

BUNGA RAMPAI ILMU KEPERAWATAN DASAR



Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Dewi Fitriani, S.Kep., M.Kep
Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep
Havija Sihotang, S.Kep., Ners, M.Kep
Nurseha S.Djaafar,Skep,Ns,Mkes
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns,M.Kep
Ns. Y. Lefta, M.Kep

Jon W. Tangka, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB
Ns. Hamka, M.Kep., RN., WOC(ET)N
Afina Muharani Syafriani, M.Kep
Tri Ayu Yuniyanti, S.Kep., Ns., M.Kep
Jeana Lydia Maramis, SKM,. M.Kes
Ns. Martini Tidore, S.Kep.,M.Kes
Johana Tuegeh, S.Pd., S.SiT., M.Kes

BUNGA RAMPAI
ILMU KEPERAWATAN DASAR

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Dewi Fitriani, S.Kep., M.Kep
Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep
Havija Sihotang, S.Kep., Ners, M.Kep
Nurseha S.Djaafar,Skep,Ns,Mkes
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns,M.Kep
Ns. Y. Lefta, M.Kep
Jon W. Tangka, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB
Ns. Hamka, M.Kep., RN., WOC(ET)N
Afina Muharani Syaftiriani, M.Kep
Tri Ayu Yuniyanti, S.Kep., Ns., M.Kep
Jeana Lydia Maramis, SKM,. M.Kes
Ns. Martini Tidore, S.Kep.,M.Kes
Johana Tuegeh, S.Pd., S.SiT., M.Kes



BUNGA RAMPAI

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Penulis:

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Dewi Fitriani, S.Kep., M.Kep
Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep
Havija Sihotang, S.Kep., Ners, M.Kep
Nurseha S.Djaafar,Skep,Ns,Mkes
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns,M.Kep
Ns. Y. Lefta, M.Kep
Jon W. Tangka, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB
Ns. Hamka, M.Kep., RN., WOC(ET)N
Afina Muharani Syafrtiani, M.Kep
Tri Ayu Yuniyanti, S.Kep., Ns., M.Kep
Jeana Lydia Maramis, SKM., M.Kes
Ns. Martini Tidore, S.Kep.,M.Kes
Johana Tuegeh, S.Pd., S.SiT., M.Kes

ISBN :

978-623-8422-46-3

Editor Buku

Ns. La Syam Abidin., M.Kep,Sp.Kep.Kom
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, MN

Cetakan Pertama : 2023

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Bunga Rampai ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul Ilmu Keperawatan Dasar mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Ilmu Keperawatan Dasar. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep sejarah keperawatan, falsafah keperawatan serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 21 November 2023

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Sejarah Keperawatan	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Sejarah Perkembangan Keperawatan	1
C. Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia.....	3
BAB 2 Falsafah Keperawatan	12
A. Pendahuluan.....	12
B. Konsep Falsafah Keperawatan.....	12
BAB 3 Keperawatan Sebagai Profesi	21
A. Pendahuluan.....	21
B. Keperawatan Sebagai Profesi	22
BAB 4 Peran, Tugas dan Fungsi Perawat.....	32
A. Pendahuluan.....	32
B. Peran Tugas dan Fungsi Perawat	32
BAB 5 Standar Pengkajian	43
A. Pendahuluan.....	43
B. Standar Asuhan Keperawatan	44
BAB 6 Standar Diagnosa Keperawatan.....	52
A. Pendahuluan.....	52
B. Diagnosis Keperawatan	53
BAB 7 Standar Implementasi.....	61
A. Pendahuluan.....	61
B. Konsep Implementasi Keperawatan	61
C. Tujuan Implementasi Keperawatan	62
D. Bentuk Implementasi Keperawatan	62
E. Komponen Tindakan / Implementasi	63
F. Standar Implementasi Keperawatan.....	64

BAB 8 Peran, Fungsi, dan Tugas Perawat dalam Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan	77
A. Pendahuluan.....	77
B. Peran, Tugas, dan Fungsi Perawat dalam Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan.	78
C. Hal yang terkait dengan peran, fungsi, dan tugas perawat dalam pengembangan system pelayanan kesehatan di Indonesia dan global	83
BAB 9 Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan.....	89
A. Pendahuluan.....	89
B. Pengertian	89
C. Dasar Hukum Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan.....	90
D. Jenis Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan.....	91
E. Syarat Pokok Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan.....	93
F. Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan Era Digitalisasi	94
G. Standar Mutu dalam Sistem pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan	94
BAB 10 Berpikir Kritis dalam Keperawatan	98
A. Pendahuluan.....	98
B. Konsep Berpikir Kritis.....	98
C. Konsep Berpikiri Kritis dalam Keperawatan	102
BAB 11 Jenis Model Asuhan Keperawatan	112
A. Pendahuluan.....	112
B. Konsep Model Asuhan Keperawatan Profesional	112
C. Jenis Model Asuhan Keperawatan Profesional	114

BAB 12_Konsep Dasar Kebutuhan Manusia	127
A. Pendahuluan.....	127
B. Teori Konsep Kebutuhan Dasar Manusia	128
C. Teori Kebutuhan Dasar	131
D. Ciri-Ciri Kebutuhan Manusia.....	132
E. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia	133
BAB 13 Pemenuhan Keseimbangan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa	138
A. Pendahuluan.....	138
B. Konsep Dasar Kebutuhan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa.....	139
C. Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa.....	144
BAB 14 Pemenuhan Kebutuhan Oksigen	163
A. Pendahuluan.....	163
B. Konsep kebutuhan oksigen	163

BAB 1

Sejarah Keperawatan

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom

A. Pendahuluan

Keperawatan merupakan sebuah ilmu dan profesi yang memberikan pelayanan kesehatan guna untuk meningkatkan kesehatan bagi masyarakat. Keperawatan sudah ada sejak manusia itu ada dan hingga saat ini Profesi keperawatan berkembang dengan pesat.

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan (UU Kesehatan No. 23, 1992).

B. Sejarah Perkembangan Keperawatan

1. Sejarah keperawatan masa sebelum masehi

Pada masa sebelum masehi perawatan belum begitu berkembang, disebabkan masyarakat lebih mempercayai dukun untuk mengobati dan merawat penyakit. Dukun dianggap lebih mampu untuk mencari, mengetahui, dan mengatasi roh yang masuk ke tubuh orang sakit.

Demikian juga di Mesir yang bangsanya masih menyembah Dewa Iris agar dapat disembuhkan dari penyakit. Sementara itu bangsa Cina menganggap penyakit disebabkan oleh setan atau makhluk halus dan akan bertambah parah jika orang lain menyentuh orang sakit tersebut.

2. Sejarah keperawatan masa setelah masehi

Kemajuan peradaban manusia dimulai ketika manusia mengenal agama. Penyebaran agama sangat

memengaruhi perkembangan peradaban manusia, sehingga berdampak positif terhadap perkembangan keperawatan.

3. Sejarah Keperawatan Masa Penyebaran Islam

Pada pertengahan Abad VI Masehi, Agama Islam mulai berkembang. Pengaruh Agama Islam terhadap perkembangan keperawatan tidak terlepas dari keberhasilan Nabi Muhammad SAW menyebarkan Agama Islam.

Memasuki Abad VII Masehi Agama Islam tersebar ke berbagai pelosok Negara. Pada masa itu di Jazirah Arab berkembang pesat ilmu pengetahuan seperti: ilmu pasti, ilmu kimia, hygiene dan obat-obatan.

Prinsip-prinsip dasar perawatan kesehatan seperti pentingnya menjaga kebersihan makanan, air dan lingkungan berkembang secara pesat. Tokoh keperawatan yang terkenal dari dunia Arab pada masa tersebut adalah "Rafida".

4. Sejarah Keperawatan di Inggris

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

Pada saat Perang Krim (Crimean War) terjadi di Turki tahun 1854, Florence bersama 38 suster lainnya di kirim ke Turki. Berkat usaha Florence dan teman-teman, telah

terjadi perubahan pada bidang hygiene dan keperawatan dengan indikator angka kematian turun sampai 2%.

Kontribusi Florence Nightingale bagi perkembangan keperawatan adalah menegaskan bahwa nutrisi merupakan satu bagian penting dari asuhan keperawatan, meyakinkan bahwa okupasional dan rekreasi merupakan suatu terapi bagi orang sakit, mengidentifikasi kebutuhan personal klien dan peran perawat untuk memenuhinya, menetapkan standar manajemen rumah sakit, mengembangkan suatu standar okupasi bagi klien wanita, mengembangkan pendidikan keperawatan, menetapkan 2 (dua) komponen keperawatan, yaitu: kesehatan dan penyakit.

C. Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia

1. Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat berasal dari penduduk pribumi yang disebut “velpleger” dengan dibantu “zieken oppaser” sebagai penjaga orang sakit. Mereka bekerja pada rumah sakit Binnen Hospital di Jakarta yang didirikan tahun 1799. Pada masa VOC berkuasa, Gubernur Jendral Inggris Raffles (1812-1816), telah memiliki semboyan “Kesehatan adalah milik manusia” Pada saat itu Raffles telah melakukan pencacaran umum, membenahi cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa serta memperhatikan kesehatan dan perawatan tahanan.

Setelah pemerintah kolonial kembali ke tangan Belanda, di Jakarta pada tahun 1819 didirikan beberapa rumah sakit. Salah satunya adalah rumah sakit Sadsverband yang berlokasi di Glodok-Jakarta Barat. Pada tahun 1919 rumah sakit tersebut dipindahkan ke Salemba dan sekarang dengan nama RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM).

Dalam kurun waktu 1816-1942 telah berdiri beberapa rumah sakit swasta milik misionaris katolik dan zending protestan seperti: RS. Persatuan Gereja Indonesia (PGI) Cikini-Jakarta Pusat, RS. St. Carolos Salemba-Jakarta Pusat.

RS. St Bromeus di Bandung dan RS. Elizabeth di Semarang. Bahkan pada tahun 1906 di RS. PGI dan tahun 1912 di RSCM telah menyelenggarakan pendidikan juru rawat.

Namun kedatangan Jepang (1942-1945) menyebabkan perkembangan keperawatan mengalami kemunduran.

2. Sejarah Keperawatan Setelah Kemerdekaan

Pendidikan keperawatan dari awal kemerdekaan sampai tahun 1953 masih berpola pada pendidikan yang dilaksanakan oleh pemerintah Hindia Belanda. sebagai contoh, sampai dengan tahun 1950 pendidikan tenaga keperawatan yang ada adalah pendidikan tenaga keperawatan dengan dasar pendidikan umum mulo +3 tahun untuk mendapatkan ijazah A (perawat umum) dan ijazah B untuk perawat jiwa. juga pendidikan perawat dengan dasar sekolah rakyat +4 tahun pendidikan yang lulusannya disebut Mantri Juru Rawat. Baru pada tahun 1953 dibuka sekolah pengatur rawat dengan tujuan untuk menghasilkan tenaga keperawatan yang lebih berkualitas. Namun, pendidikan dasar umum tetap SMP yang setara dengan mulo dengan lama pendidikan tiga tahun. Pendidikan ini dibuka di tiga tempat (yaitu Jakarta, Bandung dan Surabaya, kecuali pendidikan perawat di Bandung, keduanya berada dalam institusi rumah sakit).

Berikut ini akan diuraikan sejarah perkembangan keperawatan dimulai masa kemerdekaan sampai saat ini :

a. Periode 1945-1962

Tahun 1945 s/d 1950 merupakan masa transisi pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia. Perkembangan keperawatan pun masih jalan di tempat. Ini dapat dilihat dari pengembangan tenaga keperawatan yang masih menggunakan sistem pendidikan yang telah ada, yaitu perawat lulusan pendidikan Belanda (MULO + 3 tahun pendidikan), untuk ijazah A (perawat umum) dan ijazah B untuk perawat jiwa. Terdapat pula pendidikan perawat dengan

dasar (SR + 4 tahun pendidikan) yang lulusannya disebut mantri juru rawat. Baru kemudian tahun 1953 dibuka sekolah pengatur rawat dengan tujuan menghasilkan tenaga perawat yang lebih berkualitas.

Pada tahun 1955, dibuka Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) dengan pendidikan SR ditambah pendidikan satu tahun dan sekolah pengamat kesehatan sebagai pengembangan SDK, ditambah pendidikan lagi selama satu tahun.

Pada tahun 1962 telah dibuka Akademi Keperawatan dengan pendidikan dasar umum SMA yang bertempat di Jakarta, di RS. Cipto Mangunkusumo. Dikenal dengan nama Akper Depkes di Jl. Kimia No. 17 Jakarta Pusat.

Walupun sudah ada pendidikan tinggi namun pola pengembangan pendidikan keperawatan belum tampak, ini ditinjau dari kelembagaan organisasi di rumah sakit.

Kemudian juga ditinjau dari masih berorientasinya perawat pada keterampilan tindakan dan belum dikenalkannya konsep kurikulum keperawatan. Konsep-konsep perkembangan keperawatan belum jelas, dan bentuk kegiatan keperawatan masih berorientasi pada keterampilan prosedural yang lebih dikemas dengan perpanjangan dari pelayanan medis.

b. Periode 1963-1983

Periode ini masih belum banyak perkembangan dalam bidang keperawatan. Pada tahun 1972 tepatnya tanggal 17 April lahirlah organisasi profesi dengan nama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Jakarta.

Ini merupakan suatu langkah maju dalam perkembangan keperawatan. Namun baru mulai tahun 1983 organisasi profesi ini terlibat penuh dalam pembenahan keperawatan melalui kerjasama dengan CHS, Depkes dan organisasi lainnya.

c. Periode 1984 Sampai Sekarang

Pada tahun 1985, resmi dibukanya pendidikan S1 keperawatan dengan nama Progran Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesi di Jakarta. Sejak saat itulah PSIK-UI telah menghasilkan tenaga keperawatan tingkat sarjana sehingga pada tahun 1992 dikeluarkannya UU No. 23 tentang kesehatan yang mengakui tenaga keperawatan sebagai profesi.

Pada tahun 1996 dibukanya PSIK di Universitas Padjajaran Bandung. Pada tahun 1997 PSIK-UI berubah statusnya menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI), dan untuk meningkatkan kualitas lulusan, pada tahun 1998 kurikulum pendidikan Ners disyahkan dan digunakan.

Selanjutnya juga pada tahun 1999 kurikulum D-III keperawatan mulai dibenahi dan mulai digunakan pada tahun 2000 sampai dengan sekarang. Hari Perawat Nasional diperingati pada 17 Maret setiap tahun. Penetapan tanggal Hari Perawat Nasional bertepatan dengan hari lahir Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Sejak 17 Maret 1974, PPNI telah berdiri sebagai organisasi profesi perawat yang juga memiliki peran dalam pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Sejarah Hari Perawat Nasional 2022 Sejarah Hari Perawat Nasional 2022 tak bisa lepas dari berdirinya organisasi perawat yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada 1974. PPNI merupakan satu-satunya organisasi profesi yang mewadahi seluruh perawat di Indonesia. Kebulatan tekad spirit yang sama dicetuskan oleh perintis perawat bahwa tenaga keperawatan harus berada pada wadah/organisasi profesi perawat Indonesia.

PPNI berkomitmen untuk memberikan perlindungan bagi masyarakat dan profesi keperawatan dengan menyusun RUU keperawatan yang saat ini terus diperjuangkan untuk disahkan menjadi undang-undang. Dalam usianya yang tergolong usia produktif, PPNI telah tumbuh untuk menjadi organisasi yang mandiri. PPNI saat ini berproses pada kematangan organisasi dan mempersiapkan anggotanya dalam berperan nyata pada masyarakat dengan memperkecil kesenjangan dalam pelayanan kesehatan, mempermudah masyarakat dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan, serta mendapatkan kesamaan pelayanan yang berkualitas (*closing the gap; increasing acces and equity*). dan selanjutnya PPNI bersama anggotanya akan bersama mengkawal profesi keperawatan Indonesia pada arah yang benar, sehingga profesi keperawatan dapat mandiri dan bermartabat dan bersaing secara Nasional dan International.

Penting untuk mengingat jasa-jasa perawat terutama di masa pandemi seperti saat ini. Perawat adalah garda terdepan yang membantu pasien-pasien untuk sembuh dari penyakitnya. Ikut merayakan Hari Perawat Nasional adalah apresiasi yang baik untuk para perawat di Indonesia.

Tokoh keperawatan dunia, Florence Nightingale, yang membuka jalan perkembangan ilmu keperawatan di dunia. Nightingale lahir dari keluarga kaya dan terhormat pada tahun 1820 di Flonce, Italia. Setahun setelah kelahirannya, keluarganya Kembali ke Inggris.

Di Inggris, Nightingale mendapatkan pendidikan sekolah yang baik. Dia mampu menguasai 3 bahasa sekaligus, antara lain Perancis, Jerman, dan Italia. Pada usia 31 tahun, dia mengikuti kursus pendidikan perawat di Keiserswerth (Italia) dan Liefdezuster (Paris). Setelah mengenyam pendidikan, dia pun kembali ke Inggris.

Pada saat perang Krimea (Crimean War) di Rusia tahun 1854, Nightingale bersama dengan 38 perawat lainnya dikirim untuk membantu korban perang. Sejak saat itulah, terjadi perubahan besar dalam bidang keperawatan. Nightingale menghidupkan kembali konsep penjagaan rumah sakit dan kiat-kiat keperawatan.

Sekembalinya Nightingale ke London, dia mendapatkan banyak apresiasi dari tokoh-tokoh masyarakat. Dia juga membangun sekolah perawat khusus untuk perempuan yang pertama. Sekolah didirikan di lingkungan rumah sakit St. Thomas Hospital, London. Dunia kesehatan pun menyambut baik pembukaan sekolah perawat tersebut.

Pada tahun 1860, dia juga menulis buku *Notes on Nursing*. Buku setebal 136 halaman itu menjadi acuan kurikulum di sekolah yang didirikan oleh Nightingale dan sekolah keperawatan lainnya.

3. Sejarah Keperawatan di Indonesia

Perkembangan keperawatan di Indonesia dimulai sejak masa penjajahan Belanda. Pada masa kolonial Belanda, perawat dari penduduk pribumi yang disebut *Verpleger*. Pada tahun 1819, didirikan Rumah Sakit Stadverband di Jakarta. Setelah itu, tahun 1919, rumah sakit itu pindah ke Salemba dan berubah nama menjadi RS Cipto Mangunkusumo (RSCM). Tahun selanjutnya, berdiri pula rumah sakit lainnya dan bersamaan dengan itu, sekolah-sekolah perawat juga ikut didirikan.

Perkembangan keperawatan mengalami maju-mundur hingga tahun 1972. Tepatnya tanggal 17 April, lahirlah organisasi profesi bernama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Jakarta. Semakin terus berkembang pesat, pada tahun 1985, resmi dibuka pendidikan S1 Keperawatan dengan nama Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) di Fakultas Kedokteran (FK) Universitas Indonesia (UI). Dengan begitu, UI dapat

dikatakan sebagai perguruan tinggi keperawatan pertama di Indonesia.

Sejak saat itulah, PSIK-UI telah berhasil menghasilkan tenaga perawat tingkat sarjana hingga tahun 1992 dikeluarkan UU No. 23. Undang-undang tersebut mengakui tenaga keperawatan sebagai profesi. Dan pada 15 November 1995, PSIK diresmikan menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) hingga saat ini.

Tahun 1995 di buka lagi Program Studi Ilmu Keperawatan di Indonesia, yaitu di Universitas Padjajaran Bandung dan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia berubah menjadi Fakultas Keperawatan. Tahun 1998 dibuka kembali program Keperawatan ke tiga yaitu Program Studi Ilmu Keperawatan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Kurikulum Ners disahkan dan digunakannya kurikulum ini merupakan pembaharuan kurikulum S1 Keperawatan Tahun 1985.

Beberapa Universitas di Indonesia mulai membuka Program Studi Ilmu Keperawatan diantaranya Universitas Sumatera Utara, Universitas Airlangga, Universitas Diponegoro, Universitas Andalas, dan Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIK) St. Carolus Jakarta.

Pada tahun ini juga (1999) kurikulum DIII Keperawatan selesai diperbaharui danmulai didesiminasikan serta diberlakukan secara nasional. Tahun 2000 diterbitkan SK Menkes No.647 tentang registrasi dan praktik Keperawatan sebagai regulasi Pratik Keperawatan sekaligus kekuatan hukum bagi tenaga perawat dalam menjalankan praktik keperawatan secara professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Penerbit -Buku Kedokteran. (<http://perawattegal.wordpress>, di akses 5 November 2023)
- Haryanto, 2007, *Konsep Dasar Keperawatan Dengan Pemetaan Konsep*, Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat A. Aziz Alimul. (2007). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba medika
- Nursalam., Efendi Ferry, 2008, *Pendidikan Dalam Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- RI, Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2009 tentang Keperawatan.
- RI, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- Rosdahl, C. B. dan Kowalski, M. T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. 10th edn, EGC, Jakarta.

BIODATA PENULIS



Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep., Sp.Kom lahir di Denpasar, pada 4 Desember 1976. Ia tercatat sebagai lulusan Fakultas Ilmu Keperawatan UI dan Program Doktorat Ilmu Kesehatan FKM-Unair. Wanita yang kerap disapa Yessy ini adalah anak dari pasangan Sudarso (ayah) dan Alm. Sri Hartini (ibu). **Yessy Dessy Arna** merupakan Dosen Bidang Ilmu Keperawatan di **Poltekkes Kemenkes Surabaya** dan Praktisi *Wound Care*. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah terpublikasi pada Jurnal Nasional terakreditasi dan jurnal Internasional. Bertugas sebagai Asesor LAM-PTKes dan Penyuluh Anti Korupsi LSP-KPK.

BAB 2

Falsafah Keperawatan

Ns. Dewi Fitriani, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Falsafah keperawatan bukan suatu hal yang harus dihafal, melainkan sebuah atribut atau nilai yang melekat pada diri seorang perawat. Dengan kata lain bahwa falsafah keperawatan merupakan “jiwa” dari setiap perawat.

Oleh karena itu, falsafah keperawatan harus menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya. Sebagai seorang perawat tentunya dalam menjalankan profesi keperawatan Anda harus senantiasa menggunakan nilai-nilai keperawatan dalam melayani pasien.

Falsafah keperawatan juga berhubungan erat dengan hubungan yang holistik menyeluruh yang berpusat pada klien sebagai sasaran dan layanan yang diberikan juga tidak hanya berpusat pada individu yang sakit melainkan individu yang sehat juga (Asmadi, 2008 dalam Lestari, 2018).

B. Konsep Falsafah Keperawatan

1. Pengertian Falsafah Keperawatan

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan dipakai sebagai pandangan hidup. Falsafah menjadi ciri utama pada suatu komunitas baik komunitas berskala besar maupun berskala kecil, salah satunya adalah komunitas profesi keperawatan.

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, termasuk Anda sekarang ini. Sebagai seorang perawat wajib bagi Anda untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan dalam diri Anda ketika bergaul dengan masyarakat atau pada saat Anda memberikan pelayanan keperawatan pada pasien.

Falsafah keperawatan bukan suatu hal yang harus dihafal, melainkan sebuah atribut atau nilai yang melekat pada diri perawat. Dengan kata lain, falsafah keperawatan merupakan “jiwa” dari setiap perawat. Oleh karena itu, falsafah keperawatan harus menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya. Sebagai seorang perawat tentunya dalam menjalankan profesi keperawatan Anda harus senantiasa menggunakan nilai-nilai keperawatan dalam melayani pasien.

Pada aspek lain bahwa falsafah keperawatan dapat digunakan untuk mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas. Dalam falsafah keperawatan pasien di pandang sebagai makhluk holistic, yang harus dipenuhi segala kebutuhannya, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan secara komprehensif.

Hakikat Manusia: sebagai makhluk yang holistik yaitu sebagai makhluk biologik, psikologis, social, dan spriritual. Falsafah perawatan harus sudah tertanam dalam diri setiap perawat dan menjadi pedoman baginya dalam berperilaku baik ditempat kerja maupun di lingkungan, pergaulan sosialnya. Falsafah keperawatan merupakan identitas yang melekat pada diri perawat, karena merupakan landasan dalam menjalankan profesinya.

Pelayanan keperawatan senantiasa memperhatikan aspek kemanusiaan setiap pasien berhak mendapatkan perawatan tanpa ada perbedaan. Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan keperawatan menjadikan pasien sebagai mitra yang aktif,

dalam keadaan sehat dan sakit terutama berfokus kepada respons mereka terhadap situasi. mendefinisikan falsafah keperawatan menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup.

2. Esensi Keperawatan

- a. Memandang bahwa pasien sebagai manusia yang utuh/ holistic yang dipenuhi dengan segala kebutuhan (biologis, psikologis, social, spiritual) secara komprehensif
- b. Bentuk Pelayanan keperawatan yng diberikan harus secara langsung dengan memperhatikan aspek kemanusiaan.
- c. Setiap Orang berhak mendapatkan Perawatan tanpa memandang suku, kepercayaan, status sosial, agama dan ekonomi
- d. Pelayanan keperawatan tersebut merupakan bagian integral dari sitem pelayanan Kesehatan mengingat perawat bekerja dalam tim Kesehatan
- e. Pasien adalah mitra yang aktif dalam pelayanan Kesehatan, bukan penerima yang pasif.

3. Kerangka Konsep Falsafah Keperawatan

- a. Falsafah sebagai bagian dari keperawatan : Falsafah merupakan bagian dari keperawatan yang berhubungan dengan adanya fenomena utama dalam suatu profesi dan keilmuan yang terkait dengan manusia, sehat sakit dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan central dari pemikiran filosofis yaitu mengenai apa itu perawat, apa itu keperawatan, dan apa yang dimaksud dengan keperawatan yang benar. Falsafah digunakan untuk membuat keputusan yang tepat dalam praktik keperawatan. Falsafah sebagai bagian dari keperawatan berguna untuk perawat praktik, perawat pendidik, dan mahasiswa keperawatan.
- b. Falsafah sebagai metode keperawatan Falsafah sebagai metode keperawatan membantu perawat

dalam melakukan analisis, kritik, menghadapi tantangan, dan mengatasi kejadian situasional terkait dengan patient safety, dan etika keperawatan. Falsafah keperawatan dapat membantu perawat dalam mengembangkan kapasitas dirinya sebagai perawat yang menjunjung tinggi moral. Falsafah juga dapat membantu perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan yang berkaitan dengan bidang non keilmuan yang mungkin penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan itu sendiri.

- c. Falsafah sebagai pandangan hidup Perawat mewujudkan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup dalam setiap tindakan praktik keperawatan yang dilakukannya meliputi pengetahuan, etika dan lainnya. Dengan menjadikan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup perawat dapat mengembangkan teori, praktik keperawatan dan meningkatkan profesionalitas (Bruce et al. 2014)
4. Falsafah Keperawatan Pegangan Perawat
 - a. Tertanam dalam setiap diri perawat
 - b. Menjadi pedoman perilaku, ditempat kerja maupun pergaulan social
 - c. Menjadi baju dan melekat dalam diri perawat
 - d. Sebagai roh yang mendiami setiap pribadi perawat
 - e. Merupakan pandangan dasar tentang hakekat manusia dan esensi keperawatan yang menjadikan dasar dalam prkatek keperawatan
5. Keyakinan yang harus dimiliki perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan
 - a. Manusia adalah individu yang memiliki kebutuhan biologis, psikologis, social, spiritual (keyakinan ini menjadikan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memenuhi kebutuhan klien secara holistic / menyeluruh)

- b. Keperawatan adalah bantuan bagi umat manusia yang bertujuan meningkatkan derajat Kesehatan yang optimal (jadi peranan profesi keperawatan mempunyai andil yang besar dalam meningkatkan derajat Kesehatan baik individu, keluarga juga masyarakat)
 - c. Perawat bertanggung jawab juga bertanggung gugat, memiliki wewenang dalam melakukan asuhan keperawatan secara utuh berdasarkan standar asuhan keperawatan (sebagai tenaga Kesehatan yang professional harus siap bertanggung jawab terhadap apapun yang dilakukan. Tanggung jawab perawat tidak hanya ditujukan kepada klien dan keluarga tetapi juga kepada masyarakat, [rpfesi perawat sendiri juga terhadap Tuhan)
 - d. Pendidikan keperawatan harus dilaksanakan secara terus menerus untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan staf dalam pelayanan Kesehatan (keperawatan merupakan profesi sepanjang hayat dan merupakan pelajar sejati dengan demikian perawat dituntut untuk terus meningkatkan ilmu dan kompetensi melalui Pendidikan formal)
6. Ada 3 Aspek di dalam Falsafah keperawatan
- a. Aspek Aksiologi keperawatan
 - 1) Aksiologi atau biasa disebut etik adalah cabang ilmu filsafat yang mempelajari nilai-nilai, salah dan benar (filosofi moral).
 - 2) Etika keperawatan merujuk pada fenomena moral yang muncul dalam praktik keperawatan, elemen dasar dari nilai dan tindakan yang benar dan dasar praktik keperawatan yang baik
 - 3) Aksiologi dalam keperawatan digunakan agar perawat dapat :
 - a) Menjaga nilai-nilai profesi, metodologi praktik dalam profesi dan panduan dalam berpraktik

- b) Menjaga sikap dan tindakan yang berhubungan dengan praktik keperawatan, seperti memperkecil kemungkinan praktik yang tidak kompeten dan tidak sensitif kepada pasien Menghindarkan pasien dari cedera.
 - c) Bentuk nyata aksiologi dalam keperawatan adalah prinsip, kode etik dan teori etika keperawatan
- b. Aspek ontologi keperawatan
 - 1) Ontologi adalah asumsi paling dasar (fundamental) tentang sifat suatu wujud. Ontologi dirujuk sebagai ilmu, teori dan konsep spesifik.
 - 2) Aplikasi ontologi dalam keperawatan, antara lain
 - a) Digunakan untuk menjelaskan dasar keperawatan, perkembangan teori dan analisa teori.
 - b) Digunakan untuk mengkaji sifat keperawatan, kondisi seseorang, lingkungan, kesehatan dan penyakit.
 - c) Digunakan untuk memandu penelitian dan praktik yang berhubungan dengan pencegahan penyakit dan mempertahankan serta mempromosikan kesehatan pasien.
 - d) Digunakan untuk mendasari konsep bahwa pasien adalah pusat dari asuhan keperawatan
 - e) Digunakan membantu mengembangkan terminologi yang mengeluarkan model diagnosa keperawatan.
- c. Aspek epistemologi keperawatan
 - 1) Epistemologi adalah cabang ilmu filsafat yang mempelajari tentang pengetahuan, sejarah pengetahuan, jalan menuju pengetahuan, dasar kebenaran dan hubungan antara pengetahuan dan keyakinan.

- 2) Epistemologi dalam keperawatan digunakan untuk mengembangkan, mengidentifikasi dan memvalidasi pengetahuan tentang dan untuk keperawatan, seperti ;
- a) Mencari penjelasan yang lebih baik mengenai ilmu keperawatan.
 - b) Menentukan tindakan yang paling efektif dan efisien untuk diberikan kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR (2015). *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier
- Anderson, E,T., & McFarlane, J,M. (2011). *Community as Partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Lestari, Lilis, Ramadaniyati (2018), *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Pustaka Pelajar Jogjakarta.
<https://repo.stikmuhptk.ac.id/jspui/bitstream/123456789/81/1/FALSAFAH.pdf>

BIODATA PENULIS



Ns. Dewi Fitriani, S.Kep., M.Kep.

Lahir di Cianjur, 17 Oktober 1976. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di STIKes Banten dan S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi S.1 Keperawatan di STIKes Widya Dharma Husada Tangerang

BAB 3

Keperawatan Sebagai Profesi

Sukma Yunita.,S.Kep.,Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Selama bertahun-tahun, ilmuwan lain menganggap keperawatan sebagai karir semi-profesional, hingga pada tahun 1970, profesi perawat dianggap sebagai pekerjaan perempuan dan perempuan dianggap sebagai penghambat profesionalisasi keperawatan karena beban kerja yang tinggi dan pekerjaan paruh waktu (Ghadirian F, et al., 2014)

Pada tahun 1983, sebuah Lokakarya Nasional di Jakarta menyepakati definisi keperawatan sebagai layanan profesional yang merupakan bagian dari perawatan kesehatan, berdasarkan ilmu dan praktik keperawatan. Keperawatan digambarkan sebagai layanan komprehensif holistik (bio-psiko-sosial-spiritual) yang diberikan kepada individu, keluarga, dan masyarakat, tidak mempedulikan apakah mereka sakit atau sehat, dan sepanjang umur manusia (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2005)

Menurut American Nurses Association (ANA), “Keperawatan adalah perlindungan, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan kemampuan, pencegahan penyakit dan cedera, pengentasan penderitaan melalui diagnosis dan pengobatan respons manusia, dan advokasi dalam perawatan individu, keluarga, komunitas, dan populasi.” Intinya, profesionalisme keperawatan adalah tentang menunjukkan komitmen yang teguh terhadap pekerjaan dan kemauan untuk terus memberikan pelayanan berkualitas tinggi kepada pasien

Jadi, Keperawatan adalah layanan yang memberikan bantuan kemanusiaan dan banyak memberikan kontribusi

dalam upaya kesehatan dan medis kepada masyarakat, dalam hal ini manusia perlu mendapatkan rawatan dibidang kesehatan, dan keberadaan seorang perawat sangat dibutuhkan dalam proses kehidupan serta dibutuhkan sebagai suatu pekerjaan professional atau profesi yang berfokus pada perawatan kesehatan, pemulihan, dan pemeliharaan kesejahteraan masyarakat.

B. Keperawatan Sebagai Profesi

1. Perkembangan Keperawatan

Pada awal mula perkembangan keperawatan dimulai dari peradaban kuno dan yunani kuno yang menerapkan perawatan dan pengobatan secara sederhana, dalam peradaban islam keperawatan dirintis oleh seorang wanita bernama Rufaidah Al-asalmiya, selanjutnya selama Perang Dunia I dan II, salah satu tokoh keperawatan yang terkenal yaitu Florence Nightingale yang mendapatkan ketenaran pada saat itu sebab membawa lentera untuk para korban yang membutuhkan penanganan medis, Nightingale memperkenalkan praktik kebersihan, manajemen pasien dan dokumentasi perawatan yang terorganisir (Riegel F, et al., 2021)

Setelah perang, perawatan terus berkembang dengan adanya regulasi dan peningkatan pendidikan dengan muncul banyaknya tokoh keperawatan lainnya seperti Imogene Martina King, Betty Newman, Virginia Henderson, dan lainnya. Dari tokoh tersebut juga banyak mencetuskan teori keperawatan yang memudahkan dalam penerapan praktik keperawatan.

Pada era modern saat ini, perawat mendalami pengetahuan lebih jauh tentang ilmu kedokteran dan teknologi kesehatan, dalam hal ini perawat semakin melebarkan keilmuannya bukan hanya memberikan perawatan saja namun juga mencakup pengobatan dan menerapkan teknologi kesehatan. Dalam hal ini, profesi perawat semakin penting dan memberikan kontribusi nyata pada kesehatan masyarakat.

Di Indonesia, Keperawatan diakui sebagai profesi yang diatur oleh undang-undang dan peraturan kesehatan, yaitu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan :

“Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.” Pasal 1 (2)

“Pelayanan Keperawatan adalah 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” Pasal 1 (3)

2. Tujuan Keperawatan

Tujuan inti dari profesi keperawatan adalah :

- a. Merawat Pasien: Perawat bertugas memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas dan holistik kepada pasien, mencakup pemantauan kondisi pasien, administrasi obat, perawatan luka dan memberikan dukungan fisik dan emosional kepada pasien.
- b. Mencegah Penyakit: Hadirnya Profesi Perawat memiliki peran dalam pencegahan penyakit. Perawat dapat memberikan edukasi kepada pasien tentang gaya hidup sehat, vaksinasi dan tindakan pencegahan penyakit menular maupun mengurangi resiko penyakit lainnya.
- c. Edukasi Pasien: Perawat hadir membantu pasien dalam memberikan informasi dan pendidikan tentang kondisi kesehatan, pengobatan, cara menjaga kesehatan serta memberikan edukasi dalam mengambil keputusan yang tepat tentang rawatan yang dijalani.
- d. Pemulihan Pasien: Selain bertugas memberikan edukasi, profesi keperawatan berkomitmen untuk

membantu pasien dalam proses pemulihan mereka. Mencakup memantau perkembangan kondisi pasien, merencanakan tindakan, dan memberikan dukungan yang diperlukan

- e. Pelayanan Masyarakat: Selain merawat individu, profesi perawat juga memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada komunitas atau masyarakat secara menyeluruh. (Cao, H., Song, Y., Wu, Y. Et al. 2023)

3. Konsep Keperawatan Sebagai Profesi

Profesionalisme keperawatan bersifat multidimensi, ada 3 Konsep dimensi yang didasarkan pada Keperawatan sebagai Profesi yaitu pengetahuan, sikap, dan perilaku yang mendasari keberhasilan praktik klinis (Cao, H., Song, Y., Wu, Y. Et al. 2023)

- a. Pengetahuan, adalah landasan utama yang mendukung keandalan dan kompetensi perawat, dengan memiliki pengetahuan yang kuat terhadap anatomi, fisiologi, diagnosis, pengobatan dan praktik keperawatan.
- b. Sikap, memainkan peran penting dalam profesionalitas sebagai perawat. Mencakup Keterampilan perawat dalam menjalankan tugas dengan sikap sesuai dengan etika keperawatan.
- c. Perilaku, Perilaku yang baik dan terapeutik adalah kemampuan yang perlu bagi seorang perawat untuk menciptakan hubungan yang baik antar perawat dan pasien serta tenaga medis yang lain.

Adapun Komponen Keperawatan sebagai Profesi Antara lain:

- a. Pendidikan, adalah komponen utama dalam profesi keperawatan. Mencakup Teori, keterampilan Klinis dan pemahaman etika dan kode etik profesi.
- b. Praktik Klinis, adalah inti dari pekerjaan perawat. Memberikan tindakan rawatan langsung kepada pasien, melakukan pemantauan kondisi pasien,

administrasi obat, perawatan luka dan tindakan medis lainnya sesuai rencana keperawatan.

- c. Pengembangan Keterampilan, Profesi keperawatan melibatkan pengembangan keterampilan klinis secara terus menerus, sebab perawat perlu terus belajar dan meningkatkan keterampilan seiring perkembangan ilmu kedokteran dan teknologi medis.
- d. Etika dan kode etik profesi, profesi keperawatan memiliki kode etik yang perlu dipatuhi oleh perawat.
- e. Penelitian dan praktik berbasis *evidence based*, Penelitian adalah bagian terpenting dari sebuah profesi. Perawat harus mampu memahami penelitian dan melakukan penelitian yang relevan serta mampu menerapkan praktik terbaik sesuai dengan bukti ilmiah.
- f. Pengembangan Karir, perawat memiliki kesempatan untuk mengembangkan karir dengan mencapai sertifikasi tambahan atau mendalami spesialisasi tertentu dalam bidang keperawatan.
- g. Pemberdayaan Pasien, Profesi keperawatan juga melibatkan pemberdayaan pasien. Ini mencakup Homecare, dan melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- h. Kerja Tim, Perawat dapat bekerja dalam tim kesehatan yang mencakup Dokter, Ahli Terapi dan Anggota Tim Medis Lainnya. Kemampuan Bekerja Secara Kolaboratif diperlukan sebagai Profesi Perawat.
- i. Sebagai Role Model dan Peran dalam Promosi Kesehatan, Perawat juga berperan dalam memberikan promosi mengenai kesehatan dan sebagai role model yang menjadi panutan masyarakat dalam memaknai kesehatan.
- j. Standar dan Lisensi, Profesi keperawatan memiliki standar yang harus dipatuhi oleh perawat dan juga

harus memenuhi lisensi atau izin untuk membuka praktik yang diberikan oleh badan regulasi kesehatan.

- k. Peran dalam penelitian dan Inovasi, Perawat terlibat dalam penelitian ilmiah untuk memajukan pengetahuan dan menambah khazanah keilmuan keperawatan untuk inovasi dalam praktik keperawatan.

Menurut American Nurses Association (ANA) Menggambarkan Professionalisme dalam keperawatan sebagai konsep yang mencakup komitmen untuk memberikan perawatan yang berkualitas, menghormati hak-hak pasien dan berpegang pada etika profesi.

Etika Keperawatan membantu perawat menjalankan profesinya dalam memberikan perawatan yang berkualitas, etika keperawatan mencakup prinsip moral dan nilai-nilai yang membimbing perawat dalam berperilaku, berikut delapan prinsip etika keperawatan antara lain:

- a. Keadilan (Justice) : Perawat Harus memperlakukan semua pasien secara adil dan sama, tanpa memandang jenis kelamin, usia, ras, agama atau status sosial ekonomi.
- b. Kerahasiaan (Confidentiality): Perawat memiliki kewajiban untuk menjaga kerahasiaan informasi pribadi dan medis pasien, dan hanya boleh diberikan kepada pihak lain atas izin pasien
- c. Kepercayaan (Fidelity): Perawat menjalankan tugas dan komitmen mereka kepada pasien dengan kejujuran dan integritas yang tinggi, dan harus memenuhi janji terhadap pasien untuk memberikan perawatan yang terbaik.
- d. Kebajikan (Beneficence) : Prinsip yang menerapkan kebaikan dalam bertindak dan demi kepentingan terbaik pasien

- e. Tidak Merugikan (Non-Maleficence) : Perawat memiliki tanggung jawab untuk tidak menyebabkan kerugian atau cedera pada pasien
- f. Otonomi (Autonomy): Perawat menghormati otonomi pasien karena pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan tentang perawatan medis. Perawat dapat memberikan dukungan dan informasi yang diperlukan terhadap otonomi pasien ketika mengambil keputusan.
- g. Kejujuran (Veracity) : Prinsip ini melibatkan perawat bersikap jujur dalam memberikan informasi dan menghindari pasien atas kebohongan tindakan dan informasi penting
- h. Akuntabilitas (Accountability) : Prinsip ini melibatkan tanggung jawab atas tindakan perawat yang memberikan rawatan kepada pasien. (Registered Nursing, 2023)

Adapun hal yang menghambat Profesionalitas Keperawatan antara lain (Cao, H., Song, Y., Wu, Y. *et al.* 2023):

- a. Kurangnya Pendidikan Akademis
Masyarakat umumnya cenderung mempercayai individu yang memiliki pendidikan akademis yang relevan. Kurangnya pendidikan dapat membuat masyarakat ragu terhadap kemampuan seseorang dalam suatu profesi, yang dapat menghambat kepercayaan dan kepercayaan publik. Pendidikan akademis adalah cara utama di mana seseorang memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan dalam suatu profesi.

Kurangnya pendidikan formal dapat berarti kurangnya pemahaman tentang konsep-konsep dan praktik-praktik yang esensial dalam bidang tersebut. Ini dapat menghambat kemampuan seseorang untuk menjalankan tugas dengan efektif. Sementara pendidikan akademis bukanlah satu-satunya faktor

yang menentukan profesionalitas, itu merupakan landasan penting dalam mempersiapkan seseorang untuk menjadi seorang profesional yang kompeten dan terpercaya dalam suatu bidang. Seiring dengan pendidikan formal, praktik, pengalaman, etika, dan perilaku yang sesuai dengan kode etik profesi juga penting untuk mencapai profesionalitas yang tinggi.

- b. Kurangnya kursus untuk menguasai suatu keterampilan

Profesi sering kali memerlukan pengembangan berkelanjutan untuk kemajuan dalam karir. Kurangnya pelatihan dan kursus yang relevan dapat menghambat kemungkinan seseorang untuk maju dalam profesi mereka. Dunia yang terus berubah dan berkembang, kemajuan teknologi sering kali memerlukan pembaruan keterampilan secara teratur.

Kurangnya kursus untuk mengikuti perkembangan ini dapat menyebabkan kurangnya profesionalitas, karena seseorang mungkin tidak mengikuti perkembangan terbaru. Keterampilan yang kuat dan diperbarui secara berkala adalah hal yang krusial untuk tetap kompeten dalam banyak profesi. Tanpa pelatihan yang memadai, seseorang mungkin tidak memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab mereka dengan baik.

- c. Kurangnya penelitian dan teori yang digunakan sebagai acuan dasar

Penelitian dan teori adalah dasar bagi pengembangan pengetahuan dalam suatu profesi. Tanpa dasar pengetahuan yang kuat, praktisi mungkin memiliki pemahaman yang terbatas tentang konsep-konsep kunci dan tren terkini dalam bidang mereka. Penelitian dan teori membantu menentukan standar kualitas dalam suatu profesi. Kurangnya pemahaman tentang standar ini dapat mengakibatkan

kinerja yang rendah dan merendahkan standar profesi.

DAFTAR PUSTAKA

- School Nursing: Scope & Standards of Practice, 3rd Edition.* (2016, December 1). ANA. <https://www.nursingworld.org/nurses-books/school-nursing-scope--standards-of-practice-3rd-edition/>. Diakses pada 22 Oktober 2023 Pukul 20.35 WIB
- What is Nursing?* (2017, October 14). ANA. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>. Diakses pada 22 Oktober 2023 Pukul 21.30 WIB
- UU No. 38 Tahun 2014. (n.d.). Database Peraturan | JDIH BPK. Retrieved October 22, 2023, from <http://peraturan.bpk.go.id/Details/38782/uu-no-38-tahun-2014>
- Cao, H., Song, Y., Wu, Y. *et al.* What is nursing professionalism? a concept analysis. *BMC Nurs* **22**, 34 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01161-0>
- Ghadirian F, Salsali M, Cheraghi MA. Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014 Jan;19(1):1-10. PMID: 24554953; PMCID: PMC3917177.
- Riegel F, Crossetti MDGO, Martini JG, Nes AAG. Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Rev Bras Enferm.* 2021 May 3;74(2):e20200139. English, Portuguese. Doi: 10.1590/0034-7167-2020-0139. PMID: 33950115.
- RegisteredNursing.org Staff Writers. (2023, August 15). *Ethical Practice: NCLEX-RN.* Registerednursing.Org; RegisteredNursing.org. <https://www.registerednursing.org/nclex/ethical-practice/> Diakses pada 22 Oktober 2023 Pukul 21.47 WIB

BIODATA PENULIS



Sukma Yunita, S.Kep., Ns., M.Kep., lahir di Medan, 28 Juli 1983. Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Mutiara Indonesia dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen dan aktif dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi baik Penelitian, pengajaran dan Pengabdian di Jurusan Keperawatan Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 4

Peran, Tugas dan Fungsi Perawat

Havija Sihotang, S.Kep., Ners, M.Kep.

A. Pendahuluan

Perawat merupakan suatu profesi yang berfokus pada perawatan individu, keluarga dan komunitas yang memberikan asuhan berdasarkan ilmu pengetahuan dalam mempromosikan, memelihara ataupun menyembuhkan penyakitnya mulai dari kelahiran hingga kematian. Menurut Undang-Undang RI No 34 Tahun 2014 (*LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA*, n.d.) Pelayanan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik sehat maupun sakit. Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang akan terus terbentuk selama proses perkembangan kehidupan manusia berlangsung.

B. Peran Tugas dan Fungsi Perawat

1. Peran Perawat

Peran perawat merupakan suatu cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik setelah menyelesaikan pendidikan formal dan telah mendapat kewenangan dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya sebagai perawat secara profesional sesuai dengan kode etik dan peraturan yang berlaku (Asmadi, 2008). Perawat dalam menjalankan tugas dan fungsinya memiliki beberapa peran, dalam hal ini yang dimaksud dengan peran adalah tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang atau

individu keluarga maupun kelompok masyarakat sesuai kedudukannya dalam satu sistem yang dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar (Kusnanto, 2014).

Berikut peran perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan:

a. Pemberian perawatan (*Care Giver*)

Peran utama perawat dalam pelayanan kesehatan adalah memberikan pelayanan keperawatan yang professional sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya. Pelayanan keperawatan ini meliputi kebutuhan asah, asih dan asuh. Dalam melaksanakan pemberian perawatan ini dimulai dari melakukan pengkajian keperawatan secara, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan. Pelayanan perawatan ini dapat diberikan baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Contoh pemberian asuhan keperawatan dapat berupa tindakan yang membantu klien secara fisik maupun psikosial berdasarkan hasil pengkajian yang di peroleh. Pemberian asuhan keperawatan ini dapat berupa pemberian asuhan keperawatan minimal, parsial maupun total sesuai dengan kebutuhan klien (Nursalam, 2014)

b. Sebagai advokat keluarga

Selain menjalankan perannya sebagai pemberi perawatan sebagai peran utama, perawat juga memiliki peran yang sangat penting yaitu sebagai advokat keluarga. Dalam hali ini perawat berperan sebagai pembela keluarga. Tindakan yang dimaksud adalah perawat dapat membantu klien untuk menentukan ataupun mendapatkan haknya sebagai klien, baik berupa tindakan ataupun prosedur yang akan dijalainnya maupun keinginan atau harapan

klien dari seluruh tenaga kesehatan profesional lainnya baik selama maupun setelah perawatan.

c. Pencegahan penyakit

Upaya pencegahan penyakit merupakan hal yang sangat penting dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit baru yang dapat ditimbulkan oleh tindakan yang diberikan oleh perawat (Kyle, 2013). Salah satu contoh upaya pencegahan penyakit adalah dengan menggunakan alat pelindung diri (misalnya masker, *hand scoon*) saat melakukan tindakan perawatan klien yang dapat mencegah terjadinya infeksi nosokomial.

d. Pendidik

Salah satu yang perlu diperhatikan pada saat memberikan asuhan keperawatan adalah perilaku klien. (Notoatmodjo, 2014), menyatakan bahwa perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh pengetahuan. Dalam hal ini diharapkan seorang perawat mampu mempengaruhi perilaku kesehatan klien dengan berperan sebagai pendidik. Perawat mampu memberikan informasi yang dibutuhkan oleh klien sesuai dengan masalah yang sedang di alami. Misalnya menjaga kesehatan dengan pola hidup sehat.

e. Konseling

Konseling adalah hubungan pribadi yang dilakukan secara tatap muka antara dua orang dimana konselor membantu konseli melalui kemampuan yang dimilikinya untuk memahami diri sendiri, keadaan sekarang dan masa yang akan datang. Contoh perawat menjelaskan tentang masalah yang sedang dialami oleh klien berdasarkan hasil pengkajian.

f. Kolaborasi

Dalam pemberian asuhan perawatan kepada klien perawat melakukan kolaborasi ataupun tindakan kerjasama dengan tim kesehatan lainnya yaitu dokter, ahli gizi, kefarmasian, laboran dan lain-lain. Contoh

dalam melaksanakan ronde keperawatan perawat bekerjasama dengan tenaga medis yang bertanggung jawab atas klien yang akan dilakukan ronde keperawatan.

g. Pengambilan keputusan etik

Pengambilan keputusan etik merupakan hal yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan. Sebagai seorang perawat yang berada di samping pasien selama 24 jam, tentu banyak hal yang harus dilakukan. Contoh ketika akan melakukan suatu tindakan keperawatan, maka seorang perawat harus melakukannya berdasarkan pengambilan keputusan etik yang tepat yang tidak merugikan pasien.

h. Peneliti

Perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan harus mampu melakukan kajian-kajian secara ilmiah terhadap fenomena yang terjadi pada klien. Dengan peran sebagai peneliti akan dapat mengembangkan ilmu keperawatan dan meningkatkan mutu layanan keperawatan diberikan kepada pasien (Hidayat, 2012).

2. Tugas Perawat

Perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:

a. Pemberi asuhan keperawatan

Pelaksanaan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat dapat melaksanakan secara bersama maupun sendiri-sendiri. Dalam hal ini perawat harus bertanggung jawab dan akuntabel. Pada bidang upaya kesehatan perorangan perawat memiliki kewenangan dalam memberikan asuhan keperawatan meliputi:

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan secara holistic
- 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 berkolaborasi dengan dokter
- 9) Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
- 10) Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas atau obat bebas terbatas.

Pemberian asuhan keperawatan selain pada individu juga diberikan dibidang upaya kesehatan masyarakat, dalam hal ini perawat menjalankan tugasnya dengan wewenang sebagai berikut:

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan kesehatan masyarakat ditingkat 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) Melakukan adfokasi dalam peranan kesehatan masyarakat
- 10) Menjalin kemitraan dalam pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat
- 11) Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
- 12) Mengelola kasus

13) Melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternative.

b. Penyuluh dan konselor bagi pasien

Perawat dalam menjalankan tugasnya sebagai penyuluh dan konselor bagi klien dan keluarga memiliki wewenang sebagai berikut:

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan secara holistic di tingkat individu dan keluarga serta ditingkat kelompok masyarakat
- 2) Melakukan pemberdayaan masyarakat
- 3) Melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
- 4) Menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat, dan melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.

c. Pengelola pelayanan keperawatan

Tugas perawat selanjutnya adalah sebagai pengelola pelayanan keperawatan, dalam hal ini perawat berwenang dalam melakukan:

- 1) Melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan
- 2) Merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan keperawatan
- 3) Mengelola kasus.

d. Peneliti keperawatan

Wewenang perawat dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti keperawatan adalah:

- 1) Melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika
- 2) Menggunakan sumber daya pada fasilitas pelayanan kesehatan atas izin pimpinan
- 3) Menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan perturan perundang-undangan

e. Pelaksana tugas berdasarkan limpahan wewenang

Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dapat dilakukan 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 suatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab. Dalam hal ini hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang di perlukan.

Pelimpahan wewenang secara mandate diberikan oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dibawah pengawasan. Tanggung jawab tindakan medis pada pelimpahan wewenang ini berada pada pemberi pelimpahan wewenang. Dalam pelaksanaan tugas berdasarkan limpahan wewenang, perawat berwewenang:

- 1) Melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis
- 2) Melakukan tindakan medis dibawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandate
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program pemerintah.

f. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu merupakan penugasan pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis atau tenaga kefarmasian disuatu wilayah tempat perawat bertugas.hal yang

perlu diperhatikan dalam hal ini adalah kompetensi yang dimiliki oleh perawat tersebut. Wewenang yang dimiliki oleh perawat dalam menjalankan tugasnya yaitu:

- 1) Melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis
- 2) Merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada system rujukan
- 3) Melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian.

3. Fungsi Perawat

Perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan memiliki tiga fungsi yaitu:

a. Fungsi Independen

Fungsi independen merupakan fungsi yang dimiliki oleh perawat secara mandiri. Perawat melakukan tugasnya dengan tidak tergantung dengan orang lain. Contoh dalam hal ini adalah perawat melaksanakan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan seperti pada pasien yang mengalami sesak, perawat memberikan rasa nyaman kepada klien dengan mengatur posisi klien.

b. Fungsi Dependen

Dalam melaksanakan fungsi dependen ini perawat melaksanakan pemberian asuhan keperawatan berdasarkan limpahan wewenang ataupun instruksi dari perawat lain. Perawat lain yang dimaksud seperti perawat spesialis ataupun perawat primer yang memberikan instruksi kepada perawat pelaksana.

c. Fungsi Interdependen

Perawat dalam melaksanakan fungsi ini bekerja sama dengan tim tenaga kesehatan lain seperti dokter dan tenaga kesehatan lain. Contoh dalam hal ini klien mengeluh rasa nyeri hebat, maka perawat

berkolaborasi dalam pemberian obat untuk mengatasi masalah nyeri yang dialami oleh klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Hidayat A. Aziz Alimul. (2008). *Pengantar konsep dasar keperawatan*
Jakarta : Salemba Medika.
- Kusnanto. (2014). *Pengantar profesi & praktik keperawatan profesional*
Jakarta : EGC.
- Kyle, T & Carman, S. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 2*.
Jakarta : EGC. Copyright © 2013 Wolters Kluwer Health,
Lippincott Williams & Wilkins
- R.I, Undang-Undang No. 34 Tahun 2014. Tentang Keperawatan.
LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA. (n.d.).
www.peraturan.go.id
- R.I, Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2019 Tentang
Peraturan Pelaksanaan UU No. 38 Tahun 2014.
*PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA*. (n.d.).
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka
Cipta.
- Nursalam.(2014). *Manajemen Keperawatan, Aplikasi dalam Praktik
Keperawatan Profesional*. Edisi 4. Jakarta: Salemba
Medika. <http://www.penerbitsalemba.com>

BIODATA PENULIS



Havija Sihotang, S.Kep., Ners, M.Kep. Lahir di Tolping Kecamatan Pakkat Kabupaten Humbang Hasundutan, Sumatera Utara. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binalita Sudama Medan. Jenjang S2 pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Pada Tahun 2017 mengikuti Program Magang Dosen Kementerian Riset dan Teknologi Pendidikan Tinggi (KEMENRITEK DIKTI) penempatan Universitas Airlangga Surabaya. Mulai bekerja sebagai staff pada Tahun 2008 dan pada Tahun 2010 menjadi Dosen Tetap Yayasan Binalita Sudama hingga saat ini di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binalita Sudama.

BAB 5

Standar Pengkajian

Nurseha S.Djaafar,Skep,Ns,MKes

A. Pendahuluan

Pengkajian merupakan tahap pertama dari asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Untuk melaksanakan asuhan keperawatan diperlukan sumber-sumber seperti pasien dengan kebutuhan pelayanan, perawat kompeten, pendekatan atau metodologi, sarana prasarana, pembiayaan serta kebijakan pelayanan keperawatan di rumah sakit. Memberikan asuhan keperawatan, dan pengelolaannya merupakan salah satu tugas perawat difasilitas pelayanan kesehatan (UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan).

CNA (Canada Nurse Association) mengatakan bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan langsung kepada klien, perawat mempergunakan secara efektif proses keperawatan yaitu metode sistematis untuk memberikan asuhan yang manusiawi berfokus pada pencapaian hasil yang diharapkan dengan biaya yang efektif, terdiri dari 5 (lima) tahap yaitu; pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Untuk melaksanakan tugas ini, perawat harus memiliki beberapa kemampuan serta otonomi jelas sebagai profesi. Kemampuan berpikir kritis merupakan komponen penting dari tanggung jawab profesional dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan.

B. Standar Asuhan Keperawatan

Standar adalah suatu pernyataan diskriptif yang menguraikan penampilan kerja yang dapat diukur melalui kualitas struktur, proses dan hasil (Gillies, 1989). Standar merupakan pernyataan yang mencakup kegiatan-kegiatan asuhan yang mengarah kepada praktek keperawatan profesional (ANA, 1992)

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup kehidupan manusia.

Standar praktek keperawatan adalah suatu pernyataan yang menguraikan suatu kualitas yang diinginkan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan untuk klien (Gillies, 1989). Fokus utama standar praktek keperawatan adalah klien. Digunakan untuk mengetahui proses dan hasil pelayanan keperawatan yang diberikan dalam upaya mencapai pelayanan keperawatan. Melalui standar praktek dapat diketahui apakah intervensi atau tindakan keperawatan itu yang telah diberi sesuai dengan yang direncanakan dan apakah klien dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

1. Tipe Standar Praktek Keperawatan

Beberapa tipe standar telah digunakan untuk mengarahkan dan mengontrol praktek keperawatan. Standar dapat berbentuk 'normatif' yaitu menguraikan praktek keperawatan yang ideal yang menggambarkan penampilan perawat yang bermutu tinggi, standar juga berbentuk 'empiris' yaitu menggambarkan praktek keperawatan berdasarkan hasil observasi pada sebagian besar sarana pelayanan keperawatan (Gillies, 1989).

Standar Asuhan Keperawatan adalah uraian pernyataan tingkat kinerja yang diinginkan, sehingga kualitas struktur, proses dan hasil dapat dinilai. Standar asuhan keperawatan berarti pernyataan kualitas yang

didinginkan dan dapat dinilai pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien/klien. Hubungan antara kualitas dan standar menjadi dua hal yang saling terkait erat, karena melalui standar dapat dikuantifikasi sebagai bukti pelayanan meningkat dan memburuk (Wilkinson, 2006).

2. Tujuan Standar Asuhan Keperawatan

Tujuan standar Asuhan Keperawatan yakni :

- a. Memberi bantuan yang efektif kepada semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional
- b. Menjamin bahwa bantuan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengurangi/menghilangkan kesenjangan
- c. Mengembangkan standar asuhan keperawatan yang ada
- d. Memberi kesempatan kepada semua tenaga keperawatan untuk mengembangkan tingkat kemampuan profesional
- e. Memelihara hubungan kerja yang efektif dengan semua kalangan kesehatan
- f. Melibatkan pasien dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan

Tujuan dan manfaat standar asuhan keperawatan penting lainnya mencakup pada dasarnya mengukur kualitas asuhan kinerja perawat dan efektifitas manajemen organisasi. Dalam pengembangan standar menggunakan pendekatan dan kerangka kerja yang lazim sehingga dapat ditata siapa yang bertanggung jawab mengembangkan standar bagaimana proses pengembangan tersebut. Standar asuhan berfokus pada hasil pasien, standar praktik berorientasi pada kinerja perawat profesional untuk memberdayakan proses keperawatan. Standar finansial juga harus dikembangkan dalam pengelolaan keperawatan sehingga dapat bermanfaat bagi pasien, profesi perawat dan organisasi pelayanan.

3. Pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan

Upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan, tidak cukup hanya dengan tersedianya Standar Asuhan Keperawatan tetapi perlu didukung sistem pemantauan dan penilaian penerapan standar tersebut, yang dilaksanakan secara sistematis, objektif dan berkelanjutan, terdiri dari : standar Pengkajian, Standar diagnose Keperawatan, Standar Perencanaan, Standar Implementasi dan Standar Evaluasi.

4. Standar I: Pengkajian Keperawatan

Pada fase pengkajian ini, mempunyai komponen utama yakni mengumpulkan data, memvalidasi data, mengorganisasi data dan menuliskan data.

a. Mengumpulkan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan menggunakan metode wawancara/*Interview*, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dll.

b. Memvalidasi data klien dan atau *Significant others* (Orang yang penting bagi klien)

Memvalidasi data artinya mengecek kembali data untuk melakukan klarifikasi. Validasi data dilakukan pada kondisi sebagai berikut :

- 1) Data subyektif dan data obyektif tidak sinkron
- 2) Statemen klien berbeda pada waktu pengkajian yang berbeda
- 3) Data tampak sangat tidak normal
- 4) Adanya factor yang mempengaruhi pada waktu melakukan pengukuran misalnya frekuensi nafas bayi yang sedang menangis.

c. Mengorganisasi Data

Data yang telah didapatkan perlu diorganisir berdasarkan kerangka kerja dengan menggunakan model keperawatan (*Nursing model*) seperti :

- 1) *Gordon's Functional health Patterns Framework* : merupakan pola umum dari perilaku yang

berkontribusi terhadap kesehatan, kualitas hidup dan pencapaian potensi manusia.

- 2) *Orem Self Care Model* : Kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri dalam rangka memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan
- 3) Pengkajian Keperawatan Menurut PPNI yang mengarahkan kepada Analisa Data, Penetapan Masalah Keperawatan dan Merumuskan Diagnosa berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

d. Menuliskan Data

Data yang dikaji meliputi aspek Biologi, psikologi, sosial, spiritual dan budaya. Penulisan data secara umum di kelompokkan kedalam dua kelompok yaitu :

1) Subjective data : symptoms

Merupakan data yang tidak dapat diukur atau diobservasi. Contoh data tentang apa yang dipikirkan atau perasaan klien, dan data ini hanya bisa didapatkan dari apa yang disampaikan pada perawat.

2) Objective data : Signs

Merupakan data yang bias dideteksi oleh orang lain selain klien, biasanya didapatkan dengan cara melakukan observasi atau memeriksa klien, misalnya : nadi, pernapasan, tekanan darah, suhu tubuh, urine output, dan hasil diagnose misalnya X-Ray.

Pada dasarnya pengkajian dilaksanakan meliputi pengkajian awal dan pengkajian lanjutan. Pengkajian awal merupakan pengkajian pada awal masuk, umumnya berisi data base dari pasien, dan merupakan pengkajian lengkap. Pengkajian Lanjutan merupakan pengkajian focus yang berfokus pada masalah keperawatan, pengkajian selanjutnya dapat

dijadikan data untuk mengevaluasi pencapaian hasil dan penyelesaian masalah.

Dalam melakukan pengkajian, umumnya menggunakan format pengkajian yang harus diisi oleh perawat, pada saat ini terdapat banyak format pengkajian, dan seringkali format tersebut tidak sama satu dengan lainnya dengan variasi yang berbeda – beda. Perbedaan tersebut bahkan di tingkat institusi pelayanan kesehatan, Namun dengan adanya standar asuhan keperawatan (SAK), Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Implementasi Keperawatan Indonesia (SIKI). Dengan demikian pengkajian mampu melakukan screening terhadap diagnosa yang muncul terhadap SDKI, maupun diagnosa terhadap kemungkinan resiko dan masalah kolaboratif.

Secara garis besar alur pengkajian merupakan screening diagnosa keperawatan yang terdiri dari :

- 1) Pengkajian Fisiologi: pengkajian respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, dan pengkajian reproduksi dan seksualitas.
- 2) Pengkajian psikologis: pengkajian nyeri dan kenyamanan, integritas ego dan pengkajian pertumbuhan dan Perkembangan.
- 3) Pengkajian Perilaku: pengkajian kebersihan diri dan penyuluhan serta pembelajaran.
- 4) Pengkajian Relasional : pengkajian interaksi social
- 5) Pengkajian lingkungan: pengkajian keamanan dan proteksi.

Pengkajian yang komprehensif, diharapkan akan memberikan petunjuk lebih akurat mengenai masalah keperawatan atau masalah kolaborasi yang dialami pasien. Sistem pengkajian akan dilaksanakan secara terus menerus, sesuai respon pasien pada tahap

diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan tahap evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B.J and Ladwig, GB (2008), *NursingDiagnosis Handbook.An Evidence Based Guide to Planning Care*.8th. ed.St.Louis Mosby Elsevier
- Carpenito,L.J.M. (2006). *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*, 11 ed. Phildelphia : Lippincontt Williams & Wilkins
- Hidayat AA. Trend dan Issue Penggunaan SDKI, SLKI & SIKI. Published online 2019
<http://www.scribd.com/doc/89804551/7/standar-I-Pengkajian-Keperawatankeperawatan>
<http://www.scribd.com/doc/78390643/Buku-Standar-Asuhan-Keperawatankeperawatan>
- Nursalam, 2007, Manajemen keperawatan : Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional, Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. Proses & Dokumentasi Keperawatan. Edisi 2.Jakarta: Salemba Medika
- Potter P.A, P. (2010). Fundamental Keperawatan. EGC
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia(SDKI) (Cetakan Ke). DPP PPNI.
- Sulistyawati, Wiwin, and Susmiati. 2020. "The Correlation Among Nursing Knowledge, Training On SDKI, SIKI and SLKI With The Quality Of Nursing Care Documentation In Hospital Inpatient Rooms." The 4 Th International Agronursing Conference (0331)
- Wilkinson,J.M (2007). *Nursing Process and Critical Thinking*.4 th ed.New Jersey. Pearson Education

BIODATA PENULIS



Nurseha S.Djaafar, SPd, Skep, Ns,MKes lahir di Kintom, pada 12 Oktober 1961. Seorang perawat Pendidik, yang telah bekerja selama lebih dari 38 tahun, dibidang keperawatan, baik sebagai clinical instructor, maupun dosen pada jurusan keperawatan politeknik Kesehatan Manado. Penulis adalah lulusan Akademi Keperawatan Kemenkes Makasar tahun 1983, IKIP Manado tahun 1995, PSIK FK UGM tahun 2003 dan S2 Kesehatan Masyarakat Unsrat manado tahun 2010, Pendidikan formal penulis dilengkapi dengan pelatihan dan temu ilmiah baik didalam maupun diluar negeri antara lain Davao Philipina dan China. Penulis juga aktif pada organisasi profesi Persatuan Perawat nasional Indonesia sebagai Wakil Ketua MKEK Prop.Sulut

BAB 6

Standar Diagnosa Keperawatan

*Moudy Lombogia, S.Kep.Ns,M.Kep *

A. Pendahuluan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini disebut sebagai suatu pendekatan untuk memecahkan masalah (*problem solving*) yang memerlukan ilmu, teknik, dan ketrampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat (Nursalam, 2008)

Diagnosa keperawatan biasanya terdiri dari tiga komponen: respons manusia (atau masalah), factor yang berhubungan, serta tanda dan gejala. Respons manusia adalah istilah yang digunakan untuk mendefinisikan masalah yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian (Iyer P.& Camp N.H, 2004).

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data (Carpenito, 2009). Penggunaan catatan pasie yang terkomputerisasi (*computerized patient records*) yang berkembang pesat, membutuhkan bahasa yang baku untuk menggambarkan masalah pasien. Diagnosis keperawatan melengkapi kebutuhan tersebut dan membantu menetapkan lingkup praktek keperawatan, dengan menggambarkan kondisi perawat yang dapat merawat secara mandiri. Diagnosis keperawatan menyertakan pemikiran kritis dan pengambilan keputusan serta menyediakan istilah yang mudah dipahami dan konsisten diantara perawat yang bekerja diberbagai tatanan, termasuk rumah sakit, klinik, rawat jalan,

fasilitas perawatan lain, fasilitas kesehatan okupasi, dan praktek pribadi/swasta (Wilkinson,J.M dan Ahern, N.R, 2011)

B. Diagnosis Keperawatan

1. Diagnosis Keperawatan

a. Definisi

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

b. Tujuan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

- 1) Menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat
- 2) Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian
- 3) Mengetahui perkembangan keperawatan
- 4) Masalah dimana adanya respons klien terhadap status kesehatan atau penyakit
- 5) Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (*etiologi*)
- 6) Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah (Dinarti dan Mulyanti, Y, 2017)

c. Kriteria diagnosa keperawatan antara lain sebagai berikut:

- 1) Status kesehatan dibandingkan dengan standar untuk menentukan kesenjangan.
- 2) Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
- 3) Diagnosa keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang.

- 4) Komponen diagnosa terdiri atas PE/PES.
 - 5) Pengkajian ulang dan revisi terhadap diagnosis berdasarkan data terbaru. (Nursalam, 2015)
- d. Komponen diagnosa keperawatan menurut Dermawan, (2012) sebagai berikut
- 1) *Problem*
Problem adalah gambaran keadaan pasien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah atau problem adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.
 - 2) *Etiologi*
Etiologi atau faktor penyebab adalah faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. merupakan pedoman untuk merumuskan intervensi.
 - 3) *Sign and symptom* *Sign and symptom* (tanda dan gejala) adalah ciri, tanda atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

Menurut Iyer P,W dan Camp N,H (2004) diagnosis keperawatan terdiri dari tiga komponen yaitu : respon manusia (atau masalah), factor yang berhubungan, serta tanda gejala.

1) Respons Manusia

Masalah yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian. Setelah mengumpulkan dan menganalisis data pada pengkajian perawat memilih respons manusia yang tepat. Sebagian besar respons manusia yang telah diidentifikasi oleh *North American Nursing Diagnosis Assosiation (NANDA)* mendefinisikan masalah yang dapat diatasi perawat.

2) Faktor yang berhubungan

Faktor yang berhubungan dapat dicerminkan dalam respons fisiologik dan dipengaruhi oleh unsur psikologis dan spiritual. Istilah berhubungan dengan menghubungkan respons manusia dan factor yang berhubungan. Hubungan ini menyatakan secara tidak langsung bahwa jika satu bagian dari diagnosis mengalami perubahan maka bagian lain juga mengalami perubahan. Berhubungan dengan tidak mengekspresikan hubungan langsung sebab akibat.

3) Tanda Gejala

Bagian ketiga dari diagnosis keperawatan adalah tanda dan gejala. Banyaknya factor yang berhubungan akan muncul, maka tanda dan gejala berkaitan dengan respons manusia.

e. Jenis Diagnosa Keperawatan

Menurut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013) Jenis-jenis diagnose keperawatan adalah sebagai berikut :

1) Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/ gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

2) Diagnosis Resiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki factor resiko mengalami masalah kesehatan.

3) **Diagnosis Promosi Kesehatan**

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

f. **Proses Penegakan diagnosis Keperawatan sebagai berikut:**

1) **Analisis Data**

a) Data yang didapatkan saat pengkajian, dibandingkan dengan nilai normal

b) **Kelompokkan data**

Tanda gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar yang meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktivitas/istirahat, neurosensory, reproduksi/seksualitas, nyeri/ketidaknyamanan, integritas ego, pertumbuhan/perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan/pembelajaran, interaksi social, dan keamanan/proteksi. Memilah data berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan kesenjangan data saat pengkajian.

2) **Identifikasi Masalah**

Setelah data dianalisis perawat dan klien bersama-sama mengidentifikasi masalah actual, risiko dan/atau promosi kesehatan

3) **Perumusan Diagnosis Keperawatan**

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Penulisan diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

a) **Penulisan Tiga bagian (*Three Part*)**

Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis actual. Metode penulisan ini terdiri atas Masalah, Penyebab dan Tanda/Gejala., dengan formulasi sebagai berikut :

Masalah berhubungan dengan Penyebab
dibuktikan dengan tanda gejala

Contoh.:

- (1) D.0077 Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekwensi nadi meningkat, sulit tidur
 - (2) D.0005 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis.kelemahan otot pernapasan) dibuktikan dengan *dispnea*, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (*mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi*)
- b) Penulisan Dua Bagian (*Two Part*) formulasinya sebagai berikut :
- (1) Diagnosis Risiko
Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko
Contoh :
 - (a) D.0036 Risiko Ketidak seimbangan cairan dibuktikan dengan luka bakar
 - (b) D.0142 Risiko Infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder; penurunan hemoglobin
 - (2) Diagnosis Promosi Kesehatan
Masalah dibuktikan dengan Tanda/gejala
Contoh :
 - (a) D.0122 Kesiapan peningkatan menjadi orangtua dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orangtua, tampak adanya dukungan emosi dan

pengertian pada anak atau anggota keluarga

- (b) D.0126 Pencapaian Peran menjadi Orang Tua dibuktikan dengan *Bounding attachment* optimal, perilaku positif menjadi orangtua, saling berinteraksi dalam merawat bayi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masing-masing diagnosis keperawatan memiliki tujuan/kriteria evaluasi pasien. Tujuan adalah pernyataan pasien dan perilaku keluarga yang dapat diukur atau diobservasi (Wilkinson, J.M & Ahern, N.R).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual, kultural) terhadap penyakit atau gangguan kesehatan yang dialaminya. Diagnosis Keperawatan sama pentingnya serta memiliki muatan aspek legal dan etis yang sama dengan diagnosis medis. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan merupakan kunci perawat dalam menyusun rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien yang dikelola.

Menentukan diagnose keperawatan merupakan langkah penentuan rencana tindakan yang tepat, untuk menyelesaikan masalah kesehatan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, (2009), *Buku Saku Diagnose Keperawatan*, Jakarta EGC
- Dinarti dan Mulyanti Y. (2017). *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan*, Kementerian Kesehatan Rebuglik Indonesia Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Edisi 1
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (1st ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Iyer, P.W dan Camp, N.H alih bahasa Kurnianingsih, S. (2004), *Dokumentasi Keperawatan suatu Pendekatan Proses Keperawatan* Edisi 3, Jakarta, EGC
- Nursalam (2008), *Proses dan dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktek* Edisi 2 Jakarta: Salemba Medika
- Potter,P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M. (2013). *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Wilkinson,J.M dan Ahern, N.R. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC* Edisi 9, (2013) Jakarta, EGC

BIODATA PENULIS



Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep Lahir di Tomohon pada 26 Januari 1970 Riwayat Pendidikan Sebagai berikut : Sekolah Perawat Kesehatan Manado Lulus 1988, Akademi Keperawatan Manado lulus 2000, S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Lulus 2005, S2 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin Makasar Lulus 2013. Pernah menjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon 2007-2011, menjadi pegawai sejak 1988 dan sejak 2006 Dosen Poltekkes Kemenkes Manado. Riwayat menulis buku yaitu : Sebagai penulis Utama pada Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Konsep, Teori dan Modul Praktikum) pada 2017.

BAB 7

Standar Implementasi

Ns. Y. Lefta, M.Kep

A. Pendahuluan

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat sejak di dalam kandungan sampai lanjut usia dan atau saat menjelang ajal, baik sehat maupun yang dalam kondisi sakit. Pelayanan keperawatan diberikan oleh perawat baik yang berlatarbelakang pendidikan keperawatan.

Perawat dalam menjalankan tugasnya memberikan pelayanan kesehatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat di berbagai unit pelayanan selalu diperhadapkan dengan masalah-masalah klien. Untuk mengatasi berbagai masalah klien itu, perawat menggunakan semua kemampuan yang dimilikinya dengan berpikir kritis dalam upaya menanggapi respon klien terhadap masalah yang dialaminya. Penanganan masalah klien itu menggunakan standar baku keperawatan, yaitu proses keperawatan yang terdiri dari lima langkah, yaitu: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. (Doenges et al., 2014)

Pada BAB ini kita akan membahas khusus tentang standar implementasi dari proses keperawatan.

B. Konsep Implementasi Keperawatan

Implementasi telah didefinisikan secara umum oleh banyak ahli dengan pengertian yang beragam sesuai kebutuhan atau bidang pekerjaan yang mereka jalani, namun secara umum pengertian kata implementasi dalam kamus Bahasa Indonesia maupun Bahasa Inggris adalah “pelaksanaan atau

penerapan". Dalam kaitannya dengan pelayanan keperawatan, khususnya pada siklus proses keperawatan, implementasi berarti Perilaku spesifik yang diterapkan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi":

Standar adalah ukuran tertentu yang dipakai sebagai acuan atau suatu patokan pelaksanaan prosedur yang didasarkan tingkat pencapaian yang terbaik. Jadi standar implementasi / standar tindakan keperawatan adalah acuan / patokan bagi perawat dalam penerapan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien

C. Tujuan Implementasi Keperawatan

Tujuan dari Implementasi keperawatan secara umum adalah mencapai tujuan yang ditetapkan pada tahap proses keperawatan sebelumnya yaitu tahap perencanaan yang mencakup:

1. Meningkatkan kesehatan
2. Mencegah penyakit
3. Melaksanakan program pengobatan
4. Memulihkan kesehatan

D. Bentuk Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pasien terdiri dari 3 jenis yaitu:

1. Tindakan Keperawatan Independen
Tindakan perawat secara mandiri yang dilakukan berdasarkan alasan ilmiah mencakup tindakan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan, kegiatan harian dan konseling. Tindakan mandiri perawat ini tidak membutuhkan pengawasan atau arahan pihak lain.
2. Tindakan Keperawatan Dependen
Tindakan perawat yang tergantung dengan tim medis, perawat melakukan tindakan dibawah pengawasan oleh dokter atau dalam artian perawat melakukan instruksi tertulis atau lisan dari dokter. Misalnya tindakan pemberian obat.

3. Tindakan Keperawatan kolaboratif

Tindakan yang membutuhkan gabungan dari tim pengetahuan, keterampilan dan keahlian berbagai profesional layanan kesehatan. Rencana keperawatan disusun berdasarkan hasil kesepakatan.

E. Komponen Tindakan / Implementasi

Merujuk pada standar intervensi keperawatan Indonesia, maka tindakan / implementasi keperawatan mencakup 4 komponen, yaitu:

1. Observasi

Pelaksanaan tindakan ini untuk mengumpulkan dan menganalisis data tentang perubahan status kesehatan pasien sebagai acuan menentukan tindakan spesifik selanjutnya. Tindakan ini umumnya menggunakan kata kerja memeriksa, mengidentifikasi dan memonitor. Penulisan dokumentasi tindakan tidak boleh menggunakan kata mengkaji, mengobservasi dan mengevaluasi

2. Terapi

Pelaksanaan tindakan edukasi bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif, sikap dan ketrampilan pasien dan atau keluarga dalam merawat dirinya dengan cara membantu pasien dan atau keluarga memperoleh informasi, perilaku dan ketrampilan yang baru untuk mengatasi masalah. Tindakan edukasi menggunakan kata kerja menganjurkan, mengajarkan dan melatih

3. Edukasi

Pelaksanaan tindakan ini dapat secara langsung berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan pasien. Tindakan ini seringa menggunakan kata kerja memberikan, melakukan

4. Kolaborasi

Pelaksanaan tindakan ini membutuhkan kerjasama baik dengan teman sejawat, maupun dengan profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini dilakukan karena penyelesaian masalah pasien memerlukan gabungan pengetahuan dan keterampilan dari berbagai profesi kesehatan Tindakan ini

umunya menggunakan kata mengkolaborasi, merujuk atau mengkonsultasikan

F. Standar Implementasi Keperawatan

1. Standar Implementasi *American Nurses Association* (ANA) (American Nurses Association, 2015)

Menurut ANA, Standar Praktek Keperawatan mencakup 2 komponen; pertama Standar Praktek meliputi 5 standar, yaitu Standar 1: Pengkajian, Standar 2: Diagnosis, Standar 3: Identifikasi Hasil, Standar 4: Perencanaan, Standar 5: Penerapan (Implementasi), Standar 6: Evaluasi. Kedua Standar Kinerja Profesional, meliputi Standar 7: Etika, Standar 8: Praktek yang Sesuai Secara Budaya, Standar 9: Komunikasi, Standar 10: Kolaborasi, Standar 11: Kepemimpinan, Standar 12: Pendidikan, Standar 13: Praktek dan Penelitian Berbasis Bukti, Standar 14: Kualitas Praktek, Standar 15: Evaluasi Praktik Profesional, Standar 16: Pemanfaatan Sumber Daya, Standar 17: Kesehatan Lingkungan.

a. Standar 5. Implementasi

Perawat terdaftar mengimplementasikan rencana yang diidentifikasi.

1) Kompetensi Perawat terdaftar:

- a) Bermitra dengan konsumen layanan kesehatan untuk melaksanakan rencana tersebut dengan cara yang aman, efektif, efisien, tepat waktu, berpusat pada pasien, dan adil (IOM, 2010).
- b) Mengintegrasikan mitra tim interprofesional dalam implementasi rencana melalui kolaborasi dan komunikasi di seluruh rangkaian perawatan.
- c) Menunjukkan perilaku kepedulian untuk mengembangkan hubungan terapeutik.
- d) Menyediakan layanan holistik dan selaras dengan budaya yang berfokus pada konsumen layanan kesehatan dan menjawab serta mengadvokasi kebutuhan beragam populasi sepanjang masa hidup.

- e) Menggunakan intervensi dan strategi berbasis bukti untuk mencapai tujuan dan hasil yang diidentifikasi bersama, spesifik terhadap masalah atau kebutuhan.
 - f) Mengintegrasikan pemikiran kritis dan solusi teknologi untuk menerapkan proses keperawatan guna mengumpulkan, mengukur, mencatat, mengambil, membuat tren, dan menganalisis data dan informasi untuk meningkatkan praktik keperawatan dan hasil konsumen layanan kesehatan.
 - g) Delegasi sesuai dengan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan konsumen layanan kesehatan dan mempertimbangkan keadaan, orang, tugas, arahan atau komunikasi, pengawasan, evaluasi, serta peraturan tindakan praktik perawat negara, institusi, dan badan pengatur dengan tetap menjaga akuntabilitas untuk perawatan.
 - h) Mendokumentasikan implementasi dan setiap modifikasi, termasuk perubahan atau penghilangan, terhadap rencana yang teridentifikasi.
- 2) Kompetensi tambahan untuk perawat terdaftar tingkat pascasarjana
- Selain kompetensi perawat terdaftar, perawat terdaftar tingkat pascasarjana menyiapkan:
- a) Menggunakan sistem, organisasi dan sumber daya komunitas untuk memimpin perubahan yang efektif dan melaksanakan rencana tersebut.
 - b) Menerapkan prinsip-prinsip kualitas sambil mengartikulasikan metode, alat, ukuran kinerja, dan standar yang berkaitan dengan implementasi rencana.
 - c) Menerjemahkan bukti ke dalam praktik.

- d) Memimpin tim interprofesional untuk berkomunikasi, berkolaborasi, dan berkonsultasi secara efektif.
- e) Menunjukkan keterampilan kepemimpinan yang menekankan pengambilan keputusan yang etis dan kritis, hubungan kerja yang efektif, dan perspektif sistem.
- f) Bertindak sebagai konsultan untuk memberikan wawasan tambahan dan solusi potensial.
- g) Menggunakan pendekatan berbasis teori untuk mempengaruhi perubahan organisasi atau sistem.

3) Kompetensi tambahan untuk perawat terdaftar praktik lanjutan

Selain kompetensi perawat terdaftar dan perawat terdaftar tingkat pascasarjana, perawat terdaftar praktik lanjutan:

- a) Menggunakan otoritas, prosedur, rujukan, perawatan, dan terapi yang bersifat preskriptif sesuai dengan undang-undang dan peraturan negara bagian dan federal.
- b) Meresepkan perawatan, terapi, dan prosedur berbasis bukti tradisional dan integratif yang sesuai dengan preferensi dan norma budaya konsumen layanan kesehatan.
- c) Meresepkan agen farmakologis dan pengobatan berdasarkan bukti sesuai dengan indikator klinis dan hasil uji diagnostik dan laboratorium.
- d) Memberikan konsultasi klinis bagi konsumen dan profesional layanan kesehatan terkait dengan kasus klinis kompleks untuk meningkatkan hasil perawatan dan pasien.

b. Standar 5A. Koordinasi Perawatan

Perawat terdaftar mengoordinasi pemberian perawatan.

1) Kompetensi Perawat terdaftar:

- a) Mengatur komponen rencana.

- b) Berkolaborasi dengan konsumen untuk membantu mengelola layanan kesehatan berdasarkan hasil yang disepakati bersama.
 - c) Mengelola layanan konsumen layanan kesehatan untuk mencapai hasil yang disepakati bersama.
 - d) Melibatkan konsumen layanan kesehatan dalam perawatan mandiri untuk mencapai tujuan kualitas hidup yang diinginkan.
 - e) Membantu konsumen layanan kesehatan untuk mengidentifikasi pilihan layanan.
 - f) Berkomunikasi dengan konsumen layanan kesehatan, tim interprofesional, dan sumber daya berbasis komunitas untuk melakukan transisi yang aman dalam kesinambungan perawatan.
 - g) Para pendukung pemberian layanan yang bermartabat dan holistik oleh tim interprofesional.
 - h) Mendokumentasikan koordinasi perawatan.
- 2) Kompetensi tambahan untuk perawat terdaftar tingkat pascasarjana
- Selain kompetensi perawat terdaftar, perawat terdaftar tingkat pascasarjana menyiapkan:
- Memberikan kepemimpinan dalam koordinasi layanan kesehatan antarprofesional untuk penyampaian layanan konsumen layanan kesehatan yang terintegrasi guna mencapai layanan yang aman, efektif, efisien, tepat waktu, berpusat pada pasien dan adil (Institute of Medicine, 2010).
- 3) Kompetensi tambahan untuk perawat terdaftar praktik lanjutan
- Selain kompetensi perawat terdaftar dan perawat terdaftar tingkat pascasarjana, perawat terdaftar praktik lanjutan:
- a) Mengelola panel atau populasi konsumen yang teridentifikasi.
 - b) Bertindak sebagai penyedia layanan kesehatan utama bagi konsumen dan koordinator layanan

kesehatan sesuai dengan undang-undang dan peraturan negara bagian dan federal.

- c) Mensintesis data dan informasi untuk menentukan dan menyediakan langkah-langkah dukungan sistem dan komunitas yang diperlukan, termasuk modifikasi lingkungan.

c. Standar 5B. Pengajaran Kesehatan dan Promosi Kesehatan

Perawat terdaftar menggunakan strategi untuk meningkatkan kesehatan dan lingkungan yang aman.

1) Kompetensi Perawat terdaftar:

- a) Memberikan peluang bagi konsumen layanan kesehatan untuk mengidentifikasi topik promosi layanan kesehatan, pencegahan penyakit, dan manajemen mandiri yang diperlukan.
- b) Menggunakan metode promosi kesehatan dan pengajaran kesehatan yang berkolaborasi dengan nilai-nilai, keyakinan, praktik kesehatan, tingkat perkembangan, kebutuhan belajar, kesiapan dan kemampuan belajar, preferensi bahasa, spiritualitas, budaya, dan status sosial ekonomi konsumen layanan kesehatan.
- c) Menggunakan umpan balik dan evaluasi dari konsumen layanan kesehatan untuk menentukan efektivitas strategi yang digunakan.
- d) Menggunakan teknologi untuk mengkomunikasikan informasi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit kepada konsumen layanan kesehatan.
- e) Memberikan informasi kepada konsumen layanan kesehatan tentang dampak yang diharapkan dan potensi dampak buruk dari rencana perawatan.
- f) Melibatkan aliansi konsumen dan kelompok advokasi dalam pengajaran kesehatan dan kegiatan promosi kesehatan bagi konsumen layanan kesehatan.

- g) Memberikan panduan antisipatif kepada konsumen layanan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah atau mengurangi risiko dampak kesehatan yang negatif.
- 2) Kompetensi tambahan untuk perawat terdaftar tingkat pascasarjana, termasuk *Advanced Practice Registered Nurse (APRN)*
Selain kompetensi perawat terdaftar, perawat terdaftar yang dipersiapkan tingkat pascasarjana atau perawat terdaftar praktik lanjutan:
 - a) Mensintesis bukti empiris tentang perilaku berisiko, peran gender, teori pembelajaran, teori perubahan perilaku, teori motivasi, teori translasi untuk praktik berbasis bukti, epidemiologi, dan teori serta kerangka kerja terkait lainnya ketika merancang informasi dan program pendidikan kesehatan.
 - b) Mengevaluasi sumber daya informasi kesehatan untuk penerapan, keakuratan, keterbacaan, dan pemahaman untuk membantu konsumen layanan kesehatan mengakses informasi kesehatan yang berkualitas.
- 2. Standar Implementasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
Lingkup Standar Praktik Keperawatan Indonesia meliputi:
 - a. Standar Praktik Professional
 - 1) Standar I Pengkajian
 - 2) Standar II Diagnosa Keperawatan
 - 3) Standar III Perencanaan
 - 4) Standar IV Pelaksanaan Tindakan (Impelementasi)
 - 5) Standar V Evaluasi
 - b. Standar Kinerja Professional
 - 1) Standar I Jaminan Mutu
 - 2) Standar II Pendidikan
 - 3) Standar III Penilaian Kerja
 - 4) Standar IV Kesejawatan (collegial)

- 5) Standar V Etik
- 6) Standar VI Kolaborasi
- 7) Standar VII Riset
- 8) Standar VIII Pemanfaatan sumber-sumber

Pada bagian ini akan disajikan standar Implementasi dari PPNI, sebagai berikut:

a. Standar IV: Pelaksanaan Tindakan (implementasi)

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan Rasional

Perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan.

1) Kriteria Struktur

Tatanan praktek menyediakan:

- a) Sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan.
- b) Pola ketenagaan yang sesuai kebutuhan.
- c) Ada mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara periodik.
- d) Pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis keperawatan.
- e) Sistem Konsultasi keperawatan.

2) Kriteria Proses

- a) Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- b) Kolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan klien.
- c) Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien.
- d) Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawah tanggung jawabnya.
- e) Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan kesehatan.

- f) Menginformasikan kepada klien tentang status kesehatan dan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
 - g) Memberikan pendidikan pada klien & keluarga mengenai konsep & keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakannya.
 - h) Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.
- 3) Kriteria Hasil
- a) Terdokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien secara sistematis dan dengan mudah diperoleh kembali.
 - b) Tindakan keperawatan dapat diterima klien.
 - c) Ada bukti-bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan.

Tabel 1. Tindakan Keperawatan / Implementasi

No. Diagnosis Keperawatan	Tanggal / Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
1	11 November 2023 Pukul 09:30 WIT	1) Monitor bunyi napas tambahan → Terdapat bunyi wheezing dan bunyi ronchi	Perawat AL
	Pukul 09:35 WIT	2) Mengatur posisi fowler → Pasien kooperatif dan merasa nyaman	Perawat AL
	Pukul 09:40 WIT	3) Melanjutkan pemberian oksigen → Pasien kooperatif dan merasa nyaman	Perawat AL

	Pukul 09:35 WIT	4) Mengajarkan teknik Batuk efektif → ibu kooperatif dan dapat melakukannya	Perawat AL
	Pukul 09:40 WIT	5) Mengajukan asupan cairan 2000 ml/hari → Pasien menerima dan bersedia melakukannya	Perawat AL

3. Standar Prosedur Operasional (SPO) (Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI, 2021)

Setiap tindakan keperawatan yang terdiri dari 379 prosedur telah dibakukan oleh tim pokja PPNI menjadi SPO yang merupakan acuan langkah-langkah bagi perawat dalam tahap implementasi atau penerapan tindakan keperawatan.

Tabel 2. Standar Prosedur Operasional

Nama & Logo Faskes	LATIHAN BATUK EFEKTIF		
	Nomor Dokumen: 0123-4567-89	Nomor Revisi: 1	Halaman: 1 dari 2
SPO	Tanggal Terbit 11 November 2023	Ditetapkan: Direktur RS..... (Nama Direktur RS)	
Pengertian	Melatih kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan faring, trakea dan bronkus dari secret atau benda asing di jalan napas		
Tujuan	Sebagai pedoman standar bagi perawat dalam penerapan langkah-langkah melakukan latihan batuk efektif		
Kebijakan	(dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan/keputusan yang terkait dengan kebijakan tersebut) Contoh: 1. Kebijakan Direktur Rumah Sakit..... No.		

	Tentang Pelayanan keperawatan di Rumah Sakit 2. Undang-Undang R.I. No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit 3. Undang-Undang R.I. No. 14 Tahun 2014 Tentang Keperawatan 4. Undang-Undang R.I. No. 19 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
Diagnosis Keperawatan	1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif 2. Gangguan Pertukaran Gas 3. Perlambatan Pemulihan Pascabedah 4. Disrefleksia Otonom
Luaran Keperawatan	1. Bersihan Jalan Napas Meningkat 2. Pertukaran Gas Meningkat 3. Perlambatan Pemulihan Pascabedah Menurun 4. Status Neurologis Membaik
Prosedur	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, lahir, dan/atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: a. Sarung tangan bersih, jika perlu b. Tisu c. Bengkok dengan cairan desinfektan d. Suplai oksigen, jika perlu e. Pengalas atau underpad 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangan bersih, jika perlu

Nama & Logo Faskes	LATIHAN BATUK EFEKTIF		
	Nomor Dokumen: 0123-4567-89	Nomor Revisi: 1	Halaman: 2 dari 2
	6. Identifikasi kemampuan batuk 7. Atur posisi semi-Fowler dan Fowler 8. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik 9. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan menghembuskan selama 3 kali 10. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3 11. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran, jika perlu 12. Rapihan pasien dan alat-alat yang digunakan 13. Lepaskan sarung tangan 14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 15. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien		
Unit Terkait	Ruang Perawatan Penyakit Dalam		

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and Standards of Practice* (3rd ed.). Nursesbooks.org.
- Doenges, Marilyn. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2014). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span* (9th ed.). F. A. Davis Company.
- Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat - PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat – PPPNI.

BIODATA PENULIS



Ns. Yohanis Lefta, M.Kep lahir di Dobo, pada 27 Maret 1974. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) FK Universitas Hasanuddin dan S2 di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan (PSMIK) Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Keperawatan Tual Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 8

Peran, Fungsi, dan Tugas Perawat dalam Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan

Jon W. Tangka, M.Kep.Ns.Sp.Kep.MB

A. Pendahuluan

Perawat adalah tenaga kesehatan profesional yang memiliki peran, fungsi, dan tugas penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Perawat berperan sebagai penyedia pelayanan kesehatan, pendidik, peneliti, manajer, advokat, dan pemimpin dalam berbagai setting pelayanan kesehatan. Perawat juga memiliki fungsi sebagai pemberi asuhan keperawatan, kolaborator, konsultan, dan agen perubahan. Perawat bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, dan efisien sesuai dengan standar profesi dan etika keperawatan.

Perawat memiliki kontribusi yang signifikan dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan. Perawat dapat berpartisipasi dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan, seperti pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan kurikulum, akreditasi, dan sertifikasi. Perawat juga dapat berkolaborasi dengan pemerintah, lembaga kesehatan, dan organisasi profesi keperawatan untuk mengadvokasi kebijakan kesehatan yang mendukung peran dan fungsi perawat. Perawat juga dapat menjadi pemimpin dan inovator dalam menciptakan solusi kreatif dan adaptif untuk mengatasi tantangan dan masalah dalam sistem pelayanan kesehatan.

B. Peran, Tugas, dan Fungsi Perawat dalam Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan.

1. Peran Perawat dalam Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan

Peran perawat dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan kualitas, aksesibilitas, dan pemerataan pelayanan kesehatan bagi individu dan populasi. Perawat dapat berkontribusi dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan dengan mengambil berbagai peran, seperti:

- a. **Komunikator:** Perawat dapat berkomunikasi secara efektif dengan pasien, keluarga, komunitas, dan profesional layanan kesehatan lainnya untuk berbagi informasi, mendidik, mengadvokasi, dan mengoordinasikan perawatan (Roles and Function of a Nurse, 2018).
- b. **Pemimpin:** Perawat dapat memimpin tim, proyek, dan inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan hasil kesehatan, mengurangi biaya, dan meningkatkan kepuasan pasien. Berpartisipasi dalam tim interdisipliner dan multisektoral untuk mengatasi masalah kesehatan dan menerapkan solusi (Wakefield, et al., 2021).
- c. **Penasihat kebijakan:** Perawat dapat memberikan rekomendasi dan panduan berbasis bukti kepada pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan tentang cara merancang dan menerapkan kebijakan yang mendukung peningkatan sistem layanan kesehatan.
- d. **Inovator:** Perawat dapat menghasilkan ide dan solusi baru yang mengatasi tantangan dan peluang dalam sistem pelayanan kesehatan. Mereka juga dapat mengevaluasi dampak dan efektivitas inovasi mereka.
- e. **Peneliti:** Perawat dapat melakukan penelitian yang memajukan basis pengetahuan dan praktik keperawatan, memecahkan masalah klinis dan meningkatkan hasil kesehatan (Lamar University Online Programs, 2016). Mereka juga dapat

menyebarkan temuan mereka melalui publikasi, presentasi, dan platform lainnya.

Perawat memiliki posisi unik sebagai perantara antara penyedia layanan kesehatan dan penerima layanan. Mereka dapat menjembatani kesenjangan antara apa yang dibutuhkan dan apa yang tersedia dalam sistem pelayanan kesehatan. Hal ini juga dapat mempengaruhi faktor penentu sosial kesehatan yang mempengaruhi kesejahteraan masyarakat. Dengan mengambil peran ini, perawat dapat membantu membentuk masa depan pengembangan sistem layanan kesehatan.

Menurut International Council of Nurses (ICN) atau Dewan Perawat Internasional (2017), telah menerbitkan paket panduan bertajuk “Perawat: Suara untuk Memimpin, Mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan”. Paket ini memberikan gambaran umum tentang Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dan kaitannya dengan profesi keperawatan. Upaya yang dilakukan perawat di seluruh dunia yaitu, untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, mendidik masyarakat, mengatasi kemiskinan, nutrisi, energi bersih, kesenjangan, keberlanjutan, inovasi, keadilan, dan setiap tujuan lain dalam SDGs (ICN, 2017).

2. Fungsi perawat dalam sistem pelayanan kesehatan, yaitu memberikan asuhan keperawatan, berkolaborasi, berkonsultasi dan mengubah. Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan masyarakat berdasarkan kebutuhan, preferensi dan nilai-nilai mereka, menggunakan praktik berbasis bukti dan penilaian profesional (Wakefield, et al., 2021).

Beberapa fungsi umum keperawatan menurut Indeed Editorial Team, (2023), yaitu:

- a. Perawat mencatat dan menyimpan dokumentasi kesehatan pasien secara akurat untuk memastikan mereka menerima perawatan yang tepat.

- b. Menilai kondisi pasien: Perawat menilai kebutuhan fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual pasien dengan menggunakan berbagai alat dan metode.
- c. Rencanakan perawatan: Perawat merencanakan rencana perawatan individual untuk setiap pasien berdasarkan hasil penilaian mereka. Mereka juga berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya untuk mengembangkan tujuan dan intervensi.
- d. Melaksanakan perawatan: Perawat melaksanakan rencana perawatannya dengan memberikan perawatan langsung kepada pasien. Mereka juga memantau kemajuan mereka dan menyesuaikan rencana mereka sesuai kebutuhan.
- e. Evaluasi hasil: Perawat mengevaluasi efektivitas rencana perawatan mereka dengan mengukur perubahan hasil pasien. Mereka juga melaporkan temuan mereka kepada anggota tim kesehatan lainnya atau otoritas terkait.

Sebagai contoh fungsi perawat sebagai pendidik, peneliti, manajer, advokat, dan pemimpin dalam upaya kesehatan yang beragam dan komprehensif adalah perawat kesehatan masyarakat. Perawat kesehatan masyarakat adalah perawat yang berfokus pada pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan perlindungan kesehatan bagi populasi atau komunitas tertentu. Perawat kesehatan masyarakat bekerja secara lintas sektoral dengan berbagai mitra, seperti pemerintah, lembaga kesehatan, organisasi masyarakat sipil, media, dan sektor swasta, untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat (Wakefield, et al., 2021).

Menurut ICN, ruang lingkup praktik keperawatan tidak terbatas pada tugas, fungsi, atau tanggung jawab tertentu namun merupakan kombinasi pengetahuan, penilaian, dan keterampilan yang memungkinkan perawat untuk melakukan pemberian perawatan langsung dan mengevaluasi dampaknya, melakukan advokasi terhadap pasien dan untuk kesehatan, mengawasi dan

mendelegasikan kepada orang lain, memimpin, mengelola, mengajar, melakukan penelitian, dan mengembangkan kebijakan kesehatan untuk sistem layanan kesehatan (ICN, 2012).

3. Tugas Perawat, dalam sistem pelayanan kesehatan, menurut Wakefield, et al., (2021), yaitu:
 - a. Memberikan pelayanan yang bermutu, berkualitas yang efektif, efisien, aman, tepat waktu, berpusat pada pasien dan adil.
 - b. Menjaga dan mempertahankan kompetensi dengan terlibat dalam pembelajaran seumur hidup dan pengembangan profesional.
 - c. Berpegang pada etika. Perawat mematuhi etika dengan menghormati martabat, otonomi dan hak pasien, komunitas dan profesi.
4. Peran, fungsi, dan tugas perawat pada Masa Covid-19
 - a. Peran perawat pada masa Covid-19 adalah memberikan perawatan langsung kepada pasien yang tertular atau diduga tertular virus. Perawat juga memainkan peran penting dalam pengelolaan sumber daya, kampanye kesadaran dan pendidikan masyarakat, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta pengumpulan dan pelaporan data (How the COVID-19 Pandemic Changed the Role of Nurses, 2022; Cantton, H., & Iro, E., 2021; Robinson, M., 2020).
 - b. Fungsi perawat selama Covid-19 adalah menilai kondisi pasien, merencanakan dan menerapkan intervensi yang tepat, memantau dan mengevaluasi hasil, dan berkomunikasi dengan profesional layanan kesehatan lain dan anggota keluarga. Perawat juga berfungsi sebagai pendidik, pemimpin, penasihat kebijakan, inovator, dan peneliti dalam respons pandemic Cantton, H., & Iro, E., 2021; Nikpour, J., Arrington, L., Michels, A., & Franklin, M., 2020; Deering, M.J.D., 2023).
 - c. Tugas perawat selama Covid-19 antara lain mencatat riwayat kesehatan dan gejala, melakukan pemeriksaan fisik dan tes diagnostik, memberikan

obat dan perawatan, memberikan terapi oksigen dan dukungan ventilasi, mengumpulkan dan memproses spesimen, mendokumentasikan dan melaporkan data pasien, memastikan penggunaan dan penggunaan yang tepat. pembuangan alat pelindung diri (APD), mengikuti kewaspadaan standar dan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi, mendidik pasien dan masyarakat tentang pencegahan dan penanganan Covid-19, memimpin dan berpartisipasi dalam tim multidisiplin, memberikan dukungan emosional dan spiritual kepada pasien dan keluarga , dan mengatasi stres dan kelelahan (Robinson, M.,2020; Deering, M.J.D., 2023; Rathnayake, S., Dasanayake, D., Maithhreepala, S.D., Ekanayake, R., and Basnayake, P.L., 2021).

5. Peran, fungsi, dan tugas perawat pasca Masa Covid-19
 - a. Peran perawat pasca Covid-19 adalah terus memberikan pelayanan berkualitas kepada pasien yang sudah sembuh atau masih terdampak virus. Perawat juga memainkan peran penting dalam membangun kembali kesehatan dan ketahanan masyarakat, mempersiapkan diri menghadapi krisis kesehatan di masa depan, dan melakukan advokasi untuk perbaikan dan reformasi sistem kesehatan (Cantton, H., & Iro, E., 2021; Nikpour, J., et al., 2020; Nursing@Georgetown Editorial Team, 2020).
 - b. Fungsi perawat pasca Covid-19 adalah mengatasi dampak jangka panjang dan komplikasi virus, seperti kelelahan, sesak napas, nyeri dada, gangguan kognitif, masalah kesehatan mental, dan kerusakan organ. Perawat juga berfungsi sebagai agen perubahan, peningkat kualitas, transformator digital, dan warga global di era pascapandemi (Catton, H. & Iro, E., 2021; Nikpour, J., et al., 2020; Long COVID: A framework for nursing, midwifery, and care staff, 2022).
 - c. Tugas perawat pasca Covid-19 antara lain memberikan perawatan lanjutan dan layanan rehabilitasi kepada pasien yang sudah lama

menderita Covid, memantau dan menangani kondisi kronis dan penyakit penyerta, mempromosikan gaya hidup dan perilaku sehat, terlibat dalam pembelajaran berkelanjutan dan pengembangan profesional, mengadopsi dan mengintegrasikan teknologi digital. dan inovasi, berpartisipasi dalam penelitian dan praktik berbasis bukti, berkolaborasi dan berjejaring dengan profesional dan pemangku kepentingan layanan kesehatan lainnya, mempengaruhi dan membentuk kebijakan dan strategi kesehatan, dan berkontribusi terhadap pencapaian cakupan kesehatan universal dan tujuan pembangunan berkelanjutan. (Nikpour, et al., 2020; Nursing@Georgetown Editorial Team, 2020; Long COVID: A framework for nursing, midwifery, and care staff, 2022).

C. Hal yang terkait dengan peran, fungsi, dan tugas perawat dalam pengembangan system pelayanan kesehatan di Indonesia dan global

1. Beberapa pernyataan yang ada pada setiap pasal atau bab pada Undang-Undang UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Presiden Republik Indonesia, 2023) yang terkait dengan peran, fungsi, dan tugas perawat dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan adalah:
 - a. Pada Bab I Ketentuan Umum, Pasal 1 ayat (2) menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pernyataan ini terkait dengan peran perawat sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kesejahteraan masyarakat.
 - b. Pada Bab II Hak dan Kewajiban, Pasal 4 ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, dan efisien sesuai dengan standar profesi dan etika. Pernyataan ini terkait dengan fungsi perawat sebagai

pemberi asuhan keperawatan yang berdasarkan bukti ilmiah dan pertimbangan profesional.

- c. Pada Bab III Tanggung Jawab Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Pasal 9 ayat (1) menyatakan bahwa Pemerintah Pusat bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan kesehatan. Pernyataan ini terkait dengan tugas perawat sebagai mitra kerja Pemerintah Pusat dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan.
- d. Pada Bab IV Penyelenggaraan Kesehatan, Pasal 12 ayat (1) menyatakan bahwa penyelenggaraan kesehatan dilakukan secara terpadu, terkoordinasi, dan berkesinambungan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat. Pernyataan ini terkait dengan peran perawat sebagai kolaborator, konsultan, dan agen perubahan dalam penyelenggaraan kesehatan yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan.
- e. Pada Bab V Upaya Kesehatan, Pasal 15 ayat (1) menyatakan bahwa upaya kesehatan meliputi upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pernyataan ini terkait dengan fungsi perawat sebagai pendidik, peneliti, manajer, advokat, dan pemimpin dalam upaya kesehatan yang beragam dan komprehensif.
- f. Pada Bab VI Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Pasal 22 ayat (1) menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terdiri atas fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan. Pernyataan ini terkait dengan tugas perawat sebagai penyedia pelayanan kesehatan di berbagai setting fasilitas pelayanan kesehatan.

Undang-undang nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan merupakan undang-undang baru yang

menggantikan sebelas undang-undang lama yang berkaitan dengan bidang kesehatan.

2. Perawat memainkan peran penting dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan memberikan perawatan primer dan komunitas. Mereka memberikan layanan dalam keadaan darurat dan akan menjadi kunci pencapaian cakupan kesehatan universal. Pencapaian kesehatan untuk semua akan bergantung pada ketersediaan jumlah perawat dan bidan yang terlatih dan terdidik, teregulasi, dan didukung dengan baik, yang menerima gaji dan pengakuan yang sepadan dengan layanan dan kualitas layanan yang mereka berikan (WHO, 2022).

Menurut WHO (2022), terdapat kekurangan tenaga kesehatan secara global, khususnya perawat dan bidan, yang mewakili lebih dari 50% kekurangan tenaga kesehatan saat ini. Untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan ketiga mengenai kesehatan dan kesejahteraan, WHO memperkirakan bahwa dunia akan membutuhkan tambahan sembilan juta perawat dan bidan pada tahun 2030.

DAFTAR PUSTAKA

- Cantton, H., & Iro, E. (2021). The future of nursing: how to reposition the nursing profession for a post-COVID age. *The BMJ*, 373(n1105). <https://doi.org/10.1136/bmj.n1105>
- Deering, M.J.D., (2023). The Crucial Role of Nurses in Public Health Emergencies. *Nurse Journal.org*. Retrieved from <https://nursejournal.org/articles/nurses-roles-in-public-health-emergencies/>
- ICN. (2012). Scope of nursing practice Position Statement. Retrieved. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf
- Indeed Etitorial Team (2023). 13 Important Nursing Responsibilities. *Indeed.com*. Retrieved from <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/nursing-responsibilities>
- International Council of Nurses (ICN) (2017). *The guidance pack "Nurses: A Voice to Lead, Achieving the Sustainable Development Goals*. Retrieved from https://www.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2017/04/ICN_AVoiceToLead_guidancePack-9.pdf
- Lamar University Online Programs (2016). What Is the Nurse's Role in Improving Health Systems? Retrieved from <https://degree.lamar.edu/online-programs/healthcare/msn/nursing-administration/what-is-the-nurses-role-in-improving-health-system>
- Long COVID: A framework for nursing, midwifery, and care staff. (2022). NHS England. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/long-read/long-covid-a-framework-for-nursing-midwifery-and-care-staff/>
- Nikpour, J., Arrington, L., Michels, A., & Franklin, M., (2020). Covid-19 and the nursing profession: where must we go from here? Duke University, Margolis Center for Health

- Policy. Here? Retrieved from <https://healthpolicy.duke.edu/covid-19-and-nursing-profession-where-must-we-go-here>
- Nursing@Georgetown Editorial Team. (2020). How to support nurses and health care workers during COVID-19. Georgetown University School of Nursing & Health Studies.
- a) Presiden Republik Indonesia (2023). Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan. Di akses dalam <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>
- Rathnayake, S., Dasanayake, D., Maithhreepala, S.D., Ekanayake, R., and Basnayake, P.L., (2021). Nurses' perspectives of taking care of patients with Coronavirus disease 2019: A phenomenological study. PLOS ONE. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257064>
- Robinson, M. (2020). The role of nurses in the COVID-19 pandemic. University at Buffalo. Retrieved from <https://www.buffalo.edu/ubnow/stories/2020/04/qa-sands-nurses-covid.html>
- Roles and Function of a Nurse. (2018). RNpedia. Retrieved from <https://www.rnpedia.com/nursing-notes/fundamentals-in-nursing-notes/roles-function-nurse/>
- Wakefield, M. K., Williams, D. R., Le Menestrel, S., & Flaubert, J. L. (Eds.). (2021). *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*. Committee on the Future of Nursing 2020-2030, National Academy of Medicine. The National Academies Press.
- World Health Organization (2022). Nursing and midwifery. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>

BIODATA PENULIS



Jon W. Tangka, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB. lahir di Balikpapan, pada 12 Maret 1964. Menyelesaikan pendidikan S1, Ners di PSIK UGM dan S2 dan Spesialis di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Pengalaman Kerja: King Faisal Hospital, Saudi Arabia sejak 1990-1997, AEA International Site Sangatta, Kaltim Prima Coal 1998, dan Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 9

Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan

Ns. Hamka, M.Kep., RN., WOC(ET)N

A. Pendahuluan

Pencapaian derajat kesehatan optimal akan sangat didukung oleh adanya sistem pelayanan Kesehatan dan keperawatan yang terstruktur dengan pendekatan multidisiplin. (Kemenkes RI, 2022)

Sistem pelayanan Kesehatan dan Keperawatan akan dijalankan dengan Sistem Informasi Kesehatan yang merupakan seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan. (Kemenkes RI, 2016; 2022)

B. Pengertian

Pelayanan Kesehatan adalah aktivitas atau upata yang dilakukan sendiri atau secara bersama-sama untuk meningkatkan Kesehatan, mencegah dan memilihkan penyakit baik dalam bentuk perorangan ataupun kelompok. (Levey Lomba dalam Mustika et al., 2022).

Pelayanan keperawatan adalah memaksimalkan pemberian layanan oleh perawat dengan modaliti pengetahuan, kemauan, dan kemampuan perawat dalam membantu individu baik sehat ataupun sakit dalam bentuk asuhan keperawatan.(Salsabila et al., 2022)

Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan adalah satuan terpadu yang disediakan oleh pemerintah dengan tujuan memberikan pelayanan Kesehatan

dan keperawatan melalui upaya preventif, promotive, dan rehabilitative yang ditujukan kepada masyarakat.

C. Dasar Hukum Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan

Undang-undang Dasar 1945 sebagai sumber rujukan hukum negara Indonesia menjamin dan menghormati harkat dan martabat manusia secara kodrat yang melekat pada diri manusia yang bersifat universal, kekal, langgeng, dihormati, dipertahankan, dan dijunjung tinggi oleh negara. (Mustika et al., 2022)

Kementrian Kesehatan sebagai penyelenggara urusan pemerintahan dibidang Kesehatan mengatur sistem pemberian pelayanan Kesehatan dan keperawatan dalam berbagai undang-undang hingga peraturan perundang undangan, diantaranya:

1. Pasal 17 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 18 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan Sistem Informasi Kesehatan;
4. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Saat ini seluruh regulasi terkait bidang Kesehatan baik dari Pendidikan sampai dengan pemberian layanan Kesehatan diatur oleh Undang-undang No.17. , namun system pelayanan Kesehatan dan keperawatan ini diatur dalam Satu Data Bidang Kesehatan.

Satu Data Bidang Kesehatan merupakan system pemberian pelayanan kesehatan dan keperawatan, yang bertujuan mengatur penyelenggaraan tata kelola Data Kesehatan yang dihasilkan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendukung perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pengendalian pembangunan kesehatan. Pelaksanaan satu data ini dioperasionalkan melalui Sistem informasi Kesehatan.

D. Jenis Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan

Pelayanan kesehatan dan keperawatan mampu didapatkan diberbagai level pelayanan fasilitas Kesehatan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotive, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan atau masyarakat.

(Kemenkes RI, 2016; 2022) membagi jenis fasyankes menjadi 3 bagian berdasarkan sub layanan: fasyankes tingkat pertama yang memberikan pelayanan Kesehatan dasar; fasyankes tingkat kedua yang memberikan pelayanan Kesehatan spesialisik; fasyankes tingkat ketiga yang memberikan pelayanan Kesehatan subspecialistik. Pelayanan Kesehatan dan keperawatan akan bisa didapatkan oleh masyarakat dari seluruh jenis fasyankes, seperti di Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, Apotek, Unit Transfusi Darah, Laboratorium Kesehatan, Optikal, Fasilitas Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum, Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional, Tempat Praktik Mandiri Tenaga Kesehatan diantaranya dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat.

Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh perawat sejak dulu telah diberikan di Rumah Sakit, Puskesmas dan Klinik, dimana pelayanan difasyankes ini berfokus kepada pendekatan multidisiplin antara tenaga Kesehatan dan tenaga medis dalam menangani masyarakat. Independensi pelayanan keperawatan sangat bisa dirasakan di fasyankes Praktik Mandiri Perawat.

Fasyankes Praktik Mandiri Perawat sejak tahun 2007 telah berkembang di Indonesia, dimana diprakarsai oleh Praktik mandiri perawatan luka Wocare Centre Bogor yang menjadi pioneer berdirinya pelayanan keperawatan independent yang bersifat profesional, perkembangan ini diikuti oleh lahirnya berbagai fasyankes praktik mandiri perawat diberbagai provinsi yang terdaftar dihalaman

kementrian Kesehatan sebagai pengakuan tempat praktik mandiri perawat yang terdaftar di Indonesia, diantaranya NCI Centre Kalimantan, EDWCare Aceh, FWCC Grobogan Jateng, Celebes Care Centre Sulsel, dan berbagai brand yang telah resmi teregistrasi.

Pelayanan di Fasyankes Praktik Mandiri Perawat berfokus kepada pelayanan dengan kompetensi independent Perawat yang diatur dalam SKKNI, diantaranya Perawatan Luka, Perawatan Stoma, Perawatan Inkontinensia, Perawatan Paliatif, dan jenis layanan perawatan lainnya. Sistem pemberian pelayanannya keperawatan dimulai dengan pengkajian keperawatan, penegakan diagnose keperawatan, penetapan intervensi dan implementasi, serta evaluasi keperawatan. Multidisiplin dengan focus layanan kepada pasien tetap terlaksana dengan professional. Setiap Fasyankes Praktik Mandiri Perawat memiliki konsultan dari disiplin ilmu nakes ataupun non nakes yang mendukung penyembuhan pasien.

Pendekatan Multidisiplin dapat dicontohkan dari asuhan keperawatan luka, pasien yang telah dilakukan pengkajian kemudian didapatkan luka infeksi sistemik maka perawat setelah memberikan perawatan luka kronis kemudian melakukan pengambilan kultur luka dengan analis Kesehatan kemudian berkonsultasi dengan dokter untuk penetapan antibiotic yang spesifik tentunya berkolaborasi dengan apoteker, selain itu melibatkan nutrisisionis dalam mensupport nutrisi perbaikan luka. Selain itu fisioterapi juga akan terlibat dalam rehabilitasi perbaikan luka seperti pemberian ROM pada pasien pressure injury, alas kaki rehabilitasi pada kasus ulkus kaki diabetic tentunya memerlukan tim tenaga Kesehatan bidang rehabilitasi medik. Setiap keluhan fisik akan menghasilkan keluhan psikologis pasien, sehingga kolaborasi dari perawat jiwa dan psikologi serta rohaniah akan sangat diperlukan dalam perawatan pasien secara holistic.

E. Syarat Pokok Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan

Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan akan mudah berjalan sesuai dengan pola yang seharusnya akan sangat dipengaruhi oleh beberapa hal yang harus dipenuhi menurut Dikretorat Pelayanan Kesehatan, antara lain

1. Tersedia dan berkesinambungan
Tersedia (available) dan berkesinambungan (continuous) dimana seluruh jenis pelayanan Kesehatan dan keperawatan mudah untuk ditemukan.
2. Dapat diterima dan wajar
Dapat diterima (acceptable) dan bersifat wajar (appropriate) merupakan hal yang mengharuskan pelayanan Kesehatan dan keperawatan sejalan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
3. Mudah dicapai
Mudah dicapai (accessible) yang berarti pelayanan Kesehatan dan keperawatan terdistribusi diseluruh penjuru wilayah negara dengan berbagai jenis demografi wilayahnya, tidak hanya tersentralisasi di perkotaan namun kemudahan akses hingga kepedesaan.
4. Mudah dijangkau
Mudah dijangkau (affordable) khususnya dalam kemampuan membayar masyarakat terhadap layanan Kesehatan dan keperawatan.
5. Bermutu
Bermutu (quality), kualitas sistem pemberian layanan Kesehatan dan keperawatan harus mengacu pada tingkat kesempurnaan pelayanan. Hal ini sudah diatur dalam akreditasi fasyankes yang menjadi indicator apakah layanan Kesehatan dan keperawatan tersebut disebut fasyankes sesuai dengan standar yang diharapkan.

Hal-hal diatas merupakan tolak ukur suatu sistem pemberian pelayanan Kesehatan dan keperawatan berjalan sesuai dengan kondisi ideal.

F. Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan Era Digitalisasi

Kebijakan demi kebijakan sistem pemberian layanan Kesehatan dan keperawatan terus disusun dengan tujuan tercapainya sistem pelayanan Kesehatan dan keperawatan yang ideal. Saat ini era digitalisasi menjadi kebutuhan yang memudahkan akses layanan Kesehatan, hal ini diakomodir dalam Telekesehatan dan Telemedisin.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan menetapkan Telekesehatan adalah pemberian dan fasilitasi layanan Kesehatan, termasuk Kesehatan masyarakat, layanan informasi Kesehatan, dan layanan mandiri, melalui telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital dan Telemedisin adalah pemberian dan fasilitasi layanan klinis melalui telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital.

Dalam pemberian pelayanan Kesehatan dan keperawatan, telemedisin dan telekesehatan menjadi media yang mendukung peningkatan kualitas layanan Kesehatan di Indonesia, hal ini dikarenakan kemudahan dalam mengakses informasi dan layanan sehingga masalah kesehatan menjadi lebih mudah untuk segera ditangani.

G. Standar Mutu dalam Sistem pemberian Pelayanan Kesehatan & Keperawatan

Universal Health Coverage (UHC) mencirikan mutu layanan yang memiliki prinsip *effective, safe, people-centered, timely, efficient, equitable*, dan/atau *integrated*, capaian ini hanya mampu diciptakan dengan standar mutu, salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan yang memprioritaskan kesehatan masyarakat dengan langkah pemberdayaan masyarakat, kebijakan dan pelaksanaan yang melibatkan lintas sektor, dan pelayanan kesehatan terpadu. (KMK Standar Akreditasi Puskesmas, 2023)

Sistem akreditasi fasyankes telah dimulai pada tahun 2015 dengan penetapan KMK nomor 46 tentang akreditasi puskesmas, rumah sakit pratama, balai praktik dokter atau

dokter gigi swasta, kemudian aturannya terus dalam perbaikan pada KMK 27 tahun 2019.

Standar akreditasi fasyankes ini memiliki tujuan: 1) Mendorong pusat kesehatan masyarakat untuk menerapkan standar akreditasi dalam rangka meningkatkan dan menjaga kesinambungan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di pusat kesehatan masyarakat; 2) Memberikan acuan bagi pusat kesehatan masyarakat dan pemangku kepentingan terkait dalam penyelenggaraan akreditasi pusat kesehatan masyarakat. (KMK Standar Akreditasi Puskesmas, 2023)

Keputusan Menteri Kesehatan tentang standar akreditasi puskesmas tersebut telah menetapkan standar akreditasi disusun dengan mempertimbangkan aspek-aspek khusus, diantaranya:

1. Aspek relevant yaitu kesesuaian dengan tugas pokok, fungsi, dan kewenangan Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan
2. Aspek understandable yaitu kemudahan untuk dipahami;
3. Aspek measurable yaitu keterukuran dari standar, kriteria, pokok pikiran, dan elemen penilaian;
4. Aspek beneficial yaitu manfaat untuk meningkatkan mutu layanan Puskesmas;
5. Aspek achievable yaitu mampu laksana pencapaian standar.

Oleh karena itu, dengan tersedianya Standar Akreditasi Fasyankes dan keperawatan ini diharapkan dapat lebih menjamin peningkatan mutu pemberian pelayanan Kesehatan dan keperawatan secara berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. (2016a). *Peraturan Kemenkes RI*.
- Kemenkes RI. (n.d.-b). *Permenkes No. 18 Tahun 2022*. Retrieved November 7, 2023, from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245539/permenkes-no-18-tahun-2022>
- KMK-Standar-Akreditasi-Puskesmas-2023 - sekretariat - Page 4 | Flip PDF Online | PubHTML5. (n.d.). Retrieved November 7, 2023, from <https://pubhtml5.com/fdyx/nksp/KMK-Standar-Akreditasi-Puskesmas-2023/4>
- Mustika, R., Pradikta, H. Y., Syari'ah, F., Raden, U., & Lampung, I. (2022). *Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Penyandang Disabilitas: Perspektif Fiqih Siyasa* (Vol. 1, Issue 2). <http://ejournal.radenintan.ac.id/index.php/assiyasi/index/>
- PP No. 47 Tahun 2016. (n.d.). Retrieved November 7, 2023, from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/5768/pp-no-47-tahun-2016>
- Salsabila, C., Hidayani, K. R., Subagio, Y. P., & Gurning, F. P. (2022). Gambaran Pelaksanaan Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan di Indonesia. *Glosains: Jurnal Sains Global Indonesia*, 3(2), 42-48. <https://doi.org/10.59784/GLOSAINS.V3I2.87>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (n.d.). Retrieved November 7, 2023, from <https://www.kemkes.go.id/id/undang-undang-republik-indonesia-nomor-17-tahun-2023-tentang-kesehatan>

BIODATA PENULIS



Ns. Hamka, M.Kep., RN., WOC(ET)N lahir di Samarinda, pada 21 Mei 1986. Menyelesaikan Pendidikan Diploma Keperawatan di Akper Yarsi Samarinda, S1 dan Profesi Ners di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, dan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Hingga saat ini menjadi Praktisi Perawat Spesialisasi dibidang Luka, Stoma, dan Inkoninensia, menjadi Founder Fasyankes NCI Centre Kalimantan, serta sebagai Dosen di Program Studi Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas lambung Mangkurat Kalimantan Selatan.

BAB 10

Berpikir Kritis dalam Keperawatan

Afina Muharani Syaftriani, M.Kep

A. Pendahuluan

Berpikir merupakan proses interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi yang terjadi secara berkesinambungan. Sedangkan berpikir kritis adalah konsep dasar dari berpikir yang dihubungkan dengan proses belajar. Dalam pengambilan keputusan yang cepat dan tepat dalam asuhan keperawatan, perawat dituntut untuk dapat berpikir kritis (*critical thinking*).

Berpikir kritis dalam keperawatan diperlukan baik di area pendidikan maupun di area klinis karena dapat diterapkan oleh perawat dalam pengambilan keputusan untuk menerima, menolak, atau menunda sebuah tindakan atau aksi. Perawat sebagai bagian dari pemberi layanan kesehatan dapat memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan dan akan selalu dituntut untuk berpikir kritis dalam berbagai situasi. Oleh karena itu perawat diminta untuk dapat mengembangkan kemampuannya dalam berpikir kritis sebagai salah satu bagian penting dari tanggung jawab profesional mereka.

B. Konsep Berpikir Kritis

1. Pengertian berpikir kritis/ *critical thinking*

Berpikir kritis merupakan suatu proses di mana seseorang atau individu dituntut untuk mengintervensi atau mengevaluasi informasi untuk membuat sebuah penilaian atau keputusan berdasarkan kemampuan, menerapkan ilmu pengetahuan dan pengalaman (Pertami, 2022). Berpikir kritis (*critical thinking*) dimaknai sebagai sebuah

kemampuan dari individu yang dilakukan secara sengaja dan diatur oleh individu tersebut untuk melakukan pengambilan keputusan, yang membutuhkan kemampuan berpikir secara kompleks yang bertujuan untuk menginterpretasikan suatu informasi, menganalisis, mengevaluasi, dan melakukan inferensi (simpulan) (Jainurakhma et al., 2023). Berpikir kritis sebagai bagian dari proses bertanya, analisis, sintesis, interpretasi, inferensi, penalaran induktif dan deduktif, intuisi, aplikasi, dan kreativitas (Huriah et al., 2018). Berpikir kritis sebagai suatu disiplin intelektual yang melibatkan unsur-unsur pemikiran seperti identifikasi tujuan dan masalah, klarifikasi konsep, penemuan asumsi, pertimbangan sudut pandang, deteksi implikasi/konsekuensi, validasi bukti, dan refleksi (Nugraha et al., 2021).

2. Manfaat dan fungsi berpikir kritis

Ada beberapa manfaat berpikir kritis, di antaranya:

- a. Melihat masalah dari berbagai perspektif
- b. Bisa diandalkan
- c. Mandiri dalam menghadapi persoalan
- d. Menemukan peluang baru
- e. Berpikir jernih dan rasional
- f. Kemampuan adaptasi meningkat
- g. Ketrampilan Bahasa dan Prestasi Meningkat
- h. Kreativitas Meningkat (Mukarromah, 2023)

3. Aspek-Aspek Berpikir Kritis

Perilaku berpikir kritis seseorang dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu:

- a. *Relevance* (keterkaitan dari pernyataan yang dikemukakan)
- b. *Importance* (penting tidaknya isu atau pokok-pokok pikiran yang dikemukakan.)
- c. *Novelty* (kebaruan dari isi pikiran, baik dalam membawa ide-ide atau informasi baru maupun dalam sikap menerima adanya ide-ide orang lain)

- d. *Outside material* (menggunakan pengalamannya sendiri atau bahan-bahan yang diterimanya dari perkuliahan)
 - e. *Ambiguity clarified* (mencari penjelasan atau informasi lebih lanjut) (Sitio et al., 2022)
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Keterampilan berpikir kritis

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis, yaitu:

a. Kondisi fisik

Kondisi fisik mempengaruhi kemampuan seseorang dalam berpikir kritis karena ketika seseorang dalam kondisi sakit mempengaruhi pikirannya sehingga seseorang tidak dapat berkonsentrasi dan berpikir cepat (Saharuddin et al., 2024).

b. Keyakinan diri/motivasi

Motivasi merupakan upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan ataupun pembangkit tenaga untuk melaksanakan sesuatu tujuan yang telah ditetapkannya (Azizah, 2023).

c. Kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi kualitas pemikiran seseorang. Jika terjadi ketegangan, hipotalamus dirangsang dan mengirimkan impuls untuk menggiatkan mekanisme simpatis-adrenal medularis yang mempersiapkan tubuh untuk bertindak (Sitio et al., 2022).

d. Kebiasaan dan rutinitas

Salah satu faktor yang dapat menurunkan kemampuan berpikir kritis adalah terjebak dalam rutinitas. Kebiasaan dan rutinitas yang tidak baik dapat menghambat penggunaan penyelidikan dan ide baru (Sutriyanti & Mulyadi, 2019).

e. Perkembangan intelektual

Perkembangan intelektual berkenaan dengan kecerdasan seseorang untuk merespons dan menyelesaikan suatu persoalan, menghubungkan atau

menyatukan satu hal dengan yang lain, dan dapat merespon dengan baik terhadap stimulus (Jainurakhma et al., 2023).

5. Teknik dalam berpikir kritis

Teknik dalam berpikir kritis yaitu dengan cara:

- a. Berpikir Autistik, yaitu berpikir dengan cara memikirkan sesuatu yang berinovasi.
- b. Berpikir Realistik, yaitu berpikir yang dilakukan dengan teknik melihat situasi yang nyata
- c. Berpikir Kreatif, yaitu berpikir yang dilakukan seperti berpikir dengan cara menemukan gagasan atau ide sesuatu yang baru serta kreatif dan bermanfaat (Hanhara, 2019).

Selain dasar pengetahuan yang baik dan juga sikap yang tenang, teknik berpikir kritis dapat dilakukan dengan:

- a. Interpretasi, dimana individu melakukan pengumpulan data secara sistematis, mengkategorikan data dan mengklarifikasi semua data yang belum jelas.
- b. Analisis, dimana individu melakukan pemikiran yang terbuka dalam melihat data informasi klien, berhati-hati dalam mengasumsikan sesuatu/masalah.
- c. Inferensi, teknik dalam melihat data yang didapat apakah sudah signifikan, kemudian menghubungkan antar data yang diperoleh, hingga membantu individu untuk mengetahui masalah yang dihadapi (masalah klien).
- d. Evaluasi, teknik seseorang dalam melihat situasi secara objektif untuk menentukan hasil tindakan yang telah dilakukan.
- e. Penjelasan, teknik seseorang dalam memaparkan penemuan dan kesimpulan yang telah dibuat, dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki seseorang menentukan cara yang tepat dalam menyelesaikan masalah
- f. Pengontrolan diri, teknik seseorang melihat kejadian yang telah dialami, menemukan jawaban atau cara

dalam memperbaiki performa (tindakan yang telah dilakukan sebelumnya), sehingga mencapai titik terbaik dari diri seseorang (Ramadani, 2019).

6. Pemecahan masalah dalam berpikir kritis

Dalam berpikir kritis hendaklah menggunakan konsep, ide, dan teori untuk menafsirkan data, fakta, serta pengalaman dalam menjawab pertanyaan dan memecahkan masalah (Handayani & Nora, 2019). Pemecahan masalah merupakan pilihan yang diambil di antara kemungkinan alternatif yang dianggap sebagai solusi terbaik untuk kondisi tertentu. Sebagai perawat, ketika memecahkan suatu masalah dan memutuskan satu pilihan yang terbaik, tidak membuang pilihan lainnya, tetapi menyimpan pilihan tersebut sebagai cadangan. Apabila solusi pertama setelah dijalankan masih dirasakan kurang efektif, maka perawat dapat menggunakan pilihan yang lain (Jainurakhma et al., 2023).

Pemecahan masalah (*problem solving*) dan pengambilan keputusan (*decision making*) merupakan proses yang hampir mirip, namun memiliki satu perbedaan yang sangat mencolok. Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan biasanya dimulai dengan adanya masalah, namun akan berbeda dalam tujuan melakukan aktivitas di antara dua kegiatan tersebut. Pengambilan keputusan membutuhkan definisi tujuan yang jelas untuk memandu proses pelaksanaannya. Tujuan pengambilan keputusan kemungkinan bukan untuk memecahkan masalah tetapi hanya menangani hasilnya. Sehingga, kita perlu membedakan antara keputusan yang baik dan hasil yang baik (Gomulya, 2015).

C. Konsep Berpikiri Kritis dalam Keperawatan

1. Model berpikir kritis dalam keperawatan

a. *Feeling Model*

Model ini menerapkan pada rasa, kesan, dan data atau fakta yang ditemukan. Misalnya, aktivitas dalam pemeriksaan tanda vital, perawat merasakan gejala,

petunjuk dan perhatian pada pernyataan, serta pikiran klien (Zebua, 2020).

b. *Vision Model*

Model ini digunakan untuk membangkitkan pola pikir, mengorganisasi dan menerjemahkan perasaan untuk merumuskan hipotesis, analisis, dugaan dan ide tentang permasalahan perawatan kesehatan klien (Safira, 2019).

c. *Examine Model*

Model ini digunakan untuk merefleksi ide, pengertian, dan visi. Perawat menguji ide dengan bantuan kriteria yang relevan (Harahap, 2019).

Model berfikir kritis dalam keperawatan menurut para ahli, yaitu:

a. *Costa and colleagues (1985)*

Menurut ahli, (*Costa and Colleagues*) klasifikasi berpikir dikenal sebagai "*The Six Rs*" yaitu:

- 1) *Remembering* (mengingat)
- 2) *Repeating* (mengulang)
- 3) *Reasoning* (memberi alasan)
- 4) *Reorganizing* (reorganisasi)
- 5) *Relating* (berhubungan)
- 6) *Reflecting* (merenungkan) (Galaresa et al., 2023)

b. Lima model berpikir kritis

- 1) *Total recall*
- 2) *Habits* (kebiasaan)
- 3) *Inquiry* (penyelidikan/ menanyakan keterangan)
- 4) *New ideas and creativity*
- 5) *Knowing how you think* (Apriani et al., 2022)

2. Proses pengambilan keputusan berpikir kritis dalam keperawatan

Ada tujuh tahap proses pengambilan keputusan berpikir kritis yaitu:

a. Identifikasi masalah

Sebelum menerapkan keterampilan berpikir kritis, seorang perawat harus terlebih dahulu

mengidentifikasi masalah yang akan diselesaikan.

b. Riset

Pada titik ini, seorang perawat mungkin memiliki gambaran umum tentang masalahnya dengan melakukan proses riset, seperti mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan masalah, termasuk data, statistik, riwayat informasi proyek, input tim, dan lainnya.

c. Tentukan relevansi data

Setelah mengumpulkan semua informasi, saring informasi yang tidak diperlukan, dan identifikasi informasi yang relevan.

d. Ajukan pertanyaan

Salah satu bagian paling berguna dari proses berpikir kritis adalah menarik keputusan tanpa bias dengan mengajukan pertanyaan pada diri sendiri tentang: apakah saya membuat asumsi tentang informasi ini?; apakah ada variabel tambahan yang belum saya pertimbangkan?; sudahkah saya mengevaluasi informasi dari setiap sudut pandang?; adakah sudut pandang yang saya lewatkan?

e. Identifikasi solusi terbaik

Untuk mengidentifikasi solusi terbaik, buat hubungan antara sebab dan akibat. Gunakan fakta yang sudah dikumpulkan untuk mengevaluasi kesimpulan yang paling objektif.

f. Tunjukkan solusi

Jika ada banyak solusi, tunjukkan semuanya. Mungkin ada kasus saat menerapkan satu solusi, lalu mengujinya untuk melihat apakah itu berhasil sebelum menerapkan solusi lain.

g. Analisis keputusan

Pada tahapan ini, seorang perawat harus menerapkan solusi yang dipilih atau diputuskan. Setelah menentukan keputusan, evaluasi apakah keputusan itu efektif atau tidak (Rivai, 2022).

3. Berpikir Kritis (*Critical Thinking*) dalam Pengambilan Keputusan Klinis (*Clinical Decision-Making*)

Sebagai seorang perawat dituntut untuk menggunakan pendekatan berpikir kritis (*critical thinking*) dalam pengambilan keputusan klinik. Pengambilan keputusan klinis (*Clinical Decision-Making*) dalam praktik klinik keperawatan merupakan proses yang melibatkan kedua penalaran diagnostik dan penilaian klinis (Rahayu & Mulyani, 2020). Pengambilan keputusan klinis dilakukan pada semua tahap proses keperawatan, meliputi pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan yang harus diambil, tindakan keperawatan yang akan diambil serta evaluasi (Rachman et al., 2023).

Ada lima hal yang perlu diperhatikan dalam pengambilan keputusan, yaitu:

- a. Dalam proses pengambilan keputusan tidak terjadi secara kebetulan
- b. Pengambilan keputusan tidak dilakukan secara tiba-tiba, tetapi harus berdasarkan pada sistematika tertentu
- c. Masalah harus diketahui dengan jelas
- d. Pemecahan masalah harus didasarkan pada fakta-fakta yang terkumpul dengan sistematis
- e. Keputusan yang baik adalah keputusan yang telah dipilih dari berbagai alternatif yang telah dianalisis secara matang (Sukatin et al., 2022)

Keahlian yang harus dimiliki seorang perawat diantaranya adalah kemampuan menggunakan teknik refleksi, kreativitas, analisis kritis, penalaran klinis (*clinical reasoning*), pengenalan atas pikiran yang berbeda-beda (*divergent thinking*), kemampuan klarifikasi, dan *clinical judgment* (Iskandar et al., 2022).

a. Refleksi

Refleksi merupakan kemampuan perawat untuk membandingkan hasil yang diharapkan dengan hasil

pasien yang sebenarnya, dan mengevaluasi keberhasilan intervensi dan kinerja perawat dan tim secara keseluruhan (Wijaya et al., 2022).

b. Kreativitas

Kreativitas ide diperlukan ketika perawat menghadapi situasi baru atau situasi di mana intervensi tradisional atau yang sudah lama tidak efektif (Sitio et al., 2022).

c. Analisis Kritis

Analisis kritis adalah penerapan serangkaian pertanyaan pada situasi atau ide tertentu untuk menentukan informasi dan ide yang relevan dari yang tidak relevan. Ada banyak pertanyaan yang dapat diajukan oleh perawat kepada diri mereka sendiri untuk mencapai hal ini. Ini bukan langkah berurutan, namun sebaliknya merupakan seperangkat kriteria untuk menilai sebuah ide. Tidak semua pertanyaan perlu diterapkan pada setiap situasi, tetapi perawat harus mengetahui semua pertanyaan untuk memilih pertanyaan yang sesuai dengan situasi tertentu (Saharuddin et al., 2024).

d. Penalaran Klinis (*Clinical Reasoning*)

Penalaran klinis (*clinical reasoning*) merupakan proses perawat memutuskan diagnosa yang memungkinkan. Ada dua keterampilan penalaran klinis yaitu penalaran induktif dan deduktif. Penalaran induktif merupakan penalaran yang terbentuk dari pengamatan. Contoh: Perawat mengamati seorang pasien memiliki kulit kering, turgor buruk, mata cekung dan urine pekat, maka dibuatlah generalisasi bahwa pasien terlihat dehidrasi. Sedangkan penalaran deduktif merupakan penalaran dari premis umum ke kesimpulan khusus. Contoh: Perawat menggunakan kerangka kerja hirarki kebutuhan Maslow. Setelah itu, perawat, menggolongkan data dan menentukan masalah klien terkait kebutuhan cairan, eliminasi, nutrisi dan lain-lain (Cooper & Frain, 2023).

Setelah menegakkan suatu diagnosis, langkah selanjutnya adalah menyusun rencana terapi dan estimasi prognosis. Setelah penalaran klinis (*clinical reasoning*), selanjutnya perawat melakukan pertimbangan klinik (*clinical judgment*) yaitu menimbang mana perencanaan terapi yang lebih tepat atau baik (Jainurakhma et al., 2023)

e. *Divergent Thinking*

Perawat harus dapat membedakan pernyataan fakta, kesimpulan, penilaian dan pendapat. Mengevaluasi kredibilitas sumber informasi merupakan langkah penting dalam berpikir kritis (Tuğrul, 2023).

f. Klarifikasi

Perawat perlu memastikan keakuratan informasi dengan memeriksa dokumen lain atau memeriksa dengan informan lain (Sampouw et al., 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Apriani, F., Syahri, A., Damayanti, S., & Satria, O. (2022). Efektivitas Penerapan Metode Pembelajaran Flipped Learning terhadap Kemampuan Berpikir Kritis Mahasiswa Keperawatan. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 7(2), 154–159.
- Azizah, N. (2023). *Hubungan Antara Motivasi Belajar Dengan Kemampuan Mahasiswa Dalam Berpikir Kritis*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Cooper, N., & Frain, J. (2023). *ABC of clinical reasoning*. John Wiley & Sons.
- Galaresa, A. V., Hartono, A., & Fitriami, E. (2023). Pengaruh Practice Based Simulation Model terhadap Critical Thinking dan Psychomotor di Nursing Skill Laboratory. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(1), 163–170.
- Gomulya, B. (2015). *Problem solving and decision making for improvement*. Gramedia Pustaka Utama.
- Handayani & Nora, R. (2019). Hubungan Motivasi Pasien Dengan Kepatuhan Diet Hipertensi di Puskesmas Andalas Padang. *Jurnal Amanah Kesehatan*, 1(1), 35–45. <https://doi.org/10.55866/jak.v1i1.14>
- Hanhara, R. (2019). *Konsep Berfikir Kritis Dan Karakteristik Berfikir Kritis Dalam Keperawatan*.
- Harahap, E. E. (2019). *Berfikir Kritis Sebagai Dasar Asuhan Keperawatan*.
- Huriah, T., Kep, M., & Kom, S. K. (2018). *Metode student center Learning: Aplikasi pada pendidikan Keperawatan*. Kencana.
- Iskandar, D., Wibowo, W. A. S., & Triyono, G. (2022). Improving Healthcare Services Using Clinical Decision Support Systems: A Systematic Review. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling (JPDK)*, 4(6), 7441–7447.
- Jainurakhma, J., Rukmi, D. K., Gultom, A. B., Damayanti, D., Frisca, S., Widayanti, E. D., Rini, D. S., Yulianti, Y., Sugiarto, A., & Simangunsong, D. E. (2023). *Proses Berpikir Kritis dalam Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.

- Mukarromah, L. (2023). *Hubungan Antara Gaya Belajar Dan Kemampuan Berpikir Kritis Dengan Capaian Kompetensi Keselamatan Pasien Pada Mahasiswa Keperawatan*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Nugraha, Y., Ners, M. K., & Wianti, A. (2021). *Konsep Dasar Keperawatan; Buku Lovrinz Publishing*. LovRinz Publishing.
- Pertami, S. B. (2022). *Konsep dasar keperawatan*. Bumi Medika.
- Rachman, N., Manurung, S., Mangundap, S. A., Kusumawaty, I., Mudhofar, M. N., Purwati, N. H., Bariroh, S. E., Pertiwi, H., Kartika, A. P. T., & Sriyanti, N. (2023). *Pengajaran Klinis Pendidikan Keperawatan: Pengembangan Pengajaran di Lingkungan Klinis*. Get Press Indonesia.
- Rahayu, C. D., & Mulyani, S. (2020). Pengambilan Keputusan Klinis Perawat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 1-11.
- Ramadani, T. (2019). *Mengimplementasikan kemampuan berpikir kritis dalam merancang intervensi keperawatan*.
- Rivai, A. F. (2022). *EDM (Ethics Decision Making) Konsep Pengambilan Keputusan Etik dan Implementasinya dalam Praktik Keperawatan*. Deepublish.
- Safira, N. (2019). *Berpikir kritis dalam keperawatan*.
- Saharuddin, S., Nurachmah, E., Masfuri, M., & Gayatri, D. (2024). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Klinis untuk Perawat Gawat Darurat: Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 16(2), 483-496.
- Sampouw, N., Lainsamputty, F., & Bulage, D. K. (2022). Dimensi berpikir kritis dan perilaku caring pada perawat rumah sakit. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 16(5), 396-406.
- Sitio, T., Setiawan, A., & Rusdhiati, F. (2022). Kajian Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Klinis di Instalasi Rawat Inap. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(2), 998-1011.
- Sukatin, S., Astuti, A., Rohmawati, A., Ananta, A., Aprianti, A., & As-Sodiq, I. (2022). Pengambilan Keputusan Dalam Kepemimpinan. *Humantech: Jurnal Ilmiah Multidisiplin Indonesia*, 1(9), 1156-1167.

- Sutriyanti, Y., & Mulyadi, M. (2019). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Rafflesia*, 1(1), 21-32.
- Tuğrul, E. (2023). The effects of an innovation process in nursing course on students' creative thinking and entrepreneurial skills: An uncontrolled before/after study. *Creative Nursing*, 29(2), 216-222.
- Wijaya, Y. A., Yudhawati, N. L. P. S., & Andriana, K. R. F. (2022). *The Role Of Nurses In Ethical Decision Making: In Literature Review Perspective*.
- Zebua, F. (2020). *Metode Berpikir Kritis Dalam Pengambilan Keputusan Yang Tepat Secara Klinis Untuk Professionalisme Perawat*.

BIODATA PENULIS



Afina Muharani Syaftriani, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis lahir di Singaraja, 22 Juni 1993. Ketertarikan penulis terhadap profesi perawat dimulai pada tahun 2011 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih dan menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Sumatera Utara pada tahun 2015 dan pendidikan profesi ners di Universitas Sumatera Utara pada tahun 2016.

Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan S2 Magister Ilmu Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Sumatera Utara pada tahun 2019. Saat ini aktif sebagai Dosen Fakultas Farmasi dan Kesehatan, Program Studi D3 Keperawatan, Institut Kesehatan Helvetia. Penulis tergabung dalam organisasi profesi perawat, yaitu PPNI. Saat ini penulis terdaftar sebagai anggota panitia Pelatihan BTCLS Provider JMST 119 cabang Kota Medan. Rekam jejak penulisan dapat diakses melalui *Google Scholar*. Silahkan menjalin komunikasi melalui akun social media Instagram @afinalubis.

Email Penulis:

afinalubis@gmail.com/afinamuharanisyaftriani@helvetia.ac.id.

BAB 11

Jenis Model Asuhan Keperawatan

Tri Ayu Yuniyanti, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Asuhan keperawatan merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan wajib memberikan layanan yang prima, efektif, efisien, dan produktif kepada masyarakat sesuai dengan ilmu dan kewenangan yang dimiliki (Rahmawati et al., 2021).

Asuhan keperawatan professional diberikan dalam berbagai bentuk penugasan yang menggambarkan dengan jelas tentang tugas, tanggung jawab dan kewenangan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Yulianto et al., 2022). Ketika asuhan keperawatan tidak dilaksanakan dengan baik, maka akan berdampak terhadap kesehatan pasien, menyebabkan komplikasi, bahkan kematian (Setiawati et al., 2023).

B. Konsep Model Asuhan Keperawatan Profesional

1. Pengertian

Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) adalah suatu sistem yang terdiri dari struktur, proses, dan nilai-nilai professional yang memungkinkan perawat professional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan yang mendukung pemberian asuhan keperawatan tersebut (Yulianto et al., 2022; Zenitha Victoria et al., 2023).

MAKP merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang efektif dan efisien, melalui pelayanan keperawatan yang lebih

terstruktur, terorganisir dan professional (Rahmawati et al., 2021). Penerapan MAKP yang tepat dapat meningkatkan kinerja perawat, mutu layanan dan kepuasan pasien (Ratnasari et al., 2023).

2. Manfaat

Penerapan MAKP merupakan salah satu bentuk pelayanan professional yang memiliki beberapa manfaat:

a. Kepuasan kerja perawat

Dalam penerapan MAKP, perawat memiliki tugas dan tanggung jawab yang tinggi. Jika tugas dan tanggung jawab tersebut dapat diselesaikan dengan baik maka perawat merasa puas. Kepuasan kerja perawat berpengaruh terhadap kinerja dan produktivitas perawat yang berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit (Hasfya et al., 2023).

b. Kepuasan pasien

Pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas akan meningkatkan mutu layanan yang memicu kepuasan pasien (Rahmawati et al., 2021)

c. Mutu pelayanan

Pelayanan keperawatan yang berkualitas selalu menjadi harapan masyarakat pengguna layanan kesehatan. Sebagai salah satu upaya untuk menjaga kualitas tersebut, maka pemberian asuhan keperawatan harus professional serta berpedoman pada standar-standar yang telah ditetapkan melalui MAKP (Tamani et al., 2023).

3. Dasar Pertimbangan Pemilihan MAKP

Keberhasilan penerapan MAKP dipengaruhi oleh beberapa faktor (Nursalam, 2015):

a. Sejalan dengan visi dan misi rumah sakit.

b. Dapat diterapkannya proses dan asuhan keperawatan yang komprehensif.

c. Efektif dan efisien dalam penggunaan biaya.

d. Terpenuhinya kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat.

- e. Kepuasan dan kinerja perawat.
- f. Komunikasi efektif antara perawat dan tim kesehatan lainnya.

C. Jenis Model Asuhan Keperawatan Profesional

1. Model Asuhan Keperawatan Fungsional

a. Pengertian

Model fungsional adalah penerapan fungsi pengorganisasian dalam tugas pelayanan keperawatan yang didasarkan kepada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan (Simamora, 2018).

b. Model Penugasan

Pada model fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur keperawatan. Setiap perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan pada semua klien yang berada di ruang rawat. Misalnya ada perawat yang bertanggung jawab untuk pemberian obat, mengganti balutan, monitor infus, mengukur tanda-tanda vital, dan lain-lain. Prioritas utama dari model fungsional adalah memenuhi kebutuhan fisik klien. Namun hal ini dilakukan secara terfragmentasi sehingga mutu asuhan keperawatan terabaikan.



Gambar 1. Model Asuhan Keperawatan Fungsional
(Nursalam, 2015)

Komunikasi interpersonal antar perawat sangat terbatas, terkadang hanya kepala ruangan yang mengetahui kondisi klien secara komprehensif. Seringkali klien tidak memperoleh jawaban yang tepat tentang prosedur

diagnostik, perawatan atau pengobatan. Informasi yang disampaikan bersifat verbal dan seringkali terlupakan karena tidak didokumentasikan sehingga perkembangan asuhan keperawatan klien tidak diketahui oleh perawat lainnya. Hal ini menimbulkan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan (Simamora, 2018). Kepala ruangan mengidentifikasi jenis tindakan, tingkat kesulitan, dan perawat yang bertanggungjawab melakukan tindakan tersebut. Perawat akan melaporkan tugas-tugas yang dikerjakan kepada kepala ruangan, kemudian kepala ruangan akan membuat laporan pasien (Simamora, 2018; Suni, 2018).

- c. Kelebihan dan Kekurangan
Menurut Suni (2018) kelebihan dan kekurangan model fungsional antara lain:

1) Kelebihan

- a) Tenaga perawat yang dibutuhkan lebih sedikit.
- b) Pembagian tugas dan tanggungjawab yang jelas.
- c) Perawat lebih terampil dalam melakukan tugas dan tanggungjawabnya.
- d) Lebih efisien karena dapat menyelesaikan banyak pekerjaan dalam waktu singkat.
- e) Koordinasi pekerjaan lebih mudah.
- f) Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi perawat yang melakukan praktik untuk keterampilan tertentu.

2) Kekurangan

- a) Pelayanan keperawatan terfragmentasi sehingga proses keperawatan tidak komprehensif.
- b) Perawat cenderung meninggalkan pasien setelah menyelesaikan tugas/pekerjaannya.
- c) Persepsi perawat cenderung pada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja.
- d) Tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun perawat
- e) Saling melempar tanggungjawab

- f) Hubungan terapeutik antar perawat dan klien sulit terbentuk.
- g) Tugas perawat cenderung monoton sehingga menimbulkan kebosanan.

2. MAKP Tim

a. Pengertian

Model tim adalah bentuk pemberian asuhan keperawatan dimana satu kelompok perawat dipimpin oleh perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan kepada beberapa pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Simamora, 2018).

b. Model Asuhan

Penerapan model tim berdasarkan keyakinan bahwa setiap anggota kelompok memiliki kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga mereka termotivasi dan memiliki rasa tanggung jawab terhadap mutu asuhan keperawatan. Dalam memberikan asuhan keperawatan, kelompok perawat ini akan terkoordinasi dan berkolaborasi sehingga asuhan yang diberikan lebih komprehensif dan berkualitas. Unsur utama dalam penerapan model ini adalah kepemimpinan dan komunikasi efektif (Simamora, 2018).



Gambar 2. MAKP Tim (Nursalam, 2015)

Pengorganisasian pelayanan asuhan keperawatan melibatkan kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim yang terdiri dari tenaga profesional, teknis, dan pembantu (Nursalam, 2015). Pembagian tugas dalam

kelompok dilakukan oleh ketua tim. Selain itu, ketua tim juga bertanggung jawab untuk mengarahkan anggota timnya, menerima laporan pelayanan keperawatan pasien, dan membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila mengalami kesulitan. Selanjutnya ketua tim melaporkan kepada kepala ruangan tentang perkembangan asuhan keperawatan pasien (Suni, 2018). Nursalam (2015), menguraikan tanggung jawab setiap komponen dalam metode tim:

1) Kepala ruangan

- a) Perencanaan: menunjuk ketua tim; mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien; mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan; merencanakan strategi pelaksanaan asuhan keperawatan; mengikuti visite dokter; mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan; pengembangan diri perawat melalui pendidikan dan pelatihan; membimbing peserta didik keperawatan; menjamin terwujudnya visi dan misi keperawatan rumah sakit.
- b) Pengorganisasian: merumuskan jenis dan tujuan metode penugasan yang digunakan; menyusun deskripsi tugas ketua dan anggota tim; menyusun rentang kendali; penjadwalan; logistik; pendelegasian; identifikasi masalah dan cara penyelesaiannya.
- c) Pengarahan: tugas; memberikan pujian; memberikan motivasi; melibatkan bawahan sejak awal kegiatan; membimbing; dan meningkatkan kolaborasi dengan tim lainnya.
- d) Pengawasan: asuhan keperawatan; supervisi; evaluasi; dan audit keperawatan.

2) Ketua tim

- a) Membuat perencanaan.
- b) Membuat penugasan.

- c) Mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien.
- d) Mengembangkan kemampuan anggota
- e) Melakukan *conference* (*Pre*, *Middle*, dan *Post*).
- 3) Anggota tim
 - a) Memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
 - b) Bekerja sama dengan anggota tim dan antar tim
 - c) Memberikan laporan tentang perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
- c. Kelebihan dan Kekurangan

Menurut Suni (2018) kelebihan dan kekurangan model tim antara lain:

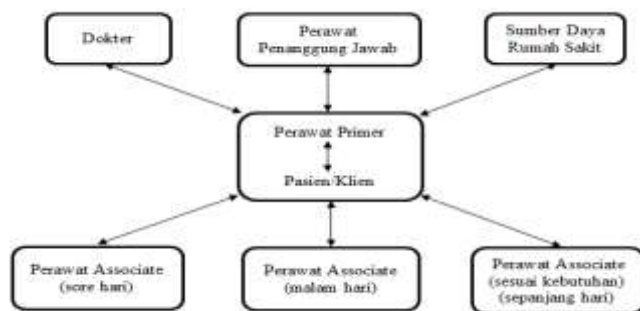
 - 1) Kelebihan
 - a) Asuhan keperawatan lebih holistic.
 - b) Proses keperawatan dapat dilaksanakan secara komprehensif.
 - c) Memberikan kepuasan pasien dan perawat.
 - d) Perawat lebih mengenali pasien secara individual, karena hanya menangani sedikit pasien.
 - e) Kinerja perawat lebih produktif melalui kerja sama dan komunikasi efektif dalam tim.
 - f) Konflik antar perawat dapat dikendalikan.
 - g) Setiap anggota tim memiliki kontribusi.
 - 2) Kekurangan
 - a) Ketua tim lebih banyak menghabiskan waktu untuk berkoordinasi dan supervisi.
 - b) Memerlukan biaya yang lebih tinggi karena tenaga keperawatan yang terfragmentasi.
 - c) Akuntabilitas tim tidak jelas.
 - d) Membutuhkan tenaga perawat yang memiliki keterampilan tinggi.
 - e) Rapat tim atau *conference* membutuhkan banyak waktu dimana sulit untuk dilaksanakan di waktu-waktu sibuk.

3. MAKP Primer

a. Pengertian

Model primer adalah metode pemberian asuhan keperawatan dimana *primary nurse* bertanggung jawab dan bertanggung gugat selama 24 jam atas pelaksanaan asuhan keperawatan secara holistik terhadap satu atau beberapa pasien, yang dimulai sejak pasien masuk rumah sakit hingga dinyatakan pulang (Simamora, 2018; Suni, 2018; Nurani et al., 2020).

b. Model Asuhan



Gambar 3. MAKP Primer (Nursalam, 2015)

Pada model ini, *primary nurse* bertanggung jawab untuk berkomunikasi dan berkoordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan *discharge planning*, yang akan merawat 4-6 pasien. Jika *primary nurse* tidak bertugas, maka kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada *associate nurse* (Suni, 2018). Di negara maju, *primary nurse* adalah perawat spesialis dengan kualifikasi magister, karena selain keterampilan klinis, *primary nurse* juga dituntut untuk akuntabel, asertif, *self-direction*, mampu mengambil keputusan yang tepat, dan dapat berkolaborasi dengan profesi lain (Simamora, 2018).

c. Kelebihan dan Kekurangan

Menurut Suni (2018) kelebihan dan kekurangan model primer antara lain:

- 1) Kelebihan
 - a) Meningkatkan akuntabilitas, otonomi, motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat perawat.
 - b) Kepuasan perawat.
 - c) Menjamin kontinuitas asuhan keperawatan.
 - d) Lebih banyak waktu untuk perawatan pasien.
 - e) Meningkatkan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien.
- 2) Kekurangan
 - a) Hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional.
 - b) Tidak semua perawat siap untuk bertindak mandiri, akuntabel, dan mampu melaksanakan pengkajian serta merencanakan asuhan keperawatan pasien.
 - c) Perlu tenaga yang cukup banyak dengan kemampuan dasar yang sama.
 - d) Biaya relative tinggi.
4. MAKP Kasus
 - a. Pengertian

Model kasus adalah pemberian asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan sumber daya yang ada (Simamora, 2018).
 - b. Model Asuhan

Model asuhan ini bertujuan agar asuhan keperawatan dapat dilaksanakan sesuai standar, menurunkan tingkat ketergantungan pasien, menggunakan sumber daya seefisien mungkin, berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya, meningkatkan profesionalisme dan kepuasan kerja, serta berbagi pengetahuan.



Gambar 4. MAKP Kasus (Nursalam, 2015)

Model ini membutuhkan perawat professional dalam jumlah yang banyak, karena setiap perawat memberikan asuhan keperawatan kepada seorang pasien secara komprehensif, sehingga pasien merasa aman dan puas karena mengetahui perawat yang bertanggung jawab terhadap dirinya, dengan kata lain satu pasien satu perawat. Pada umumnya, model ini dilaksanakan di ruang perawatan khusus seperti : isolasi, hemodialisis, *intensive care*, dll (Simamora, 2018).

c. Kelebihan dan Kekurangan

Menurut Suni (2018) kelebihan dan kekurangan model kasus antara lain:

1) Kelebihan

- a) Perawat lebih memahami kasus per kasus.
- b) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah.

2) Kekurangan

- a) Perawat penanggung jawab tidak dapat diidentifikasi.
- b) Membutuhkan perawat yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.

5. MAKP Modular

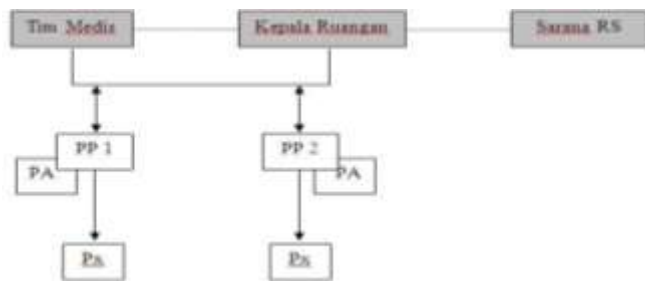
a. Pengertian

Model modular adalah pemberian asuhan keperawatan yang merupakan modifikasi antara model tim dan primer, dimana pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan oleh perawat profesional dan non profesional

pada sekelompok klien sejak masuk rumah sakit sampai pulang (Simamora, 2018; Suni, 2018). Model modular adalah metode penugasan yang dipimpin oleh kepala ruang dan perawat primer yang berpendidikan Ners. Perawat primer memimpin perawat pelaksana dengan pendidikan D III Keperawatan dan SPK. Kepala ruang, perawat primer dan pelaksana bersama-sama bertugas memberikan asuhan keperawatan pada pasien dari datang hingga pulang (Sofiatun et al., 2022).

b. Model Asuhan

Dalam model ini, pemberian asuhan keperawatan, dilakukan oleh dua sampai tiga perawat pada sekelompok pasien (8-12 orang) dengan tanggung jawab paling besar ada pada perawat profesional. Perawat profesional berkewajiban untuk membimbing dan melatih perawat non-profesional. Apabila perawat profesional sebagai ketua tim dalam keperawatan modular ini tidak masuk, maka tugas dan tanggung jawab dapat digantikan oleh perawat profesional lainnya yang berperan sebagai ketua tim (Simamora, 2018).



Gambar 5. MAKP Modular (Nursalam, 2015)

Model ini memungkinkan perawat profesional dapat mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan, sarana prasarana untuk pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan ke pasien (Sofiatun et al., 2022).

c. Kelebihan dan Kekurangan

Menurut Suni (2018) dan Nursalam (2015), kelebihan dan kekurangan model modular antara lain:

1) Kelebihan

- a) Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif dan holistik dengan pertanggungjawaban yang jelas
- b) Memungkinkan pencapaian proses keperawatan.
- c) Konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim, yang juga efektif untuk pembelajaran.
- d) Memberi kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal.
- e) Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif.
- f) Produktif karena kerjasama, komunikasi dan moral.
- g) Memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga yang menerima asuhan keperawatan.
- h) Lebih mencerminkan otonomi.
- i) Menurunkan biaya perawatan.

2) Kekurangan

- a) Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.
- b) Pendelegasian perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas.
- c) Hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional.
- d) Biaya relatif lebih tinggi dibandingkan metode lain karena lebih banyak menggunakan perawat profesional.
- e) Perawat harus mampu mengimbangi kemajuan teknologi kesehatan/ kedokteran
- f) Perawat anggota merasa kehilangan kewenangan.
- g) Masalah komunikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Hasfya, S., Ginting, C. N., & Nasution, A. N. (2023). Implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) terhadap Kepuasan Pelanggan dan Kepuasan Kerja Perawat. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1303–1310. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v6i2.5427>
- Nurani T, Indracahyani A, & Rayatin L. (2020). Analisis Situasi Dan Optimalisasi Pelaksanaan Metode Asuhan Keperawatan Primer Pada Rumah Sakit Anak Dan Bunda Di Jakarta. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 16(1), 90–99.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (5th ed.). Salemba Medika.
- Rahmawati, I. N., Ahsan, A., Putra, K. R., Noviyanti, L. W., & Ningrum, E. H. (2021). Upaya Peningkatan Kemampuan Perawat Dalam Implementasi Model Asuhan Keperawatan Profesional (Makp) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Brawijaya Malang. *Caring Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(1), 10–20. <https://doi.org/10.21776/ub.caringjpm.2021.001.01.2>
- Ratnasari, R., Zenita, V. A., & Sari, R. Y. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan Dan Sikap Perawat Terhadap Makp. *Journal of Nursing Care & Biomolecular*, 8(1), 16–24.
- Setiawati, S., Rohayani, L., Airiza, Z., & Fauzia, Z. (2023). Hubungan Metode Penugasan Tim Dengan Kepuasan Kerja Perawat Di RS Dustira. *Keperawatan Komplementer Holistik*, 1(2), 23–35. <https://journalhadhe.com/index.php/jkkhc/article/view/14>
- Simamora, R. H. (2018). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. EGC.
- Sofiatun, S., Fitryasari, P. ., & Ahsan, A. (2022). Pengembangan Model MAK Modular Berbasis Produktivitas Kerja Perawat dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien. *Jurnal Keperawatan*, 20(4), 86–102.

- Suni, A. (2018). *Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan*. Bumi Medika.
- Tamani, P., Metode, E., Dalam, T., Asuhan, P., Di, K., Perawatan, R., Otanaha, R., Gorontalo, K., Syukur, S. B., & Pelealu, A. (2023). The Effectiveness of the Team Method in Nursing Care Services in the Treatment Room of the Otanaha Hospital, Gorontalo City. *Jurnal Ventilator: Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(2), 134–142.
- Yulianto, Y., Jayadi dan Ali Humardani, S., Peristiowati, Y., Agung, W. B., & Studi Magister Keperawatan Minat Manajemen Keperawatan, P. (2022). Model Asuhan Keperawatan Profesional Di Ruang Pamenang RSUD Gambiran Kota Kediri. *Journal of Nursing Care & Biomolecular*, 7(2), 2022–2027.

BIODATA PENULIS



Tri Ayu Yuniyanti, S.Kep., Ns, M.Kep lahir di Ambon, 8 Juni 1979. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Poltekkes Makassar, S1 di PSIK FK Universitas Hasanuddin dan S2 di PSMIK FK Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 12

Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Jeana Lydia Maramis, SKM, M.Kes

A. Pendahuluan

Manusia merupakan makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, dan mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika berada dalam keadaan sehat dan seimbang. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Hidayat & Musrifal, 2016). Manusia sebagai sistem terdiri atas sistem adaptif, personal, interpersonal dan sosial. Sistem adaptif merupakan proses perubahan individu sebagai respon terhadap perubahan lingkungan yang dapat mempengaruhi integritas atau keutuhan. Sebagai sistem personal, manusia memiliki proses persepsi dan tumbuh kembang. Sebagai sistem interpersonal manusia dapat berinteraksi, berperan, dan berkomunikasi terhadap orang lain. Dan sebagai sistem sosial, manusia memiliki kekuatan dan wewenang dalam pengambilan keputusan di lingkungan dimana dia berada, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun lingkungan sekitarnya (Setiasih *et al.*, 2021).

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Kebutuhan fisiologis merupakan

kebutuhan manusia paling dasar yang harus dimiliki setiap manusia. Kebutuhan ini antara lain; kebutuhan untuk makan, minum, oksigen, tidur, menghangatkan diri, dan lain sebagainya (Salsabila, 2021).

B. Teori Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Hirarki kebutuhan dasar manusia menurut Maslow meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

1. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologi merupakan kebutuhan paling dasar bagi kelangsungan hidup setiap manusia, dalam mempertahankan kemampuan tubuh. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, jika seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan akan oksigen, maka akan mengalami ketidaknyamanan dalam bernafas dan juga bisa mengakibatkan kematian, demikian juga jika seseorang yang kekurangan makanan, maka yang bersangkutan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan demi kelangsungan hidupnya. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup.

Kebutuhan fisiologis seseorang meliputi:

- a. Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- b. Kebutuhan cairan dan elektrolit
- c. Kebutuhan makanan
- d. Kebutuhan eliminasi urine
- e. Kebutuhan istirahat dan tidur

- f. Kebutuhan aktivitas
- g. Kebutuhan kesehatan temperature tubuh
- h. Kebutuhan seksual. Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia.

Kebutuhan fisiologis ini sifatnya lebih mendesak untuk dipenuhi dibandingkan dengan kebutuhan lainnya. Jika kebutuhan fisiologis sudah terpenuhi, maka seseorang akan memenuhi kebutuhan lainnya.

- 2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keselamatan merupakan kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya fisik, sedangkan kebutuhan keamanan terkait dengan kondisi fisiologis dan hubungan antar sesama manusia. Keamanan pada kondisi fisiologis berhubungan dengan sesuatu hal yang dapat mengganggu keadaan tubuh dan juga menyangkut kehidupan seseorang, dan yang berkaitan dengan hubungan antar sesama manusia, yaitu seseorang membutuhkan rasa aman. Rasa aman ini terkait kemampuan seseorang dapat berkomunikasi, kemampuan menyikapi sebuah masalah, kemampuan dalam berperilaku, dan kemampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan disekitarnya. Jadi kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud yaitu aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis.

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman ini meliputi:

- a. Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
- b. Bebas dari rasa takut dan kecemasan
- c. Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing

3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*).

Kebutuhan akan rasa cinta merupakan kebutuhan dasar yang dapat menggambarkan kalbu atau hati seseorang. Kebutuhan ini merupakan perasaan yang ingin memiliki atau dimiliki oleh seseorang. Dorongan kebutuhan ini terus berlanjut sehingga ia akan berusaha untuk mewujudkannya. Rasa cinta ada hubungannya dengan emosi bukan dengan tingkat pendidikan atau intelektual seseorang. Rasa cinta ini ada perasaan saling mengerti dan memahami satu sama lainnya.

Kebutuhan ini meliputi:

- a. Memberi dan menerima kasih sayang
 - b. Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
 - c. Kehangatan
 - d. Persahabatan
 - e. Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.
4. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Harga diri merupakan salah satu aspek keperibadian seseorang, dan hal ini dapat berpengaruh pada perkembangan kepribadian dan kepercayaan diri seseorang, sehingga lebih produktif dan berinovatif.

Kebutuhan harga diri ini meliputi:

- a. Perasaan tidak bergantung pada orang lain
 - b. Kompeten
 - c. Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain
5. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*)

Aktualisasi diri merupakan kemampuan seseorang yang dapat memperlihatkan potensi dirinya. Perlu diketahui bahwa, tidak semua orang dapat menunjukkan aktualisasi dirinya sendiri secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena seseorang terdapat dua potensi diri yang saling tarik-menarik. Potensi yang pertama berkaitan dengan pertahanan atau perasaan diri sendiri, misalnya

perasaan takut salah, takut menerima resiko yang berat, dan kurang percaya diri sehingga ragu-ragu dalam mengambil keputusan. Potensi diri yang kedua berkaitan dengan terwujudnya semua potensi yang ada di dalam diri seseorang, sehingga ada rasa percaya diri dan mampu menyesuaikan diri dengan situasi apapun yang dihadapinya.

Kebutuhan aktualisasi diri ini meliputi:

- a. Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (menegal dan memahami potensi diri), sehingga tujuan hidup dapat tercapai.
- b. Belajar memahami kebutuhan diri sendiri, agar dapat menunjang kelangsungan hidupnya. Kebutuhan seseorang yaitu pangan, sandang dan papan.
- c. Tidak emosional, harus dapat mengendalikan diri sendiri agar rasa aman dan nyaman dapat tercipta.
- d. Mempunyai dedikasi yang tinggi, dapat memberi diri, baik dalam soal waktu, tenaga maupun pikiran untuk kieberhasilan seseorang.
- e. Kreatif, mempunyai kemampuan untuk berinovasi atau mempunyai daya cipta.
- f. Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, mampu meyakinkan diri pada kemampuan yang dimiliki (Fitri, 2021).

C. Teori Kebutuhan Dasar

Teori ini dicetuskan oleh tokoh Keperawatan Virginia Henderson, yang dituangkan dalam bukunya yang berjudul *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson (1966). Teori ini memperkenalkan 14 kebutuhan dasar manusia, yang dalam 4 subkategori (Nurfantri, *et al.* 2022).

Tabel 1. Pengelompokkan Kebutuhan Dasar menurut Teori Kebutuhan Dasar “Virginia Henderson”

Klasifikasi	Komponen Kebutuhan
1. Kebutuhan biologis	a. Kebutuhan bernapas normal b. Asupan Nutrisi yang cukup. c. Eliminasi. d. Menggerakkan dan atau dapat mempertahankan postur tubuh e. Istirahat dan tidur. f. Berpakaian dengan tepat. g. Mempertahankan suhu tubuh pada batas normal. h. Personal hygiene dan berhias i. Mencegah aktivitas yang dapat membahayakan orang lain dan lingkungan
2. Kebutuhan Sosiologis	j. Berprestasi melalui pekerjaan. k. Ikut berpartisipasi berbagai kegiatan rekreasi. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mendukung pengembangan diri dan kesehatan yang normal, serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia
3. Kebutuhan Spiritual	l. Beribadah sesuai dengan keyakinan yang dianut.
4. psikologis	m. Mampu mengkomunikasikan dan mengungkapkan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran, dan pendapat kepada orang lain

D. Ciri-Ciri Kebutuhan Manusia

Ciri-ciri kebutuhan manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia itu sendiri, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatannya sendiri. Setiap manusia mempunyai lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri dan aktualisasi diri.

Ciri kebutuhan dasar manusia yaitu:

1. Setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena budaya yang berbeda, maka

kebutuhan tersebut berubah sesuai kultur dan keadaan seseorang.

2. Dalam memenuhi kebutuhan, setiap manusia akan menyesuaikan diri dengan prioritas atau hal yang dianggap lebih penting
3. Setiap manusia dapat merasakan adanya kebutuhan dan cara meresponnya berbeda-beda
4. Jika gagal memenuhi kebutuhannya, maka yang bersangkutan akan berpikir dan berusaha lebih keras untuk mendapatkannya.
5. Kebutuhan daya saing yang berkaitan dengan beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan memengaruhi kebutuhan lainnya (Nabila, 2022).

E. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

Beberapa faktor yang dapat memberikan pengaruh terhadap perubahan dalam pemenuhan kebutuhan manusia, diantaranya:

1. Kondisi Sakit/Penyakit
Sakit merupakan suatu keadaan tubuh yang tidak normal. Jika dalam keadaan sakit, seseorang mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasar, sedangkan penyakit merupakan keadaan fisik seseorang yang terdapat gangguan baik bentuk dan fungsi tubuh, sehingga orang tersebut dalam keadaan tidak normal. Jadi pada saat seseorang mengalami sakit, maka ia tidak mampu untuk memenuhi kebutuhannya sendiri. Menurut Virginia Henderson, terdapat empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan, yaitu kebutuhan dasar biofisikal, psikofisikal, psikososial, dan kebutuhan dasar akan spiritual. Jika salah satu unsur terganggu maka akan mempengaruhi unsur yang lain (Tamar, 2020).
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Keimanan
Pertumbuhan dan perkembangan keimanan pada manusia terjadi beriringan dengan bertambahnya usia. Setiap tahap memiliki kebutuhan yang berbeda baik dari aspek biologis

seperti fungsi organ tubuh, psikologis berupa kematangan dalam berfikir, aspek sosial seperti perilaku adaptif dan spiritual berupa ketenangan dalam yang diyakininya. Dengan adanya perkembangan intelektual, moral dan perilaku seseorang dapat mencerminkan karakter seseorang. Pertumbuhan dan perkembangan keimanan yang baik, maka seseorang dapat menempatkan kehidupannya pada posisi yang baik pula.

3. Konsep Diri

Konsep diri merupakan keberadaan diri sendiri yang dapat dinilai dan dilihat oleh orang lain. Konsep diri positif yang dimiliki seseorang akan menghasilkan pikiran positif dan berimplikasi pada hubungan yang baik dengan orang lain, dan jika seseorang memiliki konsep diri yang keliru, maka orang tersebut akan sulit mencapai kesuksesan. Hal tersebut sangat penting dalam pemenuhan kebutuhan psikologis seseorang. Konsep diri ini bisa dipengaruhi oleh faktor lingkungan seseorang itu berada, bisa juga terbentuk karena proses pendidikan yang ditempuh, dan juga sangat dipengaruhi oleh keberadaan keluarganya sendiri, termasuk didikan dari orang tua kepada anaknya. Jadi konsep diri ini sangat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya sendiri.

4. Peran Keluarga

Keluarga terdiri dari dua orang atau lebih dan saling tergantung satu sama lain dan juga ada saling interaksi satu sama lainnya. Keluarga merupakan suport sistem yang baik dalam diri seseorang. Dari keluarga inilah pendidikan seseorang dimulai dan dari keluargalah dapat terbentuk suatu aturan atau sistem kehidupan yang baik. Hubungan kekeluargaan yang positif akan meningkatkan potensi pemenuhan kebutuhan dasar yang didasari dengan saling percaya, saling mendukung, dan mempunyai komitmen untuk saling melengkapi dan juga

ada kesepakatan dalam memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarga (Cricchio, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, A. A. A., & Musrifal, U. (2016). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Media Perawat
- Setiasih, S., Astyandini, B., Septalia, I., Mursiti, T., & Sayidah. (2021). Modul Pembelajaran Konsep Dasar Manusia. <https://library.poltekkes-smg.ac.id>
- Salsahbila, D. (2021). Konsep Dasar Kebutuhan Manusia. Poltekkes Tanjung Karang. <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id>
- Fitri, I. (2012). Konsep Dasar Kebutuhan Manusia. Poltekkes Tanjung Karang. <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id>
- Nurfantri, Ernawati, Ahmadi, Arabta M. Peraten Pelawi, Farida M. Simanjuntak, Rupdi Lumban Siantar, Elok Alfiah Mawardi, Renince Siregar, Tetty Rina Aritonang, Nidya Comdeca Nurvitriana, Yhenti Widjayanti, Kiki Deniati, Hainun Nisa, Ernauli Meliyana, Lina Indrawati; (2022). Keperawatan Dasar. Rena Cipta Mandiri Malang. <https://e-repository.stikesmedistra-indonesia.ac.id>
- Nabila, N. Z. (2022). Konsep Kebutuhan Dasar. Poltekkes Tanjungkarang. <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id>
- Tamar, M. (2020). Pengatahuan Lansia Tentang Kebutuhan Dasar Manusia Berdasarkan Teori Virginia Henderson. Masker Medika, Vol 8 (2). <https://doi.org/10.52523/maskermedika.v8i2.405>
- Cricchio, M. G. L. (2020). Adolescents' well- being: The role of basic needs fulfilment in family context. British Journal of Developmental Psychology, 39 (1). <https://doi.org/10.1111/bjdp.12360>

BIODATA PENULIS



Jeana Lydia Maramis, SKM., M.Kes lahir di Langowan, pada tanggal 16 Juli 1969. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi dan S2 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 13

Pemenuhan Keseimbangan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa

Ns. Martini Tidore, S.Kep.,M.Kes

A. Pendahuluan

Keseimbangan nutrisi dan cairan tubuh ditentukan oleh intake dan output seseorang. Pasien yang memiliki masalah keperawatan terkait dengan nutrisi dan cairan tubuh, memerlukan perhatian dalam masa perawatannya. Ketidakseimbangan nutrisi maupun cairan tubuh dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah kondisi tubuh atau status kesehatan pasien. Pasien yang dirawat di tempat pelayanan kesehatan, khususnya dengan gangguan sistem gastrointestinal cenderung mengalami gangguan pemenuhan nutrisi maupun cairan dan elektrolit tubuh. Oleh karenanya, perawat memiliki peran yang sangat penting dalam penatalaksanaan masalah nutrisi dan cairan pasien. Perawat diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan yang mampu memberikan jaminan intake energi dan cairan yang cukup dan aman bagi pasien. Dalam teori konservasi Levine, ada empat fokus konsentrasi dalam merawat pasien dengan kekurangan nutrisi, yaitu konservasi energi, konservasi integritas structural, integritas personal, dan integritas sosial (Herlina, Rustina, dan Syahreni, 2014).

Cairan tubuh didistribusikan dalam dua kompartemen yang berbeda, yakni cairan ekstrasel (CES) dan cairan intrasel (CIS). Cairan ekstrasel terdiri dari cairan interstisial (CIS) dan cairan intravaskuler. Cairan interstisial mengisi ruangan yang berada diantara sebagian besar sel tubuh dan menyusun sejumlah besar lingkungan cairan tubuh. Sekitar 15% berat

tubuh merupakan cairan interstisial (Potter A. Patricia & Perry Anne Griffin, 2006)

B. Konsep Dasar Kebutuhan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa

1. Pengertian

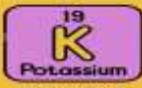
Secara fisiologis, fungsi homeostatis tubuh berperan dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh. Cairan tubuh terdiri dari air sebagai pelarut dan zat tertentu sebagai zat terlarut. Elektrolit merupakan zat kimia yang menghasilkan ion apabila berada di dalam larutan. Sama halnya dengan nutrisi, cairan dan elektrolit masuk ke dalam tubuh manusia melalui minuman, makanan, maupun cairan intravena. Keseimbangan cairan dan elektrolit saling bergantung, apabila salah satu mengalami gangguan, maka akan mempengaruhi yang lain (Tarwoto & Wartonah, 2010).

Cairan tubuh terdiri dari cairan intra seluler dan cairan ekstra seluler. Cairan intra seluler merupakan cairan yang berada dalam sel, sedangkan cairan ekstra seluler adalah cairan yang berada di luar sel. Sekitar 60% berat tubuh total terdiri atas air. Dari jumlah ini dua pertiga atau 66% adalah cairan intra sel. Cairan berperan penting dalam pembentukan energi, pemeliharaan tekanan osmotik, dan transport zat-zat tubuh dan menembus membrane sel, dan satu pertiganya atau 33% adalah cairan ekstrasel. Sedangkan organ utama pengatur keseimbangan cairan tubuh adalah ginjal (Corwin, 2009).

Menurut Hirarki Maslow kebutuhan cairan merupakan ke- butuhan dasar manusia yang pertama yang harus dipenuhi. Sedangkan menurut Virginia Henderson kebutuhan cairan merupakan kebutuhan yang ke dua setelah bernapas. Masalah ini harus segera diatasi karena kelebihan volume cairan apabila tidak segera ditangani akan menyebabkan beban sirkulasi berlebihan, edema, hipertensi dan gagal jantung kongestif (Herdman, 2015).

Elektrolit Utama Tubuh Manusia Zat terlarut yang ada dalam cairan tubuh terdiri dari elektrolit dan nonelektrolit. Non elektrolit adalah zat terlarut yang tidak terurai dalam larutan dan tidak bermuatan listrik, seperti: protein, urea, glukosa, oksigen, karbon dioksida dan asam-asam organik. Sedangkan elektrolit tubuh mencakup natrium(Na^+), kalium (K^+), Kalsium (Ca^{++}), magnesium (Mg^{++}), Klorida (Cl^-), bikarbonat(HCO_3^-), fosfat (HPO_4^{2-}), sulfat (SO_4^{2-}). Konsentrasi elektrolit dalam cairan tubuh bervariasi pada satu bagian dengan bagian yang lainnya, tetapi meskipun konsentrasi ion pada tiap-tiap, bagian berbeda, hukum netralitas listrik menyatakan bahwa jumlah muatan- muatan negatif harus sama dengan jumlah muatan-muatan positif.

Standar kebutuhan cairan dan elektrolit yang dibutuhkan tubuh adalah sebagai berikut (Suwarsa, 2018):

Fungsi Elektrolit dalam Tubuh. Apa Saja?		
Elektrolit	Fungsi	Ketidakseimbangan
 135-145 mEq/L	Menjaga volume darah, tekanan darah dan keseimbangan cairan. 	Hipernatriemia Edema, monevibrasi tekanan darah, perubahan pada sistem saraf. Hiponatremia Hipotensi, denyut nadi sulit teraba, takikardia, otot-otot melemah, kejang dan koma.
 3.5-5.0 mEq/L	Menjaga kontraksi jantung dan otot. 	Hipernatriemia Kelebihan T, meredakan gelombang P fase kompleks, GRS lebar. Hiponatremia Depresi segmen ST, inversi gelombang T.
 1.5-2.5 mEq/L	Menjaga sel-sel otot tetap rileks setelah kontraksi. 	Hipernatriemia Hipotensi, bradikardia, denyut nadi lemah, pernapasan rendah. Hiponatremia Antrisa, takikardia, tekanan darah tinggi menurut Chvostek Sign, Trousseau Sign positif.
 9.5-10.5 mEq/L	Membantu pengentahan darah, kontraksi otot dan memperkuat tulang. 	Hipernatriemia Terjadi baki gips, nyeri di tulang, refleks tendon dalam EDH menurun. Hiponatremia Trousseau Sign positif, monevibrasi nadi pada tulang menurut Chvostek Sign.

Gambar 1. Fungsi elektrolit dalam Tubuh

a. Bayi dan Anak

Berat badan: Kebutuhan air perhari:

Sampai 10 kg

100 ml/kgBB

11-20 kg

1000 ml + 50 ml/KgBB

>20 kg

1500 ml + 20 ml/kgB

Kebutuhan kalium : 2,5 mEq/KgBB/hari

Kebutuhan natrium : 2-4 mEq/KgBB/hari

b. Dewasa

Kebutuhan pada orang dewasa yaitu :

1) Kebutuhan air : 30-50 ml/KgBB/hari

2) Kebutuhan kalium : 1-2 mEq/KgBB/hari

3) Kebutuhan natrium : 2-3 mEq/KgBB/hari

2. Fisiologi Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Cairan tubuh dapat dibagi kedalam dua kompartemen, cairan intraseluler (CIS) dan cairan ekstraseluler (CES). Cairan intraseluler adalah kompartemen utama, yaitu 55% dari cairan tubuh, sedangkan CES 45% dari cairan tubuh. Cairan ekstraseluler terdiri dari 3 kompartemen, yaitu cairan intravaskuler yang merupakan 15% dari CES, cairan interstitial yang merupakan 45% dari CES, dan cairan transeluler yang merupakan 40% dari cairan ekstraseluler. Cairan intravaskuler terdiri atas plasma, komponen darah, hormon, dan nutrisi (Suwarsa, 2018). Cairan dan substansi di dalamnya mengalami perpindahan.

a. Difusi

Difusi adalah proses perpindahan partikel di dalam cairan tubuh dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah sampai terjadi keseimbangan. Cairan dan elektrolit berdifusi menembus membrane sel dan kecepatannya dipengaruhi oleh temperatur, ukuran molekul, dan konsentrasi larutan.

- b. Osmosis
Osmosis adalah pergerakan pelarut seperti air dari larutan yang memiliki konsentrasi rendah ke konsentrasi tinggi yang bersifat menarik melalui membran semipermeabel.
 - c. Transpor aktif
Transpor aktif merupakan pergerakan partikel dari konsentrasi rendah ke konsentrasi tinggi karena adanya daya aktif tubuh seperti pompa jantung.
 - d. Filtrasi
Filtrasi merupakan proses perpindahan air dan substansi yang dapat terlarut secara bersamaan sebagai respon terhadap adanya cairan yang memiliki perbedaan tekanan.
3. Faktor-faktor yang memengaruhi perubahan fungsi
Kebutuhan Cairan dan Elektrolit Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi sistem cairan dan elektrolit dijabarkan di bawah ini (Tarwoto & Wartonah, 2010) (Suwarsa, 2018):
 - a. Usia
Usia berpengaruh terhadap berat badan, metabolisme, dan luas permukaan tubuh seseorang sehingga juga akan mempengaruhi intake cairan. Usia lanjut lebih sering mengalami gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang biasanya disebabkan adanya gangguan fungsi ginjal ataupun jantung. Infant dan anak-anak cenderung lebih mudah mengalami gangguan keseimbangan cairan tubuh dibandingkan dengan usia dewasa.
 - b. Iklim
Daerah yang memiliki suhu tinggi dan kelembaban udara yang rendah akan mengalami peningkatan dalam kehilangan cairan dan elektrolit tubuh yang dikeluarkan melalui proses evaporasi. Kehilangan cairan dapat mencapai 5 liter per hari bagi seseorang yang beraktivitas pada iklim panas.

c. Diet

Pada kondisi diet, asupan nutrisi menjadi tidak adekuat sehingga tubuh akan membakar lemak dan protein yang menyebabkan terjadinya penurunan serum albumin dan cadangan protein. Hal ini akan menyebabkan terjadinya edema karena serum albumin serta protein lainnya diperlukan untuk proses keseimbangan cairan dalam tubuh.

d. Stress

Stress akan meningkatkan metabolisme sel, pemecahan glikogen otot, dan meningkatnya glukosa darah. Mekanisme ini akan menyebabkan meningkatnya natrium dan retensi air sehingga apabila terjadi dalam waktu yang lama, akan menyebabkan terjadinya peningkatan volume darah.

e. Kondisi sakit

- 1) Trauma seperti luka bakar seperti luka bakar akan meningkatkan kehilangan air melalui IWL (Insensible Water Loss).
- 2) Kehilangan melalui ginjal (penyakit ginjal) disebabkan oleh diuretik, gagal ginjal kronis, insufisiensi adrenal, dan fase diuretik acute tubular necrosis. Selain itu, penyakit kardiovaskuler juga berpengaruh terhadap proses pengaturan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.
- 3) Pasien dengan kesadaran menurun akan mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan akibat ketidakmampuan untuk memenuhinya secara mandiri.
- 4) Kehilangan melalui saluran cerna disebabkan oleh diare, muntah-muntah, atau tindakan operasi.

f. Tindakan Medis

Beberapa tindakan medis dapat berpengaruh terhadap keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, di antaranya suction, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.

- g. Pengobatan
Pemberian obat-obatan diuretik dan laksatif akan memengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.
 - h. Proses Pembedahan
Kehilangan banyak darah selama proses pembedahan menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.
4. Macam-macam gangguan pada kebutuhan cairan dan elektrolit
- Berikut beberapa gangguan cairan dan elektrolit yang sering terjadi (Tarwoto & Wartonah, 2010):
- a. Hipovolemik
Hipovolemik merupakan suatu kondisi terjadinya kekurangan volume cairan ekstra seluler akibat kehilangan cairan tubuh melalui kulit, gastrointestinal, ginjal, ataupun perdarahan, dimana hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik.
 - b. Hipervolemi
Terjadinya kelebihan/peningkatan volume cairan ekstraseluler, dapat disebabkan oleh adanya gangguan fungsi ginjal dengan menurunnya ekskresi air dan natrium, pemberian cairan yang berlebihan, serta terjadi perpindahan cairan interstisial ke plasma. Gejala yang dirasakan berupa sesak napas, peningkatan atau penurunan tekanan darah, asites, nadi teraba kuat, asites, kulit lembab, distensi vena jugularis, adanya bunyi ronchi pada pernapasan.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Kebutuhan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa

- 1. Pengkajian Keperawatan
 - a. Riwayat Keperawatan
 - 1) Intake cairan dan makanan (oral dan parental).
Kehilangan melalui ginjal (penyakit ginjal) disebabkan oleh diuretik, gagal ginjal kronis, insufisiensi adrenal, dan fase diuretik acute tubular

necrosis. Selain itu, penyakit kardiovaskuler juga berpengaruh terhadap proses pengaturan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.

- 2) Pasien dengan kesadaran menurun akan mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan akibat ketidakmampuan untuk memenuhinya secara mandiri.
- 3) Kehilangan melalui saluran cerna disebabkan oleh diare, muntah-muntah, atau tindakan operasi.

b. Tindakan Medis

Beberapa tindakan medis dapat berpengaruh terhadap keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, di antaranya *suction*, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain.

c. Pengobatan

Pemberian obat-obatan diuretik dan laksatif akan memengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.

d. Proses Pembedahan

Kehilangan banyak darah selama proses pembedahan menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit tubuh.

2. Diagnosis keperawatan

Masalah 1: Hipervolemia

Peningkatan volume cairan intravascular, intertisial dan atau intraseluler.

Batasan karakteristik :

1) Gejala dan tanda mayor :

- a) Subjektif : 1), Ortopnea., 2). Dispnea; 3). *Paroxymal nocturnal dyspnea* (PND).
- b) Objektif : 1). Edema anasarka dan atau edema perifer; 2) Peningkatan berat badan dalam waktu singkat ; 3) Peningkatan *Jugular Venous Pressure* (JVP) dan atau *Central Venous Pressure* (CVP).

2) Gejala dan tanda minor

Subjektif Tidak tersedia

- a) Objektif : 1). Distensi Vena jugularis; 2). Ada suara napas tambahan;. 3). Hepatomegali; 4). Kadar haemoglobin dan hematokrit menurun; 4). Oliguria; 5) Intake lebih banyak dibandingkan *output*; 5). Kongesti paru

Masalah 2: Hipovolemia

a. Definisi

Menurunnya volume cairan intravascular, interstitial, dan/atau intraseluler

b. Batasan karakteristik

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

- b) Objektif ; 1). Peningkatan frekuensi nadi; 2). Nadi teraba lemah; 3). Penurunan tekanan darah; 4). Penyempitan tekanan nadi; 5). Menurunnya turgor kulit; 6) Membran mukosa kering; 7). Penurunan volume urine; 8). Peningkatan hematokrit.

2) Gejala dan tanda minor

- a) Subjektif : 1). Merasa lemah; 2). Mengeluh haus.

- b) Objektif : 1). Pengisian vena menurun; 2). Perubahan status mental; 3). Peningkatan suhu tubuh; 4). Peningkatan konsentrasi urine; 5). Penurunan berat badan secara tiba-tiba.

- c. Faktor yang berhubungan : 1). Kehilangan cairan aktif 2) Kegagalan mekanisme regulasi; 3. Peningkatan permeabilitas kapiler; 4). Kurang asupan cairan; 5). Evaporasi.

Masalah 3: Diare

a. Definisi

Pengeluaran feses dengan frekuensi meningkat, lunak, dan tidak berbentuk.

- b. Batasan karakteristik
 - 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subjektif Tidak tersedia
 - b) Objektif : 1). BAB lebih dari tiga kali dalam 24 jam; 2). Feses lembek atau cair.
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Subjektif: 1). *Urgency*; 2). Nyeri/kram abdomen.
 - b) Objektif: 1). Frekuensi peristaltic meningkat; 2). Bising usus hiperaktif.
 - c. Faktor yang berhubungan
 - 1) Fisiologis : a). Inflamasi gastrointestinal; b). Iritasi gastrointestinal; c). Proses infeksi; d). Malabsorpsi.
 - 2) Psikologis : a). Kecemasan; b). Tingkat stress tinggi.
 - 3) Situasional: a). Terpapar kontaminan; b). Terpapar toksin; c). Penyalahgunaan laksatif; d). Penyalahgunaan zat;
 - d. Program pengobatan (Agen tiroid, analgesic, pelunak feses, ferosulfat, antasida, *cimetidine*, dan antibiotic);
 - e. Perubahan air dan makanan;
 - f. Bakteri pada air.
3. Intervensi keperawatan
- Masalah 1 : Hipervolemia
- Luaran utama : Keseimbangan cairan
- a. Tujuan dan Kriteria hasil (*outcomes criteria*):
- Ekuilibrum antara volume cairan di ruang intraseluler dan ekstraseluler tubuh meningkat dibuktikan dengan kriteria hasil:
- 1) Asupan cairan, keluaran urine, kelembaban membrane mukosa, asupan makanan meningkat.
 - 2) Edema, dehidrasi, asites, konfusi menurun.

- 3) Tekanan darah, denyut nadi radial, tekanan arteri rata-rata, membrane mukosa, mata cekung, turgor kulit, berat badan membaik.
- b. Intervensi keperawatan dan rasional:
- 1) Manajemen Hipervolemia
 - a) Observasi
 - (1) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (misalnya Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan.
Rasional : Mengetahui adanya tanda dan gejala hypervolemia pada pasien.
 - (2) Identifikasi penyebab hipervolemia
Rasional: Mengetahui penyebab hypervolemia pada pasien.
 - (3) Monitor status hemodinamik (misalnya frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia.
Rasional: Mengetahui status hemodinamik pada pasien.
 - (4) Monitor input dan *output* cairan (misalnya jumlah dan karakteristik)
Rasional: Mengetahui keseimbangan cairan pasien.
 - (5) Monitor tanda hemokonsentrasi (misalnya kadarnatrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine).
Rasional: Mengetahui adanya tanda hemokonsentrasi pada pasien.
 - (6) Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (misalnya kadar protein dan albumin meningkat.
Rasional: Mengetahui tanda peningkatan onkotikplasma pada pasien.
 - (7) Monitor kecepatan infus secara ketat
Rasional: Memastikan cairan IV yang masuk

sesuai kebutuhan pasien.

(8) Monitor efek samping diuretik

Rasional: Mengetahui adanya efek samping diuretic pada pasien.

b) Terapeutik

(1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

Rasional: Mengetahui adanya penambahan atau pengurangan berat badan pasien

(2) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional: Mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal.

(3) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Rasional: Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien.

c) Edukasi

(1) Anjurkan melapor jika haluan urine $<0,5$ mL/kg/ jam dalam 6 jam

Rasional: Agar haluan urine pasien tetap terpantau sehingga perfusi renal, kecukupan penggantian cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat segera ditangani jika terjadi ketidakseimbangan.

(2) Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari

Rasional: Agar BB pasien tetap terpantau sehingga, kecukupan penggantian cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat segera ditangani jika terjadi ketidakseimbangan.

(3) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluan cairan

Rasional: Agar pasien dapat mengetahui

cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairannya secara mandiri.

(4) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional: Agar pasien dapat mengontrol *intake* dan *output* cairan secara mandiri.

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional: Membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine.

(2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional: Mengembalikan konsentrasi kalium dalam tubuh.

(3) Kolaborasi pemberian *Continuous Renal Replacement Therapy* (CRRT), jika perlu

Rasional: Mengatur keseimbangan cairan pasien dan membantu kerja ginjal.

2) Pemantauan cairan

a) Observasi

(1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi

Rasional : Mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi pasien

(2) Monitor frekuensi nafas

Rasional : Mengetahui frekuensi frekuensi nafas pasien untuk menentukan tindakan selanjutnya

(3) Monitor tekanan darah

Rasional : Mengetahui tekanan darah pasien untuk menentukan tindakan selanjutnya pada pasien

(4) Monitor berat badan

Rasional Mengetahui BB pasien

(5) Monitor waktu pengisian kapiler

Rasional : Mengetahui waktu pengisian kapiler pasien untuk melakukan tindakan

selanjutnya

- (6) Monitor elastisitas atau turgor kulit
Rasional : Mengetahui elastisitas atau kekuatan turgor kulit pasien, dehidrasi atau tidak
- (7) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine
Rasional : Mengetahui karakteristik urine pasien
- (8) Monitor kadar albumin dan protein total
Rasional : Mengetahui kadar alnumin dan protein total pasien
- (9) Monitor hasil pemeriksaan serum (misalnya osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)
Rasional : Mengetahui hasil pemeriksaan serum pasien
- (10) Monitor *intake* dan *output* cairan
Rasional: Mengetahui *intake* dan *output* cairan pasien
- (11) Monitor tanda-tanda hypovolemia, seperti peningkatan frekuensi nadi, nadi teraba lemah, penurunan tekanan darah, penyempitan tekanan nadi, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, penurunan volume urine, peningkatan hematokrit, haus, lemah, peningkatan konsentrasi urine, dan penurunan berat badan dalam waktu singkat.
Rasional: Mengetahui adanya tanda-tanda hypovolemia pada pasien.
- (12) Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (misalnya dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)
Rasional: Mengetahui adanya tanda-tanda

hyper- volemia pada pasien.

- (13) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (misalnya prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal).

Rasional: Mengetahui faktor risiko ketidakseimbangan cairan pasien.

b) Terapeutik :

- (1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

Rasional: Mengetahui perkembangan kondisipasien.

- (2) Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional: Mengetahui fokus keperawatan dan mengevaluasi hasil keperawatan serta sebagai tanggung gugat perawat.

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Rasional: Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberi- kan.

- (2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Rasional: Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai kondisi terkait masalah ke- sehatannya.

Masalah 2 : Hipovolemia

Luaran utama : Status Cairan

a. Tujuan dan kriteria hasil (*outcomes criteria*):

Kondisi volume cairan intravaskuler, interstitial, dan/ atau intraseluler membaik dibuktikan dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan nadi, turgor kulit, *output* urine, pengisianvena meningkat.
- 2) Berat badan, perasaan lemah, keluhan haus, kon-

sentralisasi urine menurun.

- 3) Frekuensi nadi, tekanan darah, tekanan nadi, membran mukosa, kadar ht, intake cairan, status mental, suhu tubuh membaik

b. Intervensi Keperawatan dan rasional

Manajemen hipovolemia

1) Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (misalnya peningkatan frekuensi nadi, nadi teraba lemah, penurunan tekanan darah, penurunan turgor kulit, tekanan darah menyempit, membran mukosa kering, penurunan volume urine, peningkatan hematokrit, haus dan lemah).

Rasional : Mengetahui adanya tanda dan gejala hipovolemia pada pasien

- b) Monitor intake dan output cairan

Rasional : Mengetahui keseimbangan cairan pada pasien

2) Terapeutik

- a) Hitung kebutuhan cairan

Rasional: Mengetahui kadar cairan yang dibutuhkan pasien secara adekuat

- b) Berikan posisi modified trendelenburg

Rasional: Agar aliran darah balik ke jantung lebih besar sehingga tekanan darah meningkat

- c) Berikan asupan cairan oral

Rasional: Agar intake cairan terjaga sehingga keseimbangan cairan kembali normal

3) Edukasi

- a) Anjurkan memperbanyak asupan oral

Rasional: Untuk mempertahankan keseimbangan cairan

- b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Rasional: untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misalnya NaCL, RL)
Rasional: Pemberian cairan IV isotonis (misalnya NaCL, RL) sesuai kebutuhan pasien.
- b) Kolaborasi pemberian cairan IV Hipotonis (misalnya glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
Rasional: Pemberian cairan IV Hipotonis (misalnya glukosa 2,5%, NaCl 0,4% sesuai kebutuhan pasien
- c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (misalnya albumin, plasmanate)
Rasional: Pemberian cairan koloid sesuai kebutuhan pasien.
- d) Kolaborasi pemberian produk darah
Rasional: Pemberian produk darah sesuai kebutuhan pasien

Manajemen syok hipovolemik

1) Observasi

- a) Manajemen status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)
Rasional: Mengetahui status kardiopulmonal pasien.
- b) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)
Rasional: Mengetahui status oksigenasi pasien.
- c) Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)
Rasional: Mengetahui status cairan pasien.
- d) Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil
Rasional: Mengetahui tingkat kesadaran dan respon pupil.
- e) Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (*deformity*/deformitas, *open wound*/luka terbuka, *tenderness*/nyeri tekan, *swelling*/bengkak)
Rasional: Mengetahui adanya DOTS (*deformity*/deformitas, *open wound*/luka terbuka,

tenderness/nyeri tekan, *swelling*/bengkak) pada tubuhpasien.

2) Terapeutik

- a) Pertahankan jalan napas paten

Rasional: Agar aliran oksigen tetap adekuat.

- b) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Rasional: Agar kebutuhan oksigen di jaringan terpenuhi secara adekuat.

- c) Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu

Rasional: Mempertahankan dan menjaga kebutuhan oksigenasi pasien agar tetap terpenuhi.

- d) Lakukan penekanan langsung (*direct pressure*) pada perdarahan eksternal

Rasional: Menghentikan perdarahan/pendarahan

- e) Berikan posisi syok (*modified trendelenberg*)

Rasional: Meningkatkan aliran darah balik ke jantung sehingga tekanan darah meningkat.

- f) Pasang jalur IV kateter berukuran besar (misalnya nomor 14 atau 16)

Rasional: Memberikan *intake* cairan melalui IV secara adekuat.

- g) Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin

Rasional: Mengetahui karakteristik urine untuk menilai status cairan pasien.

- h) Pasang selang nasogastric untuk dekompresi lambung

Rasional: Membantu pemenuhan intake cairan dan nutrisi pasien melalui oral

- i) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit

Rasional: Mengetahui status cairan dan elektrolit pada pasien dan sebagai bahan evaluasi untuk pemberian tindakan asuhan keperawatan selanjutnya.

3) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa
Rasional : Mempertahankan keseimbangan cairan yang sesuai kebutuhan pasien
- b) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 ml/kg/BB pada anak
Rasional : mempertahankan keseimbangan cairan yang sesuai kebutuhan pada pasien anak.
- c) Kolaborasi pemberian transfuse darah , jika perlu
Rasional: Mempertahankan keseimbangan cairan dan pemberian transfuse darah sesuai kebutuhan pasien

Masalah 3 : Diare

Luaran Utama : Eliminasi fekal

- a. Tujuan dan Kriteria hasil (*outcomes criteria*):
Proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal dengan kriteria :
 - 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat.
 - 2) *Urgency*, nyeri abdomen, kram abdomen menurun
 - 3) Konsistensi feses, frekuensi defekasi, peristaltic usus membaik
- b. Intervensi keperawatan dan rasional :
Manajemen Diare
 - 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab diare (misalnya inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal, proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stress, efek obat-obatan, pemberian botol susu)
Rasional mengetahui penyebab diare pada pasien
 - b) Identifikasi riwayat pemberian makanan
Rasional: Mengetahui adanya jenis makanan yang menyebabkan terjadinya diare pada

pasien.

- c) Identifikasi gejala invaginasi (misalnya tangisan keras, keputihan pada bayi)
Rasional: Mengetahui adanya gejala invaginasi pada pasien anak.
- d) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
Rasional: Mengetahui karakteristik feses pasien dan bahan evaluasi.
- e) Monitor tanda dan gejala hypovolemia (misalnya takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun)
Rasional: Mengetahui adanya tanda dan gejala hypovolemia pada pasien.
- f) Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal
Rasional: Mengetahui adanya iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal.
- g) Monitor jumlah pengeluaran diare
Rasional: Mengetahui jumlah pengeluaran diare pada pasien

Pemantauan Cairan

1) Observasi

- a) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
Rasional: Mengetahui frekuensi dan kekuatan nadi pasien.
- b) Monitor frekuensi napas
Rasional: Mengetahui frekuensi napas pasien.
- c) Monitor tekanan darah
Rasional: Mengetahui tekanan darah pasien.
- d) Monitor berat badan
Rasional: Mengetahui berat badan pasien.
- e) Monitor waktu pengisian kapiler

Rasional: Mengetahui waktu pengisian kapilerpasien.

- f) Monitor elastisitas atau turgor kulit

Rasional: Mengetahui elastisitas atau turgor kulit pasien.

- g) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine

Rasional: Mengetahui karakteristik urine pasien.

- h) Monitor kadar albumin dan protein total

Rasional: Mengetahui kadar albumin dan protein total pasien.

- i) Monitor hasil pemeriksaan serum (misalnya os- molaritas serum, hematokrit, natrium, kalium,BUN)

Rasional: Mengetahui hasil pemeriksaan serum pasien.

- j) Monitor *intake* dan *output* cairan

Rasional: Mengetahui *intake* dan *output* cairan pasien.

- k) Monitor tanda-tanda hypovolemia (misalnya frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyem- pit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit me- ningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)

Rasional: Mengetahui adanya tanda-tanda hypovolemia pada pasien.

- l) Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (misalnya dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu sing- kat)

Rasional: Mengetahui adanya tanda-tanda

hypervolemia pada pasien.

- m) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (misalnya prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)
Rasional: Mengetahui faktor risiko ketidakseimbangan cairan pasien

2) Terapeutik

- a) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengankondisi pasien
Rasional: Mengetahui perkembangan kondisi pasien
- b) Dokumentasikan hasil pemantauan
Rasional: Mengetahui fokus keperawatan dan mengevaluasi hasil keperawatan serta sebagai tanggung gugat perawat.

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
Rasional: Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan.
- b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
Rasional: Meningkatkan pengetahuan pasien dan Keluarga.
- c) Monitor kecepatan infus secara ketat
Rasional: Memastikan cairan IV yang masuk sesuai kebutuhan pasien.
- d) Monitor efek samping diuretik
Rasional: Mengetahui adanya efek samping diuretic pada pasien.
- e) TerapeutikTimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
Rasional: Mengetahui adanya penambahan atau pengurangan berat badan pasien.

- f) Batasi asupan cairan dan garam
Rasional: Mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal.
- g) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°
Rasional: Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien.
- h) Anjurkan melapor jika haluaran urine $<0,5$ mL/kg/ jam dalam 6 jam
Rasional: Agar haluaran urine pasien tetap terpantau sehingga perfusi renal, kecukupan penggantian cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat segera ditangani jika terjadi ketidakseimbangan.
- i) Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari

DARTAR PUSTAKA

- Corwin, Elizabeth J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Dewi, Aliana, 2019, *Modul Pelatihan ICU Intermediate: Materi Inti keseimbangan cairan dan elektrolit manual*. Himpunan Perawat critical care Indonesia <https://repository.binawan.ac.id/1446/1/Materi%20Inti%20No.%206%20Keseimbangan%20cairan%20%26%20elektrolit.pdf>). Diakses tanggal 10 Nopember 2023
- Herdman, T.Heather. 2015. *Diagnosis Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta : EGC
- Herlina, Rustina, Yeni., dan Syahreni, Elfi. 2014. *Aplikasi Model Konservasi Levine dalam Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Bayi Prematur di Ruang Perinatologi RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo*
- NANDA NIC NOC. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagona Klien Medis*. Yogyakarta: Medication Publishing
- Potter, P., & Perry, A. (2012). *Fundamental of Nursing*. Jakarta: EGC
- Risnah, Musdalifah, Adriana, Nurhidayah, Rasmawati, 2022, *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia berdasarkan Referensi SKI, SLKI dan SIKI*. Penerbit V Trans Info Medika Jakarta.
- Dasar Manusia berdasarkan Referensi SKI, SLKI dan SIKI*, Penerbit V Trans Info Medika Jakarta.
- Tim pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan Tindakan Keperawatan, edisi 1*. Jakarta Selatan: DPP PPNI
- Tarwoto & Wartonah. 2010. *Kebutuhan Dasar Manusia dan- Proses Keperawatan Edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika

BIODATA PENULIS



Ns. Martini Tidore, S.Kep., M.Kes lahir di Ambon, pada 06 Desember 1971. Menyelesaikan pendidikan S1, Ners di Fakultas Kedokteran, Program studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makasar dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Diponegoro. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatana Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 14

Pemenuhan Kebutuhan Oksigen

Johana Tuegeh, S.Pd., S.SiT., M.Kes

A. Pendahuluan

Menurut Maslow, kebutuhan paling dasar pada setiap orang adalah kebutuhan fisiologis yakni kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya secara fisik seperti kebutuhan akan makanan, minuman, tidur/istirahat, eliminasi dan oksigen. Kebutuhan-kebutuhan fisiologis merupakan potensi paling dasar dan besar bagi semua pemenuhan kebutuhan di atasnya.

Oksigen merupakan salah satu kebutuhan yang paling mendasar bagi manusia kita semua sudah tahu bahwa tubuh manusia dalam beraktifitas membutuhkan oksigen. Oksigen berperan penting dalam proses metabolisme tubuh. Jika seseorang kekurangan oksigen akan dapat menyebabkan hipoksia dan akan terjadi kematian. Kebutuhan oksigen dalam tubuh harus terpenuhi karena jika kebutuhan oksigen dalam tubuh berkurang, maka akan terjadi kerusakan pada jaringan otak dan apabila hal itu berlangsung lama akan menimbulkan kematian.

B. Konsep kebutuhan oksigen

1. Pengertian

Kebutuhan oksigenasi adalah kebutuhan dasar manusia dalam pemenuhan oksigen yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel. Pernapasan merupakan sebuah mekanisme tubuh

untuk melakukan pertukaran gas antara atmosfer dan darah. (Potter (2010)

2. Organ Organ Pernafasan

- a. Hidung : satu-satunya bagian sistem pernapasan yang terlihat secara eksternal. Hidung (nasal) merupakan organ yang berfungsi sebagai alat pernafasan (respirasi) dan indra penciuman (pembau). Bentuk dan struktur hidung menyerupai piramid atau kerucut dengan alasnya pada prosesus palatinus osis maksilaris dan pars horizontal osis palatum. Dalam keadaan normal, udara masuk dalam sistem pernafasan, melalui rongga hidung. Vestibulum rongga hidung berisi serabut-serabut halus. Epitel vestibulum berisi rambut-rambut halus yang mencegah masuknya benda-benda asing yang mengganggu proses pernafasan
- b. Faring : saluran otot yang tegak lurus dengan pangkal tengkorak (dasar kranium) dan vertebra servikalis keenam . Faring adalah persimpangan antara saluran pernapasan dan saluran makanan, terletak di bawah dasar tengkorak, di depan tulang belakang leher, di belakang rongga hidung dan di belakang rongga mulut, dan terhubung ke atas ke rongga hidung, melalui lubang yang disebut choana, dan maju ke rongga mulut. sambungan disebut prosthesis tanah genting dan memiliki dua lubang ke bawah., di depan tenggorokan dan di belakang lubang esofagus. Ada jaringan ikat di bawah mukosa dan, di beberapa tempat, folikel limfatik
- c. Laring : pangkal laring, seperti saluran udara, terletak di depan faring setinggi tulang belakang leher dan masuk di bawah trakea, memiliki fungsi vokalisasi. Bagian ini dapat ditutup oleh epiglottis, yang terdiri dari tulang rawan yang menutupi laring saat kita menelan makanan
- d. Trakea : merupakan kelanjutan dari tabung laringotrakeal dan terdiri dari 16-20 cincin tulang

rawan. Trakea panjangnya 9-11 cm dan terdiri dari jaringan ikat yang ditutupi oleh otot polos di belakangnya. Dinding trakea terdiri dari sel epitel bersilia yang memproduksi mukus. Lendir ini digunakan untuk menyaring lebih lanjut udara yang masuk, menjebak partikel debu, serbuk sari dan polutan lainnya. Sel-sel silia yang berdenyut menggerakkan lendir ke atas faring, di mana ia dapat ditelan atau dikeluarkan melalui mulut. Tujuannya adalah untuk membersihkan jalan napas. Trakea terletak di depan tuba esofagus dan berakhir dengan cabang-cabang yang menuju ke paru-paru, membagi trakea menjadi bronkus kiri dan kanan, yang disebut carina

- e. Bronkus : Bronkus adalah cabang dari trakea kiri dan kanan. Situs percabangan ini disebut carina. Bronkus dibagi menjadi bronkus kiri dan kanan, bronkus lobus kanan terdiri dari 3 lobus dan bronkus lobus kiri terdiri dari 2 lobus. Bronkus lobus kanan dibagi menjadi 10 segmen bronkus dan bronkus lobus kiri dibagi menjadi 9 segmen bronkus. Segmen bronkus ini kemudian dibagi menjadi bronkus sub-segmental, yang dikelilingi oleh jaringan ikat yang mengandung arteri, limfatik, dan saraf
- f. Paru-Paru : Letak paru-paru di dalam rongga dada, menghadap ke tengah rongga dada atau mediastinum. Kelopak dengan paru-paru atau hilus di tengah. Jantung terletak di mediastinum anterior. Paru-paru ditutupi oleh selaput yang disebut pleura. Ada 2 jenis pleura, yaitu pleura visceral (selaput penutup) yang langsung menutupi paru-paru, dan pleura parietal, yaitu membran yang melapisi rongga dada bagian luar. Normalnya, rongga pleura adalah vakum sehingga paru-paru dapat mengembang dan mengempis, dan juga terdapat sejumlah kecil cairan (eksudat) yang membantu melumasi permukaan pleura dan

menghindari gesekan antara paru-paru dan pleura. Dinding dada selama gerakan pernapasan.

3. Fisiologi Sistem Respirasi

Fungsi utama sistem respirasi adalah menyediakan oksigen untuk kebutuhan sel dan membuang karbondioksida yang dihasilkan oleh sel tubuh. Fungsi tersebut bisa dijalankan melalui beberapa proses. Proses tersebut meliputi ventilasi, difusi oksigen dan karbondioksida, perfusi, transport gas, serta kontrol respirasi.

- a. Ventilasi Paru : proses keluar masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli atau dari alveoli ke atmosfer
 - b. Sirkulasi Pulmonal : merupakan aliran darah dari jantung ke paru, kemudian Kembali lagi ke jantung
 - c. Difusi Oksigen Dan Karbondioksida : Pertukaran antara O₂ dari alveoli ke kapiler paru paru dan CO₂ dari kapiler ke alveoli
 - d. Transportasi Gas : Merupakan proses pendistribusian antara oksigen kapiler jaringan tubuh dan CO₂ jaringan tubuh ke kapiler
 - e. Pengaturan Respirasi : melibatkan reseptor, pengatur sentral, dan efektor. Pengatur sentral melibatkan pusat pengatur pernafasan di batang otak (medulla oblongata), korteks serebri, dan bagian lain dari otak. Efektor mencakup otot-otot pernafasan yang terlibat dalam pernafasan baik pernafasan tenang maupun pernafasan paksa.
- ### 4. Mekanisme pernafasan
- a. Udara masuk lewat hidung dan mulut, kemudian melewati proses penyaringan partikel kecil oleh rambut hidung, lalu menuju ke trakea atau batang tenggorokan..
 - b. Udara dari trakea masuk ke paru-paru melewati saluran pernapasan (bronkus dan bronkiolus), ke alveolus.

- c. Ketika udara mencapai alveolus, terjadi proses pertukaran antara oksigen dan karbon dioksida pada pembuluh darah kecil (kapiler).
 - d. Oksigen masuk ke dalam kapiler, kemudian melalui sel darah merah menuju ke jantung untuk disebarkan ke seluruh tubuh. Di saat yang bersamaan, karbon dioksida masuk dari kapiler ke rongga paru.
 - e. Setelah pertukaran oksigen dan karbon dioksida selesai, otot diafragma dan tulang rusuk kembali rileks dan rongga dada kembali seperti semula. Udara yang mengandung karbon dioksida pun terdorong dari alveolus menuju ke bronkiolus, bronkus, trakea, hingga ke luar melalui hidung.
5. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Oksigenasi :
- a. Faktor Fisiologi :
 - 1) Menurunnya kapasitas pengikatan O₂ seperti pada anemia
 - 2) Menurunnya konsentrasi O₂ yang di inspirasi seperti pada obstruksi saluran nafas bagian atas
 - 3) Hipovolemia sehingga tekanan darah menurun mengakibatkan transport O₂ terganggu.
 - 4) Meningkatnya metabolisme seperti adanya infeksi, demam, ibu hamil, luka, dll.
 - 5) Kondisi yang mempengaruhi pergerakan dinding dada seperti pada kehamilan, obesitas, penyakit kronik TB paru.
 - b. Faktor Perkembangan
 - 1) Bayi prematur : yang disebabkan kurangnya pembentukan surfaktan.
 - 2) Bayi dan toddler : adanya risiko infeksi saluran pernafasan akut
 - 3) Anak usia sekolah dan remaja, risiko infeksi saluran pernafasan dan merokok

- 4) Dewasa muda dan pertengahan : Diet yang tidak sehat, kurang aktivitas, stress yang mengakibatkan penyakit jantung dan paru-paru
 - 5) Dewasa tua : Adanya proses penuaan yang mengakibatkan kemungkinan, arteriosklerosis, elastisitas menurun, ekspansi paru menurun
- c. Faktor Perilaku
- 1) Nutrisi: Misalnya pada obesitas mengakibatkan penurunan ekspansi paru, gizi Yang buruk menjadi anemia sehingga daya ikat oksigen berkurang, diet yang tinggi lemak menimbulkan arteriosklerosis.
 - 2) Exercise: akan meningkatkan kebutuhan oksigen.
 - 3) Merokok: Nikotin menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan Coroner.
 - 4) Alkohol dan obat-obatan : Menyebabkan intake nutrisi/ Fe menurun mengakibatkan penurunan hemoglobin, alkohol menyebabkan depresi pusat pernafasan
 - 5) Kecemasan : menyebabkan metabolisme meningkat
- d. Faktor Lingkungan
- 1) Tempat kerja (polusi)
 - 2) Suhu lingkungan
 - 3) Ketinggian tempat dari permukaan laut
6. Perubahan fungsi pernafasan yang mempengaruhi kebutuhan oksigen
- a. Hiperventilasi: Upaya tubuh dalam meningkatkan jumlah O₂ dalam paru-paru agar pernafasan lebih cepat dan dalam.
 - b. Hipoventilasi: Terjadi ketika ventilasi alveolar tidak adekuat untuk memenuhi penggunaan O₂

tubuh atau mengeluarkan CO₂ dengan cukup. Biasanya terjadi pada atelektasis (kolaps paru)

- c. Hipoksia : Kondisi tidak tercukupinya pemenuhan O₂ dalam tubuh akibat dari defisiensi O₂ yang diinspirasi atau meningkatnya penggunaan O₂ di sel

7. Pola nafas dan perubahannya

- a. Eupnea: pernapasan normal
- b. Takipnea: Pernapasan meningkat
- c. Bradipnea: Pernapasan lambat, tetapi teratur
- d. Cheyne-stokes: Pernapasan bertahap, cepat, dan lebih dalam kemudian menjadi lambat berbeda dengan apnea
- e. Biot: Pernapasan cepat dan dalam dengan periode berhenti tidak teratur
- f. Kussmaul: Pernapasan cepat dan dalam tanpa berhenti
- g. Apneustik: Panjang, tarikan napas dalam diikuti hembusan pendek
- h. Dispnea: kesulitan bernapas./ Sesak napas
- i. Orthopnea adalah dispnea yang bersifat posisional, terjadi pada posisi telentang atau setengah telentang.
- j. Pernapasan paradoksal (paradoxical breathing) adalah gangguan pernapasan yang diakibatkan oleh kelainan fungsi kontraksi otot diafragma.
- k. Stridor adalah suara kasar atau serak bernada tinggi atau rendah yang muncul setiap tarikan atau hembusan napas.

8. Frekuensi napas normal

- a. Bayi (0-1 tahun) : 30-60 kali per menit.
- b. Batita (1-3 tahun) : 24-40 kali per menit..
- c. Anak usia prasekolah (3-6 tahun) : 22-34 kali per menit.
- d. Anak usia sekolah (6-12 tahun) : 18-30 kali per menit.

- e. Remaja (12-18 tahun) : 12-16 kali per menit.
- f. Dewasa (19-59 tahun) : 12-20 kali per menit.
- g. Lansia (usia 60 tahun ke atas) : 28 kali per menit.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S, (2012), *Kebutuhan dasar Manusia*, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Belleza, M, RN, (2023), *Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernapasan*, https://nurseslabs.com/respiratory-system/#google_vignette
- Dwisang, E, L (2013), *Anatom & Fisiologi untuk perawat dan paramedic*, Binarupa Aksara,
- Handayani, S, (2021), *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*, Media Sains Indonesia, Bandung - Jawa Barat
- Hutagaol R, dkk (2022), *Buku Ajar Anatomi Fisiologi*, Zahir Publishing, Yogyakarta, https://repository.um-surabaya.ac.id/8316/2/007.%20HKI_file%20Buku%20Ajar%20Anatomi%20Fisiologi.pdf
- Irwan M & Risnah, (2022), *Dasar Dasar Ilmu Keperawatan*, Deepublish Publisher, Yogyakarta
- Guyton, A.C. and Hall, J.E. (2016). *Textbook of Medical Physiology*. 13rd edition. Elsevier inc. Philadelphia.
- Kartikawati, D, (2011). *Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Penerbit Jakarta Salemba Medika ,
- Majumder, N. (2015). *Physiology of Respiration*. IOSR Journal of Sports and Physical Education, 2(3), pp.16-17
- Muliarta, M.I. (2019), *Fisiologi Sistem Respirasi*, Swasta Nulus, Bali
- Kirnantoro, Maryana (2022), *Anatomi Fisiologi*, Pustaka Baru Press, Yogyakarta
- <https://www.halodoc.com/artikel/mengenal-sistem-peredaran-darah-besar-dan-kecil>
- <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/humancare/article/view/1393>
- <https://pulmonologi.fk.uns.ac.id/wp-content/uploads/2016/10/abstrak-edit-PERAN-PERFUSI-PARU.pdf>
- <https://www.gramedia.com/literasi/fungsi-hidung-dan-bagian-bagiannya/>

<https://louis.pressbooks.pub/medicalterminology/chapter/respiratory-anatomy-physiology/>
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/575/oksigen-sebagai-kebutuhan-dasar-manusia
<https://repository.poltekkespalembang.ac.id/items/show/5204>,
Konsep kebutuhan Dasar Manusia kebutuhan oksigen,
Eliminasi dan Rasa Aman Nyaman, Lembaga Chakra
Brahmanda Lentera, 2022
<https://www.halodoc.com/artikel/ketahui-frekuensi-napas-normal-dari-bayi-sampai-lansia>

BIODATA PENULIS



Johana Tuegeh, SPd,SSiT,MKes. Lahir di Lembean, 27 Desember 1963. Lulusan dari: AKPER DepKes Manado, IKIP Negeri Manado, D-IV Perawat Pendidik Peminatan KMB Faked UNHAS Makassar dan Pasca Sarjana USRAT Manado. Johana Tuegeh sebagai dosen di AKPER DepKes Manado sejak Tahun 1989 kemudian beralih menjadi Poltekkes Kemenkes Manado sampai sekarang.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

