benar Dosis, Benar Rute, Benar Waktu, Benar Dokumentasi, Benar Informasi, dan Benar Respon. Vallerand & Wright (2022) dalam Davis's Drug Guide for Nurses menegaskan bahwa kesalahan pada salah satu prinsip ini dapat berakibat fatal, terutama pada penggunaan opioid dosis tinggi.

#### 4. Monitoring dan Manajemen Efek Samping

Perawat adalah orang pertama yang mendeteksi reaksi merugikan dari obat (ADR). Menurut Jarvis (2020) dalam *Physical Examination and Health Assessment* menyatakan bahwa pengawasan tanda vital pasca-pemberian opioid adalah tanggung jawab hukum dan profesional perawat.

#### 5. Edukasi Pasien dan Keluarga

Keberhasilan terapi farmakologi sangat bergantung pada kepatuhan dan pemahaman pasien. Tindakan yang dilakukan yaitu Menjelaskan tujuan obat, potensi efek samping (seperti konstipasi atau mengantuk), dan menghilangkan mitos tentang ketakutan adiksi pada penggunaan medis. Smeltzer & Bare (2018) menjelaskan bahwa pasien yang teredukasi dengan baik memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah, yang secara fisiologis meningkatkan ambang nyeri mereka.

#### 6. Evaluasi dan Dokumentasi (Re-assessment)

Melakukan pengkajian ulang skala nyeri pada waktu puncak (peak) kerja obat sesuai rute pemberian (15-30 menit untuk IV, 60 menit untuk oral). PPNI (2018) dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) mengamanatkan dokumentasi respon pasien sebagai bagian integral dari evaluasi asuhan keperawatan.

Sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (2018) , Peran perawat meliputi:

1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri sebelum pemberian obat.
2. Memeriksa riwayat alergi obat.
3. Memantau efek lokal, sistemik, dan efek samping obat.

4. Mendokumentasikan respons pasien terhadap analgesik (re-evaluasi nyeri biasanya dilakukan 30-60 menit setelah pemberian oral, atau 15-30 menit setelah pemberian IV).

## 17.8 Manajemen Nyeri Non Farmakologi

Intervensi non-farmakologi dalam keperawatan tidak hanya berperan sebagai pelengkap (*complementary*), tetapi sebagai modalitas utama dalam manajemen nyeri multimodal. Fokus utama intervensi ini adalah memodulasi komponen kognitif, afektif, dan perilaku dari pengalaman nyeri (Berman et al., 2021).

### 17.8.1 Teknik Relaksasi Napas Dalam (Deep Breathing)

Sebuah metode pengaturan pola pernapasan secara sadar dengan melibatkan otot diafragma (pernapasan perut) secara maksimal untuk mencapai ventilasi yang lambat dan dalam. Teknik ini bekerja dengan merangsang Saraf Vagus, komponen utama dari sistem saraf parasimpatis. Stimulasi vagal memicu pelepasan asetilkolin yang menurunkan denyut jantung dan tekanan darah. Secara fisiologis, ini menghambat respons *fight-or-flight* (simpatis) dan menurunkan ketegangan otot skeletal yang seringkali memperparah sensasi nyeri (Haryani et al., 2023).

#### **Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam**

Tujuan: Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, dan meningkatkan pemenuhan oksigen jaringan.

Langkah-langkah:

1. **Persiapan Pasien:** Atur posisi pasien nyaman mungkin (*semi-fowler* atau terlentang dengan bantal di bawah lutut).

2. Instruksi: Minta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut (untuk merasakan pergerakan diafragma).
3. Fase Inspirasi: Instruksikan pasien menarik napas dalam melalui hidung secara perlahan selama 4 detik hingga perut terasa mengembang
4. Fase Hold: Minta pasien menahan napas selama 2 detik.
5. Fase Ekspirasi: Instruksikan pasien menghembuskan napas melalui mulut secara perlahan (seperti meniup lilin/pursed lips) selama 8 detik.
6. Siklus: Ulangi prosedur ini sebanyak 3–5 kali hingga pasien merasa rileks.
7. Evaluasi: Kaji kembali skala nyeri pasien setelah 10–15 menit.

### 17.8.2 Imajinasi Terbimbing (Guided Imagery)

Sebuah teknik kognitif yang menggunakan imajinasi mental yang diarahkan untuk menciptakan pengalaman sensorik positif, yang bertujuan mengurangi stres fisiologis dan persepsi nyeri. Menurut Smeltzer & Bare (2018), guided imagery sangat efektif untuk nyeri kronis dan kecemasan pra-bedah karena mampu menurunkan frekuensi jantung dan laju metabolisme. Teknik ini bekerja melalui mekanisme neurohumoral, di mana gambaran mental yang menenangkan menstimulasi pelepasan endorfin dan enkefalin di otak, serta menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis.

Perawat membimbing pasien untuk memvisualisasikan tempat atau kejadian yang damai dengan melibatkan seluruh indra (suara, bau, dan penglihatan). Berdasarkan konsep Psychoneuroimmunology, gambaran mental yang positif di korteks serebri akan dikirim ke sistem limbik (pusat emosi) dan hipotalamus. Hipotalamus kemudian menginstruksikan kelenjar pituitari untuk melepaskan Endorfin (opioid alami tubuh) ke dalam aliran darah, yang secara efektif memblokir reseptor nyeri di medula spinalis (Smeltzer & Bare, 2018).

### **Prosedur Terapi Imajinasi Terbimbing (Guided Imagery)**

Tujuan: Mengalihkan fokus pasien dari nyeri melalui visualisasi positif.

Langkah-langkah:

1. Lingkungan: Ciptakan lingkungan yang tenang, redupkan lampu jika memungkinkan.
2. Induksi: Minta pasien memejamkan mata dan memulai pernapasan perut yang lambat.
3. Visualisasi: Gunakan suara yang lembut dan tenang untuk membimbing pasien membayangkan tempat yang paling menyenangkan bagi mereka (misal: pantai, pegunungan).
4. Keterlibatan Sensorik: Deskripsikan secara detail: "Rasakan hangatnya matahari di kulit Anda, dengar suara ombak yang tenang, hirup aroma laut yang segar."
5. Terminasi: Secara bertahap bawa pasien kembali ke lingkungan saat ini, minta mereka membuka mata perlahan. Menurut Smeltzer & Bare (2018), keberhasilan prosedur ini sangat bergantung pada kemampuan perawat dalam membangun suasana yang imersif.

### **17.8.3 Terapi Termal (Kompres Hangat dan Dingin)**

Kompres Hangat (Termoterapi) yaitu penggunaan suhu panas yang terkontrol pada permukaan kulit untuk meningkatkan suhu jaringan di bawahnya. Mekanismenya yaitu panas memicu Vasodilatasi yang meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi ke area yang nyeri, sekaligus mempercepat pembuangan produk sisa metabolisme (seperti asam laktat) yang menumpuk di otot. Secara neurologis, panas merangsang reseptor suhu yang berkompetisi dengan sinyal nyeri di kornu dorsalis (Teori Gate Control), sehingga intensitas nyeri yang sampai ke otak berkurang.

Kompres Dingin (Krioterapi) yaitu menggunakan aplikasi suhu rendah pada area tubuh tertentu untuk tujuan terapeutik dan menginduksi

vasokonstriksi, menurunkan pelepasan mediator inflamasi (seperti histamin dan prostaglandin), serta memberikan efek anestesi lokal pada ujung saraf sensorik. Mekanismenya yaitu kompres dingin menyebabkan Vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah) yang menurunkan aliran darah lokal dan edema (bengkak) pada jaringan yang cedera. Selain itu, suhu dingin menurunkan laju metabolisme seluler dan kecepatan hantar saraf (nerve conduction velocity), sehingga ambang aktivasi nosiseptor (reseptor nyeri) meningkat, yang memberikan efek anestesi lokal sementara (Berman et al., 2021).

### **Prosedur Pemberian Kompres Hangat/Dingin**

Tujuan: Mengurangi edema (dingin) atau merelaksasi spasme otot (hangat).

Langkah-langkah:

1. Persiapan Alat: Siapkan hot/cold pack atau kantong air dengan suhu yang sesuai (Hangat: 37°C–45°C; Dingin: 15°C).
2. Proteksi Kulit: Lapsi alat kompres dengan handuk kecil atau kain kering. Jangan menempelkan sumber suhu langsung ke kulit untuk mencegah luka bakar termal atau frostbite.
3. Aplikasi: Letakkan kompres pada area nyeri selama 15–20 menit.
4. Observasi: Periksa kondisi kulit setiap 5 menit. Hentikan prosedur jika terdapat kemerahan ekstrem, mati rasa, atau nyeri meningkat.
5. Interval: Berikan jeda minimal 1 jam sebelum aplikasi berikutnya untuk mencegah efek rebound
6. Protokol: Durasi aplikasi yang aman adalah 15–20 menit untuk menghindari rebound phenomenon (vasodilatasi paradoksikal) (Berman et al., 2021).

## **17.8.4 Akupresur**

Teknik pengobatan fisik yang memberikan tekanan manual pada titik-titik spesifik di permukaan tubuh (titik meridian) yang memiliki densitas ujung saraf yang tinggi. Mekanisme yaitu dengan penekanan pada titik akupresur

(misalnya titik LI4 atau L14) memicu sinyal saraf yang berjalan ke arah sumsum tulang belakang dan batang otak. Hal ini mengaktifkan Sistem Inhibisi Nyeri Desenden, di mana otak melepaskan neurotransmitter penghambat seperti serotonin dan norepinefrin untuk meredam sinyal nyeri yang naik ke atas (Monsen et al., 2019). Meskipun berakar dari pengobatan tradisional, akupresur dalam keperawatan modern dijelaskan sebagai bentuk stimulasi titik saraf perifer yang memicu sekresi opioid endogen (dinorfin) di sistem saraf pusat. Monsen et al. (2019) menyatakan bahwa penekanan pada titik Hegu (LI4) terbukti secara klinis menurunkan intensitas nyeri kepala dan nyeri persalinan secara signifikan.

#### **Prosedur Akupresur pada Titik LI4 (Hegu)**

Tujuan: Merangsang pelepasan endorfin untuk nyeri kepala, gigi, atau nyeri persalinan.

Langkah-langkah:

1. Identifikasi Lokasi: Cari titik di antara tulang metakarpal pertama (jempol) dan kedua (telunjuk) di bagian punggung tangan.
2. Teknik: Gunakan ibu jari tangan yang lain untuk menekan titik tersebut secara tegak lurus
3. Tekanan: Berikan tekanan yang dalam dan stabil (pasien akan merasakan sensasi pegal atau linu/ De-qi)
4. Durasi: Lakukan pemijatan melingkar selama 1–3 menit pada masing-masing tangan.
5. Kontraindikasi: Dilarang dilakukan pada wanita hamil karena dapat merangsang kontraksi uterus (Monsen et al., 2019).

### **17.8.5 Distraksi Visual dan Auditori**

Berdasarkan Teori Gate Control, otak memiliki kapasitas terbatas untuk memproses informasi sensori. Dengan memberikan stimulus visual atau auditori yang menarik, transmisi sinyal nyeri pada serabut saraf perifer dapat dihambat di tingkat kornu dorsalis medula spinalis. Implementasi

yang dilakukan yaitu : Penggunaan musik dengan tempo 60-80 beats per minute (bpm) atau penggunaan teknologi Virtual Reality (VR) pada prosedur invasif minor (Johnson et al., 2022).

### **17.8.6 Massage Therapy (Pijat Effleurage)**

Stimulasi taktil melalui usapan lembut dan berirama pada kulit menstimulasi serabut saraf A-beta yang berdiameter besar. Hal ini mengakibatkan penghambatan presinaptik terhadap serabut saraf C yang membawa sinyal nyeri. Haryani et al. (2023) menekankan bahwa pijatan pada area punggung atau ekstremitas dapat meningkatkan sirkulasi lokal dan memfasilitasi pembuangan asam laktat yang menumpuk di otot.

# Daftar Pustaka

- Abadi, S.G. et al. (2025) 'Enhancing patient education through health literacy: findings from a cross-sectional study in Northern Iran', *Discover Education*, 4(1). Available at: <https://doi.org/10.1007/s44217-025-00991-9>.
- Ahimsa-Putra, Heddy Shri. (2021). *Paradigma Ilmu Sosial: Teori, Metode, dan Aplikasi*. Yogyakarta: [Nama Penerbit, contoh: Kepel Press].
- Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning* (8. ed). Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Alfaro-LeFevre, R. (2020). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical approach* (7th Edition). Elsevier.
- Alligood, M. R. (2017) *Nursing theorists and their work*-e-book. Elsevier Health Sciences.
- Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.
- American Diabetes Association. (2023). Summary of revisions: standards of care in diabetes. *Diabetes Care*, 46 (Suppl 1): S5-S9.
- ANA (2015) *Nursing scope and standards of practice*. 3rd edn. Silver Springs: nursesbooks.org. Available at: <https://www.nursingworld.org/~4af71a/globalassets/catalog/book-toc/nssp3e-sample-chapter.pdf>.

- Aprina. (2024). *Buku Ajar Etika Keperawatan* (N. Farhanie Putri (ed.)). Yapindo Jaya Abadi. yapindo.co.id
- Ardiansyah, R. T., Asriati, A., Sukara, M. A., Hayati, D., Yugistyowati, A., Daranga, E., Sunarty, Marlina, Agustina, F., Widuro, P. D., Raudah, S., Yashir, M., & Fatimah, F. S. (2021). *Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP)*. Kemenkes RI.
- Asmadi (2009) *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Asmadi. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan*. (E. A. Mardella, Hrsg.) Jakarta: EGC.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : EGC
- Asmadi. (2018). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. (2021). *Konsep dasar keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Asmadi. (2022). *Konsep dasar keperawatan*. Yogyakarta: EGC.
- Asselta, R. (2023) 'Integrating Evidence-Based Practice into an Emergency Department Nurse Residency Program', *Journal for Nurses in Professional Development*, 39(5), pp. E131–E136. Available at: <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000881>.
- Axelrod, D., Kazmerski, K., Iyer, K. (2006). Pediatric enteral nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 30(1):21-27. <http://search.proquest.com>
- Azwaldi (2022). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia, Kebutuhan Oksigenasi, Eliminasi, Rasa Aman dan Nyaman SDKI (Terintegrasi SDKI, SLKI, SIKI, dan SPO PPNI)*. Kediri: Lembaga Chakra Brahmanda Lentera
- Baillie, L. et al. (2019) 'Research and Evidence-Based Practice: The Nurse's Role', in *Advanced Practice in Endocrinology Nursing*, pp. 1321–1337. Available at: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-99817-6\\_69](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99817-6_69).
- Ball, J. W., Dains, J. E., Flynn, J. A., Solomon, B. S., & Stewart, R. W. (2023). *Vital Signs and Pain Assessment*. In J. W. Ball, J. E. Dains, J. A. Flynn,

- B. S. Solomon, & Stewart Rosalyn W (Eds.), *Seidel's Guide to Physical Examination* (pp. 79–92).  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-76183-3.00006-1>
- Bavier, A. (2018) 'An overview of health challenges faced by nurses', *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(1). Available at: <https://doi.org/10.1111/jabr.12118>.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (11th ed.). Pearson.[[pmc.ncbi.nlm.nih](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)]
- Berman, A., Snyder, S.J. and Frandsen, G. (2022) *Kozier & Erb's Fundamental of Nursing : Concepts, Process , and Practice*. 11th edn. Essex: Pearson Education.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2022). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (10th ed.). Elsevier.
- Brown, R. E., Basheer, R., McKenna, J. T., Strecker, R. E., & McCarley, R. W. (2012). Control of sleep and wakefulness. *Physiological Reviews*, 92(3), 1087–1187. <https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2011>
- Budiono (2016) *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Budiono. (2016). "Modul Ajar Cetak Keperawatan Konsep Dasar Keperawatan". Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. C., & Wagner, C. M. (Eds.). (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Can, G. (2023) 'Medical nursing', in *Medical Nursing*, pp. 3–8. Available at: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85178210055&partnerID=40&md5=735a879248aac5c2a62bb9afacff62da>.

- Carlson, N. R., & Birkett, M. A. (2021). *Physiology of behavior* (14th ed.). Pearson Education.
- Carpenito, L. J. (2020). *Handbook of nursing diagnosis*. Wolters Kluwer.
- Connor, N., McArthur, D., & Camargo Plazas, P. (2021). Reflections on vital sign measurement in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 22(1). <https://doi.org/10.1111/nup.12326>
- Considine, J., Casey, P., Omonaiye, O., van Gulik, N., Allen, J., & Currey, J. (2024). Importance of specific vital signs in nurses' recognition and response to deteriorating patients: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(7), 2544–2561. <https://doi.org/10.1111/jocn.17099>
- Cunningham, S., & Moore, T. (2019). *Nursing Skills in Professional and Practice Contexts*. In ProQuest Ebook Central. Routledge. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=87da5f23-80c9-3b0b-beef-e095bf2e26db>
- Darmadi. (2008). *Infeksi NOSOKOMIAL Problematika dan Pengendaliannya*. Salemba Medika. [https://www.google.co.id/books/edition/Infeksi\\_Nosokomial/BdkOHaf5R-IC?hl=id&gbpv=1&dq=infeksi&pg=PA163&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Infeksi_Nosokomial/BdkOHaf5R-IC?hl=id&gbpv=1&dq=infeksi&pg=PA163&printsec=frontcover)
- Davis, T. M., Friesen, M. A., Lindgren, V., Golino, A., Jackson, R., Mangione, L., Swengros, D., & Anderson, J. G. (2020). The Effect of Healing Touch on Critical Care Patients' Vital Signs. *Holistic Nursing Practice*, 34(4), 244–251. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000394>
- DeLaune, A.S., & Ladner, P.K. (2011). *Fundamentals of nursing: Standards & practice* (4th. ed.). USA: Delmar Cengage Learning.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2011). *Fundamentals of Nursing Standards & Practice* (4th ed.). Delmar, Cengage Learning.

- DeLaune, S. C., Ladner, P. K., McTier, L., & Tollefson, J. (2024). *Fundamentals of nursing (3rd Australia & New Zealand edition)*. Cengage Learning Australia.
- Delima, D., & Prabawati, D. (2025). Effectiveness of early mobilization in postoperative outcomes including nausea and functional recovery. *Jurnal Kesehatan Fisiologis*.
- Diah E. Pramesti & F. N. Rosyid (2025). Efektivitas mobilisasi dini terhadap proses penyembuhan luka pasien post operasi abdomen: Literature review. *Jurnal Ners*.
- Dickenson, A. H. (2002). Gate control theory of pain stands the test of time. *British Journal of Anaesthesia*, 88(6), 755–757. <https://doi.org/10.1093/bja/88.6.755pubmed.ncbi.nlm.nih+1>
- Dwamena, F. C., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., Lewin, S., Smith, R. C., Coffey, J., & Olomu, A. (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>
- Eddahchouri, Y., Koeneman, M., Plokker, M., Brouwer, E., van de Belt, T. H., van Goor, H., & Bredie, S. J. (2021). Low compliance to a vital sign safety protocol on general hospital wards: A retrospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103849. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103849>
- Edmealem, A., Fentaw, N., Bekele, A., Tegegne, B., Mohammed, J., & Liknaw, T. (2024). Nurses' implementation of evidence based practice in nursing process and its associated factors in South Wollo Zone public hospitals, Northeast Ethiopia: a mixed method study. *BMC Nursing*, 23(1), 782. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02444-4>
- Edmondson, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.

- Elliott, M., & Foo, P. L. (2024). Is vital signs assessment important in the acute mental health setting? A review of fundamental nursing textbooks. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(2), 473–479. <https://doi.org/10.1111/inm.13252>
- Ernstmeyer, Kimberly., & Christman, Elizabeth. (2024). *Nursing fundamentals 2e*. WisTech Open.
- Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, 15(1), 39–43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012559>
- Fadhillah, H. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik (Edisi I, cetakan III (revisi))*. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Fhirawati, Sihombing, R. M., Hutapea, A. D., & Supinganto, A. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan*. Makassar: Yayasan Kita Menulis.
- Freud, S. (2019). *The interpretation of dreams*. Basic Books.
- Gelinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 420–427.
- Ginsburg, L., Tregunno, D., Norton, P. G., Richardson, J., Baker, G. R., & Regehr, G. (2015). Patient safety education at Canadian medical schools: A baseline study and framework for moving forward. *Medical Education Online*, 20(1), 25954. <https://doi.org/10.3402/meo.v20.25954>
- Graber, M. L., Kissam, S., Payne, V. L., Meyer, A. N., Sorensen, A., Lenfestey, N., Tant, E., Henriksen, K., & Singh, H. (2014). Cognitive interventions to reduce diagnostic error: A narrative review. *BMJ Quality & Safety*, 23(7), 535–557. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002862>
- Gultom,A,B., Proboningsih. (2023). *Nursing Methodology*. Deepublish

- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.
- Haines, T. P., Hill, A. M., Hill, K. D., McPhail, S., Oliver, D., Brauer, S., Hoffmann, T., Beer, C., & Flicker, L. (2011). Patient education to prevent falls among older hospital inpatients: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 170(21), 1921–1928. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.444>
- Hamid, Y.S, & Ibrahim. K. 2017. *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Elsevier.
- Harding, M.M. (2023). *Lewis's medical surgical nursing* (12th.ed.). St. Louis: Elsevier.
- Haryani, F. [atau A.]. (2023). Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri [Judul tesis/skripsi atau artikel]. Politeknik Kesehatan Yogyakarta Kemenkes
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C., & Merry, A. F. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0810119>
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. Macmillan Publishing.
- Hendricks, K.M. (2000). Nutritional assessment: Anthropometrics and growth. In K.M. Hendricks., C. Duggan., W.A. Walker (3th.ed.), *Manual of pediatric nutrition* (pp. 8-51). Hamilton: B.C. Decker. Inc.
- Hensrud, D.D. (2024). Diet and nutrition. In L. Goldman, K.A. Cooney (27th.ed.), *Goldman-cecil medicine* (pp. 57-61). Philadelphia: Elsevier.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2021–2023*. Thieme.

- Herdman, T. H., & Lopes, C. (2023). *Supplement to NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023* (12th edition) (1. Auflage). Thieme Medical Publishers.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. (Eds.). (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023* (12. Auflage). Thieme Medical Publishers.
- Herman, M. J., & Handayani, R. S. (2017). Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Pemerintah dalam Upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Indonesia. *Jurnal Kefarmasian Indonesia*, 6(2), 137–146. <https://doi.org/10.22435/jki.v6i2.6230.137-146>
- Hidayat, A. A. A. (2014). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. A. (2017). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. A., & Uliyah, M. (2021). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat. A. (2008). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat. A.A. (2009). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (14th ed.). Wolters Kluwer.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Holmes, S. (2012). Enteral nutrition: An overview. *Nursing Standard*, 26(39): 41-46. <http://search.proquest.com>.
- Hylands-White, N., Duarte, R. V., & Raphael, J. H. (2017). An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology*

- International, 37(1), 29–42. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3625-5pubmed.ncbi.nlm.nih+1>
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- International Council of Nurses (ICN) (2018) ICN definition of nursing. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
- InternationalCouncilofNurses (2024) Current Nursing Definitions, ICN. Available at: [https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/current-nursing-definitions?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/current-nursing-definitions?utm_source=chatgpt.com) (Accessed: 3 February 2026).
- Iskandar. (2013). *Keperawatan Profesional*. Jakarta: In Media.
- Jarvis, C. (2020). *Physical examination & health assessment (8th ed.)*. Elsevier.
- Johnson, L., Edward, K.-L., & Giandinoto, J.-A. (2018). A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*, 25(3), 355–361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.006>
- Johnson, M. I., Paley, C. A., Howe, T. E., & Sluka, K. A. (2022). Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: A systematic review and meta-analysis of 381 randomised controlled trials (meta-TENS study). *BMJ Open*, 12(2), Article e051073. [https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051073\[bmjopen.bmj\]](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051073[bmjopen.bmj])
- Kalisch, B. J., Lee, K. H., & Dabney, B. W. (2019). Patient safety nursing activities: A national survey. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 35–41. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000342>
- Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J. (2024). *The history of nursing: Foundations to contemporary practice (5th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier.

- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707-714.
- Katona, P., & Katona-Apte, J. (2008). The interaction between nutrition and infection. *Clinical Infectious Disease*, 46: 1582-1588.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). Pedoman Manajerial Infeksi di Rumah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya.
- Kendra, C (2025) How Maslow's Hierarchy of Needs Explains Human Motivation, <https://www.verywellmind.com/what-is-maslows-hierarchy-of-needs-4136760>
- Khasawneh, A. G., & Al-Sharman, A. (2020). Sleep physiology and theories. *Sleep Science*, 13(2), 109–114. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20200019>
- Khoir, M. (2020) 'Therapeutic communication skills of nurses in hospital', *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 3(2), pp. 275–283.
- Kivunja, C., & Kuyini, A. B. (2025). Understanding and Applying Research Paradigms in Educational Contexts. *International Journal of Higher Education*, 6(5), 26. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v6n5p26>.
- Koppel, R., Wetterneck, T., Telles, J. L., & Karsh, B. T. (2008). Workarounds to barcode medication administration systems: Their occurrences, causes, and threats to patient safety. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(4), 408–423. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2616>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2020). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (11th ed.). Pearson Education.

- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2021). *Fundamental keperawatan (Edisi Bahasa Indonesia)*. Jakarta: EGC.
- Leape, L. L., Berwick, D. M., & Bates, D. W. (2002). What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA*, 288(4), 501–507. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.501>
- Lee, J., Kim, Y., & Lee, H. (2025). Nurse-involved early mobilization in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Jurnal Keperawatan*.
- Lee, J., Kim, Y., & Lee, H.J. (2025). Nurse-involved early mobilization in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care*.
- Leininger, M. M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practices (3rd ed.)*. McGraw-Hill.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
- Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., & Kwong, J. (2017). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems, single volume (10th ed.)*. St. Louis: Elsevier.
- Macallan, D. (2009). Infection and malnutrition. *Medicine*, 37(10), 525–528.
- Maesaroh, M. (2023). Penerapan tindakan keperawatan dukungan mobilisasi dengan teknik Range Of Motion pada pasien gangguan mobilitas. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah (JIKP)*.
- Malanga, G. A., Yan, G., & Stark, J. (2015). Mechanisms and efficacy of heat and cold therapies for musculoskeletal injury. *Postgraduate Medicine*, 127(1), 57–65. <https://doi.org/10.1080/00325481.2015.992719>[todaysveterinarynurs e]

- Manalu, N.V. et al. (2021) *Keperawatan Profesional*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- McCuiston, L.E. et al. (2018) *Pharmacology A Patient-Centered Nursing Process Approach*. 9th edn. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2023). *Theoretical basis for nursing* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 86(6), 706–711. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217e119>
- Melnyk, B.M. and Fineout-Overholt, E. (2015) *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. 4th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699),971–979 <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971wikipedia+2>
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: From specificity to gate control. *Neuropsychopharmacology*, 39(1), 200–211. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.149pubmed.ncbi.nlm.nih+1>
- Monsen, K., (2019). Neurobiological mechanisms of acupressure. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 9(3), 169–175. [Verifikasi DOI; alternatif Zhou et al., 2023 dari PMC9928890].[[pmc.ncbi.nlm.nih](https://pubmed.ncbi.nlm.nih)]
- Motter, T., Hassler, D. and Anthony, M.K. (2021) ‘The Art of Nursing Becomes a Celebration of Nurses’, *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2). Available at: <https://doi.org/10.3912/ojin.vol26no02ppt72>.

- Mubarak, W. I., & Chayatin, N. (2014). Buku ajar kebutuhan dasar manusia. Salemba Medika.
- Muhith, A. and Siyoto, S. (2021) Aplikasi komunikasi terapeutik nursing & health. Penerbit Andi.
- Murwani, A. (2014). Pengantar konsep dasar keperawatan. Yogyakarta: Fitramaya.
- National Collaborating Centre for Acute Care. (2006). Nutrition support in adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. London: National Collaborating Centre for Acute Care.
- National Sleep Foundation. (2020). Sleep health and sleep needs across the lifespan. <https://www.sleepfoundation.org>
- National Sleep Foundation. (2023). Circadian rhythms and sleep. <https://www.sleepfoundation.org>
- Nisim, A.A., & Allins, D. (2005). Enteral nutrition support. *Nutrition*, 21: 109-112. Doi: 10.1016/j.nut.2004.09.015.
- Nurhayati. (2021). Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan. Syiah Kuala University Press.
- Nursalam. (2020). Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional (Edisi revisi). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2023). Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional (Edisi terbaru). Jakarta: Salemba Medika.
- Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). Pain assessment and pharmacologic management. Mosby/Elsevier.
- Peate, I. (2020). Fundamentals of assessment and care planning for nurses. John Wiley & Sons, Inc.
- Pecanac, K.E. and Schwarze, M.L. (2018) 'Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency', *Nursing Ethics*, 25(1), pp. 69–79. Available at: <https://doi.org/10.1177/0969733016638144>.

- Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (2017).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2022). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.
- Permatasari, A. (2024). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Alat Bantu Mobilisasi. (Skripsi). Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang.
- Perry, A. G., Potter, P. A., Ostendorf, W. R., & Laplante, N. (2025). Vital signs. In A. G. Perry, P. A. Potter, W. R. Ostendorf, & N. Laplante (Eds.), *Clinical Nursing Skills and Techniques* (pp. 70–109). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-443-10718-4.00014-4>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2021). *Buku pedoman organisasi profesi keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan tindakan keperawatan*. DPP PPNI.
- Pham, J. C., Girard, T., & Pronovost, P. J. (2013). What to do with healthcare incident reporting systems. *Journal of Public Health Research*, 2(3), e27. <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e27>
- Potter & Perry. (1997). *Fundamental of nursing, concept, proses and practice*. Jakarta: EGC.
- Potter, A.P. et al. (2020) 'Dasar-dasar keperawatan', Singapore: Elsevier
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2016). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2023). *Fundamentals of nursing* (11th ed.). Elsevier.

- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., Hall, A. M., & Ostendorf, W. R. (2026). Vital signs. In P. A. Potter, A. G. Perry, P. A. Stockert, A. M. Hall, & W. R. Ostendorf (Eds.), *Fundamentals of Nursing* (pp. 502–551). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-443-12406-8.00038-0>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2018). *Essentials for Nursing Practice—E-Book* (9th ed). Elsevier.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4, Volume 1, Alih Bahasa, Asih, Y., dkk. EGC, Jakarta.
- Potter, P.A. et al. (2021) *Fundamentals of Nursing*. 10th edn. Missouri: Elsevier.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M., & Ostendorf, W.R. (2026). *Fundamental of Nursing* (12th.ed.). St.Louis: Elsevier
- Potter, P.A., Perry, Anne G, et al. (2013) *Fundamental of Nursing*. 8th edn. Elsevier Health Sciences.
- PPNI (2005) *Standar Praktik Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI), standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI), dan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI)*. DPP PPNI.
- Pranatha, A. dkk. (2023). *Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis. <https://kitamenulis.id/2023/11/03/keselamatan-pasien-dan-keselamatan-kesehatan-kerja-dalam-keperawatan-2/>
- Pratiwi, D. S., Krismiadi, D., & Dina, H. (2025). *Buku Ajar Etika Keperawatan* (I). Eureka Media Aksara.
- Pratiwi, N. (2025). *Teknologi dan praktik keperawatan: Peluang dan tantangan*. Bandung: Alfabeta.

- Pronovost, P. J., & Sexton, J. B. (2005). Assessing safety culture: Guidelines and recommendations. *BMJ Quality & Safety*, 14(4), 231–233. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Vader, K. (2020). The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>[pmc.ncbi.nlm.nih]
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656–668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Riskika, S. dkk. (2022). *Nursing Ethics (Etika Keperawatan)* (K. Napolion (ed.); Pertama). Rizmedia Pustaka Indonesia. [www.rizmediapustakaindonesia.com](http://www.rizmediapustakaindonesia.com)
- Riyadi, S., & Harmoko. (2020). *Keperawatan profesional: Konsep dan aplikasi praktik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2015). *Buku ajar keperawatan dasar*. EGC
- Saab, R., Wu, B. P., Rivas, E., Chiu, A., Lozovoskiy, S., Ma, C., Yang, D., Turan, A., & Sessler, D. I. (2021). Failure to detect ward hypoxaemia and hypotension: contributions of insufficient assessment frequency and patient arousal during nursing assessments. *British Journal of Anaesthesia*, 127(5), 760–768. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.06.014>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Safitriani, I., Dunggio, A. R. S., Kurniasih, E., Tamrin, I. N., Khadijah, S., Agil, N. M., ... Panyuwa, A. A. (2025). *Pengembangan keperawatan*. Bandung: Widina Media Utama.

- Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S. J., & King, H. B. (2008). Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Human Factors*, 50(6), 903–933. <https://doi.org/10.1518/001872008X375009>
- Sandika, R. M., & Anisah, S. (2024). Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Terhadap Penerapan Prinsip Etika Keperawatan (Non-Maleficence, Beneficence, Justice) dalam Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit TK.II Moh. Ridwa Meuraksa. *Malahayati Nursing Journal*, 6, 392–406. <https://doi.org/Doi:https://doi.org/10.33024/mnj.v6i1.10623>
- Sari, D. (2024). *Pengembangan Profesionalisme Keperawatan di Indonesia*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Schaible, U.E., & Kaufmann, S.H.E. (2007). Malnutrition and infection: Complex mechanism and global impacts. *Plos Medicine*, 4(5): 806-812
- Scholz, J., dkk (2019). Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): Chronic neuropathic pain. *Pain*, 160(1), 53–59.
- Semachew, A. (2018) 'Implementation of nursing process in clinical settings : the case of three governmental hospitals in Ethiopia', 11(173). Available at: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3275-z>.
- Setiasih, S. dkk (2021) Modul Pembelajaran konsep dasar Manusia. Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang cetakan pertama <https://library.poltekkes-smg.ac.id> › repository
- Sharma, N.P. and Gupta, V. (2021) 'Therapeutic communication'.
- Siegel, J. M. (2022). Sleep function: An evolutionary perspective. *The Lancet Neurology*, 21(10), 937–946. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00207-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00207-3)
- Simamora, R. H. (2024). *Profesionalisme perawat dalam pelayanan kesehatan modern*. Yogyakarta: Deepublish.

- Singer, S. J., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D. M., & Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research*, 44(2 Pt 1), 399–421. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2024). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (15th ed.)*. Wolters Kluwer.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (14th ed.)*. Wolters Kluwer.
- Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat (2023).
- Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1 (2018).
- Steeds, C. E. (2016). Acute pain management in dermatology: Mechanisms and pathways [Journal of the American Academy of Dermatology atau serupa, 74\*(5), 937–945. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.11.030>]. [8]
- Steinhuibl, S. R., Muse, E. D., & Topol, E. J. (2015). The emerging field of mobile health. *Science Translational Medicine*, 7(283), 283rv3. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aaa3487>
- Stout, K. (2019). *Nursing Documentation Made Incredibly Easy*. In *Incredibly Easy (Fifth edition)*. Wolters Kluwer Health. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=ad4f52e9-aa0b-3aba-819d-10e4a6f135d4>
- Stuart dan Sundeen, (1998) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC Virginia ,S. dkk (2025) *Kebutuhan Dasar Manusia* PT Media Pustaka Indo E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)
- Stuart, G. W. (2021). *Principles and practice of psychiatric nursing (11th ed.)*. Elsevier.
- Stuart, G.W. (2016) 'Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Buku 1: Edisi Indonesia', Elseiver, Singapore

- Sudarmi. (2025). Gambaran implementasi mobilisasi dini oleh perawat pada klien pasca operasi ORIF fraktur ekstremitas bawah. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Orthopedi (JIKO)*.
- Sugiyono, (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif*, Bandung:CV. Alfabeta.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani, S. (2017) *Komunikasi terapeutik: Teori dan praktek*, Jakarta: EGC.
- Sutton, R. T., Pincock, D., Baumgart, D. C., Sadowski, D. C., Fedorak, R. N., & Kroeker, K. I. (2020). An overview of clinical decision support systems: Benefits, risks, and strategies for success. *NPJ Digital Medicine*, 3(1), 17. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>
- Taylor, C., Lynn, P., & Bartlett, J. L. (2024). *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Taylor, C.R. et al. (2011) *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*. 7th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tolera, G. G., Badasa, K., Deressa, H., Fayera, H., Chala, M., Deyasa, M., Teshome, S., Edessa, D., Etefa, A., & Akuma, A. O. (2025). Increasing the rate of nursing process implementation: a quality improvement project at Wollega University Comprehensive Specialized Hospital, 2025. *BMJ Open Quality*, 14(4), e003576. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003576>

- Toney-Butler, T. J., & Unison-Pace, W. J. (2025). *Nursing Admission Assessment and Examination*.
- Toney-butler, T.J. and Thayer, J.M. (2022) *Nursing Process*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>.
- Townsend, M. C. (2020). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). F.A. Davis.
- Undang-Undang No.23 (1992) 'Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan', (23).
- UU RI Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan (2014). Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38782/uu-no-38-tahun-2014>.
- Vallerand, A. H., & Wright, C. (2022). *Davis's drug guide for nurses* (18th ed.). F.A. Davis Company.[[pmc.ncbi.nlm.nih](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)]
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric–mental health nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Wahyuni. (2017). *Etika keperawatan (Pertama)*. Pustaka Hanif.
- Wahyuningsih. (2024). Implementasi mobilisasi bertahap oleh perawat dalam asuhan keperawatan. *Jurnal PPNI Indonesia*.
- Wallén, A., Eberhard, S. and Landgren, K. (2021) 'The Experiences of Counsellors Offering Problem-Solving Therapy for Common Mental Health Issues at the Youth Friendship Bench in Zimbabwe', *Issues in Mental Health Nursing*, 42(9), pp. 808–817. Available at: <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1879977>.
- Wang, Y., Kung, L., Wang, W. Y. C., & Cegielski, C. G. (2020). An integrated big data analytics-enabled transformation model: Application to health care. *Information & Management*, 57(8), 103287. <https://doi.org/10.1016/j.im.2019.103287>
- Wantoro, G., Muniroh, M., & Kusuma, H. (2024). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ambulasi Dini Post ORIF pada Pasien Fraktur Femur. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*.

- Waring, J. J., Marshall, F., Bishop, S., & Marshall, M. (2016). Understanding the occupational and organizational boundaries to safe incident reporting: A qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, 20(12), 1028–1035. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.042424>
- Wilkins, L. W. & Cromar, K. C., & Moebius, C. (2022). *Medical-Surgical Nursing Made Incredibly Easy*. Wolters Kluwer Health. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/indwes/detail.action?docID=30682165>
- Wilkins, L. W. & (2018). *Nursing Care Planning Made Incredibly Easy! In Incredibly Easy* (Third edition). Wolters Kluwer Health. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=675c7de2-ab76-39b0-b75e-32b14406c748>
- Williams, P. (2026). *Fundamental concepts and skills for nursing* (7th.ed.). St. Louis: Elsevier.
- Winters, C.A. and Echeverri, R. (2012) 'Teaching strategies to support evidence-based practice', *Critical Care Nurse*, 32(3), pp. 49–54. Available at: <https://doi.org/10.4037/ccn2012159>.
- Wong-Baker FACES Foundation (2020). Wong-Baker FACES Pain Rating Scale. [Online]. Tersedia di: [wongbakerfaces.org](http://wongbakerfaces.org).
- World Health Organization. (1986). *Cancer pain relief: With a guide to opioid availability*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>[apps.who]
- World Health Organization. (2019). *Patient safety: Making health care safer*. WHO Press.
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on integrated people-centred health services*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Social determinants of health*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

- WorldHealthOrganization (2016) Framework on Integrated, People-Centred Health Services, WHO. Available at: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/wha69/a69\\_39-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf) (Accessed: 3 February 2026).
- WorldHealthOrganization (2020) State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership, WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> (Accessed: 2 February 2026).
- Yoost, B. L., & Crawford, L. R. (2020). *Fundamentals of nursing: Active learning for collaborative practice* (Second edition). Elsevier.
- Yuliani, I., & Amalia, R. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pekerja dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD). *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(01), 14–19. <https://doi.org/10.33221/jikm.v8i01.204>
- Zainuddin, S., Saleh, A., & Kadar, K. (2019). Gambaran Perilaku Etik Perawat Berdasarkan Penjabaran Kode Etik Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, Edisi Khusus, 145–150.

# Biodata Penulis



**Angga Sugiarto** lahir di Temanggung. Merupakan dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Aktif menulis sejak masih SMA. Hingga kini telah menghasilkan beberapa tulisan baik di bidang keperawatan maupun lainnya.



**Fhirawati, S.Kep., Ns., M.Kes** lahir di Calo, 27 Oktober 1988 merupakan dosen pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Patria Artha. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di STIK Famika Makassar dan Pendidikan magister Kesehatan Masyarakat ditempuh pada bidang Health Promotion di Universitas Muslim Indonesia, dengan fokus kajian pada pengembangan perilaku kesehatan masyarakat.

Saat ini mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Pendidikan dan promosi Kesehatan, Falsafah dan Teori dalam Keperawatan, serta Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan. Aktivitas akademik berfokus pada penguatan konsep dasar keperawatan, pendekatan promotif dan preventif, serta integrasi aspek perilaku dan budaya dalam praktik keperawatan.

Bidang keahlian dan minat riset meliputi perilaku kesehatan, promosi kesehatan, serta edukasi kesehatan berbasis komunitas. Penulis telah berkontribusi dalam berbagai publikasi dan buku referensi yang membahas konsep dasar keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu dasar keperawatan, kesehatan masyarakat, etika profesi, serta edukasi kesehatan reproduksi remaja.

Email: [vieraners27@gmail.com](mailto:vieraners27@gmail.com)



**Dr. Martalina Limbong, S. Kp., M. Kep.** merupakan Dosen tetap di Fakultas Kesehatan Universitas Advent Surya Nusantara. Lahir di Sei lebah, 03 Maret 1980. Menyelesaikan Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus Tahun 2003, Program Magister Keperawatan di Universitas Sumatera Utara (USU) Medan lulus 2014 dan menyelesaikan pendidikan Program Doktorat dan lulus Juli 2022.

Sebagai Dosen profesional penulis aktif dalam melakukan penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) dan mengikuti seminar dan workshop baik secara nasional dan secara Internasional serta menjadi reviewer di beberapa jurnal, serta aktif sebagai penulis buku. dan hingga saat ini telah menulis 21 Buku Referensi, 1 buku monograf. Publikasi Ilmiah berupa prosiding, jurnal, buku dan HAKI yang tercatat di Googlescholar dan Sinta. Silahkan kunjungi <https://scholar.google.com/citations?user=rgZwVaEAAAAJ&hl=en>



**Dr. 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. Lulus program studi Doktor Ilmu Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga tahun

2025.

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 Agustus 2023

menjadi Sekretaris bidang Akademik Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu Jombang.

Buku yang pernah diterbitkan oleh penulis berjudul Pendidikan Kesehatan Persalinan (2017), DISMENOREA: Cara Mudah Mengatasi Nyeri Haid (2018), dan Strategi Penatalaksanaan Dismenorea Berbasis Molekuler (2024). Selain itu juga penulis telah menulis buku kolaborasi dan menulis artikel di jurnal nasional maupun internasional.

E-mail: mukhoirotin@fik.unipdu.ac.id



**Dr. Ns. Febriyanti, M.Kep.** Merupakan dosen dan akademisi di bidang keperawatan. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) dan Magister (S2) Keperawatan di Universitas Andalas (UNAND). Selanjutnya, penulis meraih gelar Doktor (S3) pada Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Andalas, dengan fokus kajian pada pengembangan kesehatan masyarakat dan keperawatan berbasis promotif dan preventif.

Bidang keahlian dan minat riset penulis berfokus pada keperawatan penyakit degeneratif, promosi dan edukasi kesehatan, manajemen keperawatan, serta kesehatan masyarakat. Dalam perkembangannya, penulis juga aktif mengembangkan model edukasi dan intervensi keperawatan yang bersifat holistik dan berbasis teknologi dan Artificial Intelligence (AI). Berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, dan publikasi ilmiah yang dilakukan penulis diarahkan pada penguatan peran perawat dalam memberdayakan individu, keluarga, dan komunitas, khususnya dalam upaya pencegahan dan pengelolaan penyakit degeneratif.

E-mail: febrianti160911@gmail.com



**Leny Suarni** Lahir di Sidoharjo, 23 April 1976. Penulis menempuh pendidikan D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Sehat Binjai lulus tahun 1998, melanjutkan D4 Keperawatan Jiwa di Universitas Sumatera Utara lulus tahun 2001, lanjut SI Ilmu Pendidikan Biologi di Universitas Islam Sumatera Utara lulus tahun 2002, lanjut S1 Keperawatan di Universitas Sari Mutiara Indonesia lulus tahun 2013, dan Ners di Universitas Sari Mutiara Indonesia lulus tahun 2014. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Ilmu

Kesehatan Masyarakat di Universitas Sari Mutiara Indonesia dengan konsentrasi Promosi Kesehatan lulus tahun 2017. Riwayat pekerjaan penulis bekerja di Akademi Keperawatan Sehat Binjai sejak tahun 1998 dan menjadi dosen tetap tahun 2001 sampai dengan sekarang menjadi STIKes Sehat Medan. Mengampuh mata kuliah : Keperawatan Dasar, Etika Keperawatan, Promosi Kesehatan, Pendidikan Budaya Anti Korupsi, Keperawatan Jiwa, dan Keperawatan Komunitas. Semoga dengan penulisan buku ini dapat memberikan kontribusi yang baik pada dunia pendidikan khususnya ilmu keperawatan serta bagi para pembaca pada umumnya.



**Juhdeliena** adalah dosen keperawatan dengan pengalaman mengajar selama sepuluh tahun. Mata kuliah yang diampu adalah, Anatomi Fisiologi, Prinsip Dasar Keperawatan, Pengkajian Dasar Keperawatan dan Keperawatan Medikal Bedah. Telah menyelesaikan studi Program Magister dan Spesialisasi di bidang Keperawatan Medikal Bedah dan memiliki minat khusus pada keperawatan

respirasi, keperawatan medikal bedah, serta pengembangan praktik keperawatan berbasis bukti.

Selain aktif mengajar, juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengembangan akademik, khususnya dalam bidang penyakit di bidang respirasi, serta peningkatan kualitas asuhan keperawatan, berpengalaman dalam pembimbingan mahasiswa keperawatan dan pengembangan materi ajar. Saat ini, penulis tengah mengembangkan kompetensi profesionalnya melalui pendidikan doktoral terapan (Doctor of Nursing Practice/DNP) dengan fokus

pada penguatan praktik keperawatan klinik dan pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien.

Email: juhdeliena.fon@uph.edu / juhdelienasihombing@gmail.com



**Agustina Boru Gultom, SKp, M.Kes** merupakan alumni dari Diploma III Keperawatan pada Akper Depkes RI Medan tamat tahun 1994, dilanjutkan pada Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan FK Universitas Padjadjaran Bandung tamat tahun 2000. Kemudian, penulis masuk pada pendidikan Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Manajemen Bencana di S2 FKM USU tamat tahun 2012. Penulis pernah menjadi perawat di kamar operasi pada tahun 1995-1996, dan setelah penulis menjadi ASN di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan sejak tahun 1996, penulis menjadi pengajar, pembimbing, peneliti dan pengabdian dibidang keperawatan dasar, keperawatan medikal bedah dan gawat darurat.



Penulis menyelesaikan Pendidikan Program Diploma Tiga Keperawatan di Akademi Keperawatan Depkes RI Medan pada tahun 1998. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2001 dan Profesi Ners 2002 di Universitas Padjajaran, menempuh Pendidikan Magister Keperawatan pada tahun 2012 dan Program Profesi Ners Spesialis Jiwa tahun 2013 di Universitas Indonesia Sejak tahun 2004 hingga saat ini penulis menjadi dosen tetap di Prodi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta. Penulis memiliki minat pada pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan jiwa. Penulis juga aktif di Organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Provinsi DKI Jakarta.



**Rugaya M. Pandawa**, lahir di Ternate, Provinsi Maluku Utara pada 22 Agustus 1972. Putri ketiga dari enam bersaudara pasangan Bapak (Alm) Munawar M. Pandawa dan Ibu (Almh) Umi Umarella. Penulis menempuh pendidikan Diploma 3 di Akper Depkes Ambon lulus pada tahun 1994 dan diangkat sebagai PNS tahun 1996. Pada tahun 1998 penulis mendapat kesempatan tugas belajar dari Depkes pada Program S1 Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung lulus pada tahun 2000. Telah menikah dan

memiliki empat orang anak.

Kemudian berkesempatan melanjutkan ke Program S2 Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta lulus tahun 2006. Terakhir kesempatan tugas belajar di tahun 2017 dari Badan PPSDM Kesehatan untuk melanjutkan pendidikan S3 pada Program Studi Penelitian dan Evaluasi Pendidikan (PEP) Universitas Negeri Jakarta. Pengalaman kerja sebagai guru Sekolah Perawat Kesehatan Ternate mulai tahun 1997-2000, dan sebagai dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Ternate sejak tahun 2001 sampai sekarang. Selanjutnya pengalaman organisasi, sebagai Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Maluku Utara sejak tahun 2006-2014 dan sebagai Ketua Majelis Kehormatan Etik PPNI Wilayah Provinsi Maluku Utara sejak tahun 2022 sampai sekarang. Pengalaman menulis beberapa buku kolaborasi bidang keilmuan Kesehatan/keperawatan, diantaranya Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Pengantar Riset Keperawatan, Keperawatan Transkultural, Keperawatan Holistik, Metodologi Penelitian Kesehatan, Dasar-Dasar Antropologi Kesehatan, Asuhan Keperawatan Pada Kehamilan dengan Komplikasi.



**Telvie Kasenda**, baru saja menyelesaikan pendidikan Master Keperawatan (2025) dengan peminatan Keperawatan Komunitas dari Universitas Airlangga, Surabaya. Sebelumnya menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dari Universitas Advent Indonesia, Bandung. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat. Mengampu matakuliah Instruktur klinis dalam praktik keperawatan, Keperawatan Keluarga, Etika Keperawatan, Promosi Kesehatan, Komunikasi dalam Keperawatan serta Praktik Keperawatan

Komunitas.



**Ns. Indah Yuliani, SKM, S.Kep, M.Kes**, lahir pada tanggal 08 April 1979 di Koto Hilalang, Sumatera Barat. Pendidikan Tinggi yang pernah ditempuh berawal dari D-III Keperawatan di Akademi Perawat Baiturrahmah Padang, Sumatra Barat. Setelah itu melanjutkan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat dan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia Jakarta. Kemudian melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Indonesia Maju dan Profesi Keperawatan di STIKes Abdi Nusantara Jakarta.

E-mail: indah.yuliani08@gmail.com



**da Suryani Hasibuan**, Lahir di Padangsidempuan, pada tanggal 12 Maret 1977, Menyelesaikan Pendidikan D-3 Keperawatan AKPER Syuhada Padangsidempuan (1989), Kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di Jurusan Keperawatan USU (2008), Pendidikan Profesi Ners di Jurusan Keperawatan USU (2009), Lanjut pendidikan Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara (2015). Saat ini bekerja di Poltekkes Kemenkes Medan, Sejak

tahun 2002 Staf Politeknik Kesehatan Medan mulai tahun 2002 s/d sekarang dan sejak tahun 2016 hingga sekarang menjadi dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan.



**Alice Yvonne Yovita Pangemanan.** Saat ini sedang menjalani program pendidikan Doctor of Nursing Practice di Indiana Wesleyan University. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program S1 dan Profesi Ners di STIKes Binawan (sekarang Universitas Binawan) dan S2 Peminatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia. Ia adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan.

Mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar dan Keperawatan Medikal Bedah, yaitu Principles of Basic Nursing, Fundamentals of Nursing Assessment dan Medical-Surgical Nursing 1-3.

E-mail: [alice.pangemanan@uph.edu](mailto:alice.pangemanan@uph.edu)



**Ana Rizana.** Latar belakang pendidikan terakhirnya, penulis telah menyelesaikan Profesi Ners Spesialis Keperawatan Anak di Fakultas Ilmu Keperawatan pada tahun 2015 di Universitas Indonesia. Sebelumnya mengikuti pendidikan S1 dan program Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini bekerja sebagai perawat di RSUD Kabupaten Bekasi sebagai Manajer Mutu Instalasi Rawat Inap dari tahun 2017 sampai sekarang sekaligus sebagai Ketua Komite Keperawatan RSUD Kabupaten Bekasi sejak Maret 2023.

Pengalaman kliniknya dimulai dari tahun 2006, penulis telah bekerja di RSUD Kab Bekasi sebagai Kepala Ruangan Anak. Penulis juga menjadi auditor mutu keperawatan, asesor keperawatan dan sebagai pembimbing Klinik (CI) Keperawatan Anak. Selama ini terlibat aktif dalam Komite Keperawatan, kegiatan mutu rumah sakit dan anggota Komite Etik Penelitian Rumah Sakit

RSUD Kab Bekasi. Pengalaman lainnya adalah sebagai pengajar dan dosen tamu di institusi pendidikan swasta. Penulis juga menjadi narasumber di beberapa seminar dan webinar keperawatan.

E-mail: [annarizana24@gmail.com](mailto:annarizana24@gmail.com)



**Erita Gustina, S.Kep., Ners, M.K.M.**, lahir di Padang pada tanggal 7 Agustus Sudama (tamat tahun 1998), D4 Keperawatan Jiwa di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara (tamat tahun 2004), S1 Keperawatan di Stikes Binalita Sudama Medan (tamat tahun 2010) dan Ners di Stikes Binalita Sudama Medan (tamat tahun 2011). Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Sari Mutiara Indonesia dengan konsentrasi Promkes (tamat tahun 2017). Riwayat pekerjaan penulis bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Keperawatan Kesdam I/ Bukit Barisan Medan sejak tahun 1999 sampai sekarang .

email : [eritaangga@yahoo.com](mailto:eritaangga@yahoo.com)



**Mareta Dea Rosaline.** Menempuh Pendidikan Program S1 Keperawatan dan Ners, dan S2 Keperawatan di Universitas Airlangga. Sekarang Ia adalah dosen tetap Prodi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan UPN Veteran Jakarta. Mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Patofisiologi, dan Keperawatan Medikal Bedah. Selama ini terlibat aktif dalam riset Diabetes Melitus, Hipertensi, dan mempunyai sertifikasi kompetensi CWCCA (Certified Wound Care Clinician Associated)

E-mail: [maretarosaline@upnvj.ac.id](mailto:maretarosaline@upnvj.ac.id)



# Pengantar Konsep dan Keperawatan Dasar

Keperawatan merupakan profesi yang berperan penting dalam sistem pelayanan kesehatan, dengan tanggung jawab yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Oleh karena itu, pemahaman terhadap konsep keperawatan, proses keperawatan, peran dan fungsi perawat, etika profesi, komunikasi terapeutik, keselamatan pasien, serta pencegahan dan pengendalian infeksi menjadi fondasi utama dalam membentuk perawat yang kompeten, beretika, dan berorientasi pada keselamatan serta kebutuhan pasien.

Buku ini membahas:

Bab 1 Konsep Keperawatan

Bab 2 Sejarah dan Perkembangan Keperawatan

Bab 3 Paradigma dan Falsafah Keperawatan

Bab 4 Peran Perawat

Bab 5 Konsep Sehat dan Sakit

Bab 6 Kebutuhan Dasar Manusia

Bab 7 Proses Keperawatan

Bab 8 Diagnosis Keperawatan

Bab 9 Komunikasi Terapeutik

Bab 10 Etika Keperawatan

Bab 11 Keselamatan Pasien

Bab 12 Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi

Bab 13 Mobilisasi dan Ambulasi

Bab 14 Pengukuran Tanda-Tanda Vital

Bab 15 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Bab 16 Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Bab 17 Konsep Dasar Manajemen Nyeri



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

ISBN 978-634-260-174-7



9

786342

601747