

KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

PENDEKATAN BERDASARKAN EVIDENCE BASED UNTUK PERAWAT KLINIS

Maryana • Chichi Hafifa Transyah • Fitra Mayenti
Sri Wianti • Tintin Sumarni



KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN: PENDEKATAN BERDASARKAN EVIDENCE BASED UNTUK PERAWAT KLINIS

Penulis:

Ns. Maryana, M.Kep.
Ns. Chichi Hafifa Transyah, M.Kep.
Ns. Fitra Mayenti, S.Kep, M.Kep.
Ns. Sri Wianti, S.Kep., M.Kep.
Tintin Sumarni, S.Kp., M.Kep.



KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN: PENDEKATAN BERDASARKAN EVIDENCE BASED UNTUK PERAWAT KLINIS

Penulis: Ns. Maryana, M.Kep.

Ns. Chichi Hafifa Transyah, M.Kep.

Ns. Fitra Mayenti, S.Kep, M.Kep.

Ns. Sri Wianti, S.Kep., M.Kep.

Tintin Sumarni, S.Kp., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-623-8775-84-2

Cetakan Pertama: **Desember 2024**

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal



PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Assalamu'alaikum Wr Wb

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya kepada kita semua, sehingga Buku Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Pendekatan Berdasarkan *Evidence Based* Untuk Perawat Klinis ini dapat diselesaikan. Sholawat beserta salam kita haturkan kepada Nabijunjungan kita Nabi Besar Muhammad SAW yang telah menyebarkan ajarannya sehingga ilmu pengetahuan dapat berkembang seperti saat ini.

Buku Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Pendekatan Berdasarkan *Evidence Based* Untuk Perawat Klinis ini merupakan salah satu sumber referensi bacaan dalam pengembangan manajemen keperawatan di layanan kesehatan berdasarkan hasil *evidence base* dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan di tatanan klinik. Dalam buku ini membahas mengenai *Patient Safety*; Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit; Komunikasi, Leathership Dan Manajemen Konflik; Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan; Serta Manajemen Pre-Hospitas Pasien Stroke Oleh Keluarga.

Penulis menyadari bahwa Buku Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Pendekatan Berdasarkan *Evidence Based* Untuk Perawat Klinis masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran membangun tim penyusun harapkan dalam upaya perbaikan dalam buku Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Pendekatan Berdasarkan *Evidence Based* Untuk Perawat Klinis ini untuk menjadi lebih baik.

Wassalamu'alaikum Wr Wb

Pangkalpinang, November
2024 Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

BAB 1 HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN KEPUASAN

PASIEN.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Teori Dan Konsep Dasar Komunikasi	1
C. Komponen Komunikasi Efektif	1
D. Tipe-Tipe Komunikasi	3
E. Prinsip Komunikasi Terapeutik	4
F. Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien.....	7
G. Tantangan Dalam Komunikasi Keperawatan	8
1. Komunikasi dengan Pasien yang Tidak Kooperatif	8
2. Pasien dengan Kondisi Kritis atau Terminal	10
3. Hambatan Teknologi dalam Era Digital	12
H. Pengukuran Komunikasi Perawat terhadap Kepuasan Pasien.....	15
1. Indikator Pengukuran.....	15
2. Metode Pengukuran	15
3. Proses Pengukuran.....	16
I. Contoh Kasus di Rumah sakit	17
J. Penutup	17
Referensi.....	18
Glosarium	19

BAB 2 FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PERAWAT

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN	21
A. Pendahuluan	21
B. Kinerja Perawat	21
C. Faktor yang berhubungan dengan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan adalah	22
1. Faktor Individu	22
2. Faktor Psikologis	23
3. Faktor Organisasi	25
D. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	27

1. Pengertian Dokumentasi Keperawatan.....	27
2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan.....	27
3. Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	28
4. Proses Keperawatan	29
E. Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan	30
F. Penutup	31
Referensi.....	32
Glosarium.....	33

BAB 3 PERAN PERAWAT DALAM PELAPORAN INSIDEN PATIENT SAFETY...35

A. Pendahuluan.....	35
B. <i>Patient Safety</i>	35
C. Standar Keselamatan Pasien	36
D. Tujuh Langkah Menuju Patient Safety dan Sasaran <i>Patient Safety</i>	37
E. Insiden Keselamatan Pasien	38
F. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.....	40
G. Kaitan Pengetahuan dengan Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	42
H. Faktor Supervisi dengan Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	43
I. Budaya Keselamatan Pasien dengan Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamat Pasien.....	44
J. Penutup	46
Referensi.....	47
Glosarium.....	50

BAB 4 Kepemimpinan, Komunikasi dan Manajemen Konflik dalam Keperawatan: Membangun Tim yang Efektif dan Berkualitas51

A. Pendahuluan	51
B. Kepemimpinan dalam Keperawatan	52
C. Komunikasi dalam Keperawatan	54
D. Manajemen Konflik dalam Keperawatan.....	58
E. Aplikasi Praktis dan Pengembangan Diri untuk Perawat.....	61
F. Penutup	63
Referensi.....	66
Glosarium.....	69

BAB 5 KONSEP STROKE.....	71
A. Definisi Stroke	71
B. Etiologi Stroke.....	71
C. Faktor Resiko Stroke	74
D. Manifestasi Klinis Stroke.....	75
E. Komplikasi Stroke	77
F. Pencegahan Stroke Ringan.....	78
G. Tata laksana Pencegahan Stroke Pada Orang Sehat Dan Resiko Tinggi	79
H. Manajemen Pre-Hospital.....	81
I. Manajemen Intra-Hospital.....	95
J. Rehabilitasi Pasca Stroke.....	98
K. Penutup	100
Referensi.....	100
Glosarium	102
Profil Penulis.....	103

BAB 1

HUBUNGAN KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN KEPUASAN PASIEN

Chichi Hafifa Transyah

A. Pendahuluan

Komunikasi merupakan elemen krusial dalam praktik keperawatan yang tidak hanya mempengaruhi hubungan antara perawat dan pasien, tetapi juga berdampak pada kualitas perawatan yang diberikan. Dalam konteks keperawatan, komunikasi mencakup berbagai aspek, mulai dari penyampaian informasi medis hingga pemahaman emosional dan dukungan psikologis bagi pasien. Proses komunikasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien, memberikan edukasi yang tepat, dan menjalin hubungan yang saling percaya. (McCabe, C. 2020).

B. Teori Dan Konsep Dasar Komunikasi

Komunikasi efektif dalam keperawatan merupakan proses penyampaian dan penerimaan informasi yang jelas, akurat, dan tepat waktu antara perawat dan pasien, serta antara anggota tim kesehatan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pemahaman, memperkuat hubungan, dan memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi dengan baik. (Potter, P. A., & Perry, A. G. 2017).

Komunikasi terapeutik adalah proses interaksi yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien melalui penggunaan teknik komunikasi yang empatik dan mendukung. Dalam konteks keperawatan, komunikasi terapeutik sangat penting karena dapat mempengaruhi pengalaman pasien, kepuasan terhadap perawatan, dan hasil kesehatan (Budiarti, E., & Prasetyo, D. (2021).

C. Komponen Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif merupakan aspek fundamental dalam praktik keperawatan yang dapat memengaruhi hasil perawatan pasien. Dalam konteks ini,

terdapat beberapa komponen utama yang harus diperhatikan oleh perawat untuk memastikan komunikasi yang baik dan mendukung proses penyembuhan.

1. Keterampilan Mendengarkan

Mendengarkan dengan aktif adalah salah satu komponen terpenting. Perawat harus mampu memberikan perhatian penuh kepada pasien, memahami keluhan mereka, serta menangkap emosi yang terkandung dalam setiap ungkapan. Keterampilan ini membantu membangun kepercayaan dan membuat pasien merasa dihargai.

2. Empati

Perawat harus mampu menunjukkan empati, yaitu kemampuan untuk merasakan dan memahami perasaan pasien. Ini dapat dilakukan melalui ungkapan verbal dan nonverbal yang menunjukkan bahwa perawat peduli dan memahami situasi yang dihadapi pasien.

3. Bahasa Tubuh

Komunikasi nonverbal, seperti ekspresi wajah, kontak mata, dan sikap tubuh, memainkan peran penting. Bahasa tubuh yang positif dapat mendukung pesan verbal dan membantu menciptakan suasana yang nyaman bagi pasien.

4. Kejelasan dan Kesederhanaan

Informasi yang disampaikan kepada pasien harus jelas dan sederhana. Penggunaan istilah medis yang terlalu teknis dapat membingungkan pasien, sehingga perawat perlu menyampaikan informasi dengan cara yang mudah dipahami.

5. Memberikan Umpulan Balik

Umpulan balik yang konstruktif memungkinkan pasien untuk memahami situasi mereka dengan lebih baik. Ini juga menciptakan ruang bagi pasien untuk bertanya dan mengungkapkan kekhawatiran mereka.

6. Penggunaan Teknologi

Di era digital ini, pemanfaatan teknologi komunikasi seperti telehealth dan aplikasi kesehatan juga menjadi bagian penting dari komunikasi keperawatan. Hal ini memudahkan perawat untuk berinteraksi dengan pasien jarak jauh, meskipun tetap memerlukan keterampilan interpersonal yang baik.

7. Keterlibatan Keluarga

Melibatkan keluarga dalam proses komunikasi dapat membantu perawat memahami konteks sosial pasien. Keluarga sering kali memiliki informasi tambahan yang berharga dan dapat mendukung pasien dalam proses perawatan (Arnold. E.C., & Boggs,K. U.2019).

D. Tipe-Tipe Komunikasi

Dalam dunia keperawatan, komunikasi adalah alat utama yang digunakan untuk menjalin hubungan terapeutik antara perawat dan pasien. Berbagai tipe komunikasi diterapkan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan memastikan perawatan yang efektif. Berikut adalah beberapa tipe komunikasi yang umum digunakan dalam keperawatan:

1. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah penggunaan kata-kata untuk menyampaikan informasi. Ini meliputi instruksi, penjelasan tentang prosedur, dan interaksi sehari-hari dengan pasien. Kejelasan dan kesederhanaan dalam bahasa sangat penting agar pasien dapat memahami informasi yang diberikan.

2. Komunikasi Nonverbal

Komunikasi nonverbal mencakup isyarat nonverbal seperti ekspresi wajah, kontak mata, dan bahasa tubuh. Misalnya, senyuman dapat menciptakan suasana yang lebih ramah, sementara sikap terbuka menunjukkan kesiapan untuk mendengarkan pasien. Komunikasi nonverbal sering kali mengkomunikasikan lebih banyak daripada kata-kata itu sendiri.

3. Komunikasi Empatik

Komunikasi empatik adalah kemampuan untuk merasakan dan memahami pengalaman pasien. Ini melibatkan mendengarkan dengan penuh perhatian dan merespons dengan kepekaan terhadap perasaan pasien. Misalnya, saat pasien merasa cemas, perawat yang menunjukkan empati dapat membantu menenangkan mereka.

4. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal adalah interaksi langsung antara perawat dan pasien, serta antara perawat dan anggota tim kesehatan lainnya. Diskusi tentang rencana perawatan atau kolaborasi dalam menangani masalah kesehatan merupakan contoh dari komunikasi ini.

5. Komunikasi Kelompok

Dalam keperawatan, komunikasi kelompok terjadi ketika beberapa profesional kesehatan berdiskusi mengenai perawatan pasien. Pertemuan tim multidisiplin memungkinkan pertukaran informasi dan strategi yang lebih baik untuk perawatan yang komprehensif.

6. Komunikasi Dokumentasi

Dokumentasi merupakan aspek penting dari komunikasi dalam keperawatan. Setiap tindakan dan pengamatan terhadap pasien harus dicatat dengan baik

dalam rekam medis untuk memastikan kontinuitas perawatan dan komunikasi yang efektif antar anggota tim.

7. Telekomunikasi

Dalam era digital, telekomunikasi menjadi semakin penting. Komunikasi melalui teknologi, seperti telehealth, memungkinkan perawat untuk berinteraksi dengan pasien jarak jauh. Ini membantu dalam memberikan perawatan dan konsultasi yang diperlukan tanpa harus bertatap muka secara langsung.

8. Komunikasi Edukasi

Perawat sering kali berperan sebagai pendidik bagi pasien. Memberikan informasi tentang kondisi kesehatan, prosedur, dan langkah-langkah perawatan adalah bagian dari komunikasi edukasi. Hal ini penting untuk memberdayakan pasien dalam mengambil keputusan terkait kesehatannya.

9. Komunikasi Krisis

Dalam situasi darurat atau krisis, komunikasi yang cepat dan jelas sangat penting. Perawat harus dapat memberikan instruksi yang tepat dan mendukung pasien dan keluarganya dalam menghadapi situasi yang sulit.

10. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi yang dirancang untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah fisik, emosional, sosial, dan psikologis. (Dwyer, T. A., & Evans, R. 2021).

Dengan memahami dan mengimplementasikan berbagai tipe komunikasi ini, perawat dapat meningkatkan kualitas perawatan dan menciptakan hubungan yang positif dengan pasien.

E. Prinsip Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah bentuk komunikasi yang dirancang untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah fisik, emosional, sosial, dan psikologis. Tujuan utamanya adalah membangun hubungan yang mendukung proses penyembuhan dan memberikan rasa aman kepada pasien. Berikut adalah prinsip-prinsip penting dalam komunikasi terapeutik:

1. Empati

Empati adalah kemampuan untuk memahami dan merasakan apa yang dialami pasien tanpa kehilangan objektivitas

Contoh penerapan: Mengatakan, "*Saya bisa memahami bahwa ini adalah situasi yang sulit bagi Anda.*"

Manfaat: Membantu pasien merasa dihargai dan dipahami secara emosional.

2. Mendengarkan Aktif

Mendengarkan aktif melibatkan perhatian penuh terhadap apa yang dikatakan pasien, termasuk memahami pesan verbal dan nonverbal.

Komponen:

- Kontak mata yang sesuai.
- Gerakan kepala atau kata-kata kecil seperti "*Saya mengerti.*"
- Parafrase untuk mengonfirmasi pemahaman.

Manfaat: Memberikan rasa dihargai kepada pasien dan mendorong mereka untuk lebih terbuka

3. Sikap Asertif

Komunikasi terapeutik memerlukan sikap asertif, yaitu kemampuan menyampaikan pesan dengan jelas dan tegas tanpa menyakiti perasaan pasien. Contoh penerapan: Memberikan informasi yang sulit dengan tetap sopan, misalnya, "*Saya harus memberi tahu Anda tentang hasil tes, ini mungkin sulit, tetapi penting untuk kita bahas.*"

Manfaat: Mengurangi miskomunikasi dan membangun rasa percaya

4. Ketulusan

Perawat harus bersikap tulus dan autentik dalam setiap interaksi. Hal ini menciptakan hubungan yang lebih terbuka dan mendukung kepercayaan pasien.

Contoh penerapan: Menghindari sikap berpura-pura atau menjawab dengan jujur jika tidak mengetahui sesuatu, misalnya, "*Saya tidak tahu pasti jawabannya, tapi saya akan mencari tahu untuk Anda.*"

5. Sikap tanpa menghakimi

Perawat harus menerima pasien apa adanya, tanpa memandang latar belakang, budaya, atau perilaku mereka secara negatif.

Contoh penerapan: Tidak menunjukkan ketidaksetujuan terhadap pilihan pasien, misalnya, "*Saya menghormati keputusan Anda meskipun itu berbeda dari saran yang diberikan.*"

Manfaat: Membantu pasien merasa aman dan diterima

6. Kejelasan

Informasi yang disampaikan harus jelas, sederhana, dan mudah dimengerti oleh pasien.

Contoh penerapan: Menggunakan bahasa yang sederhana dan menghindari istilah medis yang rumit, misalnya, mengganti "*hipertensi*" menjadi "*tekanan darah tinggi.*"

7. Umpulan balik

Memberikan respons yang relevan terhadap pernyataan pasien untuk memastikan pemahaman yang benar.

Contoh penerapan: *"Apakah yang saya sampaikan tadi sudah cukup jelas? Apakah Anda memiliki pertanyaan lain?"*

Manfaat: Membantu memperbaiki komunikasi yang kurang efektif.

8. Menggunakan Bahasa Tubuh yang Positif

Bahasa tubuh yang ramah dan terbuka mendukung komunikasi verbal.

Contoh: Duduk sejajar dengan pasien, menjaga postur tubuh yang santai, dan tidak melipat tangan.

Manfaat: Memberikan kesan bahwa perawat benar-benar hadir dan memperhatikan pasien.

9. Keheningan yang bermakna

Keheningan yang disengaja dapat memberikan waktu bagi pasien untuk merenung atau menyampaikan perasaan mereka.

Contoh penerapan: Memberikan jeda setelah pasien menyampaikan sesuatu yang emosional, tanpa terburu-buru memberikan respons.

10. Fokus Pada pasien

Komunikasi terapeutik harus berpusat pada kebutuhan dan perasaan pasien, bukan perawat.

Contoh penerapan: Menghindari membicarakan masalah pribadi atau mengalihkan topik pembicaraan dari pasien.

11. Validasi

Validasi melibatkan konfirmasi bahwa perasaan atau pikiran pasien diterima dan dimengerti.

Contoh penerapan: *"Wajar jika Anda merasa cemas dalam situasi seperti ini."*

12. Kepekaan Budaya dan Konteks Pasien

Memahami latar belakang budaya dan keyakinan pasien untuk menyesuaikan komunikasi.

Contoh penerapan: Menghindari istilah atau tindakan yang mungkin dianggap tidak sopan dalam budaya tertentu (Nugraha, T. 2021).

Prinsip komunikasi terapeutik bertujuan untuk menciptakan hubungan yang mendukung proses penyembuhan pasien. Dengan menerapkan prinsip-prinsip seperti empati, mendengarkan aktif, dan kejelasan, perawat dapat membangun kepercayaan, memberikan dukungan emosional, dan meningkatkan kepuasan pasien. Komunikasi yang baik juga membantu pasien merasa dihargai, dihormati, dan terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka.

F. Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien merupakan indikator penting dalam menilai kualitas layanan kesehatan di rumah sakit. Berbagai faktor dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, baik dari aspek pelayanan medis maupun nonmedis. Berikut adalah beberapa faktor utama yang berperan dalam menentukan kepuasan pasien:

1. Kualitas Pelayanan Medis

Kualitas pelayanan medis adalah salah satu faktor paling signifikan. Pasien mengharapkan diagnosis yang akurat, pengobatan yang efektif, serta perhatian yang memadai dari tenaga medis. Keahlian dan pengalaman dokter serta perawat sangat berpengaruh terhadap persepsi pasien mengenai kualitas layanan yang diterima.

2. Komunikasi

Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan sangat penting. Pasien cenderung merasa lebih puas ketika mereka merasa didengarkan dan diberi penjelasan yang jelas mengenai kondisi mereka, prosedur yang akan dijalani, serta langkah-langkah perawatan yang diambil. Keterampilan komunikasi yang baik membantu membangun kepercayaan dan mengurangi kecemasan pasien.

3. Lingkungan Rumah Sakit

Kondisi fisik rumah sakit, seperti kebersihan, kenyamanan, dan fasilitas yang tersedia, juga memengaruhi kepuasan pasien. Ruang rawat yang bersih, nyaman, dan tenang dapat meningkatkan pengalaman pasien. Fasilitas penunjang, seperti ruang tunggu yang nyaman dan ketersediaan layanan makanan yang baik, juga turut berkontribusi.

4. Waktu Tunggu

Waktu tunggu yang lama untuk mendapatkan perawatan atau layanan medis dapat menurunkan kepuasan pasien. Pasien umumnya menginginkan proses yang cepat dan efisien. Oleh karena itu, manajemen waktu yang baik dalam pelayanan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan kepuasan.

5. Perhatian dan Empati Tenaga Kesehatan

Perhatian dan empati yang ditunjukkan oleh tenaga kesehatan dapat memberikan dampak besar pada kepuasan pasien. Ketika perawat dan dokter menunjukkan kepedulian dan memahami kondisi emosional pasien, pasien merasa lebih dihargai dan diperhatikan.

6. Keterlibatan Pasien dalam Proses Perawatan

Keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka juga berkontribusi pada kepuasan. Pasien yang dilibatkan dalam proses perawatan merasa memiliki kontrol atas kesehatan mereka dan lebih puas dengan layanan yang diberikan.

7. Biaya dan Aksesibilitas

Biaya perawatan kesehatan dan aksesibilitas layanan juga memengaruhi kepuasan pasien. Jika biaya terlalu tinggi atau akses ke layanan kesehatan sulit, pasien mungkin merasa tidak puas, meskipun mereka menerima perawatan yang baik.

8. Umpaman Balik Pasien

Sistem umpan balik yang efektif memungkinkan pasien untuk menyampaikan pengalaman mereka dan memberikan masukan tentang pelayanan yang diterima. Rumah sakit yang responsif terhadap umpan balik pasien cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi. (Dewi, R.A., & Santosa, B. 2022).

G. Tantangan Dalam Komunikasi Keperawatan

1. Komunikasi dengan Pasien yang Tidak Kooperatif

Pasien yang tidak kooperatif adalah mereka yang sulit diajak bekerja sama dalam proses perawatan. Hal ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti rasa takut, ketidakpercayaan, kondisi emosional, atau bahkan kurangnya pemahaman terhadap kondisi medis mereka. Menghadapi pasien seperti ini memerlukan pendekatan komunikasi yang khusus untuk membangun hubungan positif dan meningkatkan kerja sama mereka.

a. Karakteristik Pasien yang Tidak Kooperatif

- Menolak instruksi medis, seperti tidak mau minum obat atau menjalani prosedur tertentu.
- Kurang responsif terhadap komunikasi, baik verbal maupun nonverbal.
- Menunjukkan sikap defensif, marah, atau bahkan agresif terhadap perawat atau staf medis.
- Meremehkan pentingnya pengobatan atau merasa tidak membutuhkan bantuan medis.

b. Penyebab Ketidakkooperatifan Pasien

- Ketakutan atau kecemasan: Pasien mungkin takut terhadap prosedur medis atau diagnosis tertentu.
- Kurangnya pemahaman: Pasien tidak memahami informasi medis yang diberikan.

- Rasa sakit atau ketidaknyamanan: Kondisi fisik yang buruk bisa memengaruhi sikap mereka.
 - Pengalaman buruk sebelumnya: Trauma terhadap layanan kesehatan dapat memengaruhi kepercayaan pasien.
 - Masalah psikologis: Depresi, kecemasan, atau gangguan mental lainnya.
 - Ketidaksesuaian nilai atau budaya: Pasien mungkin memiliki pandangan atau keyakinan yang berbeda mengenai perawatan medis. (Sundari, M. E. 2020)
- c. Strategi Menghadapi Pasien Tidak Kooperatif
- Pendekatan dengan Empati dan Kesabaran
Dengarkan keluhan pasien tanpa menghakimi. Tunjukkan bahwa Anda memahami dan peduli terhadap perasaan mereka. Misalnya, dengan mengatakan:
"Saya mengerti bahwa ini mungkin terasa menakutkan bagi Anda. Mari kita bicarakan bersama agar lebih nyaman."
 - Gunakan Bahasa yang Sederhana
Hindari istilah medis yang sulit dipahami. Jelaskan tujuan pengobatan dan langkah-langkahnya secara singkat dan jelas.
 - Berikan Pilihan
Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan dapat meningkatkan rasa kontrol mereka. Contoh:
"Apakah Anda lebih nyaman jika kami menjadwalkan prosedur ini pagi atau sore?"
 - Bangun Kepercayaan
Tunjukkan sikap profesional dan konsisten dalam perawatan. Jika pasien merasa dihargai, mereka cenderung lebih kooperatif.
 - Identifikasi dan Atasi Akar Masalah
Cari tahu alasan spesifik di balik sikap tidak kooperatif pasien. Misalnya, apakah pasien takut jarum suntik? Apakah ada ketidakpercayaan terhadap perawatan?
 - Libatkan Keluarga atau Pendamping
Dalam budaya Indonesia, keluarga sering menjadi bagian penting dari proses pengambilan keputusan pasien. Libatkan mereka untuk membantu meyakinkan pasien.
 - Tetap Tenang dalam Situasi Konflik
Jangan merespons dengan emosi ketika pasien bersikap kasar atau defensif. Jaga nada suara tetap tenang dan profesional.

- Gunakan Teknik Persuasif
Jelaskan manfaat jangka panjang dari kerja sama dalam pengobatan dibandingkan risiko jika menolak (Suryani, T., & Andayani, R. 2019).

2. Pasien dengan Kondisi Kritis atau Terminal

Pasien dengan kondisi kritis atau terminal memerlukan pendekatan komunikasi yang sangat sensitif, mengingat situasi mereka melibatkan tekanan fisik, emosional, dan psikologis yang berat. Perawat memiliki peran penting dalam memberikan dukungan, informasi, dan kenyamanan kepada pasien serta keluarga mereka. Namun, komunikasi dalam situasi ini sering kali menghadapi berbagai tantangan.

a. Kompleksitas Emosional Pasien dan Keluarga

- Ketakutan dan Kecemasan: Pasien mungkin mengalami rasa takut terhadap kematian atau ketidakpastian tentang masa depan. Emosi ini dapat membuat mereka sulit menerima informasi atau berdialog.
- Penolakan Realitas: Beberapa pasien dan keluarga mungkin menolak menerima diagnosis atau prognosis yang buruk, membuat komunikasi menjadi sulit.
- Kesedihan dan Amarah: Keluarga pasien, dalam proses menghadapi kehilangan, sering menunjukkan rasa marah, frustasi, atau menyalahkan perawat dan tim medis.

Strategi:

- Tunjukkan empati dengan mendengarkan tanpa menghakimi.
- Berikan waktu bagi pasien dan keluarga untuk memproses informasi.
- Gunakan kalimat seperti: "Saya memahami ini adalah situasi yang sangat sulit bagi Anda."

b. Keterbatasan Waktu

- Dalam kondisi kritis, keputusan medis sering kali harus diambil dengan cepat, yang dapat mengurangi waktu perawat untuk berkomunikasi dengan pasien dan keluarga.
- Pasien dalam kondisi terminal mungkin memerlukan perhatian fisik intensif, sehingga waktu untuk komunikasi emosional terbatas.

Strategi:

- Prioritaskan pesan utama yang harus disampaikan, seperti opsi perawatan atau penanganan nyeri.
- Manfaatkan momen singkat, seperti saat pemberian obat, untuk memberikan dukungan emosional singkat namun berarti.

c. Perbedaan Pemahaman dan Harapan

- Pasien atau keluarga sering kali memiliki harapan yang tidak realistik tentang kesembuhan atau keberhasilan pengobatan.
- Kurangnya pemahaman tentang kondisi medis dapat menyebabkan salah interpretasi terhadap informasi yang diberikan.

Strategi:

- Jelaskan kondisi pasien dengan bahasa sederhana dan hindari istilah medis yang rumit.
- Gunakan analogi yang mudah dipahami. Misalnya, "Kondisi ini seperti jantung yang sudah kelelahan bekerja terlalu keras dalam waktu yang lama."
- Berikan informasi secara bertahap agar mereka memiliki waktu untuk mencerna.

d. Isu Budaya dan Spiritualitas

- Di Indonesia, keyakinan agama dan nilai budaya sering kali memengaruhi cara pasien dan keluarga menghadapi kondisi kritis atau terminal.
- Beberapa keluarga mungkin lebih memilih fokus pada pengobatan alternatif atau percaya pada intervensi keajaiban.

Strategi:

- Hormati keyakinan dan nilai yang dimiliki pasien dan keluarga.
- Libatkan pemuka agama atau penasihat spiritual jika diperlukan.
- Gunakan pendekatan kolaboratif, misalnya dengan mengatakan: "Kami akan mendukung upaya Anda untuk berdoa atau melakukan ritual sambil tetap menjaga kenyamanan pasien."

e. Kebutuhan Informasi yang Berimbang

- Pasien dan keluarga sering kali berada dalam dilema antara keinginan untuk mengetahui seluruh informasi dan rasa takut mendengar kenyataan yang pahit.
- Informasi yang berlebihan atau terlalu sedikit dapat menambah kebingungan dan kecemasan.

Strategi:

- Berikan informasi dengan nada tenang dan penuh perhatian, serta sesuaikan dengan kebutuhan penerima.
- Contoh: "Apa yang ingin Anda ketahui tentang kondisi ini? Saya akan berusaha menjelaskan sesuai keinginan Anda."

f. Komunikasi tentang Pilihan Akhir Kehidupan

- Topik seperti penghentian terapi, perawatan paliatif, atau keputusan DNR (Do Not Resuscitate) sering kali sulit untuk didiskusikan.
- Ada risiko konflik antara anggota keluarga atau antara keluarga dan tim medis mengenai keputusan tersebut.

Strategi:

- Mulai diskusi dengan penuh empati, seperti: "Kami ingin memastikan bahwa semua keputusan yang diambil sesuai dengan keinginan pasien."
- Libatkan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk menghormati nilai dan harapan mereka.
- Jika memungkinkan, gunakan mediator seperti tim konsultan paliatif.

g. Beban Emosional bagi Perawat

- Berhadapan dengan pasien yang menghadapi kematian atau rasa sakit yang tak terhindarkan dapat menjadi tekanan emosional bagi perawat.
- Kesulitan dalam menjaga batas emosional dapat memengaruhi kualitas komunikasi dan perawatan.

Strategi:

- Perawat perlu menjaga keseimbangan emosional melalui supervisi, berbagi dengan rekan kerja, atau mengikuti pelatihan manajemen stres.
- Luangkan waktu untuk refleksi diri setelah interaksi sulit (Badami, D., & Nugroho, Y. 2019).

3. Hambatan Teknologi dalam Era Digital

Di era digital, teknologi telah membawa kemajuan signifikan dalam pelayanan kesehatan, termasuk mendukung komunikasi antara perawat, pasien, dan tim medis lainnya. Namun, penerapan teknologi juga menghadirkan berbagai tantangan yang dapat menghambat komunikasi efektif dalam keperawatan.

a. Kurangnya Interaksi Tatap Muka

- Masalah:

Penggunaan alat seperti aplikasi telemedicine atau perangkat elektronik dapat mengurangi kualitas komunikasi personal. Pasien mungkin merasa tidak mendapatkan perhatian penuh karena perawat lebih fokus pada perangkat teknologi.

- Dampak:

Pasien merasa kurang dihargai atau kurang terhubung secara emosional, yang dapat menurunkan kepercayaan dan kepuasan mereka terhadap pelayanan.

- Solusi:

Perawat perlu menyeimbangkan antara penggunaan teknologi dengan memberikan perhatian personal kepada pasien, seperti menjelaskan kembali informasi penting secara langsung.
- b. Keterbatasan Literasi Digital pada Pasien
 - Masalah:

Tidak semua pasien memahami cara menggunakan teknologi, seperti aplikasi kesehatan, sistem reservasi online, atau perangkat monitoring kesehatan. Hal ini terutama menjadi tantangan bagi pasien lansia atau dengan latar belakang pendidikan rendah.
 - Dampak:

Kebingungan atau kesalahan dalam penggunaan teknologi dapat memengaruhi komunikasi dan pengambilan keputusan kesehatan.
 - Solusi:

Perawat harus bersedia memberikan panduan dan edukasi singkat kepada pasien tentang penggunaan teknologi yang diperlukan, menggunakan bahasa sederhana dan langkah-langkah yang mudah dipahami.
- c. Kurangnya Keterampilan Teknologi pada Perawat
 - Masalah:

Beberapa perawat mungkin tidak terlatih atau merasa kurang percaya diri dalam menggunakan teknologi baru, seperti sistem rekam medis elektronik (EHR), aplikasi telemedicine, atau perangkat digital lainnya.
 - Dampak:

Hambatan ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam penyampaian informasi kepada pasien atau tim medis lainnya.
 - Solusi:

Institusi kesehatan harus rutin memberikan pelatihan kepada perawat untuk meningkatkan keterampilan teknologi mereka.
- d. Risiko Keamanan dan Privasi Data
 - Masalah:

Dengan digitalisasi data pasien, risiko pelanggaran privasi atau kebocoran informasi menjadi perhatian utama. Kesalahan dalam penggunaan teknologi dapat menyebabkan data sensitif pasien terungkap.

- Dampak:
Pelanggaran privasi dapat merusak kepercayaan pasien terhadap institusi kesehatan dan perawat.
 - Solusi:
Perawat harus memahami dan mengikuti protokol keamanan data, seperti tidak menggunakan perangkat pribadi untuk menyimpan informasi pasien dan memastikan bahwa aplikasi atau perangkat yang digunakan telah dienkripsi.
- e. Ketergantungan pada Teknologi
- Masalah:
Perawat mungkin menjadi terlalu bergantung pada perangkat teknologi untuk komunikasi, seperti menggunakan pesan teks atau aplikasi berbasis chat, daripada berbicara langsung dengan pasien atau kolega.
 - Dampak:
Interaksi personal dapat terganggu oleh komunikasi berbasis teks yang tidak selalu mampu menangkap nuansa emosional.
 - Solusi:
Perawat perlu mengutamakan komunikasi langsung, terutama untuk topik yang sensitif atau memerlukan klarifikasi mendalam.
- f. Koneksi *Internet dan Masalah Teknis*
- Masalah:
Koneksi internet yang tidak stabil atau kerusakan perangkat dapat menghambat komunikasi, terutama dalam layanan berbasis telemedicine atau sistem elektronik lainnya.
 - Dampak:
Terjadi keterlambatan dalam penyampaian informasi yang penting untuk perawatan pasien.
 - Solusi:
Institusi kesehatan harus memastikan infrastruktur teknologi yang memadai, termasuk jaringan internet yang stabil dan perangkat cadangan jika terjadi gangguan.
- g. Kurangnya *Elemen Humanis dalam Komunikasi Digital*
- Masalah:
Komunikasi melalui teknologi cenderung lebih formal dan kurang menunjukkan empati, terutama jika dibandingkan dengan komunikasi tatap muka.

- Dampak:
Pasien mungkin merasa bahwa interaksi mereka menjadi mekanis atau kurang mendukung secara emosional.
- Solusi:
Perawat dapat menggunakan komunikasi berbasis teknologi dengan cara yang tetap humanis, seperti menggunakan nada suara yang ramah dalam panggilan video atau menyisipkan ungkapan empati dalam pesan teks. (Fatimah, N., & Hidayat, R. 2021).

H. Pengukuran Komunikasi Perawat terhadap Kepuasan Pasien

Pengukuran ini bertujuan untuk memahami sejauh mana komunikasi yang dilakukan oleh perawat memengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan. Berikut adalah aspek, metode, dan langkah yang dapat digunakan untuk pengukuran

1. Indikator Pengukuran

Indikator yang sering digunakan untuk menilai hubungan antara komunikasi perawat dan kepuasan pasien meliputi:

- Kejelasan Informasi: Apakah pasien memahami informasi yang diberikan oleh perawat?
- Responsivitas: Seberapa cepat perawat merespons kebutuhan atau permintaan pasien?
- Empati: Apakah perawat menunjukkan perhatian dan kepedulian terhadap kondisi pasien?
- Kesesuaian Bahasa: Apakah bahasa yang digunakan sesuai dengan tingkat pemahaman pasien?
- Kehadiran Emosional: Apakah perawat hadir secara emosional dalam interaksi mereka dengan pasien?

2. Metode Pengukuran

a. Survei Kepuasan Pasien

- Format: Kuesioner dengan skala Likert (misalnya, 1-5 atau 1-7).
- Contoh Pertanyaan:
 - *"Apakah perawat menjelaskan informasi dengan jelas?"*
 - *"Seberapa puas Anda dengan perhatian yang diberikan oleh perawat?"*
- Keunggulan: Mudah diterapkan dan memungkinkan pengumpulan data dalam jumlah besar.

- b. Wawancara Mendalam
 - Deskripsi: Menggunakan metode kualitatif untuk mengeksplorasi pengalaman pasien secara mendalam terkait komunikasi perawat.
 - Keunggulan: Memberikan wawasan yang lebih detail tentang pengalaman pasien.
- c. Observasi Langsung
 - Deskripsi: Penilaian oleh pengamat independen terhadap interaksi komunikasi antara perawat dan pasien.
 - Checklist:
 - Apakah perawat memberikan kontak mata?
 - Apakah perawat menggunakan nada suara yang tenang?
 - Keunggulan: Mengamati perilaku secara langsung tanpa bias persepsi pasien.
- d. Analisis Keluhan atau Komplain Pasien
 - Deskripsi: Menganalisis keluhan terkait komunikasi, seperti kesalahpahaman informasi atau respons yang tidak memadai.
 - Keunggulan: Mengidentifikasi area spesifik yang perlu diperbaiki.
- e. Penggunaan Instrumen Standar
 - Beberapa alat ukur yang telah dikembangkan untuk menilai komunikasi terapeutik dan hubungannya dengan kepuasan pasien:
 - Nursing Communication Scale (NCS): Menilai komunikasi verbal dan non-verbal dalam praktik keperawatan.
 - Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ): Mengukur kepuasan pasien terkait berbagai aspek, termasuk komunikasi.

3. Proses Pengukuran

- a. Desain Pengukuran
 - Tentukan tujuan evaluasi: apakah untuk meningkatkan keterampilan perawat, memahami pengalaman pasien, atau keduanya.
 - Pilih metode yang sesuai (survei, wawancara, atau observasi).
- b. Pengumpulan data
 - Distribusikan kuesioner kepada pasien atau keluarganya.
 - Lakukan wawancara atau observasi di lingkungan klinis.
- c. Analisis Data
 - Gunakan statistik deskriptif untuk data kuantitatif (misalnya, rata-rata skor kepuasan).
 - Analisis tema untuk data kualitatif (wawancara atau narasi pasien).
- d. Penerapan Hasil

- Identifikasi kekuatan dan kelemahan komunikasi perawat.
- Rancang program pelatihan atau intervensi untuk meningkatkan keterampilan komunikasi (Sundar, N., & Sundar, S. K. 2018).

I. Contoh Kasus di Rumah sakit

Di sebuah rumah sakit umum daerah (RSUD) di Indonesia, seorang pasien lansia Bapak A menjalani perawatan akibat diabetes yang tak terkontrol. Saat dirawat, perawat yang bertugas, Ners R, berusaha membangun komunikasi yang baik dengan Bapak A dan keluarganya.

Tindakan Komunikasi:

1. Pendekatan Personal: Ners R menyebut nama pasien dengan lembut, menjelaskan prosedur medis dengan bahasa sederhana, dan bertanya tentang keluhan yang dirasakan Bapak A.
2. Empati: Saat Bapak A mengungkapkan kecemasan terhadap efek samping obat, Ners R mendengarkan dengan penuh perhatian dan memberikan penjelasan yang menenangkan.
3. Edukasi: Perawat memberi penjelasan langkah-langkah perawatan luka diabetes yang jelas dan mengajak keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan.

Hasil:

- Bapak A merasa lebih tenang dan percaya pada proses pengobatan.
- Keluarga Bapak A merasa dihargai karena perawat melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan.
- Setelah perawatan selesai, Bapak A memberikan umpan balik yang positif melalui survei kepuasan pasien, menyebutkan bahwa komunikasi yang baik dari perawat membuatnya merasa diperhatikan dan diprioritaskan.

J. Penutup

Komunikasi adalah inti dari pelayanan keperawatan yang berkualitas. Dalam setiap interaksi, perawat memiliki peran strategis sebagai jembatan antara pasien, keluarga, dan tim medis. Melalui komunikasi yang efektif, empati, dan keterbukaan, perawat tidak hanya memberikan informasi medis tetapi juga menciptakan rasa aman, nyaman, dan dihargai bagi pasien. Komunikasi yang efektif dari perawat dapat meningkatkan rasa percaya, mengurangi kecemasan pasien, dan meningkatkan kepuasan mereka terhadap layanan rumah sakit.

Referensi

- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. Elsevier.
- Badami, D., & Nugroho, Y. (2019). *Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan*. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Budiarti, E., & Prasetyo, D. (2021). *Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, R. A., & Santosa, B. (2022). *Kepuasan Pasien dalam Layanan Kesehatan: Faktor-Faktor yang Mempengaruhi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dwyer, T. A., & Evans, R. (2021). *Komunikasi dalam Keperawatan: Dasar-Dasar untuk Praktisi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fatimah, N., & Hidayat, R. (2021). Dampak digitalisasi terhadap komunikasi perawat-pasien di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(3), 123–134.
- Fatimah, N., & Rahmawati, S. (2021). Pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien di rumah sakit daerah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 24(3), 123-130.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Panduan komunikasi efektif dalam layanan kesehatan. Diakses dari <https://www.kemkes.go.id>.
- McCabe, C. (2020). "Nurse-Patient Communication: Enhancing Patient Outcomes." *Journal of Nursing Practice*, 36(1), 27-34.
- Nugraha, T. (2021). *Komunikasi Terapeutik: Hubungan Profesional dalam Keperawatan*. Bandung: Pustaka Pelajar.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of Nursing*. St. Louis: Elsevier.
- Prasetyo, A. (2023). Tantangan komunikasi dengan pasien terminal: Studi di RSUD XYZ. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(1), 34-42.
- Rahmawati, T., & Suryana, H. (2023). Tantangan komunikasi digital dalam pelayanan kesehatan: Perspektif keperawatan. *Media Kesehatan dan Teknologi*, 8(1), 89–98.
- Sundar, N., & Sundar, S. K. (2018). *Health Communication in Practice: A Case Study Approach*. New York: Routledge
- Sundari, M. E. (2020). *Komunikasi terapeutik dalam pelayanan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Suryani, T., & Andayani, R. (2019). Analisis hubungan komunikasi perawat dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap. *Media Keperawatan*, 7(1), 45-55.

Widodo, D. (2023). "Komunikasi Terapeutik Perawat Melalui Pendekatan Budaya." *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(3), 245-255

Glosarium

A

Aksebilitas adalah penggunaan bahasa yang sederhana untuk pasien dengan keterbatasan pemahaman.

Autentik adalah menunjukkan perhatian yang jujur dan tulus saat berinteraksi dengan pasien, sehingga pasien merasa dihargai dan didengar

D

DNR adalah Do Not Resuscitate (Jangan Resusitasi).

E

Empati adalah kemampuan untuk memahami dan merasakan apa yang dialami pasien tanpa kehilangan objektivitas

N

Nursing Communication Scale (NCS): Menilai komunikasi verbal dan non-verbal dalam praktik keperawatan.

P

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ): Mengukur kepuasan pasien terkait berbagai aspek, termasuk komunikasi.

T

Terapeutik adalah berkaitan dengan penyembuhan atau perawatan untuk meningkatkan kesehatan fisik, mental, atau emosional seseorang

Telekomunikasi adalah proses pengiriman dan penerimaan informasi jarak jauh menggunakan teknologi atau perangkat tertentu

Telemedicine adalah penggunaan telekomunikasi untuk memberikan layanan kesehatan, seperti konsultasi dokter, diagnosis, atau pemantauan pasien secara jarak jauh.

BAB 2

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PERAWAT PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Fitra Mayenti

A. Pendahuluan

Tenaga kesehatan sumber daya manusia (SDM) yang sangat penting dan dibutuhkan dalam mencapai kinerja yang optimal dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit (Saputra, M. Marlinae, I. Rahman, F. Rosadi, 2015). Kemampuan SDM dalam menjalankan tugasnya penentu berhasil tidaknya suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit (Syakur, R. Dassi, 2021). Menurut (Undang-Undang Republik Indonesia No. 38, 2014), Keperawatan merupakan pemberi asuhan kepada baik kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, dalam keadaan sakit maupun sehat. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, perawat menerapkan proses asuhan keperawatan dengan 5 langkah praktik diantaranya pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Harefa, 2019). Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bentuk nyata dari kinerja perawat dirumah sakit, jika kinerja perawat bagus maka pendokumentasian asuhan keperawatan juga akan bagus. Adapun faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan menurut (Gibson, J.; Ivancevich, J. M; Donnelly, 2012) adalah pertama faktor individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis, kedua faktor psikologi terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, motivasi, kepuasan kerja dan stres kerja. Sedangkan ketiga adalah faktor organisasi, terdiri dari supervisi, Imbalan, struktur organisasi, desain pekerjaan

B. Kinerja Perawat

Kinerja merupakan pencapaian pelaksanaan suatu program perencanaan strategis dan operasional organisasi oleh seseorang atau sekelompok orang, dalam suatu organisasi baik secara kuantitas dan kualitas, sesuai dengan kewenangan dan tugas tanggung jawabnya, legal dan tidak melanggar hukum, etika dan moral.

Kinerja adalah penjabaran visi, misi, tujuan dan strategi organisasi. Kinerja merupakan usaha dari hasil pekerjaan dalam menjalankan fungsi/tugas khusus atau kegiatan selama periode tertentu. Menurut (Nursalam, 2017) Kinerja merupakan fungsi dari kemampuan, motivasi dan kesempatan atau lingkungan kerja. Kesempatan dibangun oleh pengetahuan, keterampilan dan aptitude seseorang, sedangkan motivasi dibangun oleh motivasi, personality.

C. Faktor yang berhubungan dengan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan adalah

Menurut (Gibson, J.; Ivancevich, J. M; Donnelly, 2012) Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah (1) faktor individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis, (2) faktor psikologi terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, motivasi, kepuasan kerja dan stres kerja. Sedangkan (3) faktor organisasi terdiri dari supervisi, Imbalan, struktur organisasi, desain pekerjaan, adapun faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian ASKEP dengan rincian sebagai berikut:

1. Faktor Individu

Faktor Individu yang mempengaruhi kinerja individu terdiri dari

- a. Kemampuan dan ketrampilan

Kemampuan adalah bawaan atau dipelajari yang mengijinkan seseorang mengerjakan sesuatu mental atau fisik. Keterampilan adalah kompetensi yang berhubungan dengan tugas, seperti keterampilan melakukan tindakan, atau keterampilan berkomunikasi dengan jelas untuk tujuan dan misi kelompok (Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012)

- b. Demografis

Demografis meliputi jenis kelamin, ras dan keragaman budaya. Wanita memiliki tingkat absensi yang lebih tinggi. Tetapi lebih memperhatikan pada anak-anak, orang tua, dan pasangan sakit di dominasi wanita. Tingkat absensi lebih tinggi dari wanita disebabkan peran mengasuh mereka (Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012). Menurut (Ilyas, 2012) mengungkapkan karakteristik individu meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja.

- 1) Usia

Menurut (Stephen Robbins, 2002) Usia sering dihubungkan dengan produktivitas dengan pemahaman bahwa dengan meningkatnya usia seseorang maka produktivitasnya cenderung menurun. Hal ini tentu tergantung dari jenis pekerjaan yang ditekuni. Usia dan produktivitas tidak berkorelasi negatif, kemerosotan karena usia sering diimbangi oleh keunggulan karena pengalaman.

2) Jenis Kelamin

Tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar. Namun studi-studi psikologi telah menemukan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang, dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya dari pada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses.

3) Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografis yang dapat mempengaruhi seseorang baik terhadap lingkungan maupun obyek tertentu. Tingkat pendidikan perawat berdasarkan UU Keperawatan N0.38 tahun 2014 dibedakan menjadi 3 yaitu: 19

- Pendidikan Vokasional merupakan jenjang pendidikan minimal paling rendah diploma.
- Pendidikan Akademik terdiri atas program sarjana keperawatan, magister keperawatan dan doctor keperawatan.
- Pendidikan Profesi Keperawatan terdiri atas program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan.

c. Lama Bekerja.

Menurut (Stephen Robbins, 2002) Lama kerja menunjukkan berupa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan. masa kerja yang lama akan cenderung membuat seorang pegawai lebih merasa betah dalam suatu organisasi, hal ini disebabkan diantaranya karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup lama sehingga seorang pegawai akan merasa nyaman dengan pekerjaannya. Penyebab lain juga dikarenakan adanya kebijakan dari instansi atau perusahaan mengenai jaminan hidup di hari tua.

2. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi kinerja individu terdiri dari:

a. Persepsi

Menurut (Dewi Fadila Dewi, 2013), persepsi merupakan proses pemilihan, pengorganisasian dan penginterpretasian masukan informasi, sensasi yang diterima melalui penglihatan, perasaan, pendengaran, penciuman dan sentuhan untuk menghasilkan makna. Persepsi merupakan perlakuan melibatkan penafsiran melalui proses pemikiran tentang apa yang dilihat, didengar, dialami, atau dibaca sehingga persepsi mempengaruhi tingkah laku, percakapan, serta perasaan seseorang. Menurut (Bimo Walgito, 1989), persepsi terbentuk melalui proses, yakni berawal dari objek yang menimbulkan rangsangan dan mengenai alat indra atau reseptor disebut proses kealaman (fisik). Kemudian rangsangan yang diterima oleh alat indra dilanjutkan oleh syaraf sensoris ke otak disebut proses fisiologis. Selanjutnya terjadilah suatu proses di otak, sehingga individu dapat menyadari apa yang ia terima dengan reseptor itu, sebagai suatu rangsangan yang diterimanya. Proses yang terjadi dalam otak/pusat kesadaran disebut dengan proses psikologis. Pada taraf terakhir dari proses persepsi ialah individu menyadari tentang apa yang diterima melalui alat indra (reseptor).

b. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb salah seseorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan "presdisposisi" tindakan atau perilaku (Notoatmodjo, 2014)

c. Kepribadian

(Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012) mengatakan kepribadian merupakan himpunan karakteristik dan kecendrungan yang stabil serta menentukan sifat umum dan perbedaan dalam perilaku seseorang. Kepribadian dipengaruhi oleh keturunan, budaya, dan faktor sosial. Tinjauan determinan yang membentuk kepribadian menunjukkan bahwa para manajer mempunyai sedikit kendali terhadap determinan dan tidak ada

manajer yang harus menyimpulkan bahwa kepribadian bukan faktor penting dalam perilaku di tempat kerja hanya karena kepribadian bukan faktor penting dalam perilaku di tempat kerja hanya karena kepribadian dibentuk di luar organisasi. Perilaku seseorang tidak dapat dimengerti tanpa mempertimbangkan konsep kepribadian. Pada kenyataannya, kepribadian adalah juga saling berhubungan dengan persepsi, sikap, belajar, dan motivasi setiap usaha untuk mengerti perilaku menjadi tidak lengkap apabila kepribadian tidak diperhitungkan

d. Motivasi,

Motivasi merupakan konsep yang digunakan untuk menggambarkan dorongan-dorongan yang timbul pada atau didalam seorang individu yang menggerakkan dan pengaruhkan perilaku. Konsep motivasi digunakan untuk menjelaskan perbedaan-perbedaan dalam intensitas perilaku dan untuk menunjukkan arah tindakan. Manajer lebih suka memotivasi karyawannya secara positif agar karyawan tersebut dapat menjalankan pekerjaannya dan karyawan yang termotivasi akan menghasilkan pekerjaan yang memiliki kualitas yang tinggi (Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012).

e. Kepuasaan kerja

Menurut (Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012) kepuasan kerja merupakan suatu sikap yang dipunyai individu mengenai pekerjaannya. Hal ini dihasilkan dari persepsi mereka terhadap pekerjaannya, didasarkan pada faktor lingkungan kerja, seperti gaya penyelia, kebijakan dan prosedur, afiliasi kelompok kerja, kondisi kerja, dan tunjangan.

f. Stress kerja.

Menurut (Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012) stres kerja merupakan suatu Persepsi penyesuaian, diperantara oleh perbedaan-perbedaan individu dan/atau proses psikologis yang merupakan suatu konsekuensi dari setiap tindakan dari luar (lingkungan), situasi, atau peristiwa yang menetapkan permintaan psikologis dan/atau fisik berlebihan kepada seseorang. Stres kerja dapat mempengaruhi kinerja dari seorang individu.

3. Faktor Organisasi

Faktor organisasi yang mempengaruhi kinerja individu terdiri dari:

a. Sumber daya

Organisasi memiliki beberapa unsur masukan, proses keluaran, dampak, umpan balik dan lingkungan. Semua unsur dalam sistem ini saling berkaitan dan saling mempengaruhi. Sumber daya merupakan bagian dari unsur masukan yang keberadaannya dalam suatu organisasi merupakan hal yang paling pokok karena merupakan modal dasar untuk berfungsinya suatu organisasi.

b. Supervisi

Supervisi adalah kemampuan untuk mempengaruhi suatu kelompok untuk pencapaian tujuan. Bentuk pengaruh tersebut dapat secara formal tingkat manajerial pada suatu organisasi. Karena posisi manajemen terdiri atas tingkatan yang biasanya menggambarkan otoritas, seorang individu bisa mengasumsikan suatu peran supervisi sebagai akibat dari posisi yang ia pegang pada organisasi tersebut (Stephen Robbins, 2002). Dalam suatu organisasi, peranan pemimpin dalam mencapai tujuan organisasi cukup besar. Hal ini disebabkan karena pemimpinlah yang mengorganisasikan seluruh kegiatan pencapaian tujuan organisasi. Dalam hal ini kemampuan supervisi seseorang pemimpin dalam suatu organisasi

c. Imbalan

Sasaran imbalan adalah menarik yang berkualifikasi untuk bergabung dalam organisasi, mempertahankan karyawan untuk tetap bekerja, dan memotivasi karyawan mencapai prestasi tinggi. Diharapkan bahwa setiap paket imbalan sebaiknya cukup memuaskan kebutuhan dasar (seperti makanan, tempat tinggal, pakaian), dipandang wajar, dan berorientasi pada individu (Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012)

d. Struktur organisasi

Struktur organisasi menunjukkan garis kewenangan dan rentang kendali dari suatu organisasi yang akan menentukan kegiatan dan hubungan serta ruang lingkup tanggung jawab dan peran masing-masing individu (Stephen Robbins, 2002). Terdiri dari hubungan pekerjaan dan kelompok pekerjaan yang relatif tetap dan tidak stabil. Tujuan utama struktur organisasi untuk mempengaruhi perilaku individu dan kelompok sehingga dapat mencapai prestasi yang efektif. Struktur organisasi menentukan tingkat diferensiasi dalam organisasi, tingkat aturan dan peraturan, dan dimana keputusan diambil.

e. Desain pekerjaan.

Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman, dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan

pekerjaan lainnya. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisa kerja, para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas yang dituntut agar membahukan hasil (Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, 2012)

D. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

1. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Menurut (PPNI, 2011), dokumentasi merupakan bukti tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi dan pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Responsibilitas dan akuntabilitas professional merupakan salah satu alasan penting pembuatan dokumentasi yang akurat. Perawat wajib melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional. Ners professional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan (Risnawati. Herman, A. Kurniawan, F. Shafwan, 2023).

Beberapa hasil penelitian tentang pendokumentasian asuhan keperawatan, penelitian (Pertiwiwati & Setiawan, 2019) menunjukan bahwa gambaran kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan dari pengkajian tidak sesuai (100%), perencanaan dari 120 rekam medis (54%) sesuai, Implementasi 200 rekam medis (90%) sesuai dan Evaluasi 142 rekam medis (64%) sesuai. Hasil penelitian (Wisuda & Putri, 2020) melaporkan bahwa lebih dari setengah kinerja perawat dalam asuhan keperawatan kurang baik yakni 75 %. Penelitian (Mayenti, Arif, Yulastri, Priscilla, 2020) meaporkan lebih dari separoh pendokumentasian asuhan keperawatan baik (52,4%)

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Rahmi, tujuan dokumentasi keperawatan dalam praktik pelayanan kepada pasien adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien, mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan. Dokumentasi juga dilakukan untuk tujuan penelitian, keuangan, hukum, dan etika (Upik, 2022).

Tujuan umum dari dokumentasi keperawatan adalah menerapkan sistem dokumentasi keperawatan dengan benar di Ruangan Rawat Inap (Nursalam, 2013). Adapun tujuan khusus dari dokumentasi antara lain:

- a. Mendokumentasikan asuhan keperawatan (pendekatan proses keperawatan).
 - 1) Mendokumentasikan pengkajian keperawatan.
 - 2) Mendokumentasikan diagnosis keperawatan.
 - 3) Mendokumentasikan perencanaan keperawatan.
 - 4) Mendokumentasikan pelaksanaan keperawatan.
 - 5) Mendokumentasikan evaluasi keperawatan.
- b. Mendokumentasikan pengelolaan logistic dan obat.
- c. Mendokumentasikan HE (health education) melalui kegiatan perencanaan pulang.
- d. Mendokumentasikan timbang terima (pergantian shift/jaga).
- e. Mendokumentasikan kegiatan supervise.
- f. Mendokumentasikan kegiatan penyelesaian kasus melalui metode keperawatan.

3. Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan menurut (Nursalam, 2013) mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek :

a. Aspek Hukum

Semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan setiap saat. Dokumentasi tersebut dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas dan obyektif dan ditanda tangani oleh perawat serta tanggal

b. Aspek jaminan Mutu

Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Hal ini tentunya akan membantu meningkatkan mutu layanan keperawatan.

c. Aspek Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

d. Aspek Keuangan

Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan dicatat dengan lengkap sehingga dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam menentukan biaya keperawatan pasien.

e. Aspek Pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai nilai pendidikan, karena isinya mengandung kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pembelajaran bagi mahasiswa dan profesi keperawatan.

f. Aspek Penelitian

Dokumentasi asuhan keperawatan memiliki nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

g. Aspek Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat karir tertentu.

4. Proses Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada klien untuk memberi pelayanan kesehatan sesuai dengan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Berorientasi pada kebutuhan klien untuk mengatasi masalah terhadap klien. Salah satu hal yang terpenting dari asuhan keperawatan pencatatan pendokumentasian (Amalia, E. Herawati, 2018).

Asuhan keperawatan sebagai proses terstruktur berupa langkah-langkah pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi pada tujuan humanistik dan efektif. ASKEP menjadi titik acuan dalam memberikan tindakan keperawatan baik untuk individu, keluarga, maupun Masyarakat serta didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional (Rukmi, DK. Dewi, SU. Pertami, SB. Agustina, AN. Carolina, 2022).

Proses keperawatan merupakan sesuatu yang disengaja, dengan pendekatan pemecahan masalah untuk menemukan kebutuhan keperawatan

pasien dalam pelayanan kesehatan. Meliputi pengkajian (pengumpuan data), dianalisa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi, serta menggunakan modifikasi mekanisme umpan balik untuk meningkatkan upaya pemecahan masalah.

Proses merupakan serangkaian operasional untuk mencapai hasil yang diharapkan. Proses keperawatan adalah metode sistematik dan rasional dalam merencanakan dan memberikan pelayanan keperawatan kepada individu. Tujuannya untuk mengidentifikasi status kesehatan klien, kebutuhan atau masalah kesehatan aktual atau risiko, membuat perencanaan sesuai dengan kebutuhan yang telah diidentifikasi dan melaksanakan intervensi keperawatan spesifik sesuai dengan kebutuhan (Kozier, 2016).

E. Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan ASKEP terdiri dari beberapa komponen meliputi; pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang respon klien agar dapat mengidentifikasi dan mengenali masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien. respon klien antara lain kegiatan sehari-hari, emosional, sosio-ekonomi, kultural dan spiritual. Menurut (Kozier, 2016) proses pengkajian terdiri atas empat kegiatan, yaitu pengumpulan data, organisasi data, validasi data, dan pencatatan data.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah struktur dan proses. Struktur diagnosa keperawatan tergantung pada tipenya, antara lain; diagnosa keperawatan aktual. Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Tipe dari diagnosa keperawatan ini mempunyai empat komponen yaitu label, definisi, batasan karakteristik dan faktor-faktor yang berhubungan.

3. Perencanaan

Menurut (Kozier, 2016) perencanaan merupakan sesuatu yang telah dipertimbangkan secara mendalam, tahap yang sistematis dari proses keperawatan meliputi kegiatan pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Dalam perencanaan keperawatan, perawat menetapkan berdasarkan hasil pengumpulan dalam membuat tujuan dan asuhan keperawatan untuk mencegah, menirukan, atau mengeliminasi masalah kesehatan lain.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2017). Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

F. Penutup

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bentuk nyata dari kinerja perawat di rumah sakit. Pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi. Beberapa hasil penelitian tentang pendokumentasian asuhan keperawatan, penelitian (Pertiwiwati & Setiawan, 2019) menunjukkan bahwa gambaran kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan dari pengkajian tidak sesuai (100%), perencanaan dari 120 rekam medis (54%) sesuai, Implementasi 200 rekam medis (90%) sesuai dan Evaluasi 142 rekam medis (64%) sesuai. Hasil penelitian (Wisuda & Putri, 2020) melaporkan bahwa lebih dari setengah kinerja perawat dalam asuhan keperawatan kurang baik yakni 75 %. Penelitian (Mayenti, Arif, Yulastri, Priscilla, 2020) meaporkan lebih dari separoh pendokumentasian asuhan keperawatan baik (52,4%). Adapun faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatatan adalah (1) faktor individu yang terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang, dan demografis, (2) faktor psikologi yang terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, motivasi, kepuasan kerja dan stres kerja dan (3) faktor organisasi yang terdiri dari supervisi, Imbalan, struktur organisasi, desain pekerjaan. Hasil penelitian (Mayenti, Arif, Yulastri, Priscilla, 2020) faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan adalah pendidikan dan lama kerja.

Referensi

- Amalia, E. Herawati, L. N. (2018). Faktor-Faktor Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rsud Lubuk Sikaping. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis E, 1 (1)*, 2622– 2256.
- Bimo Walgito. (1989). *Pengantar Psikologi Umum*. Andi Offset.
- Dewi Fadila Dewi, S. L. (2013). *Perilaku Konsumen*. Citra Books Indonesia.
- Gibson, J.; Ivancevich, J. M ; Donnelly, J. H. ; K. (2012). *Organizations: Behavior, Structure, Processes* (14th ed). McGraw-Hill.
- Harefa, E. (2019). *Pelaksanaan Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*.
- Ilyas. (2012). *Perencanaan sumber daya manusia rumah sakit*. Erlangga.
- Kozier, E. ; B. ; S. (2016). *Fudamental of nursing: Concepts, process, and practice* (tenth edit). Pearson Education. Inc.
- Mayenti, Arif, Yulastri, Priscilla, V. (2020). Analisis of Factors Related to the dokumentastion of Nursing care. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan, 9 (2)*, 503– 514.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2013). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan* (2nd ed.). Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional* (5th ed). Salemba Medika.
- Pertiwiati, E., & Setiawan, H. (2019). KINERJA PERAWAT PELAKSANA DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP. *Jurnal 'Aisyiyah Medika /, 2*(April), 27–32.
- Potter & Perry. (2017). *Fundamental keperawatan* (edisi 4.). EGC.
- PPNI. (2011). *Standar dokumentasi keperawatan*. PPNI.
- Risnawati. Herman, A. Kurniawan, F. Shafwan, A. H. (2023). *Dokumentasi keperawatan*. Eureka Media Aksara.
- Rukmi, DK. Dewi, SU. Pertami, SB. Agustina, AN. Carolina, Y. (2022). *Metodologi Proses Asuhan Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Saputra, M. Marlinae, I. Rahman, F. Rosadi, D. (2015). Program Jaminan Kesehatan Nasional Dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan.

- KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11 (1), 32–42.
- Stephen Robbins, M. C. (2002). *Manajemen*. Gramedia.
- Syakur, R. Dassi, M. S. (2021). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Di Ruang Rawat Inap RSUD Labuang Baji. *Jurnal Komunitas Kesehatan Masyarakat*, 3 (1), 12–24.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 38. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan*.
- Upik, R. &. (2022). *Dokumentasi keperawatan*. Bumi Medika.
- Wisuda, A. C., & Putri, D. O. (2020). Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 4, 230–238. <https://doi.org/10.36729/jam.v4i2.223>

Glosarium

A

ASKEP adalah Asuhan Keperawatan

P

PPNI adalah Persatuan Perawat Nasional Indonesia

S

SDM adalah sumaber daya manusia

BAB 3

PERAN PERAWAT DALAM PELAPORAN INSIDEN PATIENT SAFETY

Maryana

A. Pendahuluan

Dalam pelayanan rumah sakit, pelaporan insiden *patient safety* masih menjadi masalah. karena jika pihak rumah sakit lebih banyak melaporkaninsiden yang menyangkut *patient safety* maka akan menyebabkan berkurangnya nilai mutu. Akibatnya, insiden keselamatan pasien masih belum cukup dilaporkan setiap tahunnya, baik secara global maupun di Indonesia. Peningkatan kualitas layanan sama pentingnya dengan pelaporan insiden yang melibatkan keselamatan pasien. ketika laporan insiden diperiksa, penyebabmendasar dari masalah tersebut akan diidentifikasi, yang akan menjadi dasar untuk memberikan saran dan perbaikan.

B. *Patient Safety*

patient safety sebagai tidak adanya bahaya atau cedera yang seharusnya tidak terjadi atau potensi bahaya yang diakibatkan oleh pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh kesalahan, seperti penggunaan yang salah. rencana untuk mencapai tujuan atau gagal mengikutirencana.

Menghindari, mencegah, dan memperbaiki kejadian tak terduga atau mengatasi cedera yang disebabkan oleh proses pelayanan kesehatan merupakan inti dari keselamatan pasien. Oleh karena itu, tujuan utama dariprogram *patient safety* adalah untuk mengurangi angka kejadian tak terdugayang sering dialami pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.Kejadian tak terduga ini memiliki dampak negatif yang signifikan bagi pasiendan rumah sakit.

Menurut Triwibowo (2017), tujuan keselamatan adalahuntuk mengurangi jumlah kejadian tak terduga yang sering terjadi di rumahsakit saat pasien sedang menjalani perawatan atau menjalani prosedurpembedahan dan sangat berbahaya bagi rumah sakit serta lingkungan. sabar.Dimungkinkan untuk menarik kesimpulan bahwa keselamatan pasien merupakan komponen penting dari kualitas layanan berdasarkan definisi yang diberikan di atas. Melalui berbagai upaya yang

bertujuan untuk mengoptimalkan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan untuk pasien, *patient safety* menekankan pada suatu kondisi yang tidak merugikan pasien serta mengurangi dan meminimalkan risiko.

Adapun tujuan Patient Safety menurut Permenkes RI No 2017 yaitu: a) membangun budaya atau suasan rumah sakit yang mengutamakan keselamatan pasien; b) membangun trust masyarakat dan pasien terhadap pelayanan rumah sakit; c) mengurangi jumlah angka tak terduga; d) menyadari bahwa program-program untuk mencegah yang akan datang telah dilaksanakan.

C. Standar Keselamatan Pasien

Standar *patient safety* di rumah sakit harus diterapkan, dan instrumen akreditasi rumah sakit digunakan untuk penilaian. Menurut Permenkes RI (2017), "Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit" yang dikeluarkan pada tahun 2002 oleh Komisi Akreditasi Organisasi Kesehatan, Illinois, USA, disesuaikan dengan keadaan dan kondisi rumah sakit Indonesia dalam penyusunan standar *patient safety* rumah sakit. Berikut adalah 7 standar *patient safety* sebagaimana disampaikan oleh Menteri Kesehatan RI (2017):

1. Hak Pasien

Pasien dan keluarganya memiliki hak untuk tahu, emilih, dan mendiskusikan segala perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan selama perawatan berlangsung.

2. Mendidik pasien dan keluarganya

Rumah sakit memiliki keharusan untuk menyampaikan hak dan kewajiban yang dimiliki oleh pasien dan keluarga selama di rumah sakit.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan perawatan

Rumah sakit memastikan koordinasi staf dan unit layanan serta kesinambungan layanan.

4. Menggunakan teknik peningkatan kinerja untuk mengevaluasi dan meningkatkan program keselamatan pasien. Rumah sakit harus merancang proses baru atau meningkatkan yang sudah ada, mengumpulkan data untuk memantau dan mengevaluasi kinerja, menganalisis kejadian tidak diinginkan untuk meningkatkan mutu pelayanan.

5. Peran pimpinan dalam peningkatan keselamatan pasien

- a. Menerapkan tujuh langkah *patient safety* di rumah sakit.
- b. Pemimpin memastikan bahwa program untuk menekan atau mengurangi kejadian tak terduga.
- c. Pimpinan memfasilitasi adanya koordinasi dan komunikasi yang efektif

- antar unit dalam membuat keputusan yang berkaitan dengan *patient safety*.
- d. Pimpinan mengalokasikan SDM yang cukup untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengukur, mengevaluasi, dan meningkatkan kinerja rumah sakit.
 - e. Pimpinan menilai dan mengevaluasi seberapa efektif kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan *patient safety*.
6. Menginstruksikan anggota staf untuk melakukan upaya patient safety
- a. Rumah sakit memiliki SOP *patient safety*, orientasi, dan pendidikan untuk setiap posisi yang secara jelas mengaitkan posisi tersebut dengan keselamatan pasien.
 - b. Untuk mendukung pendekatan interdisipliner dalam perawatan pasien serta meningkatkan dan mempertahankan kompetensi staf.
 - c. Staf selalu memastikan keselamatan pasien, komunikasi sangat penting.

D. Tujuh Langkah Menuju Patient Safety dan Sasaran *Patient Safety*

Menerapkan 7 langkah *patient safety* dapat meningkatkan *patient safety* di fasilitas pelayanan kesehatan. melalui perencanaan kegiatan dan evaluasi kinerja, untuk mengevaluasi kemajuan yang dibuat menuju penyediaan perawatan yang lebih aman. Berikut tujuh langkah yang dilakukan Menkes RI pada tahun 2017 untuk menjamin keselamatan pasien:

- 1. Membuat orang sadar betapa pentingnya *patient safety*. Membangun tipe kepemimpinan yang demokratis dan adil.
- 2. Staf pendukung dan pimpinan membangun komitmen yang tegas dan jelas serta berkonsentrasi pada keselamatan pasien.
- 3. Gabungkan aktivitas yang terkait dengan manajemen risiko. Menetapkan prosedur dan sistem untuk manajemen risiko, serta mengidentifikasi dan menyelidiki potensi masalah.
- 4. Membuat sistem pelaporan. Permudah karyawan untuk melaporkan insiden, dan rumah sakit akan mengatur agar mereka dilaporkan ke KNKP,bukan ke KKPRS.
- 5. Berkenalan dan berbicara dengan pasien. Membangun saluran komunikasi yang jelas dengan pasien.
- 6. Bagikan pengetahuan Anda tentang pengalaman keselamatan pasien.
- 7. Menerapkan sistem Keselamatan Pasien untuk menghindari cedera. Untuk melakukan penyesuaian pada sistem layanan, manfaatkan informasi yang

sudah ada tentang insiden dan masalah.

Adapun sasaran keselamatan pasien meliputi:

1. Identifikasi pasien secara akurat
2. Tingkatkan korespondensi yang menarik.
3. Jadikan obat-obatan yang seharusnya dihindari lebih aman.
4. Memastikan bahwa prosedur, lokasi bedah, dan pasien semuanya benar
5. Perawatan kesehatan telah mengurangi risiko infeksi
6. Mencegah cedera pasien yang disebabkan oleh jatuh.

E. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien adalah Kejadian Tak Terduga (KTD), Kejadian Hampir Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTD), Kejadian Cedera Potensial (KPC), dan kejadian sentinel adalah semua kejadian dan kondisi yang tidak disengaja yang menyebabkan atau berpotensi menyebabkan cedera pasien yang dapat dicegah (Permenkes RI, 2017). Menurut KKPRS (KKPRS, 2015) mengidentifikasi kategori insiden *patient safety* sebagai berikut:

1. Keadaan yang Berpotensi Tinggi Menyebabkan Cedera (KPC) adalah keadaan yang belum terjadi insiden. Contoh: syok DC, pengukur tekanan darah, dan kerusakan pada ventilator.
2. Insiden yang belum diungkapkan kepada pasien disebut sebagai "hampir celaka" atau "kejadian nyaris cedera". contoh: identifikasi pasien yang salah, yang diketahui sebelum tindakan).
3. *Non-Injury Events* (KTC) adalah kejadian yang telah diketahui oleh pasien tetapi tidak mengakibatkan cedera. Hal ini dapat terjadi sebagai akibat dari "keberuntungan" (misalnya, pasien menerima obat yang dikontraindikasikan tetapi tidak menimbulkan reaksi alergi) atau "mengurangi" (misalnya, reaksi alergi terhadap suatu obat terdeteksi lebih awal dan penawarnya dikelola).
4. Suatu kejadian yang menimbulkan kerugian bagi pasien disebut sebagai kejadian tak terduga (KTD) atau kejadian tidak diharapkan (*adverse event*). Kejadian tidak diinginkan yang tidak terkait dengan perkembangan penyakit atau kondisi pasien disebut sebagai kejadian sentinel. *Adverse event* yang menyebabkan kematian, luka permanen, atau luka serius sementara dan memerlukan intervensi untuk mempertahankan hidup, baik secara fisik maupun psikologis. seperti amputasi kaki yang salah atau operasi pada bagian tubuh yang salah.

Berikut dampak dari insiden *patient safety* dalam pelayanan kesehatan, seperti

yang dikemukakan oleh Cooper *et al* (2018) adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada kerugian

Pasien tidak mengalami kerugian atau kerugian apapun selama proses pengobatan. Contoh: Pasien diberi obat imunosupresif (azatioprin), tetapi dia tidak melakukan pemeriksaan darah rutin.

2. Tidak ada kerugian akibat dari hasil mitigasi

Setiap kejadian yang berpotensi merugikan tetapi tidak terjadi. Contoh: Saat petugas menuliskan sehari sekali, petugas kesehatan salah menyatakan bahwa pasien harus minum obat dua kali sehari.

3. Kehilangan ringan

Insiden di mana pasien mengalami cedera tetapi tidak memerlukan perawatan atau intervensi apa pun. Contoh: Bila terjadi kesalahan resep, sediaan obat tidak tersedia di apotek rumah sakit, sehingga harus menggunakan apotek di luar fasilitas. Pasien tidak mendapatkan obat selama tiga setengah jam, yang membuat keluarga sangat ketakutan.

4. Kerugian sedang

Pasien dengan kehilangan sedang yang memerlukan perawatan medis jangka pendek untuk evaluasi dan perawatan ringan di unit gawat darurat atau bangsal rumah sakit. Contoh: Seorang profesional kesehatan memberikan insulin kepada pasien diabetes selama kunjungan rumah-rutin. Pasien tidak memberitahu petugas bahwa pasien sudah mendapat terapi insulin 30 menit sebelum petugas datang pada hari yang sama dengan pasien diketahui hipoglikemia. Untuk mengawasi gula darah pasien, pasien harus menghabiskan satu hari di rumah sakit.

5. Cedera Besar atau Kecelakaan

Pasien menderita cedera atau kecelakaan yang memiliki efek jangkapanjang atau permanen pada fisik, mental, atau kehidupan sosial mereka, mengurangi umur mereka. Contoh: Fenobarbital diresepkan untuk anak penderita epilepsi selama tiga hari dengan rasa kantuk dan kehilangan kesadaran.

6. Kematian

Kematian yang terjadi saat pasien menerima perawatan. dapat terjadi akibat pengobatan dini, diagnosis yang salah, dan sebagainya. Contoh: Keluarga pasien memanggil dokter dan menjelaskan gejala pasien, termasuk mual, muntah, dan ruam merah di perut.

7. Insiden yang Tidak Spesifik

Insiden di mana tidak ada cukup informasi untuk menilai tingkat keparahan kerusakan, menempatkan hasil perawatan pada risiko kesalahan.

F. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden patient safety merupakan Suatu sistem pelayanan pendokumentasian laporan *patient safety*, menganalisisnya, serta menerima rekomendasi solusi dari tim *patient safety* di fasilitas pelayanan kesehatan dikenal sebagai pelaporan insiden *patient safety*(selanjutnya disebut "pelaporan insiden"). Berikut adalah beberapa pedoman untuk melaporkan insiden yang melibatkan *patient safety*.

1. Menetapkan sistem pelaporan *patient safety*di rumah sakit, termasuk SOP,alur pelaporan, formulir pelaporan, dan prosedur yang harus dikomunikasikan kepada seluruh karyawan, merupakan langkah pertama dalam memulai pelaporan insiden.
2. Insiden yang dilaporkan adalah peristiwa yang telah terjadi, dapat terjadi,atau hampir terjadi.
3. Pelapor adalah setiap anggota staf rumah sakit yang mengetahui kejadian tersebut untuk pertama kali atau terlibat di dalamnya.
4. Karyawan mendapatkan pelatihan tentang sistem pelaporan insiden

Menurut KKPRS (2015), berikut adalah tujuan pelaporan insiden yangmelibatkan keselamatan pasien:

1. Tujuan pertama: Meningkatkan *patient safety* dan Meningkatkan mutu pelayanan dan *patient safety*.
2. Tujuan khusus:
 - Rumah Sakit (Internal): Pembentukan sistem pelaporan dan pencatatan rumah sakit untukinsiden *patient safety*, Memahami sumber penyebab insiden yang melibatkan *patient safety*, dan Pengetahuan diperoleh untuk meningkatkan perawatan pasien,supaya tidak terulang.
3. KPPRS (Eksternal): Mendapatkan data nasional dan peta prevalensi insiden *patientsafety*, Mempelajari cara meningkatkan mutu pelayanan dan *patient safety*, dan Menerapkan langkah-langkah praktis untuk *patient safety* di rumahsakit Indonesia. Menurut KKPRS (2015) alur pelaporan terdiri dari: 1) Alur pelaporan insiden ke Tim KKPRS (Internal). 2) Dalam hal terjadi insiden *patient safety* di rumah sakit, maka harus segera dilakukan pencegahan atau penanganan untuk mengurangi efekatau dampak yang tidak diharapkan. 3) Segera menyampaikan laporan insiden kepada ka.tim/ karu/ komite keperawatan dengan mengisi form laporan insiden *patient safety* (< 2x24 jam). 4) Segera menyampaikan laporan yang sudah selesai ka.tim/ karu/ komitekeperawatan. 5) Supervisor akan segera meninjau laporan tersebut dan

menetapkan peringkat risiko insiden tersebut. 6) Jenis investigasi dan analisis yang dilakukan akan ditentukan berdasarkan hasil grading: a) Kelas biru: penyelidikan langsung oleh orang yang bertanggung jawab, memakan waktu < dari 1 minggu. b) Kelas hijau: pemeriksaan sederhana oleh atasan langsung ± 2 minggu. c) Kelas kuning: Tim KPRS akan melakukan pengkajian menyeluruh, analisis submer masalah dalam waktu < 45 hari. d) Kelas merah: investigasi komprehensif, *root cause analysis*, dan RCA oleh Tim KP di Rumah Sakit, maksimal 45 hari. 7) Melaporkan kejadian dan temuan investigasi sederhana kepada Tim KP di Rumah Sakit. 8) Direksi diberitahu tentang temuan, rekomendasi, dan rencana kerja RCA. Demikian pula, unit kerja terkait menerima umpan balik atas rekomendasi perbaikan dan pembelajaran, dan semua unit Rumah Sakit dihubungi. 9) Unit kerja melakukan analisis insiden di unit kerja masing-masing. 10) Tim KPRS melakukan observasi dan evaluasi perbaikan secara langsung.

4. Prosedur pelaporan insiden ke KKPRS

Dengan memasukkan data di website resmi KPPRS, laporan hasil pemeriksaan sederhana, analisis akar masalah, dan RCA pasien yang telah menghasilkan rekomendasi dan solusi dari Tim KPRS (internal) dan pimpinan rumah sakit dikirim ke KKPRS: www.buk.depkes.go.id.

Sistem pelaporan yang berhasil memiliki ciri-ciri sebagai berikut, menurut Jenita (2019):

5. Non-punitif (tidak menghukum)

Fakta bahwa sistem pelaporan tidak menghukum pelapor atau orang lain yang terlibat dalam insiden tersebut merupakan faktor terpenting dalam menentukan keberhasilannya. Jika karyawan atau petugas mengkhawatirkan sanksi atau undang-undang, mereka tidak akan melapor.

6. Rahasia

Menurut temuan penelitian, tidak ada korelasi antara pelaporan dan peningkatan permintaan dari profesional medis. Kerahasiaan pelapor harus dijamin oleh organisasi kesehatan agar sistem pelaporan dapat berfungsi dengan baik. Partisipasi dalam pelaporan akan meningkat secara signifikan sebagai akibat dari kerahasiaan sistem pelaporan.

7. Independen

Sistem pelaporan yang independen, rahasia, dan tidak menghukum tidak dapat ada tanpa yang lain. Sistem pelaporan yang bebas dari otoritas yang berwenang menghukum individu atau organisasi yang melapor dikenal dengan sistem pelaporan independen.

8. Dianalisis oleh para ahli

Tanpa tim ahli yang mengetahui seluk beluknya, rekomendasi mungkin tidak dapat menyelesaikan masalah yang sebenarnya. Tim ahli yang sangat dominan diperlukan untuk rekomendasi yang kredibel.

9. Tepat waktu

Laporan harus segera dianalisis, dan rekomendasi harus disebarluaskan segera untuk menjaga momentum di antara para pemangku kepentingan. Data umpan balik harus segera digunakan jika risiko serius telah ditemukan.

10. Berorientasi Sistem

Kesalahan dan kejadian negatif adalah tanda kelemahan sistem, sehingga laporan retrospektif yang baik dapat berfungsi sebagai titik awal untuk melihat dan menganalisis kelemahan sistem. Diantisipasi bahwa sistem pelaporan akan mencatat kesalahan, kerugian, nyaris celaka, kegagalan fungsi teknologi dan peralatan, dan kondisi lingkungan yang berbahaya.

Pelapor insiden yang dituangkan dalam Pedoman Pelaporan Insiden *patient safety* (2015) adalah sebagai berikut:

1. Setiap dan semua anggota staf rumah sakit yang pertama kali mengetahui suatu kejadian atau peristiwa.
2. Setiap dan semua karyawan yang menjadi bagian dari insiden atau acara tersebut. Seluruh pegawai rumah sakit yang pertama kali menemukan insiden keselamatan pasien atau yang terlibat dalam pemberian pelayanan kepada pasien wajib mencatat dan melaporkannya (KKPRS, 2015). Karena perawat berperan dalam memberikan pelayanan langsung kepada pasien, lebih banyak insiden yang melibatkan keselamatan pasien dapat terjadi karena tanggung jawab mereka yang luas (Arisandhi *et al*, 2022). Namun, minat perawat dalam melaporkan insiden yang melibatkan keselamatan pasien memengaruhi pelaporan mereka (Mauti & Githae, 2019).

G. Kaitan Pengetahuan dengan Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Notoadmodjo (2018) pengetahuan adalah kumpulan hasil yang diperolah dari penginderaan seseorang (lidah, mata, hidung, dan telinga). Melalui proses indrawi, terutama pada mata dan telinga untuk objek tertentu, rasa ingin tahu mengarah pada pengetahuan. Seorang perawat yang memiliki pengetahuan yang baik tentang protokol dan prosedur keselamatan pasien akan lebih mampu melaporkan situasi yang berpotensi membahayakan pasien. Mereka akan memahami tanda-tanda peringatan dan tahu langkah-langkah yang harus diambil

untuk mengatasi masalah tersebut. Perawat yang memiliki pengetahuan yang baik tentang tanda dan gejala penyakit atau kondisi tertentu akan lebih mampu mengenali adanya perubahan yang tidak wajar pada pasien. Mereka dapat dengan cepat melaporkan perubahan tersebut kepada tim medis atau pihak yang berwenang untuk tindakan lebih lanjut (Jacobus *et al*, 2022).

Perawat yang memiliki pelaporan insiden keselamatan pasien yang rendah adalah perawat dengan pengetahuan rendah, setelah dilakukan analisis lebih lanjut dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor pengetahuan dengan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap.

Octarini *et al* (2019) juga telah menemukan hal yang sama menyatakan bahwa ada korelasi antara pengetahuan dengan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien oleh perawat. Rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien oleh perawat berkorelasi dengan fungsi pengawasan perawat dan pengetahuan kepala ruangan. Didukung oleh penelitian Salawati (2020) yang menemukan bahwa pengetahuan berperan penting dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien, minat petugas untuk melaporkan insiden yang berkaitan dengan patient safety akan menurun, dan setiap insiden yang terjadi tidak akan dilaporkan. Didukung oleh temuan Karo *et al* (2022), yang menemukan bahwa pengetahuan perawat sangat penting bagi rumah sakit untuk menerapkan program keselamatan pasien.

Pengetahuan perawat mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien, semakin tinggi pengetahuan maka akan semakin baik pelaporan insiden keselamatan pasien oleh perawat. Sebaliknya jika semakin rendah pengetahuan perawat, maka akan semakin kurang pelaporan insiden keselamatan pasien oleh perawat. Pengetahuan yang baik tentang keselamatan pasien membantu perawat memahami betapa pentingnya melaporkan insiden keselamatan pasien. Mereka menyadari bahwa melaporkan insiden tersebut merupakan langkah kritis dalam mencegah kejadian yang serupa di masa depan dan meningkatkan kualitas perawatan.

H. Faktor Supervisi dengan Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Ginting (2020), supervisi didefinisikan sebagai kegiatan pembinaan terencana yang dirancang untuk membantu staf perawat dan anggota staf lainnya dalam melaksanakan tugasnya secara efektif. Dalam praktiknya, supervisi tidak hanya mengkaji apakah semua anggota staf keperawatan melaksanakan tanggung jawabnya sesuai dengan petunjuk atau ketentuan yang telah digariskan dengan

sebaik-baiknya, tetapi juga membahas dengan perawat cara-cara untuk meningkatkan proses keperawatan yang sedang berlangsung (Nursalam, 2018). Oleh karena itu, dalam kegiatan supervisi, seluruh tenaga keperawatan diperlukan tidak hanya sebagai pelaksana tetapi juga sebagai mitra kerja yang memiliki gagasan, carapandang, dan pengalaman yang harus dihargai, didengarkan, dan diintegrasikan ke dalam upaya untuk mewujudkan supervisi. meningkatkan proses keperawatan.

Temuan di sebuah rumah sakit swasta di Bangka Belitung menyebutkan bahwa pelaporan insiden keselamatan pasien yang rendah adalah perawat yang tidak dilakukan supervisi. Hasil analisis lebih lanjut dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor supervisi dengan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien. Temuan serupa dengan Octarini et al (2019), terdapat hubungan antara rendahnya pelaporan insiden yang menyangkut patient safety dan supervisi. Ketertarikan perawat dalam melaporkan insiden yang melibatkan patient safety meningkat dengan peran pengawasan kepala ruangan. Pelaksanaan supervisi kepala ruang memiliki hubungan dengan persepsi perawat tentang pentingnya pelaporan insiden dan penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap. Sejalan dengan penelitian Iskandar (2021) yang menyatakan bahwa supervisi memiliki hubungan yang cukup kuat dengan rendahnya pelaporan insiden patient safety. Namun berbanding terbalik terhadap penelitian Paramita et al (2020) yang menemukan bahwa supervisi lebih merupakan faktor hygiene dari pada faktor motivasi. Hal ini menunjukkan bahwa faktor ini mencegah ketidakpuasan individu tetapi tidak mampu memotivasi.

Supervisi mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien, karena melalui supervisi yang efektif, perawat menjadi lebih sadar akan tanggung jawab mereka terhadap keselamatan pasien. Dalam lingkungan supervisi yang baik, perawat diberikan penekanan pada pentingnya melaporkan insiden sebagai bagian dari tanggung jawab profesional mereka. Ini menciptakan budaya keselamatan yang mempromosikan akuntabilitas dan mendorong pelaporan insiden.

I. Budaya Keselamatan Pasien dengan Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah kumpulan nilai-nilai, norma, keyakinan, sikap, dan perilaku yang dianut dan praktikkan oleh individu dan organisasi dalam upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien. Budayaini menciptakan lingkungan

yang mendukung upaya untuk mencegah kesalahan, mengurangi risiko, dan meningkatkan kualitas perawatan pasien. Budaya keselamatan pasien mempromosikan transparansi, pembelajaran, saling percaya, dan akuntabilitas dalam semua tingkatan sistem perawatan kesehatan (Kemenkes, 2017).

Budaya keselamatan pasien dalam temuan ini masih tergolong rendah, analisis lebih lanjut didapatkan bahwa adahubungan yang bermakna antara faktor budaya keselamatan pasien dengan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien di ruang rawat inap.

Hal ini sejalan dengan penelitian Jacobus *et al* (2022), terdapat korelasi yang signifikan antara budaya *patient safety* dan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan oleh perawat. Secara keseluruhan, budaya rumah sakit untuk meningkatkan insiden pelaporan pasien adalah yang mengutamakan internal organisasi dan mampu merespon dengan cepat berbagai respon pelaporan. Faktor lain yang mendukung pelaporan insiden yang menyangkut *patient safety* adalah budaya tidak menyalahkan (*no blaming culture*). Membangun budaya keselamatan pasien dan tidak menyalahkan adalah salah satu cara untuk meningkatkan jumlah insiden keselamatan pasien yang dilaporkan (Salawati, 2020). Bagian manajemen rumah sakit menyatakan tidak pernah menyalahkan jika terjadi insiden *patient safety* karena jika ada budaya menyalahkan akan menghambat kemampuan petugas dalam menjalankan tugasnya. Dengan melaporkan kejadian, diharapkan dapat ditemukan solusi atau cara untuk mengatasinya. Untuk mendukung budaya pelaporan insiden keselamatan pasien yang efektif, manajemen dan kolega harus menanggapi insiden tanpa menyalahkan (Lestari *et al*, 2019).

Budaya keselamatan pasien berhubungan dengan pelaporan insiden keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien yang kuat mendorong perbaikan berkelanjutan dalam perawatan pasien. Pelaporan insiden keselamatan pasien memainkan peran penting dalam mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan dan mengimplementasikan tindakan perbaikan yang relevan. Dengan adanya pelaporan insiden yang konsisten, organisasi perawatan kesehatan dapat mengikuti tren, mengukur dampak perbaikan, dan melacak progres menuju keselamatan pasien yang lebih baik. Selain itu lingkungan dan manajemen rumah sakit juga perlu menerapkan budaya *no blaming culture* (tidak menyalahkan) ketika adanya pelaporan insiden keselamatan pasien.

J. Penutup

Pelaporan insiden keselamatan pasien hendaknya menjadi perhatian untuk meningkatkan perbaikan sistem patient safety dengan memperhatikan aspek pengetahuan, supervisi dan budaya keselamatan pasien.

Referensi

- Arisandhi, S., Santoso, S., Zaman, M. K., Herniwanti, H., & Nopriadi, N. (2022). Faktor yang Berhubungan dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Permata Hati Kabupaten Bengkalis. *Menara Ilmu*, 16(1).
- Baharudin, M. (2015). *Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien (Edisi MultiProfesional WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi Professional Edition)*
- Darliana, D. (2018). Hubungan pengetahuan perawat dengan upaya penerapan patient safety di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah DR. ZainoelAbidin Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*, 7(1), 61-69.
- Daud, A. (2020). *Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien*. [https://persi.or.id.](https://persi.or.id/), diakses tanggal 20 November 2021, jam 11.00 WITA2012
- Humairoh, S. (2017). Platform e-Reporting Kemenkes. *Mampukah Mengurangi Hambatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.
- Hutchinson (2018). Patient Identification Errors Are Common in a Simulated Setting. *Annals of Emergency Medicine*, 55(6), 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.11.017>
- Institute of Medicine (US). (2020). The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. <https://doi.org/10.17226/12956>
- Jacobus, D. W. C., Setyaningsih, Y., & Arso, S. P. (2022). Analisis Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Budaya Organisasi, Dan Lingkungan Yang Mendukung Terhadap Motivasi Melaporkan Insiden Keselamatan Pasien- Systematic Review. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 9(2).
- Jenita, A. (2019). *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Pendekatan Teori Kopelman Di Instalasi Rawat Inap (Irna) 1 Rsud Prof. Dr. Wz Johannes Kupang Penelitian Korelasional* (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
- Joint Commission International. (2017). International Patient Safety Goals(IPSG's): Targeted Solutions Tool. 517.
- <http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safetygoals/>

- Karo, D. B., Nababan, D., Silitonga, E., Utama, I., & Brahmana, N. E. (2022). Studi komparatif pengetahuan perawat dalam pencegahan risiko pasien jatuh selama masa pandemi COVID-19 diruang isolasi dan rawat inap penyakit dalam di rumkit TK II Putri Hijau Kesdam I/BB Medan. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1221-1235.
- Kemenkes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis*. <https://www.persi.or.id/images/regulasi/permekes/pmk402017.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 417 Tahun 2017, tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Pemerintah.
- KKPRS. (2015) *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (Patient Safety Incident Report)*. Jakarta.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2015). *Instrumen Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: KARS.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. www.pdpersi.co.id/kanalpersi/website_ikprs/content/pedoman_pelaporan.pdf%0A
- Mauti G, Githae M. Medical error reporting among physicians and nurses in Uganda. *Afr Health Sci*. 2019;19(4):3107–17.
- McFarland, D. M., & Doucette, J. N. (2018). Impact of High-Reliability Education on Adverse Event Reporting by Registered Nurses. *Journal of Nursing CareQuality*, 33(3), 285–290. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000291>
- Nashifah, N. S. A., & Adriansyah, A. A. (2021). Analisis Pelaporan InsidenKeselamatan Pasien: Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya. *MOTORIK Jurnal Ilmu Kesehatan*, 16(2), 50-55
- NHS England. (n.d.). (2020). <https://www.wiredgov.net/wg/news.nsf/print/Patient+safety+incident+repo+rting+continues+to+i mprove+24092015091500>
- Oktarini, N. K. A., Yanti, N. P. E. D., & Krisnawati, K. M. S. (2019). Hubungan pengetahuan perawat dan fungsi pengawasan kepala ruangan dengan motivasi perawat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 9(3), 241-248.

Patient Safety Network AHRQ. (2019). *Culture of Safety*.
<https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>

Rangkuti, D. S. R., Silaen, M., & Jamalludin, J. (2019). Analisis Penyebab Ketidaktepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasiendi RSU Bunda Thamrin. *Jurnal Rekam Medic*, 1(2), 76-86.

Rekam Medis Rumah Sakit Medika Stannia Sungailiat. (2022). *Data Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2020-2022*.

Salawati, L. (2020). Penerapan keselamatan pasien rumah sakit. *Averrous: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 6(1), 98-107.

Sulistyaningrum, Y. (2019). Hubungan Motivasi Perawat Dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Mata "Dr. Yap" Yogyakarta (Doctoral Dissertation, Universitas' Aisyiyah Yogyakarta).

Triwibowo C. (2017). *Manajemen pelayanan keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.

Wardhani, V. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Universitas Brawijaya Press.

World Health Organization (WHO).(2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems Technical report and guidance*. Geneva.

Glosarium

D

DC: adalah Defibrilator Cardio

K

KNKP: adalah Komite Nasional Keselamatan Pasien

KKPRS: adalah Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit

KP: adalah Keselamatan Pasien

R

RCA: adalah Root Cause Analysis

RI: adalah Republik Indonesia

S

SDM: adalah Sumber Daya Manusia

SOP: adalah Standar Operasional Prosedur

U

USA: adalah United States of America

BAB 4

Kepemimpinan, Komunikasi dan Manajemen Konflik dalam Keperawatan: Membangun Tim yang Efektif dan Berkualitas

Sri Wanti

A. Pendahuluan

Keperawatan merupakan profesi yang memainkan peran penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Selain bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien, perawat juga dituntut untuk memiliki keterampilan memimpin, berkomunikasi secara efektif serta mampu mengelola konflik di lingkungan kerja yang sering kali dinamis. Tantangan yang dihadapi perawat semakin kompleks, terutama karena kondisi kesehatan pasien yang beragam, heterogenitas tim kesehatan, serta kebutuhan untuk menjaga keselamatan pasien dan kualitas layanan. Oleh karena itu, keterampilan dalam kepemimpinan, komunikasi, dan manajemen konflik menjadi sangat krusial yang harus dimiliki oleh seorang perawat (Kok et al., 2023; Salvage & White, 2019).

Dalam pendidikan keperawatan, integrasi keterampilan non-klinis seperti kepemimpinan, komunikasi, dan manajemen konflik sangat penting untuk mempersiapkan seorang perawat agar mampu menavigasi kompleksitas lingkungan perawatan kesehatan. Keterampilan ini sangat penting, tidak hanya dalam pengaturan klinis tetapi juga dalam komunitas yang lebih luas dan peran manajemen perawatan kesehatan. Pengembangan kompetensi ini harus dimulai sejak awal dalam pendidikan keperawatan untuk memastikan bahwa perawat dilengkapi dengan baik untuk menangani tantangan tempat kerja yang dinamis. Integrasi keterampilan ini dalam pendidikan keperawatan sangat penting agar perawat mampu menghadapi kompleksitas lingkungan kerja sejak awal karier. Keterampilan kepemimpinan, komunikasi, dan manajemen konflik harus dilatih secara konsisten agar menghasilkan profesional yang kompeten, tidak hanya dalam bidang klinis tetapi juga di ranah komunitas dan manajemen layanan Kesehatan(Abbara & Ekzayez, 2021; Massimi et al., 2017; Tomblin Murphy et al., 2022)

Meskipun banyak literatur yang membahas aspek teknis dalam keperawatan, seperti prosedur klinis dan teori kesehatan, keterampilan kepemimpinan, komunikasi, dan manajemen konflik sering kali dianggap sebagai pelengkap, bukan sebagai kompetensi utama. Padahal, ketiga aspek ini secara langsung memengaruhi efektivitas praktik sehari-hari, kualitas interaksi dengan pasien, serta kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya. Penguasaan yang baik atas ketiga keterampilan ini berpotensi meningkatkan kinerja tim perawat dan berdampak positif pada kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (Alsadaan et al., 2023; Leal et al., 2022; Oapan & Tapayan, 2024).

B. Kepemimpinan dalam Keperawatan

Kepemimpinan merupakan elemen kunci dalam profesi keperawatan. Dalam konteks ini, kepemimpinan tidak terbatas pada jabatan struktural melainkan mencakup kemampuan seorang perawat untuk memengaruhi, mengarahkan, dan memotivasi tim serta pasien dalam mencapai hasil kesehatan yang optimal. Setiap perawat, baik yang memimpin tim kecil di unit pelayanan maupun yang terlibat dalam perencanaan kebijakan di tingkat manajemen, berperan sebagai pemimpin. Oleh karena itu, pengembangan keterampilan kepemimpinan sejak masa pendidikan sangat penting untuk menjamin pelayanan kesehatan yang berkualitas. Ini mencakup pemberdayaan rekan kerja dan pasien dalam menciptakan lingkungan yang mendukung dan berorientasi pada hasil (den Breejen-de Hooge et al., 2021; Kok et al., 2021)

Kepemimpinan dalam keperawatan dapat diterapkan melalui berbagai gaya, yang bergantung pada kebutuhan dan situasi organisasi. Beberapa gaya kepemimpinan yang relevan antara lain:

1. Kepemimpinan Transformasional

Gaya kepemimpinan ini berfokus pada pemberdayaan dan inspirasi. Seorang pemimpin transformasional tidak hanya memotivasi tim untuk mencapai tujuan tetapi juga mendorong inovasi dan perbaikan berkelanjutan. Pemimpin dengan gaya ini menciptakan visi yang jelas dan melibatkan seluruh anggota tim dalam mencapai tujuan bersama. Contohnya, kepala unit yang menerapkan kepemimpinan transformasional akan mendorong perawat untuk terus belajar dan berkembang melalui pelatihan dan pengembangan diri.

2. Kepemimpinan Transaksional

Berbeda dengan kepemimpinan transformasional, gaya ini lebih berorientasi pada tugas harian dengan fokus pada pencapaian target spesifik.

Pemimpin transaksional memberikan penghargaan atas kinerja yang baik dan menerapkan sanksi atas ketidakpatuhan. Meskipun efektif dalam pengelolaan tugas rutin, gaya ini cenderung kurang mendorong kreativitas dan inovasi dalam tim.

3. Kepemimpinan Situasional

Gaya ini menekankan fleksibilitas, di mana seorang pemimpin harus menilai situasi terlebih dahulu sebelum menentukan pendekatan yang paling tepat. Dalam kondisi tertentu, pemimpin bisa menerapkan gaya kepemimpinan partisipatif, tetapi pada saat lain perlu mengambil keputusan cepat tanpa berkonsultasi dengan tim. Gaya ini memungkinkan pemimpin beradaptasi dengan kondisi dan kebutuhan yang terus berubah di lingkungan klinis.

4. Kepemimpinan Autentik

Kepemimpinan autentik menekankan kejujuran, transparansi, dan konsistensi antara nilai pribadi dan profesional. Seorang pemimpin autentik tidak hanya memberikan arahan tetapi juga menjadi teladan dengan menunjukkan integritas dalam setiap tindakan. Gaya ini penting dalam membangun kepercayaan dalam tim dan menciptakan hubungan kerja yang harmonis.

5. Kepemimpinan Kolektif (Shared Leadership)

Dalam kepemimpinan kolektif, tanggung jawab dibagi di antara anggota tim. Setiap orang memiliki peran untuk memimpin dalam situasi tertentu, tergantung pada keahlian dan tanggung jawab mereka. Gaya ini sangat efektif dalam tim multidisiplin di mana setiap anggota memiliki kontribusi yang signifikan terhadap perawatan pasien (López-Medina et al., 2022; Ngabonzima, 2020; Smama'h et al., 2023).

Pengembangan keterampilan kepemimpinan perlu dimulai sejak masa perkuliahan. Mahasiswa keperawatan harus diberikan kesempatan untuk berlatih memimpin melalui kegiatan seperti diskusi kelompok, simulasi klinis, dan organisasi mahasiswa. Simulasi klinis memberikan lingkungan yang aman bagi mahasiswa untuk melatih pengambilan keputusan dan bekerja sama dalam tim. Mentoring dan coaching juga merupakan strategi efektif dalam mengembangkan kepemimpinan. Mahasiswa dapat belajar dari pengalaman perawat senior dan menerima umpan balik yang konstruktif untuk meningkatkan kompetensi mereka (Dopelt et al., 2023; Johnson et al., 2023).

Meskipun kepemimpinan dalam keperawatan memberikan banyak keuntungan, berbagai tantangan tetap harus dihadapi. Salah satunya adalah

keterbatasan sumber daya, baik dalam bentuk staf, waktu, maupun fasilitas, yang dapat memengaruhi kualitas pelayanan. Selain itu, pemimpin perawat sering kali harus mengatasi dinamika interpersonal antara anggota tim kesehatan yang berasal dari latar belakang profesi berbeda. Resistensi terhadap perubahan juga menjadi kendala, baik dari rekan kerja maupun dari sistem organisasi yang sudah mapan. Untuk mengatasi resistensi ini, seorang pemimpin harus mampu membangun komunikasi terbuka, mendengarkan masukan dari tim, dan menunjukkan manfaat perubahan yang diusulkan (Hofmeyer & Taylor, 2021; Ngabonzima, 2020).

Studi Kasus: Kepemimpinan di Unit Perawatan Intensif (ICU)

Sebuah studi kasus di rumah sakit besar menunjukkan bagaimana penerapan kepemimpinan transformasional mampu meningkatkan kinerja tim. Di unit ICU, kepala unit melibatkan seluruh staf dalam pengambilan keputusan terkait perawatan pasien kritis. Dengan pendekatan ini, perawat merasa dihargai dan didukung, yang meningkatkan motivasi mereka untuk memberikan layanan terbaik. Selain itu, kepala unit tersebut mendorong pelatihan rutin dan pengembangan kompetensi bagi setiap anggota tim. Hasilnya, kepuasan pasien dan kinerja tim meningkat secara signifikan, menunjukkan bahwa kepemimpinan yang inklusif dan inspiratif dapat berkontribusi pada kualitas layanan kesehatan yang lebih baik. Pemimpin di unit ini juga menggunakan prinsip kepemimpinan kolektif, di mana setiap anggota tim diberi kesempatan untuk memimpin dalam tugas tertentu, sesuai dengan keahlian dan tanggung jawab masing-masing. Dengan demikian, setiap anggota tim merasa memiliki peran penting, yang memperkuat kolaborasi dan meningkatkan kinerja tim secara keseluruhan.

C. Komunikasi dalam Keperawatan

Komunikasi merupakan salah satu keterampilan paling penting dalam profesi keperawatan. Komunikasi yang efektif membantu perawat membangun hubungan baik dengan pasien dan memperkuat kolaborasi dengan tim kesehatan. Keterampilan ini sangat penting karena berpengaruh langsung terhadap hasil klinis, kepuasan pasien, dan efektivitas kerja tim. Komunikasi dalam keperawatan tidak hanya mencakup kata-kata, tetapi juga melibatkan aspek nonverbal, empati, kemampuan mendengarkan aktif, dan pemberian umpan balik yang konstruktif (Karger et al., 2022; Kwame & Petrucca, 2021; Wianti et al., 2020).

Model dan Teknik Komunikasi dalam Keperawatan

1. ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation)

ISBAR adalah teknik komunikasi terstruktur yang menambahkan elemen identifikasi di awal interaksi. Identifikasi ini berguna terutama dalam situasi ketika beberapa pasien atau staf terlibat, untuk mengurangi kebingungan dan memastikan bahwa semua pihak mengetahui siapa yang terlibat dan siapa yang menjadi fokus komunikasi. Model ini sangat efektif dalam handover antarshift dan komunikasi di lingkungan klinis yang dinamis.

Contoh Aplikasi ISBAR:

Seorang perawat ICU menyampaikan kondisi pasien kritis kepada dokter:

Identify: "Ini perawat Maria dari ICU, saya akan menyampaikan informasi tentang pasien Tuan Budi."

Situation: "Pasien mengalami kesulitan bernapas dengan saturasi oksigen turun ke 85%."

Background: "Pasien dirawat dengan pneumonia berat sejak dua hari lalu."

Assessment: "Saat ini, kondisi paru-paru pasien semakin memburuk dengan respons minimal terhadap terapi oksigen."

Recommendation: "Saya merekomendasikan peningkatan terapi oksigen atau intubasi segera."

Penggunaan Utama ISBAR adalah dalam komunikasi kritis yang melibatkan banyak pasien dan profesional. Saat terjadi handover antar perawat untuk memastikan informasi disampaikan dengan lengkap.

2. SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)

SBAR merupakan varian dari ISBAR yang lebih ringkas dan tidak mencantumkan identifikasi awal. Model ini sangat berguna ketika komunikasi terjadi antara anggota tim yang sudah saling mengenal atau sudah memahami konteks pasien. SBAR efektif untuk memberikan laporan cepat dan fokus pada inti informasi.

Contoh Aplikasi SBAR:

Situation: "Pasien menunjukkan peningkatan denyut jantung hingga 120 bpm."

Background: "Ia menjalani operasi bypass jantung dua hari lalu."

Assessment: "Ada indikasi bahwa pasien mungkin mengalami atrial fibrillation."

Recommendation: "Saya merekomendasikan evaluasi segera oleh ahli kardiologi."

Penggunaan Utama SBAR adalah dalam komunikasi antarprofesi yang sudah memahami konteks. Untuk laporan cepat dan efektif di situasi non-darurat.

ISBAR dan SBAR adalah dua model komunikasi yang efektif dalam keperawatan, dengan perbedaan utama terletak pada elemen identifikasi yang terdapat dalam ISBAR. Pada ISBAR, identifikasi dilakukan di awal untuk mengurangi

kebingungan, terutama dalam situasi yang melibatkan banyak pasien atau staf, seperti pada saat handover antarshift di unit perawatan intensif. Sebaliknya, SBAR tidak mencakup tahap identifikasi dan lebih cocok digunakan dalam komunikasi cepat antara anggota tim yang sudah mengenal konteks pasien, seperti saat diskusi antara perawat dan dokter yang sudah terbiasa bekerja bersama. Singkatnya, ISBAR lebih cocok digunakan dalam situasi yang memerlukan penekanan identifikasi untuk memastikan kejelasan, sedangkan SBAR lebih efisien untuk komunikasi yang lebih langsung dan spesifik di antara anggota tim yang sudah saling memahami (Kwame & Petrucci, 2021).

Komunikasi terapeutik melibatkan serangkaian tahapan yang membantu perawat membangun hubungan mendalam dan empatik dengan pasien (De Miranda & Freire, 2012). Tahapan-tahapan ini memastikan bahwa interaksi berlangsung secara terstruktur dan mendukung kesejahteraan pasien:

1. Tahap Prainteraksi

Pada tahap ini, perawat mempersiapkan diri dengan mengumpulkan informasi tentang pasien dan menentukan pendekatan yang tepat.

Contoh: Perawat membaca riwayat medis pasien dan menyiapkan pertanyaan yang relevan.

2. Tahap Orientasi

Pada tahap ini, perawat memperkenalkan diri kepada pasien dan menjelaskan tujuan pertemuan untuk membangun rasa saling percaya.

Contoh: "Halo, saya perawat Sinta. Saya akan membantu Anda dalam perawatan hari ini."

3. Tahap Kerja

Ini adalah tahap inti, di mana perawat dan pasien bekerja sama untuk mengeksplorasi masalah dan mencari solusi.

Contoh: Perawat menggunakan refleksi untuk membantu pasien memahami perasaannya.

4. Tahap Terminasi

Tahap ini menandai akhir dari interaksi. Perawat merangkum pertemuan dan memberikan arahan atau tindak lanjut jika diperlukan.

Contoh: "Terima kasih atas waktunya. Apakah ada hal lain yang ingin Anda tanyakan sebelum saya akhiri?"

Berikut beberapa teknik komunikasi terapeutik yang dapat digunakan perawat untuk memperkuat hubungan dengan pasien:

1. Refleksi

Perawat mengulangi atau memparafrasekan pernyataan pasien untuk menunjukkan bahwa ia mendengarkan dan memahami.

Contoh: "Jadi Anda merasa cemas dengan kondisi kesehatan Anda, ya?"

2. Penggunaan Waktu Hening

Memberikan ruang bagi pasien untuk memproses perasaannya sebelum melanjutkan percakapan.

Contoh: Setelah pasien menyampaikan keluhannya, perawat diam sejenak untuk memberi waktu pasien berpikir.

3. Validasi

Perawat mengakui perasaan pasien untuk menunjukkan empati dan membangun hubungan positif.

Contoh: "Saya bisa memahami betapa sulitnya situasi ini bagi Anda."

4. Eksplorasi

Perawat menggunakan pertanyaan terbuka untuk menggali lebih dalam perasaan atau kekhawatiran pasien (Rakhmaniar, 2023; Yani et al., 2022).

Contoh: "Apa yang paling membuat Anda khawatir tentang pengobatan ini?"

Lingkungan kerja di rumah sakit sering kali multikultural, sehingga perawat perlu memiliki sensitivitas terhadap perbedaan budaya dan bahasa. Strategi Komunikasi Lintas Budaya yang dapat dilakukan adalah:

1. Penggunaan Penerjemah: Penerjemah membantu memastikan pesan disampaikan dengan tepat.
2. Alat Bantu Visual: Gambar atau kartu dapat digunakan untuk menjelaskan informasi kepada pasien dengan keterbatasan bahasa (Rudi Purwana et al., 2022).

Komunikasi Interprofesional untuk keselamatan pasien adalah dengan melakukan komunikasi yang baik antar anggota tim kesehatan sangat penting untuk menjaga keselamatan pasien. Beberapa teknik yang dapat digunakan meliputi:

1. Briefing dan Debriefing: Pertemuan singkat untuk memastikan semua anggota tim memahami tugas mereka.
2. Platform Digital: Aplikasi seperti Microsoft Teams memungkinkan koordinasi dan komunikasi real-time.

Agar mendapatkan Gambaran terkait komunikasi ISBAR DAN SBAR berikut akan diberikan gambaran dengan studi kasus:

1. Studi Kasus Penerapan ISBAR di ICU

Di sebuah rumah sakit, tim perawat ICU menghadapi kendala komunikasi saat menyampaikan kondisi pasien kepada dokter. Setelah

menerapkan ISBAR, komunikasi menjadi lebih terstruktur dan akurat, mengurangi risiko miskomunikasi dan meningkatkan keselamatan pasien.

2. Studi Kasus: Penerapan SBAR dalam Ruang Rawat Jalan

Di sebuah rumah sakit umum, seorang perawat di ruang rawat jalan perlu memberikan laporan cepat tentang seorang pasien yang baru saja mengalami peningkatan tekanan darah. Karena dokter yang bertugas sudah familiar dengan kondisi pasien dan tidak ada kebutuhan untuk pengenalan identitas lebih lanjut, perawat menggunakan SBAR untuk memastikan bahwa informasi diberikan secara efisien dan akurat.

Situation: "Pasien mengalami peningkatan tekanan darah hingga 180/120 mmHg."

Background: "Pasien memiliki riwayat hipertensi dan baru saja menjalani perubahan dosis obat."

Assessment: "Pasien tampak gelisah dan membutuhkan evaluasi segera terkait tekanan darahnya."

Recommendation: "Saya merekomendasikan untuk segera mengevaluasi dosis obat atau mempertimbangkan perubahan rencana perawatan."

Penggunaan SBAR dalam kasus ini memungkinkan karena komunikasi cepat dan fokus, dokter sudah mengenal kondisi pasien sebelumnya. SBAR mempermudah perawat dalam memberikan informasi inti tanpa perlu melakukan identifikasi yang panjang, yang sangat sesuai untuk situasi di mana semua pihak sudah memahami konteks pasien.

Beberapa tantangan dalam komunikasi keperawatan meliputi:

1. Keterbatasan Waktu: Lingkungan klinis yang sibuk mengurangi waktu untuk komunikasi yang mendalam.
2. Tekanan Emosional: Perawat sering bekerja di bawah tekanan tinggi, yang dapat memengaruhi komunikasi.
3. Kendala Budaya: Perbedaan budaya dan bahasa dapat menjadi hambatan (Emaliyawati et al., 2020; Gheshlagh et al., 2024; Kuzemski et al., 2022).

Solusi yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pelatihan komunikasi terapeutik dan lintas budaya serta pemanfaatan teknologi digital untuk memperlancar komunikasi antar tim.

D. Manajemen Konflik dalam Keperawatan

Manajemen konflik adalah keterampilan esensial yang harus dikuasai oleh setiap perawat, terutama dalam lingkungan kerja keperawatan yang sering kali

dinamis dan penuh tekanan. Konflik dapat muncul dari berbagai sumber, baik itu antar anggota tim kesehatan, dengan pasien dan keluarganya, maupun dalam interaksi dengan manajemen. Meskipun konflik dalam keperawatan tidak bisa sepenuhnya dihindari, cara mengelolanya dapat menentukan dampaknya, apakah akan positif atau negatif. Konflik yang tidak ditangani dengan baik dapat berdampak buruk pada kualitas pelayanan kepada pasien, mengurangi semangat kerja tim, dan menambah stres di lingkungan kerja. Sebaliknya, jika dikelola dengan baik, konflik bisa menjadi kesempatan untuk memperbaiki hubungan kerja, meningkatkan komunikasi, dan mendorong inovasi dalam penyelesaian masalah. Oleh karena itu, kemampuan perawat untuk mengenali dan menyelesaikan konflik secara konstruktif sangat penting untuk menjaga efisiensi dan kualitas pelayanan keperawatan.

Dalam dunia keperawatan, terdapat beberapa jenis konflik yang dapat muncul. Pertama, konflik interpersonal terjadi antara individu-individu, seperti antara perawat dengan kolega atau dengan pasien dan keluarganya. Konflik ini sering kali disebabkan oleh perbedaan kepribadian, gaya komunikasi, atau persepsi mengenai tanggung jawab dan tugas. Kedua, konflik peran muncul ketika ada kebingungan atau tumpang tindih mengenai tanggung jawab di antara anggota tim kesehatan. Contohnya, seorang perawat mungkin merasa bahwa tanggung jawab tertentu seharusnya berada di bawah wewenang profesi lain, atau sebaliknya. Ketiga, konflik intrapersonal adalah konflik internal yang dialami oleh perawat, misalnya ketika tuntutan pekerjaan bertentangan dengan nilai pribadi atau terdapat ketidakjelasan dalam kebijakan organisasi. Terakhir, konflik organisasi melibatkan isu struktural dalam organisasi keperawatan, seperti kebijakan yang tidak jelas atau distribusi sumber daya yang tidak adil. Memahami jenis-jenis konflik ini penting, karena setiap jenis memerlukan pendekatan penyelesaian yang berbeda. Model Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI) menjelaskan lima cara menangani konflik: kompetisi, kolaborasi, kompromi, penghindaran, dan akomodasi. Negosiasi berbasis kepentingan (Interest-Based Negotiation) juga bisa diterapkan agar penyelesaian konflik lebih berkelanjutan.

Menyelesaikan konflik secara efektif memerlukan keterampilan komunikasi, negosiasi, dan mediasi. Beberapa teknik penyelesaian konflik yang dapat diterapkan oleh perawat meliputi kolaborasi, yang melibatkan semua pihak dalam diskusi terbuka untuk menemukan solusi yang dapat diterima bersama, dengan fokus pada kebutuhan semua pihak. Selain itu, komunikasi terbuka adalah langkah awal yang krusial dalam menyelesaikan konflik, di mana perawat perlu mendengarkan sudut pandang orang lain, menyampaikan perasaan dan

kebutuhan mereka sendiri, serta menghindari asumsi yang tidak berdasar. Dalam situasi konflik yang lebih rumit, mediasi bisa diperlukan, di mana seorang mediator membantu memfasilitasi diskusi antara pihak-pihak yang terlibat. Negosiasi juga merupakan teknik yang berguna saat pihak-pihak yang berkonflik bersedia mencapai kompromi, dengan perawat berusaha memahami apa yang penting bagi pihak lain dan merumuskan solusi yang dapat mengakomodasi kebutuhan kedua belah pihak. Penghindaran konflik dapat digunakan ketika ketegangan sudah mereda, tetapi tidak dianjurkan sebagai solusi jangka panjang, karena masalah yang tidak terselesaikan dapat muncul kembali. Akomodasi, di mana salah satu pihak mengalah, bisa efektif dalam situasi tertentu, meskipun ini bisa membuat pihak yang mengalah merasa terpinggirkan.

Seorang pemimpin dalam keperawatan memiliki peran krusial dalam manajemen konflik. Pemimpin perawat harus mampu menjadi fasilitator yang menciptakan suasana kerja yang kondusif dan memastikan bahwa konflik ditangani dengan cara yang konstruktif. Kepemimpinan yang baik melibatkan kemampuan untuk mendeteksi potensi konflik sejak dini dan mencegahnya berkembang menjadi masalah yang lebih besar. Kepemimpinan transformasional, yang menekankan pemberdayaan dan partisipasi aktif anggota tim, sangat efektif dalam mencegah dan menyelesaikan konflik. Pemimpin jenis ini dapat menginspirasi tim untuk fokus pada tujuan bersama dan menciptakan lingkungan saling menghargai. Di samping itu, kemampuan untuk mendengarkan secara aktif, mengelola emosi di tengah konflik, dan memberikan arahan yang jelas adalah bagian integral dari kepemimpinan yang efektif (Rauman, 2023).

Contoh penerapan manajemen konflik dapat dilihat dalam studi kasus di sebuah rumah sakit besar, di mana sering kali terjadi konflik antara perawat dan dokter terkait tanggung jawab dan keputusan klinis. Dalam satu kasus, seorang perawat merasa bahwa keputusannya untuk memberikan perawatan lanjutan kepada pasien tidak diakui oleh dokter, yang menyebabkan ketegangan. Untuk menyelesaikan konflik ini, kepala unit keperawatan menggunakan pendekatan mediasi, mengundang kedua pihak untuk berdiskusi secara terbuka dalam suasana yang netral. Selama diskusi, baik perawat maupun dokter diberi kesempatan untuk mengungkapkan pandangan mereka, sementara kepala unit membantu menjembatani perbedaan perspektif. Dengan menerapkan metode kolaborasi, mereka akhirnya mencapai kesepakatan mengenai alur komunikasi yang lebih baik dan pembagian tanggung jawab yang lebih jelas di masa mendatang. Studi kasus ini menunjukkan bahwa konflik di lingkungan keperawatan dapat dikelola secara efektif melalui mediasi dan komunikasi terbuka, yang pada akhirnya meningkatkan

kerjasama tim dan kepuasan pasien. Contoh ini menegaskan bahwa penggunaan mediasi dan komunikasi terbuka mampu mengurangi ketegangan antarprofesi dan mendorong solusi kolaboratif. Dengan demikian, manajemen konflik dalam keperawatan merupakan keterampilan vital yang perlu dikembangkan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan harmonis (Lindsey & Doyle, 2024).

E. Aplikasi Praktis dan Pengembangan Diri untuk Perawat

Pengembangan kepemimpinan adalah aspek penting bagi setiap perawat, tidak hanya bagi mereka yang memegang posisi manajerial, tetapi juga bagi semua perawat yang terlibat dalam perawatan pasien sehari-hari. Meningkatkan keterampilan kepemimpinan dapat memberikan dampak positif terhadap kinerja perawat, membantu menciptakan lingkungan kerja yang lebih kolaboratif, serta meningkatkan hasil kesehatan pasien. Ada beberapa langkah yang dapat diambil oleh perawat untuk mengembangkan keterampilan kepemimpinan di tempat kerja. Pertama, mengambil inisiatif, di mana perawat yang proaktif dalam menjalankan tanggung jawab tambahan atau mengusulkan perbaikan proses sering kali diakui sebagai pemimpin alami di dalam tim. Inisiatif ini mencerminkan kemampuan untuk melihat gambaran besar dan memimpin perubahan kecil yang berdampak signifikan pada kualitas pelayanan. Kedua, proses mentoring juga penting, baik dalam mendapatkan bimbingan dari perawat senior maupun berbagi pengalaman dengan rekan kerja. Selain itu, menjadi mentor bagi perawat junior adalah cara yang baik untuk melatih kemampuan kepemimpinan sambil membantu orang lain berkembang. Ketiga, pelatihan kepemimpinan yang disediakan oleh banyak rumah sakit dan institusi kesehatan memberikan perawat keterampilan tambahan dalam mengelola tim, menangani konflik, dan meningkatkan komunikasi dengan rekan kerja serta pasien. Terakhir, refleksi diri adalah langkah yang penting dalam pengembangan keterampilan kepemimpinan. Perawat perlu merenungkan pengalaman pribadi mereka dan bertanya tentang bagaimana mereka menangani situasi tertentu di tempat kerja serta mencari cara untuk memperbaiki pendekatan mereka. Dengan mengembangkan keterampilan ini, perawat dapat menjadi agen perubahan di tempat kerja, memperbaiki proses perawatan, dan menciptakan lingkungan yang lebih efektif dan harmonis untuk seluruh tim.

Dalam praktik klinis, keterampilan komunikasi yang kuat sangat penting. Perawat berinteraksi dengan pasien, keluarga, dan berbagai profesional kesehatan setiap hari, dan kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif adalah kunci untuk

memastikan perawatan yang berkualitas. Untuk membangun keterampilan komunikasi yang lebih kuat, perawat perlu mendengarkan secara aktif, yaitu memastikan bahwa mereka tidak hanya mendengarkan kata-kata yang diucapkan pasien tetapi juga emosi dan kekhawatiran yang mendasarinya. Mendengarkan aktif memungkinkan perawat memberikan respons yang lebih empatik dan akurat terhadap kebutuhan pasien. Selanjutnya, komunikasi verbal yang jelas menjadi krusial dalam lingkungan klinis yang sibuk, di mana menyampaikan informasi dengan cepat dan tepat sangat penting. Perawat harus menggunakan bahasa yang dapat dipahami oleh pasien dan rekan kerja, serta menghindari istilah medis yang dapat membingungkan. Selain itu, aspek komunikasi nonverbal seperti bahasa tubuh, kontak mata, dan ekspresi wajah juga berperan dalam komunikasi yang efektif. Perawat perlu menyadari sinyal nonverbal yang mereka kirimkan, karena ini bisa memperkuat atau bahkan menggantikan pesan verbal.

Komunikasi lintas budaya juga perlu diperhatikan, terutama dalam lingkungan yang multikultural. Perawat sering kali harus menghadapi tantangan komunikasi yang terkait dengan bahasa dan budaya. Menggunakan penerjemah atau alat bantu visual dapat membantu menjembatani kesenjangan ini dan memastikan pesan tersampaikan dengan baik. Dengan memperkuat keterampilan komunikasi, perawat dapat membangun hubungan yang lebih baik dengan pasien dan rekan kerja, yang pada akhirnya akan meningkatkan hasil klinis dan kepuasan pasien.

Konflik di tempat kerja adalah hal yang sering terjadi, terutama dalam lingkungan keperawatan yang penuh tekanan. Namun, perawat yang memiliki strategi untuk mencegah dan menangani konflik dapat menjaga harmoni di tempat kerja dan memastikan bahwa konflik tidak berdampak buruk pada perawatan pasien. Beberapa strategi praktis yang dapat diterapkan oleh perawat termasuk membangun komunikasi terbuka. Perawat yang menjaga komunikasi yang jujur dengan rekan kerja, dokter, dan manajemen dapat mencegah banyak konflik yang berasal dari kesalahpahaman. Penting bagi perawat untuk memastikan bahwa semua anggota tim memiliki informasi yang sama dan bahwa setiap orang merasa didengar.

Selanjutnya, manajemen stres adalah faktor kunci. Stres dapat menjadi pemicu utama konflik di tempat kerja, dan perawat yang mampu mengelola stres mereka sendiri lebih mungkin untuk menghadapi konflik dengan tenang dan rasional. Teknik seperti pernapasan dalam, relaksasi otot, dan manajemen waktu yang efektif dapat membantu mengurangi stres di tempat kerja. Ketika konflik muncul, penting untuk segera menghadapinya sebelum masalah berkembang

lebih jauh. Perawat dapat bertindak sebagai mediator dalam konflik antar rekan kerja atau dengan pasien, membantu kedua belah pihak mencapai solusi yang saling menguntungkan. Terakhir, mengenali dan mengikuti kebijakan organisasi terkait penyelesaian konflik adalah langkah penting dalam mencegah dan menyelesaikan masalah di tempat kerja. Jika diperlukan, perawat juga harus tahu kapan saatnya melibatkan manajemen atau mediator eksternal dalam penyelesaian konflik yang lebih kompleks. Dengan menerapkan strategi-strategi ini, perawat dapat berkontribusi dalam menciptakan lingkungan kerja yang lebih damai, kolaboratif, dan produktif. Pengembangan diri dan peningkatan keterampilan yang berkelanjutan sangat penting bagi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi (Lindsey & Doyle, 2024; Rauman, 2023).

F. Penutup

Keperawatan adalah profesi yang sangat dinamis, di mana keterampilan kepemimpinan, komunikasi, dan manajemen konflik menjadi fondasi utama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Melalui buku ini, kami telah mengeksplorasi ketiga aspek penting ini, yang tidak hanya berkontribusi pada efektivitas perawatan yang diberikan tetapi juga menciptakan lingkungan kerja yang lebih baik bagi semua anggota tim kesehatan. Di awal pembahasan, kami menekankan pentingnya pemahaman mendalam tentang kepemimpinan dalam keperawatan. Gaya kepemimpinan yang efektif memungkinkan perawat untuk menginspirasi dan memberdayakan rekan-rekan mereka, serta beradaptasi dengan tantangan yang dihadapi dalam praktik sehari-hari. Keterampilan kepemimpinan yang kuat bukan hanya milik mereka yang berada dalam posisi manajerial, melainkan juga merupakan tanggung jawab setiap perawat dalam tim. Dengan kata lain, semua perawat memiliki peran penting dalam membentuk budaya kerja yang positif melalui kepemimpinan yang baik. Dengan terus mengembangkan keterampilan kepemimpinan, komunikasi, dan manajemen konflik, perawat dapat berperan sebagai agen perubahan. Ini tidak hanya meningkatkan mutu layanan, tetapi juga membentuk budaya kerja yang lebih harmonis dan profesional di setiap unit pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, penulis menggarisbawahi pentingnya komunikasi yang efektif sebagai pilar dalam hubungan antara perawat dengan pasien dan rekan kerja. Komunikasi yang baik berfungsi sebagai jembatan untuk membangun hubungan saling percaya dan meningkatkan pemahaman terhadap kebutuhan pasien. Teknik komunikasi interpersonal yang harus dikuasai perawat menjadi krusial untuk

memastikan bahwa pesan disampaikan dengan jelas. Selain itu, komunikasi lintas budaya juga menjadi semakin penting dalam masyarakat yang beragam saat ini, menuntut perawat untuk dapat menyesuaikan pendekatan mereka agar lebih inklusif dan responsif terhadap berbagai latar belakang pasien. Hal ini menekankan betapa pentingnya komunikasi dalam mendukung kepemimpinan yang efektif.

Dalam menghadapi konflik yang tak terhindarkan di tempat kerja, perawat perlu memiliki keterampilan manajemen konflik yang baik. Konflik dapat muncul dari berbagai sumber, tetapi kami membahas bahwa dengan pendekatan yang tepat, perawat dapat mengelola perbedaan dengan baik. Dengan menekankan pentingnya komunikasi terbuka dan kolaborasi, perawat dapat menyelesaikan perbedaan dengan cara yang konstruktif. Manajemen konflik yang efektif tidak hanya membantu menciptakan suasana kerja yang harmonis tetapi juga berdampak positif pada kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Ini menunjukkan bahwa keterampilan komunikasi dan manajemen konflik saling terkait dan penting untuk keberhasilan dalam praktik keperawatan.

Akhirnya, peneliti mengajak perawat untuk terus mengembangkan diri dalam tiga aspek ini yaitu kepemimpinan, komunikasi, dan manajemen konflik. Dengan menerapkan strategi praktis yang telah dibahas, perawat dapat berkontribusi pada peningkatan profesionalisme dan kualitas pelayanan di bidang keperawatan. Komitmen untuk belajar dan beradaptasi akan memungkinkan perawat untuk menjadi pemimpin yang lebih efektif, komunikator yang lebih baik, dan pengelola konflik yang handal. Pengembangan berkelanjutan dalam ketiga aspek ini adalah kunci untuk mencapai pelayanan kesehatan yang lebih baik. Buku ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi yang berguna bagi perawat dalam upaya meningkatkan keterampilan dan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih manusiawi. Dengan kesadaran bahwa setiap perawat memiliki peran vital dalam sistem kesehatan, kami berharap setiap pembaca dapat mengambil langkah konkret untuk terus berkembang dan berkontribusi pada dunia keperawatan yang lebih baik. Melalui upaya kolektif ini, kita semua dapat berperan dalam menciptakan masa depan keperawatan yang lebih cerah dan berkualitas.

Dengan mengutamakan pembelajaran berkelanjutan dan kolaborasi, perawat dapat meningkatkan keterampilan dan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien. Membangun budaya inovasi dan empati sangat penting agar praktik keperawatan tidak hanya mampu memenuhi kebutuhan pasien, tetapi juga menginspirasi generasi perawat masa depan untuk menerapkan nilai-nilai tersebut. Selain itu, menciptakan lingkungan kerja yang mendukung akan mendorong para

perawat untuk saling berbagi pengetahuan dan pengalaman, sehingga komunitas keperawatan menjadi lebih tangguh dan efektif. Melalui bimbingan dan komunikasi terbuka, perawat dapat membuka ruang bagi pertumbuhan profesional yang memungkinkan setiap perawat berkembang dan memberikan layanan terbaik dalam praktiknya.

Referensi

- Abbara, A., & Ekzayez, A. (2021). Healthcare leadership in Syria during armed conflict and the pandemic. *BMJ Global Health*, 6(5), 1–3. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005697>
- Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F. A. A. E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Ali, S. A. A., Alruwaili, A. N., Hefnawy, G. R., Alshammari, M. S. S., Alrumayh, A. G. R., Alruwaili, A. O., & Jones, L. K. (2023). Impact of Nurse Leaders Behaviors on Nursing Staff Performance: A Systematic Review of Literature. In *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing* (Vol. 60, p. 2147483647). <https://doi.org/10.1177/00469580231178528>
- De Miranda, C. S. N., & Freire, J. C. (2012). A comunicação terapêutica na abordagem centrada na pessoa. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 78–94.
- den Breejen-de Hooge, L. E., van Os-Medendorp, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2021). Is leadership of nurses associated with nurse-reported quality of care? A cross-sectional survey. *Journal of Research in Nursing*, 26(1–2), 118–132. <https://doi.org/10.1177/1744987120976176>
- Dopelt, K., Shevach, I., Vardimon, O. E., Czabanowska, K., De Nooijer, J., Otok, R., Leighton, L., Bashkin, O., Dupлага, M., Levine, H., MacLeod, F., Malowany, M., Okenwa-Emegwa, L., Zelber-Sagi, S., Davidovitch, N., & Barach, P. (2023). Simulation as a key training method for inculcating public health leadership skills: a mixed methods study. *Frontiers in Public Health*, 11(July), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1202598>
- Emaliyawati, E., Widiasih, R., Sutini, T., Ermiati, E., & Rahayu, U. (2020). Nurses' Reflections on Challenges and Barriers of Communication in The Intensive Care Unit: A Phenomenology Study. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8(1), 65–73. <https://doi.org/10.24198/jkp.v8i1.1190>
- Gheshlagh, R. G., Nemati, S. M., Negarandeh, R., Bahramnezhad, F., Saqqez, P. S., & Mahmoodi, H. (2024). Identifying communication barriers between nurses and patients from the perspective of Iranian nurses: a Q-methodology-based study. *BMC Nursing*, 23(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02136-z>
- Hofmeyer, A., & Taylor, R. (2021). Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1–2), 298–305. <https://doi.org/10.1111/jocn.15520>
- Johnson, O., Bawoh, M., Begg, K., Bell, N., Jalloh, M. B., Gbao, D., N’Jai, A., Sahr, F., Samai, M., Kelly, A. H., & Sevdalis, N. (2023). Designing a leadership and management training curriculum for undergraduate health professions students: Lessons from the University of Sierra Leone. *Global Public Health*, 18(1).

<https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2222322>

- Karger, A., Petermann-Meyer, A., Vitinius, F., Geiser, F., Kraus, D., Ernsten, L., Mayers, A. J., Heuser, C., Hiltrop, K., Bremen, R., Marx, A., & Ernstmann, N. (2022). Effectiveness of interprofessional communication skills training for oncology teams: Study protocol for a three-arm cluster randomised trial (KommRhein Interpro). *BMJ Open*, 12(12), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062073>
- Kok, E. de, Janssen-Beentjes, K., & ... (2023). Nurse leadership development: A qualitative study of the Dutch Excellent Care Program. *Journal of Nursing* <https://doi.org/10.1155/2023/2368500>
- Kok, E. de, Weggelaar-Jansen, A. M., & ... (2021). A scoping review of rebel nurse leadership: Descriptions, competences and stimulating/hindering factors. *Journal of Clinical* <https://doi.org/10.1111/jocn.15765>
- Kuzemski, D., Thirlwall, A., Brunton, M., & Brownie, S. (2022). I speak a little Arabic: Nursing communication in a cross-cultural context. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1–2), 145–157. <https://doi.org/10.1111/jocn.15891>
- Kwame, A., & Petrucci, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Leal, L. A., Silva, A. T., Ignácio, D. S., Soares, M. I., Ribeiro, N. M., & Henriques, S. H. (2022). Educational strategy to develop nursing students' management competencies in hospital practice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(6), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0928>
- Lindsey, J., & Doyle, M. (2024). Navigating conflict: The role of mediation in healthcare disputes. *Clinical Ethics*, 19(1), 26–34. <https://doi.org/10.1177/14777509231196699>
- López-Medina, I. M., Sánchez-García, I., García-Fernández, F. P., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2022). Nurses and ward managers' perceptions of leadership in the evidence-based practice: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 135–143. <https://doi.org/10.1111/jonm.13469>
- Massimi, A., De Vito, C., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G., Rega, M. L., Ricciardi, W., Villari, P., & Damiani, G. (2017). Are community-based nurse-led selfmanagement support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(3), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173617>
- Ngabonzima, A. (2020). Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00428-8>

- Ocapan, J. J., & Tapayan, J. (2024). Transformational Leadership, Traits, and Competencies of Nursing Students in the Community Health Nursing. *Sprin Journal of Arts, Humanities and Social Sciences*, 3(4), 85–89. <https://doi.org/10.55559/sjahss.v3i4.264>
- Rakhmaniar, A. (2023). *Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Dengan Gangguan Mental (Studi Kualitatif Pada Psikoterapis)*. 1(2), 292–306. <https://doi.org/10.47861/tuturan.v1i2.1120>
- Rauman, P. A. (2023). Conflicting Working Relationships Among Nurses: The Intersection of Should Nursing, Double Domination, and the Big Picture. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(2), 230–240. <https://doi.org/10.1177/08445621221115250>
- Rudi Purwana, Mariana Mariana, Asrul Asrul, Afina Muharani Syaftriani, & Ani Rahmadhani Kaban. (2022). Kajian Dialektis dalam Komunikasi Perawat-Pasien: Memahami Variasi Bahasa dalam Konteks Perawatan Kesehatan. *Khatulistiwa: Jurnal Pendidikan Dan Sosial Humaniora*, 2(2), 221–231. <https://doi.org/10.55606/khatulistiwa.v2i2.3401>
- Salvage, J., & White, J. (2019). Nursing leadership and health policy: everybody's business. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12523>
- Smama'h, Y., Eshah, N. F., Al-Oweidat, I. A., Rayan, A., & Nashwan, A. J. (2023). The Impact of Leadership Styles of Nurse Managers on Nurses' Motivation and Turnover Intention Among Jordanian Nurses. *Journal of Healthcare Leadership*, 15(January), 19–29. <https://doi.org/10.2147/JHL.S394601>
- Tomblin Murphy, G., Mtey, G., Nyamtema, A., LeBlanc, J., Rigby, J., Abel, Z., & Mselle, L. T. (2022). Building leadership and managerial capacity for maternal and newborn health services. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08448-7>
- Wianti, S., Tutik Sri Haryati, R., & Yulia Wardani, I. (2020). Pengalaman Penerapan Komunikasi Dalam Mengelola Konflik Pada Kepala Ruangan. *Jurnal Keperawatan Galuh*, 2(1). <https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/JKG>
- Yani, F., Wilantara, K. G., Yuliasih, S. N. P., Ximenes, T. J., Nureliza, V., & Santoso, A. P. A. (2022). Proper Implementation Of Therapeutic Communication In Nursing Care. *Journal of Complementary in Health*, 2(1), 59–62. <https://doi.org/10.36086/jch.v2i1.1493>

Glosarium

A

Akomodasi: Strategi manajemen konflik di mana salah satu pihak mengalah untuk mempertahankan hubungan, meskipun terkadang dapat menyebabkan ketidakseimbangan.

Autentik: Gaya kepemimpinan yang menekankan kejujuran, transparansi, dan konsistensi antara nilai pribadi dan profesional.

B

Briefing: Pertemuan singkat untuk memastikan semua anggota tim memahami tugas dan peran mereka sebelum kegiatan dimulai.

C

Collaborative Leadership (Kepemimpinan Kolektif): Model kepemimpinan di mana tanggung jawab dibagi di antara anggota tim berdasarkan keahlian masing-masing.

I

ISBAR: Metode komunikasi terstruktur yang mencakup Identifikasi, Situasi, Latar Belakang, Penilaian, dan Rekomendasi untuk memastikan komunikasi efektif dalam konteks klinis.

K

Kepemimpinan Situasional: Gaya kepemimpinan yang fleksibel, di mana pemimpin menyesuaikan pendekatan sesuai dengan kebutuhan dan situasi tertentu.

M

Mediasi: Proses di mana seorang mediator membantu pihak-pihak yang berkonflik mencapai kesepakatan bersama.

N

Negosiasi Berbasis Kepentingan: Teknik negosiasi yang fokus pada kebutuhan mendasar pihak-pihak yang berkonflik untuk mencapai solusi berkelanjutan.

P

Penghindaran Konflik: Pendekatan untuk menghindari konfrontasi langsung dengan harapan ketegangan akan mereda.

S

SBAR: Metode komunikasi ringkas yang mencakup Situasi, Latar Belakang, Penilaian, dan Rekomendasi.

Shared Leadership (Kepemimpinan Berbagi): Gaya kepemimpinan di mana anggota tim secara bergantian mengambil peran pemimpin sesuai situasi.

BAB 5

KONSEP STROKE

Tintin Sumarni

A. Definisi Stroke



Gambar 5.1: Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Isrofah et al., 2023). Stroke adalah kejadian akut yang diakibatkan karena adanya penyumbatan yang mencegah darah mengalir ke otak atau karena perdarahan dari pembuluh darah di otak maupun dari bekuan darah. Stroke bisa digolongkan menjadi dua yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik merupakan hilangnya fungsi secara mendadak oleh karena gangguan suplai darah menuju otak. Sedangkan, stroke hemoragik merupakan stroke yang timbul akibat pembuluh darah otak yang pecah (Mirfaidah, 2022).

B. Etiologi Stroke

Menurut Junaidi (2021) Stroke disebabkan oleh dua hal utama, yaitu penyumbatan arteri yang mengalirkan darah ke otak (disebut stroke iskemik nonperdarahan) atau karena adanya perdarahan di otak (disebut stroke perdarahan/hemoragik). Stroke dan penyakit jantung koroner dapat terjadi karena adanya dua atau lebih faktor risiko (multirisk factors), bukan hanya satu faktor. Masyarakat menyangka bahwa makan sate kambing dan merokok sering dianggap

penyebab satu-satunya pemicu stroke. Pemicu stroke ini antara lain kecenderungan menu harian berlemak, pola dan gaya hidup tidak sehat, ketidakmampuan beradaptasi dengan stres, faktor hormonal (wanita menopause, penyakit gondok, penyakit anak ginjal), dan kondisi kejiwaan (temperamen tipe A - tipe orang yang tidak sabar, terburu-buru, selalu ingin cepat), dan seberapa banyak tubuh terpapar dengan radikal bebas (free radicals-oksidan).

Sebaliknya, bagi yang tergolong berisiko, misalnya mempunyai turunan kelebihan lemak darah (hyperlipoproteinemia) yakni mereka yang kolesterol dan triglyserida (TG) dalam darahnya selalu di atas normal, kendati sama sekali menjauhi menu berlemak, hidup dengan pola sehat, dan cukup berolahraga, tetapi terserang juga dengan stroke atau jantung koroner.

1. Penyebab Stroke Iskemik



Gambar 5.2: Stroke Iskemik

Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan di salah satu cabang pembuluh darah di otak. Otak dapat berfungsi dengan baik bila aliran darah ke otak lancar dan tidak terhambat. Namun jika suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel darah dan plasma terhambat akibat terjadinya trombus atau trombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak, maka terjadilah stroke iskemik yang dapat mengakibatkan kematian jaringan otak.

Tersumbatnya aliran darah ke otak bisa disebabkan oleh trombosis atau emboli. Keduanya merupakan jenis pembekuan darah dan pengerasan pembuluh darah yang disebut plak aterosklerotik, melalui proses aterosklerosis, yaitu penimbunan lemak darah, kolesterol, dan kalsium pada dinding arteri yang disebut juga aterosklerosis.

a. Ateroma

Pada stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya ateroma (timbunan lemak) dapat terbentuk di dalam arteri karotis, yang melemahkan sirkulasi darah. Kondisi

ini sangat penting karena setiap arteri karotis jalur utama memberikan sebagian besar darah ke otak.

b. Emboli

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir ke dalam darah, sehingga menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis serta cabang-cabangnya juga dapat tersumbat karena oleh bekuan darah yang dari tempat lain, seperti dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terjadi ketika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya menyumbat arteri (kecil).

c. Infeksi

Stroke juga bisa terjadi ketika peradangan atau infeksi menyebabkan pembuluh darah menuju otak menyempit. Selain infeksi bakteri secara umum, peradangan juga bisa dipicu oleh kelebihan asam urat dalam darah (penyebab penyakit asam urat rematik).

d. Obat-obatan

Obat-obatan seperti kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin dan sebagainya juga dapat menyebabkan stroke dengan cara menyempitkan diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke.

e. Hipotensi

Penurunan tekanan darah secara tiba-tiba dapat mengurangi aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke dapat terjadi jika tekanan darah rendah sudah parah dan kronis. Hal ini terjadi ketika seseorang mengalami kehilangan banyak darah karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

2. Penyebab Stroke Hemoragik/Pendarahan

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stres psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik.

Perdarahan otak dapat terjadi di dalam otak yang disebut hemoragik otak sehingga otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom). Atau darah masuk ke selaput otak/ruang subaraknoid yang disebut perdarahan subaraknoid. Perdarahan subaraknoid ada 2 macam yaitu primer, bila pembuluh darah yang pecah berasal dari arteri yang ada di subaraknoid dan sekunder, bila sumber darah berasal dari tempat lain di luar ruangan subaraknoid yang masuk ke ruangan subaraknoid. Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi kontraksi/vasokontraksi yaitu pengecilan diameter atau saluran arteri yang dapat menghambat aliran darah ke otak dan gejala yang timbul tergantung pada daerah otak mana yang dipengaruhinya.

C. Faktor Resiko Stroke

Menurut Hutagalung (2021) Faktor risiko terjadinya stroke bisa dikelompokkan menjadi faktor yang tidak dapat diubah serta faktor yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah diantaranya usia, jenis kelamin, hereditas, riwayat keluarga dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah meliputi Riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, hipercolesterolemia, merokok, kurang aktivitas fisik, obesitas, dan riwayat meminum alkohol.

Menurut Widarti et al., (2023) Faktor resiko yang dapat dimodifikasi diantaranya yaitu:

1. Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik maupun stroke hemoragik. Hipertensi menyebabkan terjadinya kerusakan pada sel-sel endotel pembuluh darah melalui mekanisme perusakan lipid di bawah otot polos. Karena itu, sangat penting untuk mempertahankan tekanan darah dalam keadaan normal untuk menurunkan risiko terjadinya serangan stroke.

2. Penyakit Jantung

Penyakit jantung koroner, jantung rematik, dan orang yang melakukan pemasangan katup jantung buatan akan meningkatkan risiko stroke. Stroke emboli biasanya disebabkan kelainan ketiga penyakit jantung tersebut.

3. Diabetes Melitus

Penyakit diabetes dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan mempercepat terjadinya arteriosklerosis pada arteri kecil termasuk pembuluh darah otak. Selain itu, risiko terkena stroke menjadi 2,6 kali lebih besar pada pria dan 3,8 kali lebih besar pada wanita dibandingkan dengan orang yang tidak menderita diabetes.

4. Kadar gula darah

Kadar gula darah yang normal adalah di bawah 200 mg/dl. Jika kadar gula darah seseorang melebihi dari itu disebut hiperglikemia. Kadar gula darah yang tadinya normal cenderung meningkat setelah usia 50 tahun secara perlahan tetapi pasti, terutama pada orang-orang yang tidak aktif.

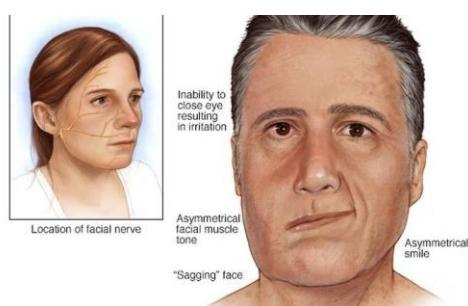
5. Obesitas

Obesitas merupakan predisposisi penyakit kardiovaskular dan stroke. Hal ini disebabkan oleh obesitas yang berhubungan dengan tekanan darah tinggi dan gula darah. Jika seseorang kelebihan berat badan, jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh untuk meningkatkan tekanan darah. Obesitas juga dapat mempercepat proses aterosklerosis pada remaja dan dewasa muda. Oleh karena itu, menurunkan berat badan dapat menurunkan risiko stroke.

D. Manifestasi Klinis Stroke

Gejala neurologis yang timbul tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi klinis stroke akut dapat berupa:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
3. Perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
4. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan).
5. Disartria (bicara pelo atau cadel).
6. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia.
7. Ataksia (trunkal atau anggota badan).
8. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.



Gambar 5.3: Gejala Stroke

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tanda dan gejala stroke memiliki slogan "SEGERA KE RS" yang merupakan singkatan, antara lain:

1. SE: Senyum tidak simetris (condong ke satu sisi) disertai dengan kesulitan menelan minuman secara tiba-tiba dan sering tersedak
2. GE: Gerakan setengah anggota tubuh mulai melemah secara tiba-tiba
3. RA: Bicara mulai pelo (tidak dapat berbicara) secara tiba-tiba disertai dengan ketidakmampuan untuk mengikuti dan mengerti arah pembicaraan
4. KE: Kebas atau kesemutan (baal) pada setengah bagian tubuh
5. R: Rabun (pandangan kabur) pada satu mata terjadi secara tiba- tiba
6. S: Sakit kepala hebat yang belum pernah dirasakan sebelumnya muncul secara tiba-tiba disertai dengan gangguan keseimbangan (sering merasa sekitarnya berputar) dan kesulitan mengkoordinasikan gerak tubuh (Widarti et al., 2023).

Menurut Helty (2023) Gejala yang muncul pada orang yang terkena serangan stroke bervariasi tergantung pada bagian otak yang terganggu. Apabila terdapat gangguan pada cabang pembuluh darah ke otak bagian tengah (arteri serebri media), maka bisa muncul gejala seperti hemiparesis/hemiplegi, afasia, gangguan penglihatan seperti kebutaan pada satu sisi lapang pandang (hemianopsia), mata selalu melirik ke arah satu sisi (deviation conjugae) hingga klien mengalami penurunan kesadaran. Apabila terdapat gangguan pada cabang pembuluh darah ke otak bagian depan (arteri serebri anterior), maka timbul gejala yaitu kelumpuhan pada salah satu tungkai serta gangguan pada saraf perasa, inkontinensia, pingsan secara tiba-tiba, sulit mengungkapkan maksud hati, serta menirukan perkataan orang lain (echolalia).

Sedangkan, apabila gangguan terjadi pada cabang pembuluh darah ke otak bagian belakang (arteri serebri posterior), maka dapat menimbulkan gejala seperti kebutaan seluruh lapang pandang pada kedua mata, rasa nyeri yang timbul spontan, klien sulit memahami apa yang dilihatnya tetapi bisa memahami apabila mendengar atau meraba, serta kehilangan kemampuan untuk mengenali warna.

Gejala yang mungkin timbul apabila terdapat gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris yaitu gangguan gerak bola mata yang dapat menyebabkan penglihatan menjadi tidak fokus, kedua kaki lemah (paraparesis inferior), kehilangan keseimbangan, vertigo, nystagmus, gangguan menelan serta muntah, disartria, hingga tuli mendadak. Sedangkan, gejala stroke hemoragik yang sering terjadi yaitu nyeri kepala secara tiba-tiba diikuti dengan muntah, leher kaku, hingga penurunan kesadaran (Hutagalung, 2021).

E. Komplikasi Stroke

Menurut Helty (2023) Beberapa komplikasi stroke akibat kerusakan otak antara lain pembengkakan otak dan kejang. Namun, komplikasi paling umum dari perubahan pasca stroke termasuk ulkus dekubitus akibat imobilitas, kontraktur ekstremitas atas dan bawah, nyeri bahu, trombosis vena dalam, infeksi saluran kemih karena urgensi dan inkonsistensi, dan bahkan dapat menyebabkan pneumonia, yang menyebabkan sesak napas. nafas. kesulitan Stroke terkadang dapat menyebabkan kecacatan sementara atau permanen, tergantung pada berapa lama otak kehilangan aliran darah dan bagian yang terkena. Komplikasi stroke iskemik dapat meliputi:

1. Gumpalan darah (trombosis vena dalam atau emboli paru)
2. Infeksi saluran kemih, atau ISK
3. Masalah usus dan kandung kemih
4. Risiko pneumonia
5. Kelemahan otot
6. Dekubitus
7. Masalah mobilitas dan jatuh

Seseorang yang mengalami serangan stroke setelah beberapa jam atau beberapa hari akan membuat spesifik gen teraktivasi sehingga menimbulkan sitokin serta faktor-faktor lain lepas yang dapat menyebabkan peradangan dan gangguan pada mikrosirkulasi. Hal itu mengakibatkan iskemik penumbra semakin memburuk secara progresif hingga menyebabkan infark otak. Infark otak pada 24 jam pertama adalah stadium inaktivitas fungsional dimana dalam 0-6 jam terdapat peluang untuk sembuh secara total, 6-12 jam terdapat peluang untuk sembuh sebagian, serta 12-24 jam masih ada kemungkinan untuk sembuh apabila iskemik yang terjadi hanya parsial. Kemudian dalam 24- 36 jam (1-2 hari) merupakan stadium awal infark. Oleh karena itu, pertolongan pertama perlu dilakukan seawal mungkin kurang dari 6 jam supaya pasien bisa sembuh sempurna.

Manajemen stroke akut dapat dilakukan mulai dari tahap prehospital, intrahospital, hingga rehabilitasi. Pada tahap prehospital, idealnya aktivasi sistem layanan medis darurat oleh pasien maupun anggota masyarakat lainnya sangat dianjurkan. Intervensi prehospital perlu dilakukan sedari dini untuk meningkatkan peluang pasien stroke dapat sembuh sempurna tanpa gejala sisa. Intervensi prehospital ini dapat diberikan saat pasien masih berada di rumah maupun sebelum pasien sampai di rumah sakit (Rahmawati, 2023).

F. Pencegahan Stroke Ringan



Gambar 5.4: Pencegahan Stroke Ringan

Menurut Kusyani (2022) Mengingat bahwa stroke ringan berpotensi berkembang menjadi stroke, maka kondisi ini penting untuk dicegah. Berikut ini adalah beberapa cara mencegah stroke ringan yang bisa Anda lakukan mulai sekarang:

1. Menurunkan tekanan darah tinggi

Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol merupakan faktor risiko terbesar yang dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami stroke ringan. Oleh karena itu, tekanan darah harus dijaga agar tidak lebih dari 120/80 mmHg. Cara menjaga tekanan darah adalah dengan banyak makan buah dan sayuran, mengurangi konsumsi garam atau makanan yang asin, serta menghindari makanan yang mengandung kolesterol tinggi. Selain itu, jangan lupa berolahraga sekitar 30 menit setiap harinya, berhenti merokok, dan perbanyak konsumsi asam lemak omega-3, seperti dari telur dan ikan.

2. Menurunkan berat badan

Obesitas bisa meningkatkan peluang seseorang terserang stroke ringan. Jika sudah mengalami berat badan berlebih, disarankan untuk menurunkan berat badan agar risiko terkena penyakit stroke berkurang.

3. Menjalani olahraga secara rutin

Olahraga mempunyai peranan penting untuk menurunkan berat badan dan menjaga stabilitas tekanan darah. Beberapa jenis olahraga, seperti jalan kaki, jogging, berenang, bersepeda, atau latihan fisik di gym, yang dilakukan setidaknya 4–5 kali seminggu bisa menurunkan risiko stroke ringan dan penyakit jantung.

4. Mengobati diabetes

Penderita diabetes dengan kadar gula darah yang tinggi dapat mengalami kerusakan dan sumbatan di pembuluh darah. Jika pembuluh darah otak mengalami kerusakan, risiko terkena stroke pun akan menjadi lebih tinggi. Oleh karena itu, kendalikan kadar gula darah dengan menjaga pola dan porsi

makan, rutin olahraga, serta minum obat-obatan yang sudah diresepkan oleh dokter.

5. Menghentikan kebiasaan merokok

Cara mencegah terjadinya stroke ringan selanjutnya adalah berhenti merokok. Hal ini karena merokok dapat membuat darah Anda mengental dan meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis, yaitu penumpukan plak yang dapat menyumbat pembuluh darah.

Jika mengalami gejala stroke ringan seperti yang disebutkan di atas, jangan tunda untuk segera ke rumah sakit agar kondisi ini dapat tertangani secepatnya oleh dokter spesialis saraf. Semakin cepat stroke ringan diobati, maka risiko penyakit ini berkembang menjadi stroke pun akan lebih rendah.

G. Tatalaksana Pencegahan Stroke Pada Orang Sehat Dan Resiko Tinggi

Meningkatnya usia harapan hidup yang didorong oleh keberhasilan pembangunan nasional dan berkembangnya modernisasi akan cenderung meningkatkan risiko terjadinya penyakit vaskuler (penyakit jantung koroner, stroke dan penyakit arteri perifer). Stroke menyerang usia produktif dan usia lanjut yang berpotensi menimbulkan masalah baru dalam pembangunan kesehatan secara nasional di kemudian hari. Di satu sisi, modernisasi akan meningkatkan risiko stroke karena perubahan pola hidup. Sedangkan di sisi lain meningkatnya usia harapan hidup juga akan meningkatkan risiko stroke karena bertambahnya penduduk usia lanjut.

Tindakan preventif berupa penanganan prahospital perlu ditekankan. Hal ini penting untuk menjamin perbaikan kualitas hidup penderita stroke di samping penatalaksanaan yang lebih efektif untuk menekan angka kejadian stroke. Pencegahan primer pada stroke meliputi upaya perbaikan hidup dan pengendalian berbagai faktor risiko. Upaya ini ditujukan pada orang sehat dan kelompok risiko tinggi yang belum pernah terserang stroke.

1. Mengatur pola makan yang sehat

Konsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol dapat meningkatkan risiko terkena stroke. Sebaliknya, dengan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan kolesterol dapat mencegah terjadinya stroke. Beberapa jenis makanan yang dianjurkan untuk pencegahan primer terhadap stroke adalah:

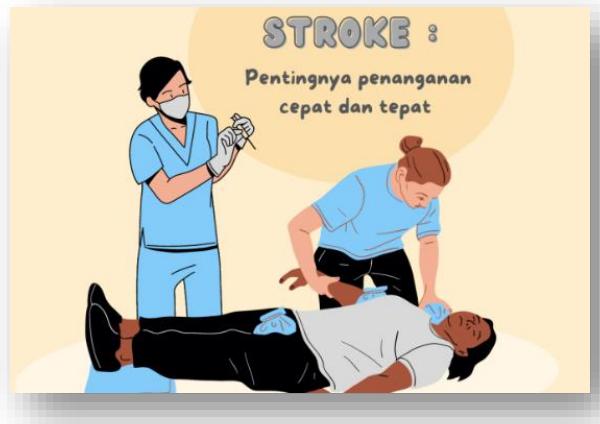
- Serat larut dalam biji-bijian seperti beras merah dan jagung
- OAT (beta glucan) akan menurunkan kadar kolesterol total dan LDL. Membantu menurunkan tekanan darah dan menekan nafsu makan bila dimakan di pagi hari

- Kacang kedelai beserta olahannya
 - Makanan / zat yang mengandung asam folat, vit B6, B2 dan riboflavin
 - Ikan yang mengandung Omega 3 seperti ikan tuna dan salmon
 - Dianjurkan mengurangi asupan natrium dan menambah asupan kalium
 - Hindari atau setidaknya mengurangi makanan dan minuman yang mengandung gula (monosakarida dan disakarida)
2. Penanganan stress dan beristirahat yang cukup
 - Istirahat yang cukup dan tidur teratur 6-8 jam sehari
 - Mengendalikan stress dengan cara berpikir positif sesuai dengan jiwa sehat menurut WHO, menyelesaikan pekerjaan satu demi satu, bersikap ramah, dan mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa serta mensyukuri hidup kita
 3. Pemeriksaan kesehatan secara teratur dan taat anjuran dokter dalam hal diet dan obat

Faktor-faktor risiko seperti penyakit jantung, hipertensi, dislipidemia, diabetes melitus harus dipantau secara teratur. Faktor-faktor risiko ini dapat dikoreksi dengan pengobatan teratur, diet dan gaya hidup sehat (olahraga, pengendalian berat badan, menghindari alkohol dan tidak merokok). Pengendalian tekanan darah dan kadar gula darah pada penderita hipertensi dan diabetes m Konsultasi dengan dokter dan ahli gizi untuk penentuan diet sehari-hari.
 4. Tingkatkan aktivitas fisik

Peningkatan aktivitas fisik direkomendasikan karena berhubungan dengan penurunan risiko stroke. Namun tetap diimbangi dengan istirahat yang cukup.

H. Manajemen Pre-Hospital



Gambar 6.1: Penanganan Cepat

Perawatan prehospital atau Emergency Medical Services (EMS) merupakan subspesialisasi medis yang berfokus pada perawatan pasien sebelum mencapai rumah sakit dan selama transfer darurat ke rumah sakit atau antar rumah sakit. EMS merupakan jaringan sumber daya untuk memberikan perawatan darurat kepada masyarakat di dalam maupun di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Perawatan prehospital yang dapat disebut juga sebagai Emergency Medical Services (EMS) dapat diartikan sebagai sistem komprehensif yang menyediakan pengaturan personel, peralatan dan fasilitas untuk pengiriman layanan kesehatan dan keselamatan yang efektif, terkoordinasi serta tepat waktu kepada korban penyakit akut atau cedera.

Tujuan dari perawatan prehospital adalah untuk menyediakan perawatan tepat waktu kepada pasien yang mengalami keadaan darurat secara tiba-tiba serta mengancam jiwa untuk mencegah mortalitas ataupun morbiditas jangka panjang. Fungsi EMS dapat dibagi menjadi empat komponen utama, yaitu mengakses perawatan darurat, perawatan di masyarakat, rute akhir perawatan, serta perawatan ketika berada di fasilitas kesehatan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi prehospital diantaranya faktor yang berasal dari sistem EMS, meliputi sarana dan prasarana, sumber daya manusia, dan protokol pelayanan.

Manajemen pre-hospital stroke merupakan pelayanan ke pasien pertama kali ditemukan dan selama proses transportasi hingga pasien berada pada pelayanan kesehatan. Penanganan yang cepat dan tepat merupakan salah satu kunci penting dalam mengurangi kematian dan meminimalkan kerusakan otak yang ditimbulkan oleh stroke. Keberhasilan penanganan kondisi pre-hospital pada keluarga pasien dengan stroke dipengaruhi tingkat pengetahuan keluarga dalam

mendeteksi serangan stroke, keluarga bisa mengidentifikasi faktor risiko terjadinya stroke, lokasi peristiwa yang jauh ke pelayanan kesehatan, pendampingan keluarga sebagai sistem support, riwayat stroke sebelumnya, penyakit penyerta stroke yang berhubungan dengan tingkat keparahan stroke, dan faktor ekonomi dalam pembiayaan perawatan.

Pada saat terjadinya serangan Stroke, inisiatör yaitu keluarga berperan penting untuk pengambilan keputusan dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan terhadap pasien stroke. Keluarga memiliki peran penting ketika salah satu anggota keluarga menghadapi masalah kesehatan sehingga status kesehatan setiap anggota keluarga merupakan tanggung jawab yang lain (Yuswantoro, 2022).

Pasien serangan stroke memerlukan penanganan medis segera sebelum 4,5 jam untuk mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen. Oleh karena itu, perawatan prehospital sangat diperlukan pada pasien serangan stroke. Dalam fase perawatan hiper-akut stroke, layanan ambulans memiliki peran koordinasi sentral karena biasanya 70% pasien stroke datang dengan ambulans. Langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam EMS yaitu melakukan dukungan ABC (Airway, Breathing, Circulation) dengan memberikan oksigen menggunakan nasal kanul jika diperlukan, melakukan penilaian stroke prehospital, menetapkan waktu ketika pasien terakhir diketahui normal, melakukan transportasi ke rumah sakit beserta unit stroke dengan membawa saksi dan pendamping, melakukan pemberitahuan ke rumah sakit penerima, serta melakukan pemeriksaan gula darah jika memungkinkan. Personil EMS tidak direkomendasikan untuk memberikan obat antihipertensi pada pasien dengan dugaan stroke karena terdapat kekhawatiran terjadinya pembatasan perfusi ke jaringan iskemik sehingga dapat memperburuk stroke. Adanya peningkatan tekanan darah yang signifikan harus dikomunikasikan oleh petugas EMS kepada kontrol medis EMS

Pengenalan dini gejala stroke, respons individu terhadap stroke, dan waktu serta metode pemindahan orang ke rumah sakit sangat penting untuk memastikan hasil penanganan yang optimal bagi pasien. Pemahaman masyarakat mengenai tanda dan gejala stroke memungkinkan masyarakat untuk mengenali kapan seseorang mungkin menunjukkan gejala stroke sehingga dapat dengan cepat mengaktifkan EMS. Oleh karena itu, tenaga kesehatan memiliki peran dalam mendidik masyarakat untuk mengenali tanda-tanda peringatan dan gejala stroke sebagai upaya untuk mendukung intervensi prehospital stroke.

Pasien serangan stroke dapat mengalami kerusakan jaringan otak akibat adanya penyumbatan atau perdarahan yang mengganggu aliran darah serta oksigen menuju otak. Oleh karena itu, pasien stroke seharusnya menerima prioritas

yang tinggi sebanding dengan keadaan darurat medis yang mematikan atau melumpuhkan lainnya. Oleh karena itu, salah satu hal yang menjadi penting adalah stroke dapat dikenali pada kesempatan paling awal untuk memastikan bahwa ambulans dikirim dengan tingkat prioritas yang sesuai sehingga memfasilitasi presentasi awal dan perawatan spesialis yang cepat seperti trombolisis. Pasien stroke seharusnya tidak hanya menerima prioritas triase yang tinggi, sebanding dengan keadaan darurat medis yang mematikan atau melumpuhkan lainnya, tetapi layanan ambulans juga harus memfasilitasi pemberitahuan awal ke rumah sakit penerima dan memastikan bahwa rumah sakit tujuan adalah rumah sakit dengan unit stroke apabila memungkinkan (Rahmawati, 2023).

Bagaimana sih penanganan stroke pre-hospital...???



Gambar 6.2: stroke pre-hospital

1. Deteksi

Pengenalan cepat dan reaksi terhadap tanda-tanda stroke dan TIA. Keluhan pertama kebanyakan pasien (95%) mulai sejak di luar rumah sakit. Hal ini penting bagi masyarakat luas (termasuk pasien dan orang terdekat dengan pasien) dan petugas kesehatan profesional (dokter umum dan resepsionisnya, perawat penerima telpon, atau petugas gawat darurat) untuk mengenal stroke dan perawatan kedaruratan. Tenaga medis atau dokter terlibat di unit gawat darurat atau pada fasilitas prahospital harus mengerti tentang gejala stroke akut dan penanganan pertama yang cepat dan benar. Pendidikan berkesinambungan perlu dilakukan terhadap masyarakat tentang pengenalan atau deteksi dini stroke (Wirawan, 2023).

Konsep time is brain berarti pengobatan stroke merupakan keadaan gawat darurat. Jadi, keterlambatan pertolongan pada fase prahospital harus dihindari dengan pengenalan keluhan dan gejala stroke bagi pasien dan orang terdekat. Pada setiap kesempatan, pengetahuan mengenai keluhan stroke, terutama pada kelompok resiko tinggi (hipertensi, atrial fibrilasi, kejadian vaskuler lain dan diabetes) perlu disebarluaskan. Keterlambatan manajemen

stroke akut dapat terjadi pada beberapa tingkat. Pada tingkat populasi, hal ini dapat terjadi karena ketidaktahuan keluhan stroke dan kontak pelayanan gawat darurat.

Beberapa gejala atau tanda yang mengarah kepada diagnosis stroke antara lain hemiparesis, gangguan sensorik satu sisi tubuh, hemianopia atau buta mendadak, diplopia, vertigo, afasia, disfagia, disatria, ataksia, kejang atau penurunan kesadaran yang kesemuanya terjadi secara mendadak. Untuk memudahkan digunakan istilah FAST (Fasial movement, Arm movement, Speech, Test all three). Tes ini sangat mudah. Bila ada anggota keluarga, rekan, kerabat, atau tetangga yang dicurigai tekena stroke, dan menunjukkan hasil tes yang positif segeralah minta pertolongan medis. Tindakan yang tepat dan cepat diharapkan akan membawa hasil yang lebih baik pula (Hermanto, 2021).

a. Facial Movement

Merupakan penilaian pada otot wajah, pemeriksaan ini dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- Minta pasien untuk tersenyum atau menunjukkan giginya.
- Amati simetrisitas dari bibir pasien, tandai pilihan "YES" bila terlihat ada deviasi dari sudut mulut saat diam atau saat tersenyum.
- Kemudian identifikasi sisi sebelah mana yang tertinggal atau tampak tertarik, lalu tandai apakah di sebelah kiri "L" atau sebelah kanan "R"

b. Arm Movement

Merupakan penilaian pergerakan lengan untuk menentukan apakah terdapat kelemahan pada ekstremitas, pemeriksannya dilakukan dengan tahapan berikut

- Angkat kedua lengan atas pasien bersamaan dengan sudut 90° bila pasien duduk dan 45° bila pasien terlentang. Minta pasien untuk menahannya selama 5 detik.
- Amati apakah ada lengan yang lebih dulu terjatuh dibandingkan lengan lainnya
- Jika ada tandai lengan yang terjatuh tersebut sebelah kiri atau kanan.

c. Speech

Merupakan penilaian bicara yang meliputi cara dan kualitas bicara. Pemeriksannya dilakukan dengan tahapan berikut:

- Perhatikan jika pasien berusaha untuk mengucapkan sesuatu
- Nilai apakah ada Gangguan dalam berbicara
- Dengarkan apakah ada suara pelo

- Dengarkan apakah ada kesulitan untuk mengungkapkan atau menemukan kata-kata. Hal ini bisa dikonfirmasi dengan meminta pasien untuk menyebutkan benda-benda yang terdapat di sekitar, seperti pulpen, gelas, piring dan lain-lain.
 - Apabila terdapat gangguan penglihatan, letakkan barang tersebut di tangan pasien dan minta pasien menyebutkan nama benda tersebut.
- d. Time

Jika seseorang mengalami ketiga gejala tersebut, besar kemungkinan ia mengalami stroke. Waktu adalah hal yang paling penting dalam penanganan stroke. Sebagai penolong, kamu juga dianjurkan untuk mencatat waktu serangan dan perkembangan kondisi orang tersebut. Hal itu akan membantu dokter dalam menangani dan menentukan pengobatan yang dibutuhkan, dan jangan lupakan golden period.

2. Pengiriman pasien

Bila seseorang dicurigai terkena serangan stroke, maka segera panggil ambulans gawat darurat. Ambulans gawat darurat sangat berperan penting dalam pengiriman pasien ke fasilitas yang tepat untuk penanganan stroke. Semua tindakan dalam ambulansi pasien hendaknya berpedoman kepada protokol. Staff ambulans berperan dalam menilai apakah pasien dicurigai mengalami stroke akut dengan mengevaluasi melalui metode FAST dan jika pemeriksaannya positif, segera menghubungi personel di pusat control ambulans di rumah sakit. Personel tersebut yang kemudian menghubungi petugas unit gawat darurat untuk menyediakan tempat dalam penanganan lebih lanjut.

3. Transportasi/ambulans

Utamakan transportasi (termasuk transportasi udara) untuk pengiriman pasien ke rumah sakit yang dituju. Petugas ambulans gawat darurat harus mempunyai kompetensi dalam penilaian pasien stroke pra rumah sakit. Fasilitas ideal yang harus ada dalam ambulans yaitu personil yang terlatih, mesin EKG, peralatan dan obat-obatan resusitasi dan gawat darurat, obat-obat neuroprotektan, telemedisin, ambulans yang dilengkapi dengan peralatan gawat darurat, antara lain, pemeriksaan glukosa (glukometer), kadar saturasi O₂ (pulse oximeter).

Personil pada ambulans gawat darurat yang terlatih mampu mengerjakan:

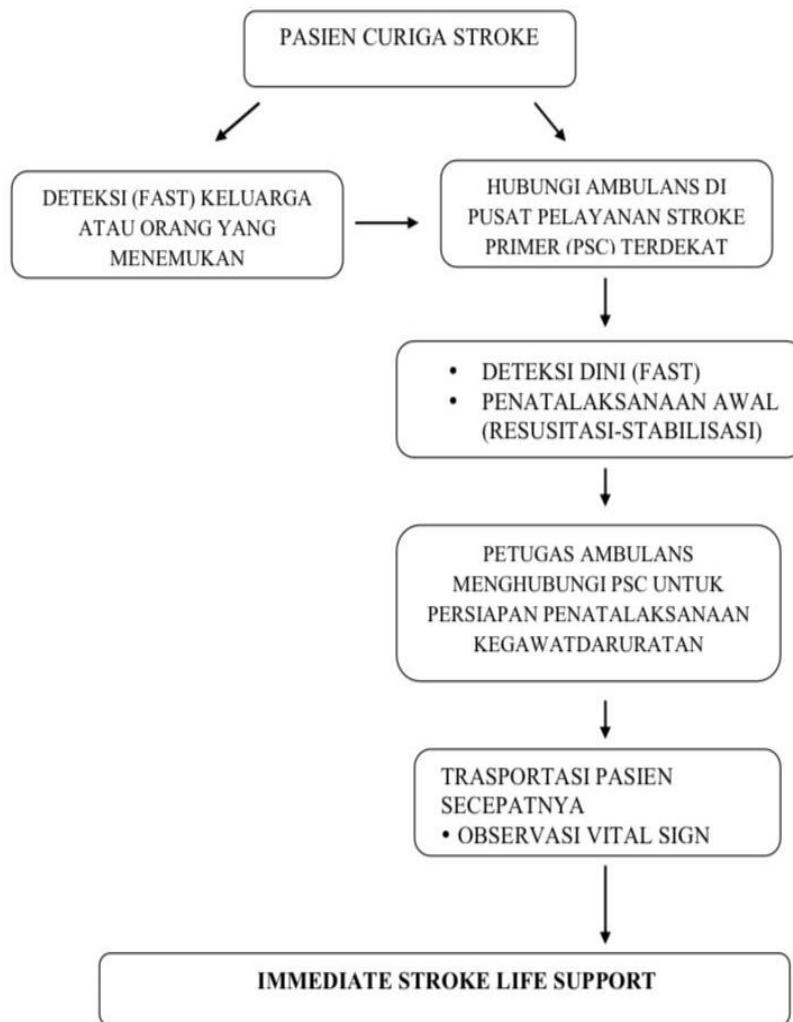
- a. Memeriksa dan menilai tanda-tanda vital

- b. Tindakan stabilitas dan resusitasi (Airway Breathing Circulation / ABC). Intubasi perlu dipertimbangkan pada pasien dengan koma yang dalam, hipoventilasi, dan aspirasi.
- c. Bila kardiopulmuler stabil, pasien diposisikan setengah duduk
- d. Memeriksa dan menilai gejala dan tanda stroke.
- e. Pemasangan kateter intravena, memantau tanda-tanda vital dan keadaan jantung
- f. Berikan oksigen untuk menjamin saturasi > 95%
- g. Memeriksa kadar gula darah
- h. Menghubungi unit gawat darurat secepatnya (stroke is emergency)
- i. Transportasi secepatnya (time is brain)

Beberapa hal yang harus diperhatikan oleh petugas pelayan ambulans:

- a. Jangan terlambat membawa ke rumah sakit yang tepat.
- b. Jangan memberikan cairan berlebihan kecuali pada pasien syok dan hipotensi
- c. Hindari pemberian cairan glukosa / dekstrose kecuali pada pasien hipoglikemia
- d. Jangan menurunkan tekanan darah kecuali pada kondisi khusus. Hindari
- e. hipotensi, hipoventilasi, atau anoksia.
- f. Catat waktu onset serangan.

Alur Penatalaksanaan Prehospital Pada Kasus Stroke Akut



Gambar 6.3: Alur Penatalaksanaan Pre-Hospital Pada Kasus Stroke (Wirawan, 2023)

Bagaimana Pertolongan Pertama pada Gejala Stroke Ringan...???



Gambar 6.4: Stroke Ringan

Ada beberapa langkah yang dapat dilakukan sebagai pertolongan pertama pada gejala stroke ringan:

1. Perhatikan Gejala yang Muncul dan Kondisi Penderita

Pastikan lebih dulu gejala awal stroke apa yang muncul berdasarkan FAST. Selain itu, Anda juga perlu waspada terhadap kondisi lain seperti tiba-tiba pusing, tiba-tiba tidak bisa melihat, atau sakit kepala yang sangat hebat. Umumnya, stroke menyebabkan penderita kehilangan keseimbangan diri dan jatuh. Lihat apakah orang tersebut dalam kondisi sadar atau tidak, apakah saat jatuh mengalami benturan di kepala atau tidak. Sebagian masyarakat juga memiliki pemahaman yang salah seperti stroke dapat disembuhkan dengan dipijat, mengeluarkan darah dari telinga penderita, atau menusukkan jarum ke bagian tubuh yang mengalami stroke. Jangan lakukan hal ini karena stroke harus ditangani oleh tenaga medis profesional di rumah sakit.

2. Periksa Pernapasan

Cek dan coba atur pernapasan dengan baik. Jika penderita merasa kesulitan bernapas, berikan ruang di sekitarnya dan longgarkan pakaian yang terlalu ketat. Minta penderita untuk mengambil napas dalam-dalam dan membuang perlahan untuk mengatur agar pernapasan dapat kembali normal.

3. Perbaiki Posisi

Pertolongan pertama pada gejala stroke ringan selanjutnya adalah memperbaiki posisi penderita. Jika memungkinkan, ubah posisi penderita menjadi berbaring atau ubah posisi dengan membaringkan satu sisi tubuh dengan bagian kepala sedikit diangkat agar penderita merasa lebih nyaman. Terkadang ketika stroke menyerang, seseorang akan merasa mual dan ingin muntah sehingga posisi kepala harus sedikit diangkat agar memudahkan saat ingin muntah dan mencegah dari tersedak.

4. Segera Bawa ke Rumah Sakit

Yang juga penting sebagai bagian dari pertolongan pertama pada gejala stroke ringan adalah segera membawa penderita ke rumah sakit. Sebelumnya, Anda dapat menghubungi Siloam Ambulance Call Center 1-500-911 untuk keadaan darurat stroke. Tetaplah tenang sambil menunggu ambulans datang sambil memantau kondisi penderita. Sebagai penyakit yang serius dan membutuhkan penanganan cepat dan tepat, stroke memiliki beberapa faktor risiko yang dapat memicu kemunculannya, antara lain gaya hidup (obesitas, kurang aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan konsumsi makanan tidak bergizi), kondisi medis tertentu (tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, penyakit jantung, dan diabetes), serta faktor lain seperti usia dan jenis kelamin.

Penanganan Pertama yang Harus Dilakukan Jika Keluarga Terserang Stroke...



Gambar 6.4: Pertolongan pada Stroke

Serangan stroke bisa terjadi secara tiba-tiba akibat dari gangguan aliran darah karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak sehingga menyebabkan gangguan fungsi otak, baik sebagian atau menyeluruh. Penyakit ini berbahaya jika tak ditangani dengan segera. Oleh karena itu, penting bagi kita untuk mengetahui penanganan pertama yang harus dilakukan jika orang terdekat kita terkena serangan stroke. Jika seseorang terkena stroke, maka kondisinya akan sangat bergantung pada waktu. Semakin banyak waktu yang terbuang, semakin banyak pula risiko kerusakan otak yang dialami. Meskipun penderita stroke rata-rata berusia di atas 65 tahun, generasi muda berusia 20-60 tahun hingga anak-anak juga bisa saja terkena penyakit ini.

Penting untuk diingat, meski gejala stroke yang dialami penderita masih terhitung ringan, tetap saja tidak boleh diabaikan. Ketika keluarga atau orang terdekat Anda mengalami gejala stroke, segera cari pertolongan medis dan jangan biarkan diri Anda ikut panik. Saat menunggu pertolongan medis, ada beberapa langkah yang bisa Anda lakukan untuk menolong penderita stroke agar tidak mengalami keadaan yang lebih parah.

- Jangan Pindahkan Penderita

Jika Anda melihat seseorang terkena serangan stroke, jangan ubah posisinya dari tempat semula. Mengubah posisinya hanya akan memperbesar kemungkinan pecahnya pembuluh darah halus di otak penderita. Cukup bantu ia untuk berbaring telentang supaya tidak terjatuh ke lantai.

- Usahakan Pasien Berada dalam Posisi Nyaman

Sandarkan tubuh penderita stroke dalam posisi yang senyaman mungkin agar tidak terjadi gangguan peredaran darah. Usahakan penderita stroke tersebut berada dalam posisi yang memungkinkannya untuk terus bernapas dengan lancar.

- Berikan Minum Agar Tidak Dehidrasi

Cegah pasien dari dehidrasi dengan memberikannya segelas air putih. Jika sulit, Anda bisa memberikan minum dengan menggunakan sendok. Jika pasien mengalami dehidrasi, pasokan oksigen menuju saraf jaringan otak akan terhambat. Ketika hal tersebut terlanjur terjadi, akan bertambah besar pula risiko kondisi pasien menjadi semakin buruk seiring berjalannya waktu.

- Ungkapkan Kata-kata yang Menenangkan

Sembari menunggu pertolongan medis datang, cobalah untuk membuat penderita lebih rileks dengan mengungkapkan kata-kata yang menenangkan. Ungkapkan bahwa penderita dapat melalui semua ini dan pertolongan akan segera datang. Oleh karena itu, Anda pun tidak boleh panik agar tidak membuat penderita semakin panik.

- Hindari Mitos Menusuk Jari Penderita dengan Jarum

Hindari menusuk-nusuk jari pasien dengan jarum karena stroke tidak bisa sembuh dengan cara ini. Respons nyeri akibat jari ditusuk justru bisa membuat tekanan darah pasien mendadak tinggi dan memperburuk kondisi stroke. Cara ini juga berisiko tinggi karena jarum bisa jadi tidak steril.

Untuk kasus stroke, akan lebih baik jika Anda memanggil ambulans karena bantuan medis yang cepat oleh paramedis selama perjalanan akan membantu mengurangi risiko gangguan otak yang lebih buruk. Perlu diketahui bahwa dalam rentang waktu dari serangan tiba-tiba hingga diberikan tindakan di rumah sakit, tidak boleh berjalan lebih dari 4,5 jam. Periode ini disebut sebagai golden period untuk menyelamatkan pasien dari kelumpuhan total setelah serangan stroke mendadak. Jika lebih dari 4,5 jam maka kelumpuhan

dan kerusakan otak akibat stroke tidak dapat dikembalikan. Jangan lupa untuk terus memantau respons penderita dengan saksama dari waktu ke waktu untuk melihat apakah ada penurunan kondisi penderita. Hal ini penting dilakukan agar Anda bisa melaporkan kondisi pasien dengan lebih tepat kepada petugas medis.

Serangan stroke dapat terjadi kapan saja, baik terjadi pada anak-anak hingga orang dewasa dan lansia. Penyakit ini terjadi akibat berkurangnya pasokan darah yang mengalir ke otak. Tindakan ini dapat dilakukan keluarga jika anggota keluarga terserang stroke sebelum dibawa ke rumah sakit

1. Memerhatikan kondisi penderita



Gambar 6.5: Stroke Menyebabkan Tubuh Kehilangan Keseimbangan.

Serangan stroke dapat menyebabkan seseorang kehilangan keseimbangan atau kesadaran hingga jatuh. Penanganan darurat pada orang yang telah kehilangan kesadaran tentunya berbeda. Oleh karena itu, dalam pertolongan pertama stroke pastikan terlebih dahulu apakah penderita berada dalam kondisi sadar atau tidak.

Pada orang yang hilang kesadaran, Anda perlu memeriksa detak jantung dan pernapasannya. Jika tidak terdapat suara napas dan detak jantung pun tidak terasa, Anda perlu memberikan CPR (cardiopulmonary resuscitation) dan segera menghubungi nomor pertolongan darurat di 112 atau ambulans dari Unit Gawat Darurat di rumah sakit terdekat. Pastikan Anda melakukannya dalam keadaan tenang.

2. Memastikan stroke dengan FAST



Gambar 6.6: Penderita Masih Dalam Keadaan Sadar

Ketika penderita masih dalam keadaan sadar, bagaimana Anda mengetahui seseorang terserang stroke? Akan sulit untuk mendeteksi stroke ketika gejala yang nampak tidak terlalu spesifik, seperti mengalami kebingungan, disorientasi, atau sakit kepala. Banyak tanda stroke yang mirip dengan tanda masalah neurologis darurat lainnya. Beberapa kondisi yang kerap disalahartikan seperti stroke di antaranya kejang, tumor otak, penggunaan obat, efek samping obat, serangan jantung, detak jantung tidak teratur, dan tekanan darah yang sangat rendah (hipotensi).

Meskipun demikian, kondisi medis yang bisa disalahartikan sebagai stroke ini juga memerlukan perawatan darurat. Tidak ada gunanya bagi Anda untuk mencoba mengidentifikasi apakah itu stroke atau kondisi darurat kesehatan lainnya sebelum Anda menghubungi tenaga medis. Maka dari itu, penting untuk segera mendapatkan pertolongan pertama agar dokter atau ahli medis profesional dapat segera melakukan diagnosis stroke dan memastikan kondisi yang sedang dialami oleh pasien.

Untuk memastikan apakah seseorang benar-benar terserang stroke atau tidak, Anda harus bisa melakukan empat langkah pendekripsi stroke lewat metode F.A.S.T., yang merupakan kepanjangan dari:

- Face: Periksa apakah wajahnya bisa digerakan dengan normal, mengalami rasa kebas, atau salah satu sisi wajahnya menurun.
- Arms: Cobalah meminta orang tersebut untuk mengangkat kedua tangannya. Periksa apakah salah satu tangan terangkat lebih rendah dari yang lain.
- Speech: Ajaklah orang tersebut berkomunikasi, ajukan pertanyaan dan perhatikan cara ia berbicara dan seperti apa reaksinya. Orang yang terserang stroke sulit mengucapkan kata dengan jelas dan kesulitan memahami maksud yang dibicarakan orang lain.
- Time: Ketika setiap langkah pemeriksaan menunjukkan tanda stroke maka segerakan mencari pertolongan medis darurat (Kusyani, 2022).

3. Mengenali gejala stroke



Gambar 6.7: Mengenali gejala Stroke

Akan tetapi, pertolongan pertama stroke tidak bisa dilakukan tanpa mengenali terlebih dahulu seperti apa gejala stroke. Gejala stroke terutama yang terjadi dalam waktu sementara, seperti stroke ringan, kerap luput dari perhatian orang-orang di sekitar. Sering orang yang mengalami pusing, mati rasa, kesemutan, lemas, atau perubahan pada penglihatan mencoba mengabaikan atau menundanya karena tidak merasa sakit, padahal nyeri bukan sifat utama dari stroke.

Gejala stroke bisa termasuk salah satu atau kombinasi dari melemahnya pergerakan salah satu sisi tubuh, penglihatan yang berubah kabur, atau kesulitan berbicara dengan jelas. Beberapa gejala yang secara umum dialami oleh penderita stroke di antaranya adalah:

- Kehilangan keseimbangan dan koordinasi anggota gerak.
- Salah satu sisi tubuh mengalami pelemahan atau kelumpuhan.
- Terasa kebas pada bagian wajah, tangan, dan kaki juga merupakan beberapa gejala stroke.
- Kesulitan untuk menggerakan wajah, tangan, dan kaki.
- Kesulitan berbicara sehingga ucapan menjadi tidak jelas.
- Sakit kepala yang berlebihan.
- Kebingungan atau kesulitan memahami perkataan orang lain.
- Gangguan penglihatan seperti rabun, penglihatan ganda, atau kebutaan pada salah satu atau kedua mata.
- Kesulitan menelan makanan.

4. Menghubungi nomor darurat atau ambulans



Gambar 6.8: Menghubungi nomor darurat

Ketika berhasil mengidentifikasi serangan stroke yang terjadi pada diri sendiri atau orang lain, Anda sebaiknya segera mencari bantuan medis dengan menghubungi nomor layanan darurat (112). Membawa pasien stroke langsung ke rumah sakit memang sangat dianjurkan dalam pertolongan pertama stroke. Akan tetapi jika dilakukan secara mandiri tanpa bantuan petugas medis, justru Anda bisa membahayakan kesehatan pasien stroke. Pasalnya, membawa pasien stroke langsung ke rumah sakit tanpa bantuan petugas medis dapat

meningkatkan risiko cacat dan kematian pada pasien. Penanganan stroke yang paling tepat justru dengan menelepon ambulans sesegera mungkin.

Ambulans tentu menyediakan fasilitas yang lebih lengkap sebagai pertolongan pertama pada pasien stroke. Sebagai langkah awal, tim ambulans akan memantau gejala stroke pasien selama di perjalanan. Selanjutnya, tim akan mengawasi detak jantung dan tekanan darah pasien serta memastikannya tetap normal. Bersama dengan dokter spesialis stroke, tim ambulans bahkan dapat melakukan tes darah dan CT scan pada pasien di dalam ambulans (pada mobil ambulans tertentu).

Yang tak kalah penting, tim ambulans akan terus berkomunikasi dengan pihak rumah sakit supaya tim medis tahu bahwa pasien stroke akan tiba dalam waktu dekat. Hal ini memudahkan bagi pihak rumah sakit untuk menyiapkan segala peralatan dan obat-obatan yang diperlukan oleh pasien.

5. Memperoleh perawatan dan pengobatan



Gambar 6.9: Memperoleh perawatan dan pengobatan

Umumnya, tanda vital seperti denyut nadi dan napas akan segera diperiksa begitu bantuan medis tiba. Banyak pasien stroke tidak dapat mendeskripsikan gejala yang mereka alami. Oleh karena itu, seseorang yang mengetahui perubahan gejala bisa menjelaskan informasi tersebut ke tenaga medis. Informasi atau laporan medis apapun yang menyangkut kondisi kesehatan dan obat-obatan juga akan sangat membantu.

Selain itu, informasi ini akan sangat berguna bagi dokter dalam menentukan pengobatan stroke yang ketika pasien sampai di rumah sakit. Kerusakan pada sel-sel otak dapat terjadi dalam waktu yang cepat. Berdasarkan American Heart Association, pengobatan dalam pertolongan pertama stroke perlu diberikan dalam waktu kurang dari 4,5 jam setelah serangan stroke berlangsung. Jika kondisi pasien sangat parah, tindakan yang dilakukan dokter bisa meliputi operasi pengangkatan gumpalan darah yang dilakukan dalam 24 jam gejala stroke berlangsung.

I. Manajemen Intra-Hospital

Penanganan umum stroke akut di unit gawat darurat (UGD) meliputi perbaikan keadaan umum dengan memberikan dukungan jalan napas dan bantuan ventilasi, terutama pada penderita dengan penurunan kesadaran atau disfungsi bulbar.

1. Perbaikan Keadaan Umum

Suplementasi oksigen direkomendasikan pada penderita dengan saturasi di bawah 94%. Sedangkan, oksigen hiperbarik atau HBO (hyperbaric oxygen) tidak disarankan karena dapat menyebabkan emboli. Kondisi hipotensi dan hipovolemia juga perlu diperbaiki dengan segera untuk menjaga perfusi sistemik yang berguna dalam mendukung fungsi organ. Tekanan darah yang terlalu tinggi meningkatkan risiko perdarahan pada pasien yang akan dilakukan trombolisis. Karenanya, target tekanan darah perlu dijaga dengan sistolik <185 mmHg dan diastolik <110 mmHg.

Induksi hipotermia belum terbukti menguntungkan pada kondisi stroke akut, meskipun diduga bersifat neuroprotektif. Terdapat studi yang menghubungkan induksi hipotermia dengan peningkatan risiko infeksi termasuk pneumonia.

2. Persiapan Trombolisis

Berdasarkan panduan American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), terapi tPA (tissue plasminogen activator) intravena sangat menguntungkan bagi penderita stroke iskemik akut. Akan tetapi, hal ini dipengaruhi waktu pemberian dan kondisi pasien. Trombolisis dengan alteplase intravena hanya dianjurkan apabila onset stroke kurang dari 3 jam, kondisi pasien memenuhi kriteria inklusi trombolisis, dan tidak terdapat kriteria eksklusi.

Sebelum dilakukan pemberian trombolisis intravena, terdapat beberapa hal yang harus dilakukan yaitu:

a. Evaluasi Awal:

Evaluasi awal dilakukan dengan menilai status neurologis pada pasien stroke yang disarankan adalah dengan menggunakan skor National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Penilaian ini selain dapat dilakukan dengan cepat, juga telah terbukti memiliki reliabilitas yang tinggi sebagai indikator evaluasi keberhasilan terapi serta menentukan prognosis stroke minor. Evaluasi status neurologi pasien ini diharapkan segera dilakukan bersamaan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik, seperti pemeriksaan saraf kranial dan refleks patologis.

b. Pencitraan Kepala:

Pasien yang datang dengan kecurigaan stroke akut disarankan untuk segera menjalani evaluasi melalui pencitraan otak segera setelah sampai di rumah sakit. Pemeriksaan ini disarankan dilakukan dalam 20 menit sejak kedatangan di UGD. CT scan kepala non kontras saja sudah memberikan informasi yang cukup untuk menyingkirkan stroke perdarahan.

c. Pemeriksaan Penunjang Lain:

Pemeriksaan penunjang lain yang dapat mendahului inisiasi dari terapi trombolisis adalah kadar gula darah. Peningkatan gula darah merupakan hal yang wajar terjadi akibat stimulasi pelepasan kortisol dan norepinefrin, tetapi dilaporkan berhubungan dengan peningkatan risiko transformasi hemoragik pada pasien yang menjalani terapi trombolisis.

Pemeriksaan ini juga bisa menyingkirkan diagnosis banding hipoglikemia yang menyerupai stroke. Sementara itu, pemeriksaan lain, seperti international normalized ratio (INR), partial thromboplastin time (PTT), dan hitung trombosit juga dilakukan tapi tidak boleh menunda terapi trombolisis apabila tidak terdapat kecurigaan koagulopati. Pemeriksaan EKG dan rontgen toraks dapat dilakukan tetapi tidak menjadi prioritas dalam pelaksanaan trombolisis.

Pasien yang menjalankan terapi trombolisis perlu dipantau kemungkinan perdarahan ataupun alergi terhadap terapi. Selain itu, kebutuhan terapi trombektomi mekanik ataupun trombolisis intraarterial ditinjau sesuai dengan kondisi pasien.

3. Perawatan Tambahan

Penanganan pada ruang rawat khusus stroke atau stroke unit dinilai meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi angka morbiditas–mortalitas pasca stroke. Skrining disfagia direkomendasikan untuk mengurangi risiko aspirasi. Selain itu, nutrisi dan kebersihan oral perlu dijaga untuk mengurangi risiko infeksi. Rehabilitasi medik disarankan untuk dilakukan segera, setidaknya 24 jam pasca stroke akut. Pertimbangan pemberian antiplatelet ganda berupa aspirin dan clopidogrel dapat dianjurkan berdasarkan skor NIHSS dan skor ABCD2 untuk pasien TIA.

Menurut Batticaca (2018) Terdapat beberapa pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang pada pasien stroke:

a. **Pemeriksaan Klinis**

- Riwayat penyakit sekarang (kapan timbulnya, lamanya serangan, gejala yang timbul).
- Riwayat penyakit dahulu (hipertensi, jantung, DM, disritmia, ginjal, pernah mengalami trauma kepala).
- Riwayat penyakit keluarga (hipertensi, jantung, DM).
- Aktivitas (sulit beraktivitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot, gangguan tingkat kesadaran).
- Sirkulasi (hipertensi, jantung, disritmia, gagal ginjal kronis).
- Makanan/cairan (nafsu makan berkurang, mual, muntah pada fase akhir hilang sensasi pengecapan pada lidah, obesitas sebagai faktor risiko).
- Neurosensorik (sinkop atau pingsan, vertigo, sakit kepala, penglihatan berkurang atau ganda, hilang rasa sensorik kontralateral, afasia motor, reaksi pupil tidak sama).
- Kenyamanan (sakit kepala dengan intensitas yang berbeda, tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketergantungan otot).
- Pernapasan (merokok sebagai faktor risiko, tidak mampu menelan karena batuk).
- Interaksi sosial (masalah bicara, tidak mampu berkomunikasi)

b. Pemeriksaan Penunjang

- Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
- Scan Tomografi Komputer (Computer Tomography scan- CT-scan). Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK).
- Magnetic Resonance Imaging (MRI). Menunjukkan daerah infarksi perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
- Ultrasonografi doppler (USG doppler). Mengidentifikasi penyumbatan arteriovena (masalah sistem arteri karotis [aliran darah atau timbulnya plak]) dan arteriosklerosis.
- Elektroensefalogram (Electroencephalogram-EEG). Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pada daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis inter terdapat pada trombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid (Batticaca, 2018).

J. Rehabilitasi Pasca Stroke

Menurut Renny (2013) Peran kedokteran fisik dan rehabilitasi serta tim rehabilitasi dalam rehabilitasi pasca stroke sangat penting dalam pemulihan fungsi agar penyandang stroke dapat kembali mencapai pemulihan fungsional seoptimal mungkin sesuai kondisi strokenya. Pada dasarnya, semua pasien stroke memerlukan rehabilitasi medik. Yang paling memerlukan adalah pasien yang mengalami dampak paling besar dari stroke yang menyerang seperti rehabilitasi Pasca Stroke.

Menurut penelitian, pasien stroke bisa mengalami dampak gangguan dalam waktu lama, dari satu hingga lima tahun. Rehabilitasi pasca stroke adalah program yang dirancang untuk membantu pasien stroke mendapatkan kembali kemampuan dan fungsi yang hilang akibat stroke. Rehabilitasi stroke bertujuan untuk mencapai kemandirian fisik dan psikologis secara optimal di lingkungan rumah sakit, rumah (tempat tinggal) atau tempat tinggal ataupun komunitas. Untuk mencapai hal ini, diperlukan Latihan sepanjang hidup yang dilakukan setiap hari sehingga aktivitas tersebut menjadi bagian kehidupan penderita pasca stroke, bukan suatu aktivitas yang berdiri sendiri dan hanya dilakukan 2-3 kali seminggu. Latihan aktif harus segera dimulai secepatnya setelah penderita pasca stroke mencapai kondisi medis yang stabil.

Rehabilitasi ini dapat membantu pasien untuk:

- Meningkatkan kemampuan motorik, seperti Berjalan, berpakaian, dan makan sendiri
- Memperbaiki kemampuan kognitif, seperti Berpikir, mengingat, dan memecahkan masalah
- Memperkuat kemampuan komunikasi, seperti berbicara dan memahami orang lain
- Meningkatkan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari
- Mencegah komplikasi stroke, seperti depresi dan jatuh.

1. Jenis-jenis rehabilitasi pasca stroke :

- Pemulihan fisik (fisioterapi)

Untuk memperbaiki postur tubuh dan keseimbangan berjalan yang terdampak stroke. Umumnya, terapi fisik memiliki dua target, yaitu target jangka pendek dan jangka panjang.

- Pemulihan fungsi kognitif

Stroke juga dapat mengganggu fungsi kognitif penderitanya. Kerusakan otak akibat stroke meningkatkan risiko terjadinya demensia vaskular.

- Pemulihan psikologis

Setelah terserang stroke, seseorang mungkin akan mengalami gangguan psikologis, seperti depresi atau gangguan kecemasan. Gangguan ini ditandai dengan rasa marah, cemas, bingung dan frustasi.

- Pemulihan kemampuan berkomunikasi

Gangguan pada kemampuan berbicara, memahami, membaca, dan menulis adalah masalah yang banyak dihadapi penderita stroke.

- Pemulihan fungsi penglihatan

Sebagian penderita stroke mengalami gangguan penglihatan, seperti buta pada salah satu mata atau penglihatan ganda.

- Pemulihan cara berkemih

Stroke dapat menyerang bagian otak yang mengendalikan saluran kemih atau sistem urin. Hal ini menyebabkan orang yang pernah terserang stroke dapat mengalami inkontinensia (Hutagalung, 2019).

2. Panduan untuk keluarga dan kerabat pasien:

- Memberikan motivasi pada penderita untuk mencapai target jangka Panjang yang dimilikinya
- Beradaptasi dengan kondisi penderita, seperti berbicara dengan perlahan jika ia mengalami masalah komunikasi
- Berpartisipasi dalam proses fisioterapi
- Memberikan dukungan moral dan keyakinan bahwa kondisi penderita akan pulih seiring waktu.

3. Lama Perawatan Rehabilitasi Pasca Stroke Berbeda-Beda Untuk Setiap Individu, Tergantung Pada Beberapa Faktor, Seperti :

- Usia: pasien yang lebih muda umumnya memiliki kemampuan pemulihan yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang lebih tua.
- Keparahan stroke: stroke yang lebih parah umumnya membutuhkan waktu rehabilitasi yang lebih lama
- Kondisi kesehatan: pasien dengan kondisi kesehatan lain yang sudah ada, seperti diabetes atau penyakit jantung, mungkin membutuhkan waktu rehabilitasi yang lebih lama.
- Motivasi dukungan: pasien yang termotivasi dan memiliki dukungan yang kuat dari keluarga dan teman umumnya memiliki hasil pemulihan yang lebih baik dan mungkin membutuhkan waktu rehabilitasi yang lebih singkat.

Terapi yang dibutuhkan oleh setiap penderita stroke dapat berbeda antara satu dengan yang lainnya. Hal tersebut tergantung pada kebutuhan dan symptom yang dimiliki oleh penderita stroke. Terapi yang biasa dilakukan oleh penderita stroke antara lain adalah fisioterapi, terapi okupasi dan terapi wicara. Tujuan utama

dari fisioterapi adalah membantu penderita stroke untuk dapat kembali berjalan. Terapi ini dimulai dengan latihan-latihan yang sederhana untuk meningkatkan kemampuan penderita stroke untuk bergerak dan melatih otot sampai dengan latihan IPS mampu berjalan (Suprapto, 2023).

Terapi okupasi bertujuan untuk membantu penderita stroke mendapatkan kembali koordinasi otot-otot yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas- aktivitas dasar atau ADL. Activities of Daily Living (ADL) merupakan sesuatu yang penting untuk mempertahankan keberlangsungan hidup. Kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari merupakan tujuan utama dari rehabilitasi stroke fase subakut. Terapi okupasi merupakan suatu elemen penting pada rehabilitasi pasca. Terapi okupasi telah terbukti meningkatkan performansi kemandirian penderita stroke ketika melakukan ADL.

Tingkat ketergantungan penderita stroke dalam melakukan suatu aktivitas merupakan suatu ukuran yang penting dalam mengukur tingkat keberhasilan suatu program rehabilitasi pasca stroke. Latihan pada terapi okupasi menggunakan gerakan fungsional yang lebih banyak digunakan dibandingkan dengan gerak dasar karena gerak fungsional memiliki nilai lebih baik. Terapis okupasi dan keluarga menjadi fasilitator yang membantu penderita stroke untuk melakukan terapis.

K. Penutup

Penting bagi kita untuk mengetahui penanganan pertama yang harus dilakukan jika orang terdekat kita terkena serangan stroke. Jika seseorang terkena stroke, maka kondisinya akan sangat bergantung pada waktu. Semakin banyak waktu yang terbuang, semakin banyak pula risiko kerusakan otak yang dialami.

Yang juga penting sebagai bagian dari pertolongan pertama pada gejala stroke ringan adalah segera membawa penderita ke rumah sakit. Sebelumnya, Anda dapat menghubungi Ambulance Call Center 1-500-911 untuk keadaan darurat stroke. Tetaplah tenang sambil menunggu ambulans datang sambil memantau kondisi penderita. Sebagai penyakit yang serius dan membutuhkan penanganan cepat dan tepat.

Referensi

Batticaca, F. B. (2018). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan* (A. Novianty (ed.); 1st ed.). Salemba Medika.

- Cahyati, Y. (2021). *Penatalaksanaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pedoman Bagi Kader dan Masyarakat)* (R. Gunadi (ed.); 1st ed.). Deepublish Publisher.
- Helty. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke, Meningitis, Tumor Otak, dan Cedera Kepala* (M. Nasrudin (ed.); 1st ed.). Nasya Expanding Manajement.
- Hermanto. (2021). *Terapi Cermin (Mirror Theraphy) Dalam Asuhan Keperawatan Stroke* (A. H. Nadana (ed.); 1st ed.).
- Hutagalung, S. (2021). *Mengenal Stroke Sera Karakteristik Penderita Stroke Haemoragik dan Non Haemoragik* (Hutagulung (ed.); 1st ed.). Nusamedia.
- Hutagulung, M. S. (2019). *Panduan Lengkap Stroke Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan* (A. Abrata (ed.); 1st ed.). Nusamedia.
- Indrawati, L. (2016). *Care Yourself Stroke Cegah dan Obati Sendiri* (A. Wibowo (ed.); 1st ed.). Penebar Swadaya Grup.
- Isrofah, Dwitasari, I., & Nugroho, S. T. (2023). *Pengelolaan Pasien Pasca Stroke Berbasis Home Care* (P. I. Daryaswanti (ed.); 1st ed.). PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Junaidi, I. (2021). *Stroke Waspada! Ancamannya* (Westriningsih (ed.); 1st ed.). Andi Offset.
- Kusyani, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke* (Guepedia (ed.); 1st ed.). Guepedia Group.
- Mirfaidah. (2022). *Efek Penggunaan Antihipertensi Pasien Stroke Iskemik* (C. Kaelan (ed.); 1st ed.). NEM.
- Pranowo, S., Septiyana, Y., Prasetyanto, D., & Darni, Z. (2023). *Keperawatan Sistem Neurobehaviour* (N. Sulung (ed.); 1st ed.). Get Press Indonesia.
- Rahmawati, N. (2023). Konsep dan Penerapan Intervensi Prehospital Pada Stroke. *Malahayati Health Student Journal*, 3(7), 2111–2117. <https://doi.org/https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i7.10720>
- Renny, J. (2013). Identifikasi Kebutuhan Akan Sistem Rehabilitasi Berbasis Teknologi Terjangkau Untuk Penderita Stroke di Indonesia. *Journal Unpar*, 3. <https://journal.unpar.ac.id/index.php/rekayasa/article/download/228/213>
- Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Suprapto. (2023). Penerapan Range Of Motion Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik. *Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan*, 1(2).
- Widarti, L., Suprianto, & Maimuna, S. (2023). *Skrining Fitokimia dan Uji Formulasi Ekstrak Daun Jarak Pagar* (E. D. Widyawaty (ed.); 1st ed.). Rena cipta publisher.
- Wirawan, N. (2023). Manajemen Prehospital Pada Stroke Akut. *Jurnal Kedokteran*

Yuswantoro, E. (2022). Studi Penanganan Pre-Hospital Stroke Pada Keluarga. *Jurnal Keperawatan Keluarga*, 08(1), 83. <https://ojs.poltekkes-malang.ac.id/index.php/JKT/article/download/2929/491/>

Glosarium

Pasien serangan stroke memerlukan penanganan medis segera sebelum 4,5 jam. Ini merupakan golden period untuk mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen akibat serangan stroke. Seseorang yang terkena serangan stroke dapat mengalami gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh adanya kerusakan atau kematian jaringan otak. Waktu merupakan hal yang utama dalam memberikan pertolongan yang cepat serta tepat kepada orang yang sedang mengalami serangan stroke. Intervensi pre-hospital merupakan tindakan awal yang bisa dilakukan oleh penolong kepada pasien serangan stroke baik ketika pasien masih berada di rumah ataupun selama transfer pasien ke rumah sakit. Intervensi prehospital ini bisa dilakukan oleh keluarga, masyarakat, maupun tenaga medis. Keluarga harus pengetahui tindakan pertama yang harus dilakukan, pengiriman pasien dan transportasi dengan ambula

Buku ini ditulis untuk memberikan pemahaman dan kemudahan untuk para pembaca bagaimana cara memberikan pertolongan pertama untuk menangani pasien pada saat pasien terkena serangan stroke. Buku ini berisi beberapa intervensi yang dapat dilakukan secara dini pada pasien yang diduga mengalami stroke bertujuan untuk mencegah keterlambatan reperfusi yang mengarah pada kerusakan jaringan yang ireversibel serta komplikasi lanjutan lainnya.

Profil Penulis



(Ns. Chichi Hafifa Transyah, M.Kep) Lahir di Pasar Kambang, 20 November 1982. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Andalas tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Andalas dan lulus pada tahun 2012. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2007 sampai sekarang di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan YPAK Padang. Saat ini mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, membimbing mahasiswa, pengabdian kepada masyarakat dll. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: chichitransyah@gmail.com



(Ns. Fitra Mayenti, S. Kep, M. Kep) Lahir di Teratak Pauh, 19 November 1983. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Andalas Padang tahun 2006 dan profesi Ners 2009. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Andalas Padang dan lulus tahun pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009-2010 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indonesia Padang, tahun 2011-2012 di Akademi Keperawatan Dharma Husada Pekanbaru. Saat ini penulis bekerja di Institut Kesehatan dan Teknologi Al Insyirah Pekanbaru, mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan dan Konsep Dasar Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat, penulis juga aktif di Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) dan organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai pengurus. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fitramayenti19@gmail.com

Motto: "Be Your Self"

Profil Penulis



(Ns. Maryana, M. Kep) Lahir di Sungailiat, 09 Maret 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada tahun 2010, Pendidikan Profesi Nesrs tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Muhammadiyah dan lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 bergabung di STIKES Citra Delima Bangka Belitung sampai dengan sekarang (Sekarang beralih bentuk menjadi Institut Citra Internasional). Saat ini penulis mengampu mata kuliah Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma

Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: maryana385@yahoo.com

Motto: "Jika Matahari adalah Kesenangan, dan jika Hujan adalah Kesulitan, Maka Kita membutuhkan keduanya untuk melihat PELANGI"



Ns. Sri Wianti, S.Kep.,M.Kep Lahir di Ciamis, 17 Desember 1975. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Padjadjaran tahun 2003. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2003 di STIKes Bina Putera Banjar sampai dengan 2021 sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners dari tahun 2016 sampai 2021. Saat ini penulis bekerja di STIKes Panti Kosala sebagai dosen tetap pada Prodi S1 keperawatan dan mengampu mata kuliah Ilmu Dasar Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma

Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, pengabdian masyarakat serta aktif di organisasi profesi PPNI. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sriwianti17@gmail.com

Motto: "Lead with kindness, inspire with action."

Profil Penulis



Tintin Sumarni S.Kp, M.Kep dilahirkan pada tanggal 01 Maret 1967 di Agam Kecamatan Tanjung Raya Kabupaten Agam. Menamatkan Pendidikan D3 di Akademi Keperawatan Padang tahun 1989. S1 di program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2000. S2 di Universitas Andalas jurusan Manajemen keperawatan tamat pada tahun 2014. Penulis memulai karir bekerja di di Dinas kesehatan tahun 1991 sampai tahun 1993. Guru Sekolah perawat Kesehatan (SPK) DepKes Solok dan Dosen di Akademi Keperawatan Solok dari tahun 2000 sampai dengan Tahun 2011. Tahun 2012 sampai sekarang menjadi dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Padang Program studi D3 keperawatan Solok. Penulis juga aktif menjadi peneliti baik sebagai peneliti utama maupun anggota peneliti. Riwayat Organisasi yang pernah penulis ikuti dibidang pendidikan adalah menjadi Sekretaris Program studi D3 Keperawatan Solok tahun 2014 sampai dengan tahun 2018. tim Auditor Mutu Internal (AMI) dan Auditor LKD Dosen Politekhnik Kesehatan Kemenkes Padang. Organisasi publik yang pernah penulis ikuti adalah sebagai Wakil Bidang Diklat Persatuan Perawat Nasional Indonesia Kota Solok tahun 2022-2027 dan sebagai Ketua Program Studi Poltekkes Kemenkes Padang periode 2022-2027.

SINOPSIS

Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan adalah dua konsep yang saling berkaitan dalam pengelolaan pelayanan kesehatan di bidang keperawatan dan memegang peranan penting dalam tataan layanan kesehatan. Perawat sebagai tenaga kesehatan terbesar dalam sebuah layanan klinis seperti Rumah Sakit dan Puskesmas memiliki andil besar dalam Citra Layanan. Populasi yang besar ini harus terkelola dengan baik agar dapat memberikan pelayanan yang baik dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Manajer keperawatan bertanggung jawab untuk mengelola kegiatan di bidang keperawatan dan mengawasi anggota perawat yang ada di bawahnya agar dapat bekerja sesuai dengan tugas dan kewenangan sehingga dapat mencapai tujuan bersama. Kepemimpinan keperawatan melibatkan kemampuan seorang manajer keperawatan untuk memengaruhi, mengarahkan, dan menginspirasi individu atau tim. Pemimpin keperawatan tidak hanya bertanggung jawab atas hasil kerja tim tetapi juga menciptakan lingkungan kerja yang mendukung perkembangan profesional, kolaborasi, dan kualitas layanan yang tinggi. Peningkatkan perawatan pasien dapat dimulai dengan memberdayakan perawat yang merawat pasien tersebut dengan menciptakan budaya kerja yang memanfaatkan *evidence based* terkini dalam pengambilan keputusan dan pengembangan organisasi untuk mencapai tujuan bersama.

Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan adalah dua konsep yang saling berkaitan dalam pengelolaan pelayanan kesehatan di bidang keperawatan dan memegang peranan penting dalam tataan layanan kesehatan. Perawat sebagai tenaga kesehatan terbesar dalam sebuah layanan klinis seperti Rumah Sakit dan Puskesmas memiliki andil besar dalam Citra Layanan. Populasi yang besar ini harus terkelola dengan baik agar dapat memberikan pelayanan yang baik dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Manajer keperawatan bertanggung jawab untuk mengelola kegiatan di bidang keperawatan dan mengawasi anggota perawat yang ada di bawahnya agar dapat bekerja sesuai dengan tugas dan kewenangan sehingga dapat mencapai tujuan bersama. Kepemimpinan keperawatan melibatkan kemampuan seorang manajer keperawatan untuk memengaruhi, mengarahkan, dan menginspirasi individu atau tim. Pemimpin keperawatan tidak hanya bertanggung jawab atas hasil kerja tim tetapi juga menciptakan lingkungan kerja yang mendukung perkembangan profesional, kolaborasi, dan kualitas layanan yang tinggi. Peningkatkan perawatan pasien dapat dimulai dengan memberdayakan perawat yang merawat pasien tersebut dengan menciptakan budaya kerja yang memanfaatkan evidence based terkini dalam pengambilan keputusan dan pengembangan organisasi untuk mencapai tujuan bersama.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-84-2

