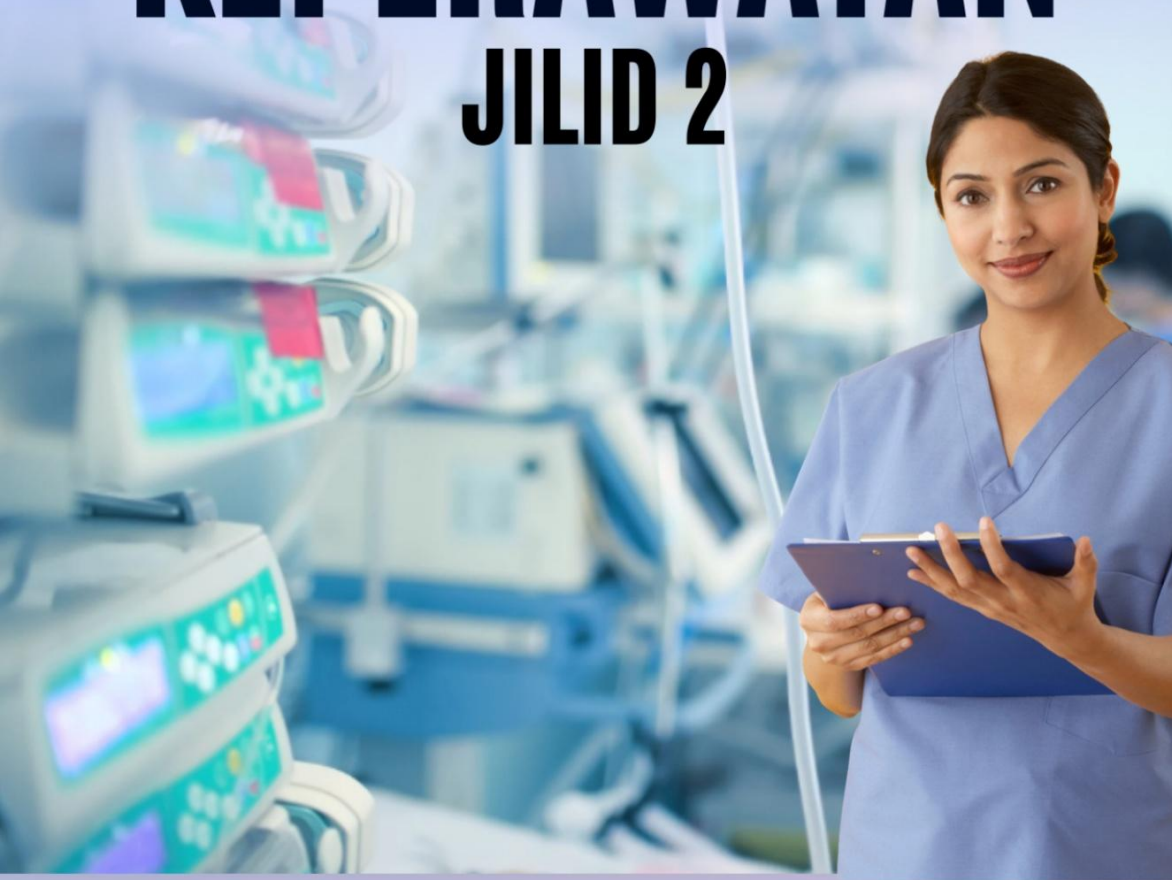


Editor: Devanda Faiqh Albyn

RUANG LINGKUP KEPERAWATAN

JILID 2



Yoga Kertapati | Nuris Kushayati | Rina Hardiyanti
Hapsah Amir | Eko Adi Rifanto | Apriyanti
Rezza Dwi Sulistya | Ferry Nur Nasyroh
Dewi Suryaningsi Hiola | Ika Ariyanti
Dwiky Rizal Mahardika | Marthilda Suprayitna
Atik Badi'ah | Laurentia Dewi

BUNGA RAMPAI

**RUANG LINGKUP KEPERAWATAN
JILID 2**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

RUANG LINGKUP KEPERAWATAN

JILID 2

Yoga Kertapati
Nuris Kushayati
Rina Hardiyanti
Hapsah Amir | Eko Adi Rifanto
Apriyanti | Rezza Dwi Sulistya
Ferry Nur Nasyroh
Dewi Suryaningsi Hiola
Ika Ariyanti | Dwiky Rizal Mahardika
Marthilda Suprayitna
Atik Badi'ah | Laurentia Dewi

Editor:
Devanda Faiqh Albyn

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

RUANG LINGKUP KEPERAWATAN

JILID 2

Yoga Kertapati | Nuris Kushayati
Rina Hardiyanti | Hapsah Amir
Eko Adi Rifanto | Apriyanti
Rezza Dwi Sulistya | Ferry Nur Nasyroh
Dewi Suryaningsi Hiola | Ika Ariyanti
Dwiky Rizal Mahardika | Marthilda Suprayitna
Atik Badi'ah | Laurentia Dewi

Editor:
Devanda Faiqh Albryn

Tata Letak:
Enjellia Zega

Desain Cover:
Qonita Azizah

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
viii, 265

ISBN:
978-623-512-919-8

Terbit Pada:
Februari 2026

Hak Cipta 2026 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga buku Ruang Lingkup Keperawatan Jilid II ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai panduan komprehensif bagi mahasiswa, praktisi keperawatan, dan tenaga kesehatan yang ingin memahami cakupan luas profesi keperawatan, mulai dari perawatan individu hingga keluarga dan masyarakat.

Ruang lingkup keperawatan Jilid II mencakup Karir dan Peluang Kerja Perawat di berbagai Bidang dimana buku ini merupakan Lanjutan dari Ruang Lingkup Keperawatan Jilid I. Menekankan pendekatan berbasis bukti peran Perawat di Instansi Nasional dan Internasional.

Kami berharap buku ini bermanfaat sebagai rujukan dalam pendidikan keperawatan, pengembangan kurikulum, dan praktik klinis sehari-hari. Kritik dan saran membangun dari pembaca sangat kami harapkan untuk perbaikan edisi mendatang. Terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penyusunan buku ini.

Jakarta, 06 Februari 2026

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 <i>TREND DAN ISSUE GLOBAL</i> KEPERAWATAN TERKINI.....	1
Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns., M.Kep.,Sp.Kep.Kom.....	1
Pendahuluan	1
Trend Terkini dalam Pendidikan Keperawatan	3
Implikasi bagi Pendidikan dan Kebijakan	5
Trend dalam Penyerapan Tenaga Keperawatan	6
Implikasi Penyerapan Tenaga Perawat bagi Kebijakan, Pendidikan dan Praktik Keperawatan...	8
Trend dalam Praktik dan Teknologi Keperawatan ..	9
Implikasi dan Rekomendasi untuk Pendidikan, Praktik dan Kebijakan	11
Trend Keperawatan yang Dipengaruhi Faktor Eksternal.....	12
2 KEPERAWATAN DALAM INDUSTRI PARIWISATA DAN PERHOTELAN: KONSEP, PRAKTIK DAN KESIAPSIAGAAN BENCANA DI ERA MODERN....	17
Nuris Kushayati, S.Kep., Ns., M.Kep	17
Pengantar	17
Ruang Lingkup Keperawatan dalam Pariwisata dan Perhotelan	19
Pos Kesehatan (Health Post) di Kawasan Pariwisata dan Perhotelan.....	25
Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Bencana di Pariwisata dan Perhotelan.....	29

	Integrasi Keperawatan, Pariwisata, dan Manajemen Bencana.....	33
3	KEPERAWATAN JIWA.....	41
	Rina Hardiyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.....	41
	Pendahuluan	41
	Tujuan Pembelajaran.....	42
	Perkembangan Keperawatan Jiwa di Indonesia....	42
	Konsep Dasar Keperawatan Jiwa	44
	Penatalaksanaan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.....	51
4	KEPERAWATAN KEOLAHRAGAAN	57
	Ns. Hapsah Amir, S.Kep., M.A.P.....	57
	Pendahuluan	57
	Tujuan Pembelajaran.....	58
	Keperawatan dan Olahraga.....	59
5	PERAWAT DI PERUSAHAAN TRANSPORTASI	75
	Ns. Eko Adi Rifanto, S.Kep., M.M	75
	Latar Belakang	75
	Kerangka Konseptual Perawat di Perusahaan Transportasi	76
	Implementasi Penempatan Perawat di Perusahaan Transportasi	89
6	KEPERAWATAN KEPOLISIAN DAN FORENSIK.....	95
	Ns. Apriyanti, S.Kep, M.Kep	95
	Sejarah Keperawatan Forensik.....	95
	Konsep Dasar Keperawatan dalam Konteks Kepolisian Forensik	97
	Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Forensik.....	98

	Etik dan Praktik Keperawatan Forensik.....	99
	Kerjasama Tim Forensik, Kepolisian dan Keperawatan	100
	Peran Perawat dalam Kesehatan Mental Korban dan Pelaku Kasus Keperawatan Forensik	101
	Definisi Dokumentasi Keperawatan Forensik.....	102
7	KEPERAWATAN DALAM LINGKUP PEMASYARAKATAN (WBP)	109
	Rezza Dwi Sulistya, S.Kep.....	109
	Pendahuluan	109
	Jenis Klien Keperawatan dalam Pemasyarakatan.....	111
	Peran dan Ruang Lingkup Praktik Keperawatan dalam pemasyarakatan	112
	Standar Pelayanan dan Perawatan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Rutan	116
	Standar Pelayanan dan Perawatan Kesehatan Bagi Kelompok Resiko Tinggi di Rutan/ Lapas...	120
	Penyakit Umum yang sering ditemui di Rutan/ Lapas	122
	Tantangan dalam Praktik Keperawatan dalam Pemasyarakatan.....	125
8	KEPERAWATAN LUKA	129
	Ns. Ferry Nur Nasyroh, S.Kep., M.Kep.	129
	Pendahuluan	129
	Epidemiologi dan Pentingnya Manajemen yang Tepat	129
	Prinsip Umum Penilaian Awal (Triase & ABCDE)	129
	Persiapan Luka (<i>Wound Preparation</i>)	130
	<i>Debridement</i> dan Inspeksi Jaringan	133

	Penggunaan <i>Imaging</i> dan Deteksi Benda Asing..	133
	Pilihan Penutupan Luka:	
	Primer, Tertunda, atau Sekunder	135
	Teknik Penjahitan dan Pilihan Material	136
	Pengendalian Infeksi dan Profilaksis Antibiotik..	142
	Luka Khusus	142
	Manajemen Nyeri dan Anestesi	143
	Dokumentasi dan Edukasi Pasien	145
	Disposisi dan Rujukan.....	146
9	KEPERAWATAN MANAJEMEN.....	151
	Ns. Dewi Suryaningsi Hiola, S.Kep., M.Kep.	151
	Pengertian Manajemen Keperawatan	151
	Tujuan Manajemen Keperawatan.....	152
	Prinsip yang Mendasari	
	Manajemen Keperawatan	152
	Prinsip-Prinsip Manajemen Keperawatan.....	154
	Fungsi-Fungsi Manajemen Keperawatan	157
	Ruang Lingkup Manajemen Keperawatan	161
	Kepemimpinan dalam keperawatan	164
10	KEPERATAWAN DALAM IBADAH HAJI	171
	Ns. Hj. Ika Ariyanti, S.Kep .,M.Kep.....	171
	Pendahuluan	171
	Regulasi Haji dan Pelaksanaan Haji.....	173
	Pelayanan Kesehatan Haji dan Istithaah Haji	174
	Kesehatan Jemaah Haji	175
	Peran Perawat dalam Ibadah Haji	176
	Pelayanan Kesehatan yang diberikan Selama	
	di Arab Saudi.....	178

11	KEPERAWATAN DIALISIS	183
	Ns. Dwiky Rizal Mahardika, S.Kep	183
	Pendahuluan	183
	Tujuan Pembelajaran.....	184
	Definisi Hemodialisa	184
	Tujuan Hemodialisis	185
	Konsep Hemodialisa.....	186
	Indikasi Pasien Hemodialisa	190
	Dampak Hemodialisa.....	192
12	KEPERAWATAN NEUROLOGI	199
	Marthilda Suprayitna, S.Kep., Ners., M.Kep.....	199
	Pendahuluan	199
	Definisi Keperawatan Neurologi	200
	Peran Perawat Neurologi	201
	Fokus dalam Proses Keperawatan Neurologi	202
	Tantangan dan Implikasi Praktis dalam Keperawatan Neurologi	203
	Rekomendasi Implementasi dan Pengembangan Keperawatan Neurologi.....	204
	Konsep Pengkajian Sistem Neurologi	205
	Pengkajian Neurologik Berdasarkan 11 Pola Fungsi:	208
	Pengkajian Fisik	212
13	KEPERAWATAN HOLISTIK DAN KEPERAWATAN KOMPLEMENTER	217
	Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes	217
	Keperawatan Holistik.....	217
	Dimensi Keperawatan Holistik	220

	Peran perawat dalam keperawatan holistik.....	222
	Keperawatan Komplementer	227
	Jenis-Jenis Terapi Komplementer dalam Keperawatan.....	229
	Peran Perawat dalam Keperawatan Komplementer	231
14	KEPERAWATAN MILITER.....	237
	Dr. Laurentia Dewi, S.Kep, Ners, M.Kep.....	237
	Pendahuluan	237
	Tujuan Pembelajaran.....	239
	Sejarah Singkat Keperawatan Militer	239
	Perbedaan Perawat Militer dengan Perawat Sipil	242
	Peran dan Tanggung Jawab Perawat Militer.....	244
	Standar Kompetensi	247
	Kendala yang dihadapi Perawat Militer	257
	Penutup.....	260

TREND DAN ISSUE GLOBAL KEPERAWATAN TERKINI

Yoga Kertapati, S.Kep.,Ns., M.Kep.,Sp.Kep.Kom.
STIKES Hang Tuah Surabaya

Pendahuluan

Keperawatan adalah profesi paling besar di sektor kesehatan dan berada di garis depan penyelenggaraan layanan kesehatan. Perubahan demografis, teknologi (termasuk kecerdasan buatan), krisis iklim, migrasi tenaga kerja, dan dampak pandemi COVID-19 telah mempercepat transformasi peran dan tantangan perawat. Laporan-laporan internasional terkini memberikan bukti tentang pertumbuhan jumlah perawat secara global sekaligus menegaskan adanya kesenjangan besar antarwilayah, masalah kesejahteraan tenaga kerja, dan kebutuhan investasi pada pendidikan, pekerjaan, dan kepemimpinan.

Permintaan perawatan yang meningkat karena penuaan populasi, penyakit kronis, serta kompleksitas medis memperbesar kebutuhan akan tenaga keperawatan yang kompeten dan fleksibel. Menurut World Health Organization (WHO), jumlah tenaga keperawatan global meningkat dari sekitar 27,9 juta (2018) menjadi 29,8 juta (2023). Meskipun ada peningkatan jumlah, kekurangan perawat tetap signifikan pada 2023 diperkirakan ada kekurangan sekitar 5,8 juta perawat secara global, diproyeksikan akan turun menjadi sekitar 4,1 juta pada 2030 jika tren peningkatan dan kebijakan berjalan.

Namun distribusi perawat sangat tidak merata: sekitar 78% perawat dunia terkonsentrasi di negara/daerah yang mewakili hanya 49% dari populasi dunia artinya banyak wilayah/populasi dunia kekurangan tenaga keperawatan relatif.

Pendidikan dan pelatihan keperawatan kini dituntut tidak hanya menghasilkan lulusan siap kerja, tetapi juga siap menghadapi tantangan global, perubahan teknologi, dan layanan kesehatan modern. Hal ini mendorong transformasi serius pada kurikulum dan metode kompetensi.

Sistem layanan kesehatan global makin kompleks, meningkatnya penyakit kronis, kebutuhan layanan komunitas, penuaan populasi, serta tuntutan efisiensi dan keselamatan pasien menuntut perawat tidak hanya memiliki keterampilan klinis, tapi juga mampu memakai dan beradaptasi dengan teknologi kesehatan canggih. Percepatan transformasi digital akibat krisis kesehatan global (misalnya pandemi) telah mempercepat adopsi sistem informasi, telehealth, catatan medis elektronik, alat pemantauan jarak jauh, dan solusi inovatif lainnya di banyak negara. Hal ini membuka peluang sekaligus tantangan bagi profesi keperawatan.

Konteks eksternal dalam keperawatan menggambarkan faktor-faktor di luar profesi keperawatan yang berdampak langsung pada pelayanan kesehatan, praktik perawat, pengambilan kebijakan, serta masa depan profesi. Faktor eksternal ini mencakup perubahan sosial, demografis, ekonomi, politik, budaya, hingga lingkungan global.

Transformasi teknologi dalam praktik keperawatan bukan hanya pilihan tapi keharusan di era layanan kesehatan modern. Jika dikelola dengan baik, teknologi bisa meningkatkan kualitas layanan, efisiensi, akses, dan keselamatan pasien. Namun tantangan nyata dari literasi,

sumber daya, etika, hingga keadilan akses harus diatasi secara sistemik. Bagi negara seperti Indonesia, dengan keragaman kondisi geografis dan ekonomi, integrasi praktik dan teknologi keperawatan membutuhkan strategi pendidikan, investasi, regulasi, dan kolaborasi yang matang.

Trend Terkini dalam Pendidikan Keperawatan

1. Kompetensi Berbasis Hasil (Competency Based Education/ CBE)

Banyak program keperawatan global mulai mengadopsi CBE: fokus pada penguasaan kompetensi tertentu (pengetahuan, keterampilan klinis, penilaian kritis, soft-skill) bukan sekadar jam perkuliahan atau kredit. Model ini mendukung pembelajaran mandiri, pemikiran kritis, dan akuntabilitas penting agar perawat benar-benar siap praktik di lingkungan nyata.

2. Integrasi Teknologi dan Digitalisasi

Simulasi high-fidelity menggunakan manekin canggih, lingkungan virtual, VR/AR dipakai untuk latihan keterampilan klinis, penilaian situasi sulit, respon darurat memungkinkan latihan aman tanpa risiko bagi pasien. Kurikulum modern memasukkan aspek seperti Nursing Informatics, digital health, data dan penggunaan teknologi informasi. Pendidikan layanan jarak jauh, telehealth, dan keterampilan keperawatan digital makin penting karena layanan kesehatan kini sering dilakukan lewat platform digital.

3. Fokus pada Kesehatan Populasi, Kesehatan Global, dan Keberagaman Sosial

Kurikulum keperawatan berkembang dari fokus klinis individual ke pendekatan yang lebih luas: pencegahan, kesehatan komunitas, determinan sosial

kesehatan (social determinants of health), kesetaraan akses, dan keadilan kesehatan. Persiapan perawat tidak hanya sebagai pemberi layanan klinis, tapi juga sebagai agen perubahan sosial peka pada konteks budaya, sosial, ekonomi pasien dan komunitas.

4. Pendidikan Internasional dan Kolaborasi Global

Ada peningkatan program kelas internasional di beberapa institusi, untuk menghasilkan perawat yang siap bersaing di pasar global, memahami standar internasional, dan mampu berkolaborasi lintas negara. Misalnya di beberapa institusi di Indonesia sebagai bagian dari transformasi pendidikan keperawatan secara global. Kolaborasi internasional, pertukaran mahasiswa/dosen, kerja sama global dalam pelatihan dan penelitian keperawatan makin diperkuat mendukung pertukaran ilmu, standar global, dan mobilitas perawat.

5. Kesejahteraan, Ketahanan Mental dan Soft skill

Profesi keperawatan sering menuntut fisik dan emosional tinggi. Maka, pendidikan sekarang lebih memperhatikan aspek kesejahteraan, ketahanan mental, manajemen stres, dan pengembangan soft-skill seperti empati, komunikasi, kolaborasi tim. Penting bagi lulusan untuk memiliki resilience agar mampu bertahan, sekaligus menjaga kualitas layanan di bawah tekanan.

Issue dan Tantangan Global dalam Pendidikan dan Kompetensi Keperawatan

Isu / Tantangan	Dampak / Implikasi
Keterbatasan akses praktik klinis / tempat praktik	Sulit menjamin mahasiswa mendapat pengalaman klinis yang cukup penting agar kompetensi klinis dan kemampuan praktis matang

Perubahan cepat bidang kesehatan (teknologi, demografi, layanan) menuntut kurikulum fleksibel dan adaptif	Jika kurikulum kurang responsif, lulusan bisa ketinggalan zaman dan tidak siap menghadapi praktik modern
Tantangan dalam integrasi teknologi kebutuhan pelatihan, infrastruktur, literasi digital, dan etika	Butuh investasi, pelatihan instruktur, dan kesiapan institusi agar teknologi bisa diterapkan efektif dan aman.
Distribusi perawat dan <i>brain drain</i> (perpindahan tenaga ke luar negeri) meskipun bukan hanya dari pendidikan, tapi berkaitan dengan kompetensi dan standar global	Negara asal bisa kekurangan tenaga, sementara standar layanan bisa tidak merata, mempengaruhi ketersediaan dan mutu layanan keperawatan.

Implikasi bagi Pendidikan dan Kebijakan

1. Institusi pendidikan keperawatan perlu mengadopsi model CBE, memperbarui kurikulum agar fokus pada kompetensi praktis, soft-skill, dan literasi digital, bukan hanya teori.
2. Perlu peningkatan kualitas dosen dan instruktur, pelatihan lanjutan, dan pengembangan sumber daya pengajar agar mampu mendampingi mahasiswa dalam praktik modern.
3. Implementasi teknologi pendidikan (simulasi, VR/AR, e-learning, telehealth) harus didukung infrastruktur, akses, dan kebijakan agar lulusan siap menghadapi tantangan global.
4. Penting meningkatkan kerjasama internasional pertukaran mahasiswa/dosen, kolaborasi penelitian, dan keselarasan standar agar lulusan bisa bersaing dan relevan secara global.
5. Perhatian pada kesejahteraan & ketahanan mental perawat, soft-skill dan etika profesi, agar tenaga

keperawatan tak hanya kompeten teknis tapi juga manusiawi, tanggap sosial, dan adaptif.

6. Kebijakan nasional harus mendukung standarisasi pendidikan, sertifikasi, dan resertifikasi agar kualitas lulusan konsisten dan sesuai kebutuhan layanan kesehatan modern.

Trend dalam Penyerapan Tenaga Keperawatan

1. Pertumbuhan SDM (Sumber Daya Manusia) dengan Ketimpangan Distribusi

Secara angka absolut, tenaga keperawatan global terus bertambah, tapi pertumbuhan ini tidak merata: banyak negara atau wilayah (terutama low dan middle-income) tetap kekurangan perawat, bahkan jika mereka menghasilkan lulusan perawat dalam jumlah besar karena keterbatasan penyerapan kerja, infrastruktur kesehatan, atau distribusi geografis. Dengan kata lain: supply meningkat tidak otomatis berarti ketersediaan perawat untuk layanan di seluruh wilayah/populasi terjamin.

2. Mobilitas Internasional dan Migrasi Tenaga Keperawatan

Di negara-negara berpenghasilan tinggi, praktik migrasi perawat kini sangat umum sekitar 1 dari 7 perawat dunia adalah foreign-born. Di beberapa negara maju, perawat asing berkontribusi signifikan terhadap sistem layanan kesehatan. Ketergantungan pada migrasi menimbulkan tantangan global: negara asal bisa makin kekurangan perawat, sementara negara tujuan mendapat tenaga kerja namun harus memperhatikan integrasi, regulasi, dan kualitas layanan.

3. Perubahan Sosial Permintaan Tenaga Perawat Meningkat dan Diversifikasi Peran

Permintaan akan layanan keperawatan semakin kompleks layanan chronic care, palliative, manajemen penyakit kronis dan lansia, perawatan komunitas, kesehatan mental, dan lainnya. Membutuhkan tenaga keperawatan dengan kompetensi lebih luas. Banyak negara melaporkan peningkatan beban kerja perawat, terutama sejak pandemi, membuat perawat harus siap bekerja dalam kondisi menuntut, sering, dan kompleks. Selain itu, ada peningkatan dalam peran lanjutan (advanced practice, spesialisasi, leadership) di banyak negara sudah diterapkan advanced practice nursing roles sebagai cara untuk memperluas kemampuan Sumber Daya Manusia.

4. Tantangan Employabilitas dan Penyerapan Lulusan, Kenyataan Berbeda dengan Ekspektasi

Meskipun ada banyak lulusan perawat di beberapa negara (contohnya di Indonesia disebutkan bahwa jumlah perawat terdaftar meningkat), tidak semua bisa terserap kerja dengan baik terutama di spesialisasi tertentu atau bidang krusial yang kekurangan secara signifikan. Karena distribusi pekerjaan dan kebutuhan perawatan yang tidak merata, perawat bisa meningkat di suatu area dan jarang di area lain misalnya spesialisasi tertentu (anestesi, ICU, perawatan intensif, dan sebagainya) tetap kekurangan walau secara umum tenaga perawat banyak.

Issue dan Tantangan Penyerapan Tenaga Perawat

Isu / Tantangan	Dampak / Implikasi
Ketimpangan distribusi tenaga keperawatan antar negara/region dan dalam Negeri	Banyak komunitas/populasi (terutama di negara rendah pendapatan, pedesaan, remote) tetap kesulitan akses layanan

	keperawatan meskipun ada global penambahan <i>supply</i>
Ketergantungan migrasi internasional untuk memenuhi kebutuhan di negara kaya	Negara asal kehilangan tenaga, mengurangi ketersediaan layanan lokal; negara tujuan harus menghadapi isu integrasi, regulasi, dan keberlanjutan tenaga asing.
Permintaan layanan kesehatan makin kompleks dan meningkat — beban kerja perawat besar	Potensi burnout, turnover tinggi, kualitas layanan bisa terpengaruh jika tenaga dan sistem tidak ditunjang memadai.
Kesulitan menyerap lulusan perawat mismatch antara jumlah lulusan dan kebutuhan pekerjaan spesifik	Lulusan bisa sulit mendapat pekerjaan sesuai keahlian, spesialisasi tertentu tetap langka.
Ketidakseimbangan antara kuantitas perawat dan kebutuhan spesialisasi / kualitas layanan	Produksi perawat saja tidak cukup perlu perhatian pada distribusi, spesialisasi, kompetensi, regulasi, dan kesempatan kerja.

Implikasi Penyerapan Tenaga Perawat bagi Kebijakan, Pendidikan dan Praktik Keperawatan

1. Perlu strategi nasional & internasional untuk redistribusi tenaga keperawatan agar daerah underserved / remote bisa terlayani bukan hanya mengandalkan migrasi atau konsentrasi di kota besar.
2. Kebijakan migrasi tenaga kesehatan harus mempertimbangkan etika, keberlanjutan sistem kesehatan lokal, dan dampak terhadap negara asal.
3. Pendidikan keperawatan dan pelatihan harus diarahkan bukan hanya pada produksi lulusan tetapi pada kesiapan karier, distribusi, spesialisasi, dan absorpsi dalam layanan sesuai kebutuhan.
4. Pengembangan peran lanjutan (advanced practice, spesialisasi) perlu ditingkatkan untuk menjawab

kompleksitas layanan — sehingga supply tenaga bukan hanya banyak, tetapi relevan & berkualitas.

5. Perlu perhatian terhadap kesejahteraan perawat: beban kerja tinggi, stres, risiko burnout agar tenaga keperawatan bertahan dan sistem layanan tetap konsisten.

Trend dalam Praktik dan Teknologi Keperawatan

1. Digitalisasi Layanan dan Telehealth / Layanan Jarak Jauh

Telehealth dan layanan digital semakin populer: konsultasi jarak jauh, monitoring pasien dari rumah, komunikasi via aplikasi memungkinkan akses kesehatan lebih luas, terutama di area terpencil atau dengan keterbatasan layanan. Dalam praktik keperawatan komunitas, teknologi seperti mobile health/ aplikasi kesehatan/ platform digital membantu meningkatkan literasi kesehatan, pemantauan kesehatan, edukasi klien/pasien misalnya dalam konteks remaja, kesehatan reproduksi, kesehatan mental.

2. Sistem Informasi Keperawatan dan Digitalisasi Data dan AI

Banyak institusi keperawatan kini mengembangkan kurikulum dan praktik yang mendukung integrasi sistem informasi keperawatan rekam medis elektronik, sistem manajemen data pasien, sistem keputusan klinis berbasis data, dan sebagainya. Implementasi teknologi seperti AI, big data, dan alat digital membantu klinisi membuat keputusan lebih cepat, meningkatkan keselamatan pasien, dan mengurangi kemungkinan kesalahan jika digunakan dengan benar.

3. Simulasi Virtual dan Pelatihan Teknologi Tinggi

Teknologi simulasi (manekin canggih, simulasi digital, VR/AR) semakin banyak dipakai dalam pendidikan dan pelatihan keperawatan untuk memberi pengalaman praktis tanpa risiko langsung terhadap pasien. Penggunaan VR/AR membantu dalam pelatihan prosedur kompleks, pemahaman anatomi, situasi kritis, serta meningkatkan kemampuan klinis sebelum praktik langsung. Di beberapa institusi, perawat dan pelajar dilibatkan dalam inovasi mengembangkan prototype digital/teknologi yang bisa diaplikasikan ke layanan nyata. Contoh: melalui acara pameran inovasi mengembangkan aplikasi dan sistem seperti monitoring infus real-time, solusi kesehatan digital, dan sebagainya.

4. Praktik Keperawatan Berbasis Komunitas dan Teknologi

Inovasi di bidang keperawatan komunitas memanfaatkan teknologi digital untuk mendukung kesehatan komunitas misalnya edukasi kesehatan, pelayanan preventif, pemantauan jarak jauh terutama di daerah dengan akses terbatas. Teknologi juga dapat mendukung praktik keperawatan yang berkelanjutan secara sosial, ekonomi, dan lingkungan, jika dirancang dengan prinsip keberlanjutan dan inklusif.

Issue dan Tantangan Integrasi Teknologi dalam Praktik Keperawatan

Isu / Tantangan	Dampak / Implikasi
Literasi digital dan keterampilan teknologi bagi perawat	Tanpa pelatihan memadai, perawat kesulitan memanfaatkan sistem digital, potensi <i>underutilization</i> dan ketidakamanan data
Infrastruktur dan sumber daya yang tidak merata (di negara	Kesulitan mengimplementasikan teknologi: koneksi internet, perangkat, biaya menyebabkan

berpendapatan rendah / daerah terpencil)	kesenjangan akses layanan modern
Beban kerja tambahan dan perubahan <i>workflow</i> adaptasi terhadap sistem digital bisa menambah beban administratif	Jika <i>workflow</i> dan sistem tidak didesain baik, teknologi bisa memperburuk beban kerja, menyebabkan stres, burnout, resistensi
Biaya tinggi dan investasi awal untuk alat simulasi, perangkat keras, perangkat lunak, pelatihan	Banyak institusi pendidikan atau fasilitas kesehatan tidak mampu mengadopsi teknologi canggih sehingga adopsi tidak merata
Etika, keamanan data & privasi, serta masalah sosial/keadilan akses	Penggunaan AI, <i>big data</i> , <i>telehealth</i> , penyimpanan data memerlukan regulasi, kebijakan, perlindungan data, dan kepekaan pada kesenjangan akses

Implikasi dan Rekomendasi untuk Pendidikan, Praktik dan Kebijakan

1. Pendidikan keperawatan harus memasukkan literasi digital, pelatihan sistem informasi, dan adaptasi teknologi sebagai bagian dari kurikulum agar lulusan siap menghadapi praktik modern.
2. Fasilitas kesehatan dan institusi perlu berinvestasi pada infrastruktur: EHR, sistem informasi keperawatan, *telehealth*, perangkat digital serta menyediakan pelatihan bagi perawat agar adaptif terhadap teknologi.
3. Dorong adopsi model layanan campuran (hybrid): kombinasi praktik langsung + *telehealth* + remote monitoring untuk meningkatkan jangkauan layanan, efisiensi, dan fleksibilitas.
2. Perhatikan aspek etika, privasi, dan keadilan akses: regulasi data, keamanan, serta perhatian terhadap kelompok rentan / daerah dengan akses terbatas agar teknologi tidak menambah kesenjangan layanan.

3. Dukung inovasi lokal dan partisipasi perawat sebagai agen perubahan: dorong perawat dan mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan solusi berbasis kebutuhan nyata bukan hanya mengimpor teknologi.
4. Perkuat kolaborasi akademik, klinik, dan komunitas agar teknologi diterapkan sesuai konteks lokal, budaya, dan kebutuhan masyarakat.

Trend Keperawatan yang Dipengaruhi Faktor Eksternal

1. Perubahan Demografi

WHO mencatat peningkatan jumlah lansia secara signifikan; tahun 2030 lebih dari 1 dari 6 orang adalah lansia. Beban penyakit kronis meningkat, tuntutan layanan geriatri, home care, dan long-term care semakin tinggi. Perawat memerlukan kompetensi tambahan dalam manajemen penyakit kronis, paliatif, dan rehabilitasi.

2. Krisis Kesehatan Global

Pandemi mengubah standar praktik, protokol keselamatan, serta teknologi kesehatan. Perawat berada di garis depan, menyebabkan: burnout, kelelahan moral, trauma jangka panjang, eksodus perawat dari lapangan.

3. Ketidaksetaraan Sosial, Ekonomi dan Kesehatan

Faktor pendidikan, pendapatan, tempat tinggal, akses transportasi, dan keamanan lingkungan mempengaruhi kesehatan secara signifikan. Perawat harus mengintegrasikan pendekatan holistik berbasis komunitas. Meningkatkan kesehatan populasi rentan: masyarakat miskin, daerah terpencil, migran.

4. Krisis Iklim dan Perubahan Lingkungan

Perubahan iklim menyebabkan: peningkatan penyakit infeksi (malaria, dengue), masalah pernapasan akibat kualitas udara, gelombang panas, bencana alam

5. Perubahan Kebijakan Kesehatan Global

Banyak negara menuju layanan kesehatan universal. Menuntut efisiensi sistem dan perawat sebagai provider utama. Banyak negara maju menarik perawat dari negara berkembang, menyebabkan: brain drain, ketidakseimbangan distribusi tenaga kesehatan, ketergantungan pada tenaga migran. ICN, WHO, dan lembaga akreditasi global menuntut harmonisasi kompetensi perawat. Mendorong kurikulum berbasis outcome dan global competencies.

6. Perubahan Politik dan Geopolitik

Migrasi besar-besaran dan pengungsian meningkatkan kebutuhan layanan kesehatan. Perawat bertugas di situasi berbahaya: zona perang, kamp pengungsian. Banyak negara mengalami pengurangan anggaran pascapandemi berdampak pada gaji, rekrutmen, dan fasilitas perawat.

7. Digital Gap dan Literasi Kesehatan

Negara berkembang menghadapi hambatan akses internet dan perangkat digital. Menjadi tantangan dalam telehealth, EHR (electronic health record), dan penggunaan AI. Rendahnya literasi digital menyebabkan kesulitan penerapan teknologi kesehatan berbasis telemedicine.

8. Isu Etik dan Legal dalam Era Terbaru

Etika dalam penggunaan AI dan big data. Penggunaan AI dalam diagnosis, triase, dan dokumentasi memunculkan isu: keamanan data pasien, privasi,

bias algoritma. Selama pandemi banyak kasus kekerasan terhadap tenaga kesehatan. Meningkatnya tuntutan hukum terhadap perawat.

9. Pengaruh Budaya dan Globalisasi

Meningkatnya mobilitas global perawat harus kompeten dalam: cultural sensitivity, care berbasis nilai budaya, komunikasi lintas budaya.

10. Ekonomi Global dan Pasar Tenaga Kesehatan

Kenaikan biaya layanan, tekanan ekonomi membuat keluarga menunda atau mengurangi penggunaan layanan kesehatan. Beban kerja meningkat, Permintaan model layanan murah dan efisien (community-based care, home care).

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2022). *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed.). Elsevier.
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and Standards of Practice* (4th ed.). ANA.
- Basford, L., & Slevin, O. (2021). *Theory and Practice of Nursing: An Integrated Approach*. Nelson Thornes.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice* (11th ed.). Pearson.
- Huber, D. (2022). *Leadership and Nursing Care Management* (7th ed.). Elsevier.
- International Council of Nurses (ICN). ICN report and survey on global nursing crisis (press release/report). 2025.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Praktik Keperawatan*. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI & Pusat Data Informasi Kesehatan. (2023). *Data dan Informasi Tenaga Keperawatan Indonesia 2023*. Kemenkes RI.
- McGonigle, D., & Mastrian, K. G. (2022). *Nursing Informatics and the Foundation of Knowledge* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- WHO. (2020). *Nursing Education and Workforce Development Report*. WHO Press.
- World Health Organization; International Council of Nurses; et al. *State of the World's Nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery*. WHO; 2025.

Profil Penulis



Yoga Kertapati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Penulis lahir di Surabaya pada tanggal 17 April, Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di STIKES Hang Tuah Surabaya. Penulis melanjutkan studi Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini aktif sebagai dosen di STIKES Hang Tuah Surabaya dan menjadi Kepala Urusan Kemahasiswaan. Penulis aktif dalam melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang berfokus pada kelompok maupun masyarakat. Mata kuliah yang diampu saat ini adalah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, dan Keperawatan Komplementer. Selain menjadi dosen, penulis juga aktif sebagai praktisi kesehatan di bidang Keperawatan Komplementer atau Holistik. Penulis merupakan seorang fasilitator pengembangan diri dan instruktur yoga terapi.

Penulis juga aktif di berbagai kegiatan yang diselenggarakan oleh Lembaga Pemerintah, Organisasi Profesi maupun Asosiasi baik yang bersifat pengabdian, sosial, menulis buku, kegiatan ilmiah maupun kompetisi. Penulis juga aktif di kegiatan Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI), saat ini sebagai Sekretaris IPKKI Provinsi Jawa Timur. Hasil publikasi penelitian dan pengabdian kepada masyarakat berfokus pada kelompok maupun komunitas atau masyarakat, sehingga dampak positif dari hasil riset maupun pengabdian kepada masyarakat dapat menjadi salah satu referensi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan komunitas, keluarga, gerontik maupun komplementer. Channel YouTube: Yoga Kertapati. Instagram: yogakertapati. Facebook: Yoga Kertapati. TikTok: Yoga Kertapati. Blogspot: yoga-kertapati.blogspot.com.

Email Penulis: yoga.kertapati@gmail.com

KEPERAWATAN DALAM INDUSTRI PARIWISATA DAN PERHOTELAN: KONSEP, PRAKTIK DAN KESIAPSIAGAAN BENCANA DI ERA MODERN

Nuris Kushayati, S.Kep., Ns., M.Kep
Akper Dian Husada Mojokerto

Pengantar

Industri pariwisata dan perhotelan (hospitality) telah mengalami perkembangan yang semakin dinamis dalam beberapa dekade terakhir. Tidak hanya terbatas pada kunjungan wisata biasa, tapi kini merambah ke pengalaman wisata yang lebih holistik, termasuk wellness tourism dan medical tourism yang menuntut layanan tamu yang tidak sekedar akomodasi dan rekreasi, namun juga kenyamanan, keamanan, dan kesehatan. Dalam kerangka ini, profesi keperawatan sebagai penyedia layanan kesehatan mulai memperoleh ruang baru di luar setting rumah sakit (FERENCE, 2023).

Indusri hospitality merupakan industri yang sangat berfokus pada layanan tamu, merujuk pada kenyamanan, pengalaman pengunjung, kualitas layanan dan dorongan loyalitas tamu. Aspek “guest experience” dalam hotel/tourism tidak sekedar fasilitas fisik tapi juga kualitas interaksi layanan, kepekaan terhadap kebutuhan tamu, dan personalisasi layanan (Zafran, 2025).

Pada saat yang sama, dunia keperawatan menghadapi tantangan baru yang didorong oleh perubahan karakter tamu/wisatawan, lintas negara, dan perbedaan budaya. Wisatawan dengan kondisi kesehatan khusus, baik karena komorbiditas, kebutuhan medis ringan, ataupun keinginan untuk layanan wellness, semakin banyak muncul di setting hotel atau resort. Disebutkan oleh Alvincent (2024) dalam risetnya bahwa peran perawat terkait medical tourism merupakan perawat di destinasi medis/wisata harus mempunyai kompetensi budaya, manajerial, administrasi serta menjadi jembatan antara stakeholder medis dan pariwisata.

Pada setting pariwisata dan perhotelan dimana dalam destinasi wisata populer seperti resort pantai, pulau, atau kawasan pegunungan, terdapat potensi resiko yang lebih besar dibanding setting layanan kesehatan di klinik atau rumah sakit. Wisatawan asing yang tidak familiar dengan lingkungan lokal, perbedaan Bahasa, perbedaan budaya, dan aktivitas yang menuntut fisik hingga risiko alam seperti gempa, tsunami, banjir atau kebakaran, membuka tantangan bagi sistem pelayanan di hotel/resort. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa tingkat kesiapsiagaan bencana dalam industri hospitality masih pada kategori “menengah” hingga “rendah” (Ismiyati & Lestari, 2020).

Terkait gambaran tersebut maka konsep kebutuhan pos kesehatan (health post/health station) di kawasan wisata atau hotel/resort serta kesiapsiagaan terhadap kegawatdaruratan bencana sangat dibutuhkan. Pelayanan keperawatan ringan dapat dilakukan di pos kesehatan, seperti pertolongan pertama, triase awal, monitoring kondisi tamu/staf langsung di lingkungan hospitality. Pada sisi lain, manajemen kegawatdaruratan dan bencana yang terintegrasi antara hotel/resort, pelayanan medis, serta pemangku kebencanaan perlu

dikembangkan. Hal ini diperlukan guna para tamu dan staf dapat dilayani dengan aman dari fase pra-bencana, respon tanggap darurat hingga pemulihan. Studi global menunjukkan bahwa manajemen kedaruratan di pariwisata memerlukan penentuan tanggung jawab stakeholder, rencana respon, dan prosedur yang jelas (Morakabati et al., 2017).

Urgensi yang penting diperhatikan adalah profesi keperawatan perlu memahami ruang lingkup perannya dalam setting pariwisata dan perhotelan, dimana peran ini melampaui layanan klinis tradisional dan memasuki ranah hospitality, wellness, guest service, serta manajemen risiko dan bencana. Pemahaman komprehensif tentang integrasi keperawatan-hospitality-kebencanaan akan menjadi kunci agar pelayanan tamu sehat, aman, nyaman dan berkelanjutan dapat terwujud dalam industri pariwisata masa depan.

Ruang Lingkup Keperawatan dalam Pariwisata dan Perhotelan

Dalam rangka menghadapi perkembangan sektor pariwisata dan hospitality yang pesat, profesi keperawatan menemukan ekspansi ruang lingkup yang substansial dan multidimensional. Ruang lingkup meliputi: (1) asesmen dan persiapan kesehatan pra-wisatawan/tamu; (2) pengelolaan dan pemantauan kesehatan/layanan medis di tempat wisata/hotel; (3) penerapan konsep wellness (kesejahteraan) dalam setting hospitality; (4) kolaborasi antar stakeholder dan manajemen layanan; (5) edukasi dan promosi kesehatan di lingkungan wisata/hotel; dan (6) kegawatdaruratan dan bencana di setting pariwisata/perhotelan. Setiap lingkup area memerlukan kompetensi keperawatan yang spesifik, adaptasi layanan dari setting klinik ke setting

tamu/hospitality serta kolaborasi lintas disiplin/lintas sektor.

1. Asesmen & Persiapan Kesehatan Pra-Wisatawan/Tamu

Salah satu fungsi utama keperawatan dalam pariwisata adalah melakukan pra-travel health assessment atau persiapan kesehatan sebelum tamu/wisatawan memulai perjalanan atau check-in ke hotel/resort. Menurut Rosselot & Wachs (2004) menyebutkan American Nurses Association (ANA) telah mengakui secara resmi profesi perawat yang bekerja di klinik perjalanan, dengan perannya yang melakukan assessment risiko kesehatan, vaksinasi, konseling kesehatan, serta edukasi terkait riwayat medis dan kondisi perjalanan. Hasil penelitian oleh Gandari et al., (2024) menunjukkan bahwa “travel health nurses” berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi traveler, mulai dari fase pra perjalanan hingga paska perjalanan.

Sementara dalam konteks Indonesia, Swari et al., (2024) dengan penelitiannya di Bali menyebutkan bahwa pengetahuan mahasiswa keperawatan terkait aspek pra travel care masih terbatas. Dijelaskan juga bahwa kebutuhan penguatan pendidikan keperawatan diperlukan untuk pengembangan keperawatan pariwisata. Dengan demikian dalam ruang lingkup keperawatan di pariwisata/hotel, aspek *assessment* praperjalanan tamu menjadi titik awal yang menentukan apakah layanan kesehatan dan keperawatan dapat terintegrasi dengan pengalaman tamu secara aman dan nyaman.

2. Pengelolaan & Pemantauan Kesehatan/Layanan Medis di Tempat Wisata/Hotel

Setelah tahap pra perjalanan/pra wisatawan, profesi keperawatan bergeser ke layanan onsite di setting hotel, resort, atau kawasan wisata. Perawat dapat ditempatkan sebagai bagian dari layanan tamu yang membutuhkan intervensi medis ringan, misalnya cedera ringan, kelelahan fisik, kondisi akut ringan, atau kebutuhan medis ringan lainnya. Di ranah medical tourism atau wisata medis, perawat juga berperan sebagai fasilitator antara wisatawan medis, penyedia layanan kesehatan (rumah sakit/klinik) dan pihak perhotelan. Alvincent (2024) menyebutkan dalam penelitian scoping review bahwa peran perawat dalam wisata medis meliputi kompetensi tentang lintas budaya, hukum/regulasi internasional, serta kemampuan manajerial dan administratif. Sehingga ruang lingkup pengelolaan dan pemantauan kesehatan di ranah pariwisata/perhotelan menuntut perawat untuk mencapai keahlian klinis dasar yang menjadi penghubung layanan medis dan layanan tamu.

3. Penerapan Konsep Wellness (Kesejahteraan) dalam Setting Hospitality

Hospitality modern kini tidak hanya menyediakan akomodasi dan sajian makanan, tetapi juga layanan wellness yang meliputi relaksasi, kesehatan mental, kebugaran, nutrisi, dan gaya hidup sehat. Penelitian tentang wellness tourism menyebutkan bahwa sektor wellness tourism memberikan kontribusi signifikan bagi kepuasan tamu, keunggulan kompetitif hotel, dan pertumbuhan industry hospitality (Nasiche, 2024). Penelitian di Bali oleh (Swedarma & Yanti, 2020) menyebutkan bahwa pendidikan profesi keperawatan mendukung pengembangan wellness

tourism, termasuk persiapan tamu asing untuk experience wellness yang meliputi terapi fisik, relaksasi, kebugaran dan nutrisi.

Peran perawat dalam konteks wellness di setting hospitality yaitu sebagai educator wellness, memantau kondisi tamu/staf, dan kolaborator dengan layanan spa, fitness, nutrisi, serta departemen layanan tamu hotel. Keperawatan setting hospitality harus menggabungkan kompetensi klinis dengan mindset layanan tamu (guest service) yang humanis. Dengan penerapan konsep wellness nursing ini, hotel/resort dapat menawarkan layanan yang sehat dan menyeluruh dan menyasar pada tamu yang mencari pengalaman wellness bukan sekedar tempat singgah.

4. Kolaborasi Antar-Stakeholder & Manajemen Layanan

Keperawatan dalam setting kepariwisataan/perhotelan tidak berdiri sendiri. Kolaborasi antar stakeholder diantaranya operator hotel/resort, agen wisata, penyedia medis/klinik, layanan transportasi, penerjemah bahasa, budaya, serta pemangku pemerintahan lokal menjadi bagian penting. Dalam konteks wisata medis, kompetensi perawat profesional dibutuhkan dalam bidang budaya, komunikasi lintas negara, dan pemahaman hukum/regulasi internasional. Hasil penelitian oleh Biyıklı & Zincir (2020) bahwa kekurangan kompetensi lintas budaya dan pelatihan menjadi hambatan dalam pelayanan keperawatan pariwisata.

Kolaborasi juga penting dalam pengelolaan layanan. Perawat dapat berperan dalam koordinasi layanan kesehatan hotel, manajemen risiko tamu, layanan rujukan, serta pengembangan SOP yang menghubungkan antara layanan medis, hospitality,

dan tamu hotel/resort. Terkait hal ini maka perawat dituntut mempunyai kemampuan manajerial, administratif, dan kemampuan berkomunikasi yang baik.

5. Edukasi dan Promosi Kesehatan di Lingkungan Wisata/Hotel

Perawat bertanggung jawab memberikan edukasi dan promosi kesehatan pada tamu, staf hotel, dan komunitas yang ada dalam hospitality. Kegiatan ini berupa penyuluhan tentang mencegah penyakit, kebersihan makan/minum selama perjalanan, keselamatan aktivitas wisata, gaya hidup sehat, serta penggunaan fasilitas kesehatan/resor secara optimal. Dalam setting wellness dan hospitality, edukasi kesehatan menjadi nilai tambah dengan berasumsi bahwa tamu bukan sekedar “orang yang menginap” tapi “konsumen pengalaman kesehatan”.

Integrasi edukasi di setting tourism dan hospitality memperkuat citra hotel/resor sebagai destinasi yang memperhatikan keselamatan dan kesehatan tamu. Selain itu, edukasi diperlukan dalam rangka kesiapsiagaan bencana atau situasi kegawatdaruratan, sehingga peran promosi kesehatan ke dalam rencana darurat penting.

6. Kegawatdaruratan & Bencana di Pariwisata/Perhotelan

Lokasi wisata dan hotel yang berada di daerah rawan bencana memungkinkan akan menghadapi risiko lebih besar, bisa berupa gempa bumi, tsunami, banjir, kebakaran, wabah penyakit, kecelakaan massal. Sektor hospitality harus mempersiapkan akan hal ini.

Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa tingkat kesiapsiagaan darurat dan bencana di sektor

perhotelan masih berada pada kategori menengah hingga rendah yang artinya masih banyak hal yang perlu diperbaiki atau ditingkatkan (Ismiyati & Lestari, 2020).

Peran profesi keperawatan di pariwisata dan perhotelan mencakup:

- a. Pemahaman risiko dan mitigasi, yaitu perawat perlu dilibatkan dalam penyusunan rencana tanggap darurat.
- b. Mampu melakukan triase, evakuasi dan memberikan pertolongan pertama, serta berkoordinasi dengan layanan klinik/rumah sakit untuk rujukan
- c. Mampu berkolaborasi dengan stakeholder, dalam hal ini pihak hotel/resort harus bekerja sama dengan pemerintah terkait dengan kebencanaan misalnya BPBD atau BNPB, rumah sakit/klinik setempat. Penelitian kolaborasi public-swasta menunjukkan bahwa sinergi ini penting untuk kesiapsiagaan destinasi wisata (Kausar et al., 2024).
- d. Berkontribusi dalam penyediaan informasi yang jelas bagi tamu dengan Bahasa yang sesuai serta mendukung pemulihan layanan dan manajemen reputasi destinasi paska bencana (Fermansyah, 2021).

Pada akhirnya keperawatan dalam aspek kegawatdaruratan dan bencana menjadi bagian integral dari keselamatan tamu dan operasional hotel/resort dalam menghadapi kejadian luar biasa.

Pos Kesehatan (Health Post) di Kawasan Pariwisata dan Perhotelan

1. Definisi dan Tujuan

Post kesehatan wisata atau hotel (health post) merupakan unit pelayanan kesehatan ringan yang penempatannya berada di kawasan wisata, resor, atau hotel yang mempunyai fungsi memberikan pertolongan pertama maupun pertolongan dasar kesehatan, serta edukasi kesehatan kepada tamu, wisatawan, maupun staf hotel/tempat wisata. Tujuan pendirian pos kesehatan tersebut adalah untuk meningkatkan respons kesehatan lokal, menjaga kenyamanan dan keselamatan tamu, serta memperkuat upaya pencegahan dan skrining dini terhadap masalah medis ringan yang mungkin muncul selama pengalaman wisata. Dengan demikian intervensi keperawatan dapat dilakukan secara cepat, tepat dan efisien di pos kesehatan tidak selalu mengarahkan setiap keluhan tamu ke fasilitas kesehatan yang lebih jauh. Hal ini sekaligus menambah kepercayaan tamu terhadap layanan hotel atau destinasi wisata (safety and health service).

Fungsi lain dari pos kesehatan adalah sebagai pusat edukasi kesehatan di destinasi wisata yang memberikan informasi seputar kesehatan, gaya hidup sehat, dan risiko spesifik akibat perjalanan wisata, penyakit musiman, cuaca ekstrim, atau aktivitas wisata tertentu. Hal ini pos kesehatan menjadi tempat preventif yang mendukung model pariwisata berkelanjutan yang lebih aman dan sehat.

2. Fungsi Utama Pos Kesehatan

a. Pelayanan Kesehatan Dasar dan First Aid

Pelayanan kesehatan dasar dan pertolongan pertama di kawasan pariwisata sangat penting untuk menjaga keamanan wisatawan. Pos kesehatan biasanya menyediakan pemeriksaan sederhana seperti tekanan darah, suhu tubuh, kadar oksigen, serta indikator vital lain, yang membantu mendeteksi gangguan ringan akibat kelelahan, dehidrasi, atau paparan suhu ekstrem. Selain itu, pos kesehatan harus mampu menangani cedera ringan seperti luka kecil, terkilir, pusing, atau kelelahan, sekaligus melakukan triase awal untuk menentukan apakah tamu dapat ditangani di tempat atau perlu dirujuk ke fasilitas medis terdekat. Studi di kawasan resort Ubud (Ani et al., 2024) juga menekankan pentingnya pelatihan basic life support bagi staf hotel agar respons terhadap kondisi darurat menjadi lebih cepat dan meningkatkan rasa aman wisatawan.

b. Pemantauan dan Edukasi

Pos kesehatan tidak hanya berfungsi untuk intervensi medis singkat, tetapi juga sebagai pusat pemantauan dan edukasi kesehatan dengan mengevaluasi tren keluhan tamu atau staf seperti pusing, mual, dan dehidrasi, kemudian menindaklanjutinya melalui penyuluhan mengenai risiko lokal, tips keamanan aktivitas wisata, serta rekomendasi gaya hidup sehat; melalui layanan ini, wisatawan memperoleh travel health education yang membantu mereka memahami cara menjaga kesehatan selama perjalanan.

c. Koordinasi dan Rujukan

Pos kesehatan berperan penting untuk koordinasi dan rujukan dengan fasilitas pelayanan eksternal melalui kerjasama dengan puskesmas, rumah sakit, dan dinas kesehatan. Hal ini agar alur rujukan berjalan cepat dan efektif. Pada saat tamu harus dirujuk karena mengalami keluhan yang tidak dapat ditangani di pos kesehatan, perawat melakukan triase dan mengatur transportasi rujukan. Selain itu, pos kesehatan perlu memiliki SOP tanggap darurat medis yang ramah wisatawan, mencakup penerjemah keluhan medis, evakuasi bila diperlukan, dan protocol rujukan cepat. Dimana dalam literatur manajemen layanan kesehatan di destinasi wisata untuk memastikan pelayanan yang aman dan efisien bagi tamu dari berbagai latar budaya dan bahasa.

d. Kolaborasi Lintas Sektor

Pos kesehatan di kawasan wisata atau hotel sangat tergantung pada kolaborasi lintas sektor, melibatkan perawat, manajemen hotel, pihak keamanan, pemerintah terkait kepariwisataan, serta dinas kesehatan untuk memastikan standar keselamatan dan SOP kesehatan terpenuhi. Dukungan hotel berupa anggaran, pelatihan staf, dan integrasi ke sistem manajemen risiko menjadikan pos kesehatan sebagai bagian penting dari strategi keselamatan tamu dan memperkuat reputasi hotel sebagai destinasi yang peduli kesehatan.

3. Contoh Praktik dan Tantangan

Salah satu contoh konkret praktik pos kesehatan di kawasan perhotelan dapat dilihat dari studi

pengabdian masyarakat yang dilakukan oleh Universitas Merdeka Malang dan Stikes Bina Usaha di wilayah resort Ubud, Bali. Dalam kegiatan tersebut, staf hotel dilatih untuk melakukan BLS (Basic Life Support) dan manajemen kegawatdaruratan dasar agar dapat merespon tamu yang sakit atau mengalami kejadian darurat kecil. Studi ini menegaskan bahwa keberadaan pos kesehatan, meskipun sederhana, sangat strategis untuk menjaga kenyamanan dan keselamatan wisatawan (Ani et al., 2024).

Namun, sebagai tantangan dalam implementasinya yang dihadapi antara lain: keterbatasan tenaga kesehatan terlatih (perawat), pembiayaan fasilitas kesehatan ringan di hotel, serta minimnya regulasi yang mengharuskan hotel untuk menyediakan pos kesehatan. Selain itu, isu penerjemah medis (medis translation) dan rujukan cepat untuk wisatawan menuntut kesiapan manajerial dan koordinasi lintas lembaga.

4. Implikasi untuk Keperawatan dan Pariwisata

Dilihat sudut pandang profesi keperawatan, pembangunan dan penguatan pos kesehatan di destinasi wisata membuka peluang karir baru, yaitu perawat pariwisata atau perawat wisatawan. Perawat di setting ini harus memiliki kompetensi klinis dasar, kemampuan untuk melayani tamu (hospitality mindset), edukasi kesehatan, dan kemampuan koordinasi antar stake holder.

Dilihat dari sudut pandang industri perhotelan, keberadaan pos kesehatan dapat menjadi nilai tambah yang meningkatkan citra hotel sebagai destinasi wisata yang aman dan sehat untuk pariwisata berkelanjutan. Pos kesehatan dapat

menjadi bagian dari strategi manajemen risiko hotel dan kepuasan tamu.

Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Bencana di Pariwisata dan Perhotelan

1. Risiko Kegawatdaruratan di Destinasi Wisata

Industri pariwisata merupakan sektor yang sangat rentan terhadap berbagai bentuk kegawatdaruratan yang berasal dari factor alam, lingkungan, maupun kesehatan publik. Banyak destinasi wisata berada di kawasan rawan bencana seperti daerah pesisir berisiko tsunami, wilayah gunung berapi aktif, serta daerah yang mudah mengalami banjir dan kebakaran hutan. Di Indonesia, tingkat aktivitas seismic yang tinggi membuat berbagai destinasi wisata kerap berhadapan dengan ancaman gempa bumi, letusan gunung, hingga cuaca ekstrim (BNPB, 2021).

Selain bencana alam, destinasi wisata juga menghadapi risiko kecelakaan wisata, antara lain tenggelam, cedera saat aktivitas petualangan, heatstroke, keracunan makanan, hingga kecelakaan transportasi. Wisatawan cenderung memiliki kerentanan lebih tinggi karena ketidaktahuan tentang lingkungan local, sehingga sering kali lambat merespon bahaya. Radianti, Policarpus and Gjørseter (2025) menegaskan bahwa minimnya informasi terkait rute evakuasi, layanan kesehatan, serta sistem peringatan dini di destinasi wisata memperbesar risiko yang dihadapi wisatawan.

Krisis kesehatan publik merupakan ancaman signifikan lainnya, sebagaimana terlihat pada pandemic COVID-19 yang mengguncang sektor pariwisata global. Hotel dan destinasi wisata menjadi titik potensial penyebaran penyakit karena tingginya

mobilitas manusia. Selain itu, kejadian luar biasa seperti flu burung, chikungunya, atau gastroenteritis juga pernah mengganggu operasional hotel dan keselamatan tamu. Tidak kalah penting, potensi kecelakaan masasal di hotel/resort, misalnya kebakaran, keruntuhan struktur bangunan, atau paparan bahan kimia, menuntut adanya sistem manajemen risiko, prosedur ecakuais yang jelas, serta ketersediaan tenaga kesehatan di lokasi (International Hospitality Institute, 2023).

2. Peran Keperawatan dalam Kesiapsiagaan Bencana di Pariwisata/Perhotelan

Perawat memiliki peran strategis dalam seluruh fase penanggulangan bencana di lingkungan pariwisata dn perhotelan. Tidak hanya bertanggung jawab pada penyelamatan nyawa, perawat juga berfungsi dalam edukasi, koordinasi lintas sektor, hingga pemulihan psikologi paska krisis. Dalam konteks hospitality, perawat di hotel harus mempunyai kompetensi yang menyeluruh dari kompetensi klinis dengan keselamatan wisatawan dan pelayanan tamu (guest safety).

Tabel 1 Peran keperawatan dalam tahap Penanggulangan Bencana

Tahap Penanggulangan	Peran Keperawatan dalam Pariwisata/Perhotelan
Pra-bencana (Mitigasi)	• Melakukan pelatihan tanggap darurat dan pertolongan pertama kepada staf hotel.
• Mengembangkan dan mensosialisasikan SOP evakuasi, jalur aman, titik kumpul, dan komunikasi krisis.	

• Melakukan asesmen risiko kesehatan dan bencana di lingkungan hotel/wisata.	
• Membentuk <i>pos kesehatan darurat</i> dan memastikan ketersediaan logistik medis.	
Saat bencana (Respons)	• Melaksanakan triase cepat (START/JumpSTART), stabilisasi awal, dan pertolongan pertama.
• Mengkoordinasikan evakuasi tamu, terutama kelompok rentan (anak, lansia, penyandang disabilitas).	
• Berkolaborasi dengan BPBD, Dinas Kesehatan, dan tim SAR.	
• Mengelola <i>health post</i> darurat untuk penanganan korban bencana.	
Pasca-bencana (Pemulihan)	• Memberikan dukungan psikologis awal (PFA — Psychological First Aid) kepada tamu dan staf.
• Membantu pemulihan fungsi operasional hotel/resort.	
• Melakukan kajian dan dokumentasi evaluatif untuk perbaikan sistem mitigasi.	
• Mengedukasi wisatawan dan staf mengenai perawatan kesehatan pasca-krisis.	

Peran perawat ini sejalan dengan Kunwar (2019) terkait respon bencana di fasilitas non medis dan juga dari laporan International Hospitality Institute (2023)

yang menekankan pentingnya integrasi tenaga medis (perawat) ke dalam sistem manajemen risiko hotel.

3. Contoh Praktik Penanggulangan Bencana di Pariwisata (Bali & Lombok)

Beberapa destinasi wisata utama di Indonesia telah mengembangkan model kesiapsiagaan bencana berbasis kolaborasi. Di Bali dan Lombok, hotel-hotel besar bekerjasama dengan BPBD, Dinas Kesehatan, dan Klinik/rumah sakit setempat untuk membangun sistem penanganan darurat yang komprehensif.

Sejumlah publikasi menyebutkan bahwa beberapa hotel/resort besar telah memiliki:

- a. Pos kesehatan darurat bencana, dilengkapi dengan perawat professional, oksigen portable, AED, obat-obatan dasar, dan logistic pertolongan pertama.
- b. Jalur evakuasi tsunami, dan gempa yang disosialisasikan kepada tamu melalui peta kamar, briefing staf, dan pelatihan berkala.
- c. SOP evakuasi multibahasa untuk wisatawan asing.

Swedarma and Yanti (2020) mencatat implementasi disaster preparedness program di beberapa hotel kawasan Nyua Dua dan Senggigi Bali, dimana perawat menjadi bagian dari Emergency Respon Team (ERT) hotel. Model ini efektif memberikan peningkatan kecepatan respons dan mengurangi risiko fatal saat bencana.

Selain itu, International Hospitality Institute (2023) menekankan bahwa hotel di wilayah rawan bencana harus memiliki tenaga kesehatan internal atau on-call nurse untuk memastikan adanya respons medis cepat ketika layanan public belum datang.

4. Implikasi bagi Pengembangan Keperawatan Pariwisata

Penerapan sistem penanggulangan bencana yang terintegrasi menuntut kehadiran perawat yang mempunyai kompetensi khusus di bidang kepariwisataan, kedaruratan, dan komunikasi lintas budaya. Perawat dituntut tidak hanya terampil dalam hal klinis tapi juga mampu memberikan ketenangan, arahan, dan edukasi dalam cara yang mudah dipahami oleh tamu asing dari latar belakang yang berbeda. Hal ini dikarenakan wisatawan sering kali berada dalam situasi psikologis yang rentan.

Dengan demikian maka relevansi nursing tourism yang meningkat ini harus dibarengi dengan pendidikan keperawatan. Dalam hal ini kurikulum pendidikan keperawatan perlu memasukkan materi seperti travel health, hotel emergency nursing, dan disaster preparedness in hospitality. Pendekatan ini akan mampu memperkuat kesiapan SDM keperawatan dalam mendukung industry pariwisata yang aman, sehat, tangguh, dan mampu menghadapi situasi krisis.

Integrasi Keperawatan, Pariwisata, dan Manajemen Bencana

Keperawatan dalam sektor pariwisata merupakan sebuah disiplin interprofesional yang memadukan elemen pelayanan klinis, hospitality, dan manajemen bencana. Kebutuhan terhadap tenaga kesehatan, khususnya perawat mengalami perluasan seiring dengan berkembangnya wellness tourism, dan destinasi wisata yang menghadapi risiko bencana. Oleh sebab itu, keperawatan di setting pariwisata menuntut adanya integrasi yang komprehensif antara ketampilan klinis, komunikasi antarbudaya, layanan tamu, serta

kemampuan menghadapi situasi darurat (International Hospitality Institute, 2023; Kunwar, 2019).

1. Hospitality Care: Pelayanan Empatik dan Humanis

Konsep hospitality dalam keperawatan menekankan pendekatan pelayanan yang mengutamakan kenyamanan, empati, dan kualitas pengalaman tamu/wisatawan. Alvincent (2024) menyatakan bahwa dalam setting hotel, perawat harus mengadaptasi prinsip guest-centered care yang memadukan pelayanan kesehatan dengan keramahan dan kenyamanan khas industry hospitality. Model pelayanan ini mencakup komunikasi sopan, kesadaran budaya, kemampuan memberikan rasa aman, dan kemampuan dan kemampuan membaca kebutuhan tamu secara proaktif. Pendekatan tersebut membuktikan peningkatan kepuasan wisatawan dan memperkuat reputasi destinasi wisata.

2. Clinical Nursing: Penanganan Medis Dasar dan Rujukan

Perawat dalam sektor pariwisata tidak hanya berfungsi sebagai pemberi layanan empatik, tapi juga sebagai tenaga klinis yang mampu memberikan pertolongan medis dasar. Layanan ini mencakup pertolongan pertama cedera ringan, stabilisasi pasien, pemeriksaan tanda vital, triase hingga kemampuan merujuk. Dalam kawasan destinasi wisata yang jauh dari fasilitas kesehatan, maka kemampuan klinis perawat sangat menentukan kecepatan dan keberhasilan penanganan kasus (Ani et al., 2024). Di samping itu, pada destinasi wisata yang terlibat dalam medikal tourism, perawat berperan sebagai navigator antara wisatawan medis dan fasilitas kesehatan setempat, termasuk mengatur dokumentais medis, komunikasi lintas bahasa, dan pemantauan paska

layanan medis (Alvincent, 2025). Hal ini menuntut pemahaman regulasi, standar klinis, serta koordinasi dengan penyedia layanan kesehatan

3. Emergency & Disaster Nursing: Kesiapan Menghadapi Krisis

Destinasi wisata sering kali berada di wilayah rawan bencana seperti gunung, pantai, dan kawasan hutan. Karena itu, perawat harus memiliki kompetensi dalam kedaruratan dan manajemen bencana. Menurut Radianti, Policarpus and Gjørseter (2025), wisatawan memiliki kerentanan yang lebih tinggi selama situasi krisis karena ketidaktahuan mereka akan rute evakuasi, sistem peringatan dini, dan layanan kesehatan lokal.

Perawat di hotel atau kawasan wisata harus mampu:

- a. Melakukan triase cepat,
 - b. Memberikan pertolongan pertama,
 - c. Mengkoordinasikan evakuasi,
 - d. Mengoperasikan health post darurat, serta
 - e. Berkolaborasi dengan BPBD, Dinas Kesehatan, SAR, dan fasilitas medis terdekat.
- ### 4. Cultural Competence: Pelayanan yang Adaptif terhadap Keberagaman Wisatawan

Dalam konteks globalisasi pariwisata, wisatawan datang dari berbagai negara, budaya, dan bahasa. Oleh karena itu, kompetensi budaya (cultural competence) menjadi salah satu elemen penting dalam keperawatan pariwisata. Perawat harus mampu memahami norma budaya, preferensi kesehatan, gaya komunikasi, dan sensitivitas agama dari wisatawan internasional. Dalam medical tourism, kompetensi budaya merupakan komponen fundamental yang

mempengaruhi rasa aman, kepuasan, dan kepatuhan wisatawan terhadap rekomendasi medis (Alvincent, 2025).

Cultural competence juga mencakup kemampuan memberikan informasi kesehatan multibahasa, kesadaran terhadap interaksi lintas budaya, serta adaptasi layanan agar selaras dengan nilai dan ekspektasi tamu.

5. Collaborative Management: Kerja Lintas Profesi dan Sektor

Keperawatan dalam pariwisata merupakan ekosistem kolaboratif yang melibatkan banyak pemangku kepentingan. Perawat harus bekerja bersama manajemen hotel, BPBD, Dinas Kesehatan, Puskesmas wisata, klinik setempat, serta otoritas pariwisata daerah.

Menurut International Hospitality Institute (2023), penguatan kolaborasi lintas sektor adalah kunci terbentuknya destinasi wisata yang aman dan berdaya tanggap tinggi. Kolaborasi ini mencakup:

- a. Penyusunan SOP tanggap darurat,
- b. Pelatihan evakuasi dan pertolongan pertama,
- c. Pembentukan health post permanen maupun darurat,
- d. Sistem komunikasi krisis, dan
- e. Pengembangan standar pelayanan kesehatan wisata.

Model ini sejalan dengan rekomendasi Kunwar (2019) untuk institusi non-medis dalam menghadapi krisis yang mengharuskan adanya integrated disaster management berbasis komunitas, fasilitas, dan industri.

Daftar Pustaka

- Alvincent, A. (2024). Exploring Nursing Roles in Medical Tourism: A Scoping Review.
- Alvincent, A. (2025). Nursing Roles in Medical Tourism.
- Ani, L. S., Hendrayana, M. A., Gandari, N. K. M., Laksmi, I. A. A., Agastiya, I. M. C., Vittala, G., Juniarta, I. G. N., & Dwija, I. B. N. P. (2024). Training hotel staff in early emergency management to enhance tourist comfort at Ubud Raya Resort area. *Abdimas: Jurnal Pengabdian Masyarakat Universitas Merdeka Malang*, 9(1), 56–64.
- Bıyıklı, K., & Zincir, H. (2020). Health Tourism Concept And Transcultural Nursing According To The Meaning Worlds Of Nurses. *International Journal of Health Management and Tourism*, 5(3), 348–362.
- BNPB. (2021). *Kajian Risiko Bencana Nasional Provinsi Jawa Timur 2022 - 2026*.
- Ference, K. (2023). The Healthcare-Tourism Connection.
- Fermansyah, R. (2021). *Evaluasi Penerapan Manajemen Krisis Pada Hotel Bogor Valley*. Universitas Gadjah Mada.
- Gandari, K. M., Seri Ani, L., & Wirawan, I. M. A. (2024). Exploring the Role of Nurses in Travel Medicine to Improve Service Performance in Travelers: A Systematic Review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15, 21501319241287456.
- International Hospitality Institute. (2023). What are the best practices for hotel disaster preparedness?
- Ismiyati, A., & Lestari, F. (2020). Analysis on emergency and disaster preparedness level of hospitality industry in palu and gorontalo cities. *International Journal of Safety and Security Engineering*, 10(5), 671–677.
- Kausar, D. R., Rosmalia, D., Imran, S., & Agustan. (2024). Towards a framework for public-private partnership in disaster management planning for the tourism sector. *AIP Conference Proceedings*, 3109(1), 30017.

- Kunwar, R. R. (2019). Medical tourism and hospitality in hospital. *The Gaze: Journal of Tourism and Hospitality*, 10(1), 67–123.
- Morakabati, Y., Page, S. J., & Fletcher, J. (2017). Emergency management and tourism stakeholder responses to crises: A global survey. *Journal of Travel Research*, 56(3), 299–316.
- Nasiche, N. (2024). The Role of Wellness Tourism in the Growth of the Hospitality Industry. *Journal of Modern Hospitality*, 3(1), 53–64.
- Radianti, J., Policarpus, S., & Gjørseter, T. (2025). Tourists as a Vulnerable Group in Emergency Management: An Air Raid and Shelter Scenario.
- Rosselot, G., & Wachs, J. E. (2004). Travel health nursing: expanding horizons for occupational health nurses. *Aaohn Journal*, 52(1), 28–43.
- Swari, I. A. D. N., Devi, N. L. P. S., & Widyanthari, D. M. (2024). Gambaran Persiapan Orang Tua Membawa Anak Usia Toddler Ketika Melakukan Kunjungan Wisata Ke Bali. *Coping: Community of Publishing in Nursing*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.24843/coping.2024.v12.i02.p02>
- Swedarma, E., & Yanti, N. L. P. E. (2020). Potential of Nursing Education Towards Of Wellness Tourism Development in Bali. *Jurnal Keperawatan*, 12(4), 1017–1028.
- Zafran, M. (2025). A Qualitative Approach to Measure Customer Experience and Its Impact on Customer Service Satisfaction in the Hospitality Industry. *Journal of Tourism, Hospitality, and Services Industries Research (JTHS)*, 5(01), 12–31.

Profil Penulis



Nuris Kushayati, S.Kep., Ns., M.Kep.,

merupakan lulusan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya (PSIK FKUB) Malang tahun 2002 dan pendidikan Profesi Ners tahun 2003, dan melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Gawat Darurat di FKUB Malang lulus tahun 2014. Ia memiliki pengalaman panjang dalam kegiatan kerelawanan, pelatihan, serta pembinaan generasi muda di bidang kesehatan. Saat ini, ia aktif sebagai pembina Korps Sukarela (KSR) di AKPER Dian Husada Mojokerto, tempat ia berperan dalam mengembangkan kapasitas mahasiswa dalam penanggulangan bencana, pertolongan pertama, dan pelayanan kesehatan berbasis komunitas.

Selain itu, ia aktif di organisasi Bulan Sabit Merah Indonesia (BSMI) Kota Mojokerto sebagai pengurus mulai tahun 2018 hingga sekarang, serta menjadi Tenaga Sukarela (TSR) PMI Kabupaten Mojokerto hingga saat ini. Dedikasinya dalam dunia pendidikan dan kerelawanan tercermin melalui berbagai kontribusi akademik dan publikasi ilmiah. Pada tahun 2025, ia meraih penghargaan sebagai Penulis Terproduktif ke-3 tingkat Jawa Timur oleh AIPVIKI Regional Jawa Timur. Pada tahun yang sama, ia juga memperoleh hibah Kemdiktisaintek 2025: skema Penelitian Fundamental Reguler (PFR) sebagai anggota peneliti, serta hibah Pengabdian kepada Masyarakat skema Pemberdayaan Masyarakat Pemula (PMP) sebagai ketua.

Dengan latar belakang akademik, organisasi, dan penelitian tersebut, penulis terus berkomitmen memperkuat peran keperawatan dalam kegawatdaruratan, kebencanaan, komunitas dan sektor lintas-disiplin.

Email Penulis: fa.fun11@yahoo.co.id

KEPERAWATAN JIWA

Rina Hardiyanti, S.Kep., Ns., M.Kep
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua

Pendahuluan

Keperawatan jiwa yaitu suatu pelayanan profesional kesehatan mental menggunakan ilmu perilaku sebagai dasarnya untuk dapat membantu individu dalam sepanjang siklus kehidupan dalam menghadapi gangguan psikososial. Disiplin ilmu keperawatan jiwa mengintegrasikan teori perilaku manusia dengan penggunaan diri perawat sebagai sumber utama dalam melakukan pelayanan asuhan keperawatan

Jiwa, bagian abstrak dari keberadaan manusia, hadir dalam diri setiap orang. Namun, ketika ditanya "di mana jiwamu?", keberadaannya yang tepat tidak diketahui siapa pun kecuali segelintir orang. Alasannya adalah gagasan, emosi, persepsi, dan dampak lingkungan sosial kita membentuk dasar sistem perilaku jiwa kita. Jiwa yang sehat diperlukan agar seseorang dapat berinteraksi dengan lingkungannya. Seseorang dianggap memiliki kesehatan mental yang baik jika mampu mengatasi stres dan tidak sakit secara fisik, emosional, maupun sosial. Untuk itu, seseorang dapat menjalani kehidupan yang memuaskan dan menjalin hubungan yang bermakna dengan orang lain.

Tujuan utama keperawatan jiwa adalah untuk mendukung dan mempertahankan perilaku individu, keluarga, dan komunitas agar berfungsi secara harmonis.

Ini mencakup bagaimana melakukan stimulasi untuk kemandirian pasien, peningkatan kesehatan mental, dan membantu pasien mengatasi masalah kehidupan mereka melalui intervensi dengan tindakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah membaca bab ini, diharapkan pembaca dapat memahami tentang konsep dasar dari keperawatan jiwa dengan baik dan benar.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah membaca bab ini, maka pembaca diharapkan dapat:

- a. Memahami perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia
- b. Memahami ciri-ciri sehat jiwa
- c. Perawatan keperawatan untuk orang dengan masalah kesehatan mental dan masalah sosial melalui penggunaan model konsep keperawatan jiwa
- d. Penatalaksanaan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.

Perkembangan Keperawatan Jiwa di Indonesia

Beberapa faktor mempengaruhi sejarah dan perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia. Salah satunya adalah dampak sosial-ekonomi dari penjajahan Belanda, Inggris, dan Jepang. Masa penjajahan Belanda merupakan awal dari perkembangan keperawatan di Indonesia dan terus berlanjut hingga setelah kemerdekaan

1. Masa Penjajahan Belanda

Velpeger sebagai penduduk asli pribumi dibantu oleh Zieken Oppaser penduduk asli Belanda yang bertugas sebagai perawat orang sakit selama masa penjajahan Belanda. Untuk menjamin kesejahteraan karyawan dan pasukannya, Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen di Jakarta pada tahun 1799. Jenderal Daendels juga mendirikan rumah sakit di Surabaya, Jakarta, dan Semarang, tetapi mereka tidak melanjutkan pendidikan keperawatan karena militer Belanda adalah satu-satunya perhatian mereka.

2. Masa Penjajahan Inggris (1812 – 1816)

Pada masa itu, Raffles menjabat sebagai Gubernur Jenderal Inggris, dan ia memiliki minat yang kuat terhadap kesehatan masyarakat. Dengan slogan, "Kesehatan adalah milik setiap manusia," ia merawat para narapidana dan penderita gangguan jiwa dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat setempat.

Masyarakat Indonesia mulai merasa lebih baik tentang kesehatan mereka setelah Belanda kembali berkuasa. Rumah Sakit Stadverband di Glodok adalah salah satu dari banyak rumah sakit yang didirikan pada tahun 1819; pada tahun yang sama, rumah sakit tersebut dipindahkan ke Salemba, Jakarta, dan sekarang dikenal sebagai Rumah Sakit Cipto Mangkusumo (RSCM). Pemerintah Hindia Belanda membangun banyak rumah sakit di Indonesia antara tahun 1816 dan 1942. Di Jakarta, misalnya dapat menemukan Rumah Sakit PGI Cikini dan Rumah Sakit St. Carolus. Di Semarang, dua rumah sakit didirikan: Rumah Sakit Elizabeth dan Rumah Sakit St. Boromeus. Sekolah-sekolah keperawatan Indonesia juga didirikan pada saat yang sama.

3. Masa Penjajahan Jepang (1942 – 1945)

"Masa-masa kegelapan" dalam sejarah keperawatan Indonesia terjadi ketika negara ini berada di bawah kekuasaan Jepang. Alih-alih mempekerjakan perawat yang berkualifikasi di rumah sakit, namun pemerintah Jepang mengambil alih kendali sistem layanan kesehatan. Akibatnya, terjadi epidemi karena kurangnya pasokan medis saat itu.

4. Zaman Kemerdekaan

Rumah sakit dan pusat medis lainnya mulai bermunculan di Indonesia empat tahun setelah kemerdekaan, menandai awal pertumbuhan sektor kesehatan. Pada tahun 1952, dua sekolah keperawatan pertama—Sekolah Guru Keperawatan dan sebuah sekolah keperawatan tingkat SMP—didirikan. Akademi Keperawatan di Jakarta didirikan pada tahun 1962 oleh Kementerian Kesehatan dengan tujuan menghasilkan lulusan Sarjana Keperawatan. Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Indonesia di Fakultas Kedokteran didirikan pada tahun 1985, menandai awal mula keperawatan di Indonesia. Undip, Universitas Gadjah Mada, dan Universitas Hasanuddin mengikuti jejak tersebut dengan mendirikan PSIK-PSIK baru.

Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Semua aspek manusia fisik, mental, sosial, dan spiritual merupakan susunan "biopsikososial" holistik mereka. Sebagai bagian dari tugas mereka, perawat harus memandang pasien sebagai pribadi biopsikososial dan spiritual, dan mereka harus menggunakan model keperawatan yang konsisten dengan paradigma keperawatan jiwa dalam memberikan perawatan.

1. Definisi Sehat Jiwa

Banyak ahli yang mengemukakan tentang sehat jiwa diantaranya menurut:

a. WHO

Kesehatan mental bukan hanya sekadar bebas dari penyakit atau gangguan; kesehatan mental juga mencakup lingkungan sosial dan emosional seseorang. Kesehatan mental adalah bebas dari gangguan (penyakit) dalam aspek fisik, mental, dan sosial seseorang, serta bebas dari stres dan kemampuan untuk mengatasinya.

b. UU Kesehatan Jiwa No.03 Tahun 1966

Ketika seseorang sehat mental, mereka mampu mengembangkan potensi penuh mereka di segala aspek kehidupan: fisik, kognitif, dan emosional. Ketika kesehatan mental seseorang ideal, mereka dapat berkembang dalam komunitas yang rukun.

2. Ciri-Ciri Sehat Jiwa

Seseorang dianggap memiliki kondisi mental yang sehat jika memenuhi persyaratan sebagai berikut, menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO:

- a. Bahkan ketika dihadapkan dengan kenyataan yang tidak menyenangkan, orang tersebut dapat menyesuaikan diri secara efektif
- b. Bangga dengan apa yang telah mereka capai.
- c. Memberi lebih membahagiakan daripada menerima.
- d. Umumnya tidak terpengaruh oleh kesedihan, kekhawatiran, atau ketegangan.

- e. Mampu menjalin hubungan yang bermakna dengan orang lain yang menguntungkan semua pihak yang terlibat.
- f. Dapat memanfaatkan kemunduran sebagai kesempatan untuk tumbuh dan berkembang.
- g. Bersikap simpatik.

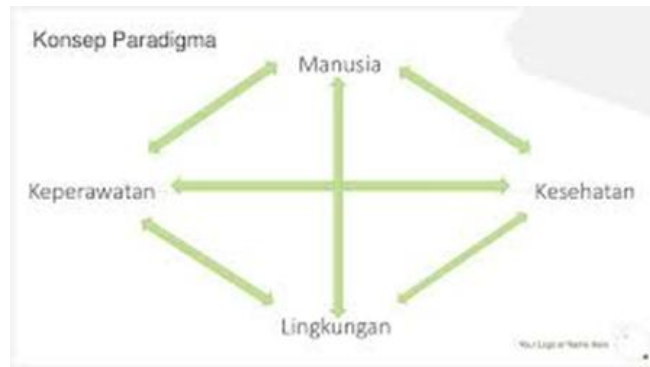
Sementara itu, seseorang dianggap sehat mental apabila ia mampu melihat kenyataan, menerima diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya, serta mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, sebagaimana dikemukakan oleh Maslow.

3. Paradigma Keperawatan Jiwa

Tujuan pembentukan paradigma keperawatan adalah untuk menyediakan struktur bagi disiplin ilmu tersebut dengan mengatur keterkaitan berbagai teori dan model konseptual keperawatan. Beberapa nilai keperawatan menjadi panduan dalam memberikan asuhan keperawatan, dan diharapkan perawat dapat menjunjung tinggi nilai-nilai ini dalam menjalankan tugasnya. Berikut ini adalah keyakinan-keyakinan tersebut:

- a. Biologis, psikologis, kehidupan sosial, dan spiritualitas seseorang bekerja sama untuk membentuk keseluruhan dirinya.
- b. Peningkatan kesehatan manusia yang optimal merupakan tujuan asuhan keperawatan.
- c. Aktivitas keperawatan melibatkan klien dan keluarganya dalam proses pemecahan masalah yang berfokus pada perawatan sebagai bagian dari upaya kolaboratif tim kesehatan.
- d. Perawat adalah individu yang peduli dan bertanggung jawab.

Gambar 4.1 memberikan penjelasan yang lebih rinci tentang paradigma keperawatan:



1) Manusia

Manusia dipandang sebagai entitas utuh dengan seperangkat sistem terbuka dan adaptifnya sendiri yang unik, baik pada tingkat individu maupun sosial. Karena keterbukaan yang melekat pada diri mereka, manusia rentan terhadap pengaruh lingkungan di semua tingkat kehidupan: fisik, mental, sosial, dan spiritual. Sebagai reaksi terhadap perubahan lingkungan, manusia, sebagai sistem adaptif, akan bertindak adaptif atau maladaptif. Reaksi adaptif terjadi ketika manusia memiliki cara untuk menangani perubahan lingkungan. Di sisi lain, perilaku maladaptif merupakan ciri khas kurangnya kapasitas untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan baru. Klien, atau manusia yang menerima asuhan keperawatan, baik individu, keluarga, maupun komunitas.

2) Keperawatan

Keperawatan merupakan panggilan hidup yang meliputi manusia seutuhnya, sejak lahir hingga usia lanjut, dengan memperhatikan

kebutuhan fisik, mental, sosial, spiritual, dan budaya manusia serta kebutuhan keluarga dan masyarakat.

3) Kesehatan

Menemukan rentang sehat-sakit merupakan salah satu cara untuk mengevaluasi kondisi kesehatan individu. Ketika status kesehatan seseorang turun ke "zona sakit", maka mereka dikatakan sangat tidak sehat; sebaliknya, ketika naik ke "sehat", maka mereka sepenuhnya sehat.

4) Lingkungan

Dalam keperawatan, lingkungan mengacu pada faktor eksternal yang mungkin memengaruhi pertumbuhan seseorang, termasuk lingkungan fisik, mental, sosial, budaya, ekonomi, dan spiritualnya.

4. Model Konseptual dalam Keperawatan Jiwa

Banyak spesialis telah menciptakan model konseptual yang berbeda-beda, beberapa di antaranya sebagai berikut:

a. *Psychoanalytical* (Freud, Erickson)

Di sini kita memiliki model Sigmund Freud. Dalam psikoanalisis, kelainan perilaku di masa dewasa dikaitkan dengan urusan yang belum selesai di masa kanak-kanak. Gangguan dalam regulasi perilaku antara ego dan id merupakan akar penyebab penyakit mental, sebagaimana dikemukakan oleh paradigma psikoanalisis. Dalam model psikoanalisis, tugas perawat adalah menggunakan komunikasi terapeutik untuk mencari tahu hal-hal seperti apakah pasien pernah mengalami kekerasan fisik, sosial,

emosional, atau seksual di masa lalu, serta peristiwa traumatis atau stres lainnya yang mungkin berdampak signifikan pada kesehatan mental mereka.

b. Interpersonal (Sullivan, Peplau)

Baik Harry Stack Sullivan maupun Hildegard Peplau bertanggung jawab atas pengembangan paradigma ini. Menurut teori interpersonal, tindakan seseorang bermula dari interaksi mereka dengan orang lain. Menurut Sullivan, kesehatan mental seseorang sangat dipengaruhi oleh masa-masa pembentukan dirinya. Paradigma ini menyatakan bahwa potensi bahaya yang memicu kecemasan merupakan akar penyebab penyakit mental. Peran perawat dalam perawatan ini adalah berempati dengan klien dan berbagi perasaan mereka, serta membicarakan terkait pengalaman tentang kecemasan dan situasi sosial.

c. Social (Caplan, Szasz)

Faktor lingkungan dan sosial merupakan fokus utama paradigma ini, yang bertujuan menjelaskan bagaimana stres dan masalah mental dapat berkembang. Individu, menurut Szasz, memiliki kekuatan untuk mengatur dan memodifikasi tindakan mereka sesuai dengan norma nilai dan budaya yang diantisipasi secara sosial. Bagi Kaplan, tiga pilar pencegahan penyakit mental yaitu primer, sekunder, dan tersier sangat penting. Dalam jenis perawatan ini, tugas perawat adalah menngkaji terkait sistem sosial klien, yang meliputi keluarga klien, tempat kerja, sekolah, lingkungan tempat tinggal, dan lingkungan kerja.

d. *Existensial* (Ellis, Rogers)

Dalam teori ini menjelaskan bahwa gangguan perilaku atau jiwa tersebut terjadi karena individu gagal dalam menemukan jati dirinya dalam mencapai tujuan hidup. Individu tidak mempunyai kebanggaan atas dirinya sendiri. Peran perawat yaitu memberikan klien untuk kegiatan terapi aktivitas kelompok.

e. Model Stress Adaptasi Roy

Salah satu aliran pemikiran dalam keperawatan, yang dikenal sebagai Model Stres Adaptasi Roy, menyatakan bahwa manusia adalah sistem adaptif dinamis yang selalu menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Berdasarkan gagasan ini, terdapat empat cara manusia menyesuaikan diri dengan keadaan baru: fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan. Tujuan utamanya adalah membantu individu meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup mereka melalui pemeliharaan perilaku yang telah beradaptasi dan dapat memodifikasi perilaku maladaptive ke perilaku adaptif.

f. *Supportive Therapy* (Wermon, Rockland)

Reaksi perilaku maladaptif dan aspek biopsikososial yang ada saat ini merupakan akar penyebab penyakit mental. Beberapa contoh variabel biologis antara lain batuk kronis, tukak lambung berulang, dan sering sakit kepala. Kecemasan, rendahnya rasa percaya diri, keraguan diri, dan amarah merupakan beberapa komponen psikologis. Di antara sekian banyak variabel sosial terdapat hal-hal seperti isolasi sosial, kesulitan berteman, dan kesulitan mendapatkan pekerjaan. Jika dibiarkan, semua

hal ini dapat menyebabkan masalah psikologis. Saat menilai keterampilan pemecahan masalah, perawat bekerja sama dengan klien untuk menentukan serangkaian kekuatan, kelemahan, mekanisme coping, dan bakat unik mereka.

Penatalaksanaan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa

Dalam keperawatan jiwa, terapi modalitas merupakan metode utama perawatan. Kemampuan perawat untuk membantu klien mengubah pola perilaku disfungsional menjadi pola yang lebih positif sangatlah penting sehingga mereka dapat mencapai potensi penuhnya. Bidang keperawatan jiwa menawarkan beragam terapi modalitas diantaranya termasuk terapi individu, keluarga, kelompok, lingkungan, dan bermain. Terapi modalitas adalah jenis modifikasi lingkungan yang bertujuan untuk mengubah perilaku klien dan meningkatkan keterlibatannya. Terapi ini dapat dilakukan secara individu maupun kelompok. Beberapa terapi modalitas yaitu sebagai berikut:

1. Terapi Individu

Untuk membantu pasien mengatasi perilaku maladaptif, penyedia layanan kesehatan, terutama perawat, dapat menggunakan terapi modalitas untuk menciptakan interaksi terstruktur dengan pasien. Di awal interaksi perawat-klien, kedua belah pihak menyepakati tujuan terapeutik yang akan disusun secara metodis dan bertujuan untuk membantu klien mengubah perilakunya. Tujuan dari terapi ini yaitu untuk mencapai pertumbuhan pribadi yang meningkat, dapat meningkatkan kesadaran diri, dan bisa mengelola kesulitan contohnya seperti trauma, stres, atau penyakit mental dalam lingkungan yang terjamin aman dan rahasia. Dalam terapi ini dilakukan

dengan komunikasi terapeutik yang dimulai dari fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi.

2. Terapi Lingkungan

Sebagai salah satu bentuk perawatan, terapi lingkungan melibatkan perubahan pada lingkungan fisik klien untuk mendorong pola perilaku yang lebih adaptif. Sebagai bagian dari prosedur ini, seluruh lingkungan klien diubah menjadi lingkungan terapeutik. Klien diberi kesempatan untuk belajar dan mengubah perilaku mereka dalam suasana terapeutik yang menekankan manfaat terapeutik dari aktivitas dan hubungan. Untuk mendorong penyembuhan, membantu pengembangan keterampilan, dan mengubah perilaku serta pola pikir agar lebih berhasil, perawatan ini berfokus pada keberlanjutan aktivitas sehari-hari, kontak sosial, dan lingkungan emosional yang suportif.

3. Terapi Biologis

Terapi somatik mencakup pengobatan biologis, pengobatan (psikofarmakologis), perubahan pola makan, ECT, dan fototerapi, semuanya merupakan terapi potensial. Obat-obatan psikoaktif dan stimulasi listrik otak adalah dua perawatan yang masih digunakan dalam perawatan kesehatan mental modern.

4. Terapi Kognitif

Menurut para pendukung terapi kognitif, kebiasaan berpikir dan keyakinan yang bermasalah merupakan akar penyebab masalah perilaku. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab untuk berupaya mengubah kebiasaan ini dalam peran mereka sebagai terapis. Keyakinan, sikap, dan harapan klien dapat

dievaluasi ulang sebagai bagian dari intervensi untuk memengaruhi transformasi kognitif.

5. Terapi Keluarga

Orang-orang terdekat klien yang menderita gangguan jiwa dapat memperoleh manfaat dari terapi keluarga. Tujuan terapi ini adalah membantu keluarga merawat individu dengan masalah jiwa dengan lebih baik. Fase 1 adalah "kesepakatan", fase 2 adalah "kerja", dan fase 3 adalah "terminasi" dalam terapi keluarga. Fase pertama melibatkan pembangunan hubungan baik antara perawat dan klien serta penentuan tujuan terapi bersama. Selama fase kerja, keluarga bekerja sama dengan perawat-terapis untuk mengubah cara anggota keluarga berkomunikasi satu sama lain, meningkatkan kompetensi setiap anggota, dan mengkaji norma serta batasan dalam keluarga. Pada tahap terakhir terapi keluarga, yang dikenal sebagai "terminasi", para anggota mengatasi kesulitan mereka dan menemukan solusi. Perawatan berkelanjutan juga dituntut dari keluarga.

6. Terapi Aktifitas Kelompok

Terapis, yang seringkali seorang perawat atau tenaga kesehatan mental profesional berkualifikasi lainnya, memandu sekelompok klien melalui percakapan terapeutik dalam terapi kelompok. Klien dalam terapi aktivitas kelompok (TAK) mampu mengelola emosi, menemukan solusi atas masalah, dan meningkatkan harga diri mereka, selain mengembangkan keterampilan sosial dan komunikasi yang lebih baik, rasa memiliki yang lebih kuat, dan kesadaran diri yang lebih tinggi sebagai hasil dari interaksi tersebut. Merangsang persepsi sensorik dan sosialisasi adalah bentuk dari terapi TAK.

7. Terapi Perilaku

Jenis terapi yang berfokus untuk mengubah pikiran, perasaan, dan perilaku negatif menjadi positif dengan berdasarkan prinsip bahwa semua perilaku dapat dipelajari dan diubah. Terapi ini sering digunakan untuk mengatasi berbagai gangguan mental seperti kecemasan, depresi, fobia, ADHD, dan autisme, dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola perilaku yang merusak diri sendiri.

8. Terapi Bermain

Premis dasar terapi bermain adalah bahwa anak-anak mengekspresikan diri mereka lebih efektif melalui permainan daripada hanya melalui kata-kata. Perawat dapat belajar banyak tentang kesehatan emosional, tahap perkembangan, dan potensi diagnosis anak melalui permainan, dan mereka juga dapat menggunakannya untuk membantu mengatasi kesulitan anak. Ketika anak-anak menghadapi masalah seperti kecemasan, keputusasaan, atau pelecehan, terapi bermain dapat menjadi alat yang bermanfaat. Klien di usia dewasa yang menghadapi trauma, gangguan identitas disosiatif, atau pelecehan juga dapat memperoleh manfaat dari terapi bermain.

Daftar Pustaka

- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Fortinash, K..M., &Holoday W. P.A., (2006), *Pscyciatric nursing care plans*, St. Louis, Mosby Your Book. 3.
- Frisch N.,& Frisch A. (2011). *Psychiatric mental health nursing*. 4 ed. Australia: Delmar CENGAGE learning
- Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview - Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self*. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio 5.
- Halter MJ. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 7th edition. Saunders: Elsevier Inc. 6.
- Keliat, Budi Anna dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Marry Ann Boyd.(2002).*Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, second edition
- Stuart, G.W, 2016, *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Buku 2 : Edisi Indonesia*, Elseiver, Singapore
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Jiwa* . Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Yosep, I. (2013). *Buku Ajaran Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama
- Yusuf, Fitryasari, Nihayati,. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.Jakarta Selatan: Salemba Medika

Profil Penulis



Rina Hardiyanti, S. Kep. Ns., M. Kep

lahir di Pati, 13 Februari 1992. Saat ini penulis bertempat tinggal di Kota Sorong Papua Barat Daya. Merupakan lulusan Magister Keperawatan dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2020. Saat ini, aktif sebagai Dosen Keperawatan dengan Nomor Induk Dosen Nasional (NIDN) 1413029201 di Program Studi Keperawatan dan NERS Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Papua. Mengajar beberapa mata kuliah diantaranya Keperawatan Jiwa, Ketrampilan Dasar Keperawatan, Konsep Dasar Keperawatan, dan Psikologi Keperawatan.

Email penulis: rinahardiyanti92@gmail.com

KEPERAWATAN KEOLAHRAGAAN

Ns. Hapsah Amir, S.Kep., M.A.P
RSUD Kabupaten Nunukan

Pendahuluan

Keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan yang selalu berkembang dan mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Perubahan ini memerlukan persiapan dari insan keperawatan dalam mengimbangnya, sehingga tidak ketinggalan dalam meningkatkan mutu layanan keperawatan yang tepat sasaran, tepat guna dan berkesinambungan. Perkembangan ilmu keperawatan juga tidak hanya membahas anatomi dan fisiologi serta perjalanan suatu penyakit, tetapi sudah merambah ke bidang lain yang saling terkait dan menjadi muatan lokal dalam pembelajarannya. Salah satunya adalah olahraga yang kini telah menjadi muatan lokal dalam sistem pembelajaran di pendidikan.

Penyelenggaraan pertandingan olahraga dalam skala besar merupakan hal yang menuntut kemampuan seorang petugas kesehatan dalam menerapkan keilmuannya termasuk tenaga keperawatan. Banyak kejadian cedera di arena pertandingan yang menuntut seorang perawat untuk menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Hal ini dapat mendukung pengambilan keputusan yang tepat di awal apabila terjadi hal-hal yang

tidak diinginkan dalam penyelenggaraan pertandingan olahraga tersebut.

Sebagai seorang tenaga kesehatan, penanganan yang tepat di awal dapat membantu meminimalisir terjadinya perburukan bagi kasus-kasus yang ditangani apabila terjadi kecelakaan yang menyebabkan cedera bagi seorang atlet olahraga. Perlu diketahui bahwa penanganan yang tepat dengan memperhatikan kondisi pasien dapat menurunkan angka kerugian yang dapat berdampak fatal dalam pemulihan kesehatannya. Oleh karena itu pemahaman terkait keperawatan keolahragaan menjadi sesuatu yang diperlukan bagi setiap perawat yang ikut mendukung dalam penyelenggaraan olahraga sebagai tenaga kesehatan.

Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah membaca bab ini, pembaca mampu meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap yang dibutuhkan dalam merawat individu yang terlibat dalam aktifitas fisik dan olahraga.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah membaca bab ini, diharapkan pembaca mampu:

- a. Mengidentifikasi dan mengelola cedera olahraga
- b. Menerapkan prinsip-prinsip pencegahan cedera
- c. Mengembangkan rencana perawatan individu
- d. Mengelola kondisi kesehatan khusus
- e. Bekerjasama dengan tim multidisiplin

Keperawatan dan Olahraga

1. Definisi Keperawatan Keolahragaan

Keperawatan Keolahragaan merupakan salah satu bagian dari keperawatan yang menitikberatkan pada perawatan dan pengelolaan kesehatan atlet dan individu yang terlibat dalam aktivitas fisik dan olahraga. Seorang perawat yang bertugas sebagai tenaga kesehatan harus mampu bekerjasama dengan tim multidisiplin untuk mencegah, mengidentifikasi dan mengelola cedera serta kondisi kesehatan yang ada kaitannya dengan olahraga.

2. Sifat dan Tujuan Olahraga

Istilah olahraga menurut KBBI memiliki pengertian aktivitas (gerak badan, kegiatan) yang memerlukan ketangkasan, kemahiran atau tenaga (seperti sepak bola, berenang, catur, lempar lembing) yang dilakukan untuk menguatkan dan menyehatkan tubuh atau sebagai acara permainan, pertandingan dan sebagainya.

Olahraga adalah suatu bentuk dari aktifitas fisik yang dilakukan secara terencana dan terstruktur yang melibatkan gerakan tubuh berulang-ulang dan ditujukan untuk meningkatkan suatu kebugaran jasmani. Kesehatan dan kebugaran merupakan aspek yang menjadi target dalam olahraga (Museum Olahraga Nasional dalam Fitriana, 2024).

Berdasarkan sifat dan tujuannya, olahraga dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Olahraga sebagai tujuan: olahraga prestasi, olahraga rekreasi, serta;
- b. Olahraga sebagai alat mencapai tujuan: olahraga kesehatan, olahraga pendidikan.

Dari pembagian di atas, dapat disimpulkan bahwa olahraga yang dijadikan sebagai tujuan akan fokus pada tujuan akhir, seperti meraih prestasi atau hanya sebagai rekreasi. Sedangkan olahraga sebagai alat untuk mencapai tujuan akan lebih fokus pada prosesnya. Selain itu olahraga juga dibagi menjadi tiga berdasarkan jumlah peserta. Adapun pembagiannya sebagai berikut:

- a. Per orang : 1-4 orang
- b. Kelompok : 6-22 orang; serta
- c. Massal : > 22 orang

3. Nutrisi Olahraga

Bagi individu yang melakukan olahraga sangat memerlukan dukungan nutrisi/ zat gizi yang cukup, baik kualitas maupun kuantitas. Sebaiknya disusun rencana makanan bergizi yang selaras dengan program latihan, sehingga terpenuhi asupan nutrisinya yang meliputi periode persiapan, pertandingan dan transisi.

Sebelum memulai suatu program perencanaan gizi, status gizi atlet perlu diketahui. Adapun penyusunannya dapat menggunakan tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Perencanaan Gizi Olahragawan					
PERENCANAAN GIZI	PERIODE LATIHAN				
	PERSIAPAN		KOMPETISI		TRANSISI
	UMUM	KHUSUS	PRA KOM	KOM UTAMA	
Perbaikan Status Gizi	XXX				
Pemeliharaan Status Gizi					
Gizi Pertandingan					
a. Sebelum				XXX	
b. Saat				XXX	
c. Setelah				XXX	
Pemulihan Status Gizi					XXX

Sumber: Depkes RI, 1993 ; 34

Selanjutnya perbaikan status gizi. Pada tahap ini mencakup upaya meningkatkan status gizi, antara lain menambah berat badan, meningkatkan kadar Hb dan upaya menurunkan berat badan terutama atlet cabang olahraga yang memerlukan klasifikasi berat badan.

Berikut adalah pengaturan makanan yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi:

- a. Kebutuhan energi dan zat gizi ditentukan menurut umur, berat badan, jenis kelamin dan aktivitas. Atlet pada usia pertumbuhan dengan status gizi kurang baik, memiliki kebutuhan protein lebih tinggi daripada atlet usia dewasa
- b. Susunan menu seimbang, yang berasal dari beraneka ragam bahan makanan, vitamin dan mineral sesuai dengan kebutuhan.
- c. Menu disesuaikan dengan pola makan atlet .
- d. Peningkatan kadar Hb dilakukan dengan pemberian makanan sumber zat besi yang berasal dari bahan makan hewani karena lebih banyak diserap oleh tubuh daripada sumber makanan nabati
- e. Selain meningkatkan konsumsi makanan kaya zat besi, juga perlu menambah makanan yang banyak mengandung vitamin C, seperti pepaya, jeruk, nanas, pisang hijau, sawo kecil, sukun, dll.

Tahap berikutnya adalah pemeliharaan status gizi. Pada tahap ini diharapkan status gizi sudah mencapai tingkat yang optimal dan fisik atlet sudah beradaptasi dengan intensitas latihan yang tinggi. Selama tahap pemeliharaan status gizi, atlet harus mampu mempertahankan kondisinya dengan memperhatikan faktor pengaturan makanan.

Tabel 2. Pengaruh pemberian makanan/minuman terhadap kinerja			
Jenis Makanan	Lama Pertandingan		
	0-90 Menit	90 Mnt-3 Jam	> 3 jam
Makanan 3 jam sebelum berunding	Tidak membantu	Tidak membantu	Membantu suplai glukosa otot dan darah, Memperbaiki endurance
Kafein	Membantu setelah 60 menit	Memperbaiki endurance	Memperbaiki endurance
Minuman Mengandung 5-10% KH	Tidak membantu	Memperbaiki endurance	Memperbaiki endurance
Makanan tinggi KH cair	Tidak membantu	Memperbaiki endurance	Memperbaiki endurance

Sumber : Smith, 1989;114

Berdasarkan sumber di atas, maka dapat disimpulkan bahwa lama pertandingan dapat mempengaruhi ketersediaan karbohidrat di dalam tubuh sehingga memerlukan asupan nutrisi yang memadai sesuai kebutuhannya.

4. Tes dan pengukuran yang digunakan pada olahraga

Tes dan pengukuran yang sering digunakan dalam olahraga adalah tes kebugaran jasmani. Tes ini merupakan upaya untuk mengetahui derajat kebugaran jasmani seseorang. Adapun informasi yang bisa diperoleh dari tes ini, antara lain :

- a. Tinggi badan dan berat badan yang sering menjadi faktor penting dalam berbagai cabang olahraga yang menitikberatkan pada kedua hal tersebut untuk meraih prestasi.
- b. Tekanan darah juga menjadi perhatian dalam pemeriksaan kesehatan karena dapat dipengaruhi oleh kondisi saat olahraga yaitu suhu tubuh, berat badan, usia, latihan, dan sebagainya.

- c. Lari 60 meter (*sprint*) bertujuan untuk mengukur kecepatan lari dari posisi tak bergerak dan biasanya dibutuhkan dalam permainan beregu, misalnya permainan bola keranjang dan bola kriket.
- d. Lompat jauh tanpa awalan (*standing broad jump*). Tes ini dilakukan untuk mengukur gerak eksplosif tubuh atau mengukur daya ledak tungkai dan tubuh bagian bawah.
- e. *Pull-up*. Tes ini bertujuan untuk mengukur kekuatan dan ketahanan otot lengan dan bahu. Durasi waktunya selama 60 detik. Untuk putra penilaiannya berdasarkan frekuensi sedangkan putri dihitung pada waktunya.
- f. *Push-up*. Tes ini bertujuan untuk mengukur kekuatan dan daya tahan bagian atas.
- g. *Sit-up*. Tes ini bertujuan untuk mengukur daya tahan dan kekuatan otot perut (abdomen).
- h. *Boomerang run*. Tes ini bertujuan untuk mengukur kelincahan (*agility*).
- i. *Shuttle run*. Tes ini bertujuan untuk mengukur kelincahan, yaitu kemampuan untuk mengubah arah dengan cepat sambil melakukan gerakan.
- j. *Vertical jump*. Tes ini bertujuan untuk mengukur daya ledak atau tenaga eksplosif pada otot tungkai. Tes ini menggunakan papan skala selebar 30 cm dengan panjang 150 cm dan jarak antara garis skala yang satu dengan lainnya 1 cm masing-masing.

- k. *Sit and reach*. Tes ini bertujuan untuk mengukur fleksibilitas punggung bawah dan hamstring.
 - l. Tes keseimbangan (*balance test*). Tes ini bertujuan untuk mengukur kemampuan seseorang dalam mengendalikan organa-organ saraf otot untuk mencapai keseimbangan tubuh dalam keadaan statis.
 - m. *Bleep test*. Tes ini digunakan untuk mengetahui tingkat kebugaran jasmani seseorang.
5. Cedera Olahraga dan Penanganannya

a. Definisi Cedera Olahraga

Cedera olahraga merupakan dampak yang timbul saat melakukan olahraga, bisa berupa luka, cacat dan rusak pada otot atau sendi serta bagian tubuh lainnya. Apabila cedera ini tidak ditangani dengan baik dan benar, maka dapat mengakibatkan gangguan atau keterbatasan fisik. Oleh sebab itu, penanganan cedera harus dilakukan oleh tim yang multidisipliner (Sudijandoko, 2000 dalam Fitriana, 2024). Cedera olahraga ini sering disebabkan oleh benturan langsung atau latihan yang berulang-ulang.

b. Patofisiologis dan Diagnosis Cedera Olahraga

Apabila terjadi cedera olahraga, maka akan mengenai integumen, otot dan rangka tubuh. Secara garis besar, patofisiologi terjadinya cedera diawali ketika kerusakan terjadi pada sel yang diikuti dengan pengeluaran mediator kimia yang merangsang terjadi peradangan. Mediator tersebut berupa histamin, bradikinin, prostaglandin dan leukotrien. Akibatnya akan terjadi vasodilasi pembuluh darah dan penarikan populasi sel-sel kekebalan tubuh pada lokasi

cedera dan respon tubuh ini dikenal sebagai proses peradangan. Proses ini akan berkurang setelah terjadinya regenerasi proses kerusakan sel atau jaringan tersebut. Untuk menegakkan suatu diagnosis cedera, selain gejala, maka keterangan dari penderita mengenai aktivitas yang dilakukan dan hasil pemeriksaan fisik sangat diperlukan sebagai data dukung.

c. Klasifikasi Cedera Olahraga

Klasifikasi cedera menurut Wibowo (2007) terbagi menjadi dua, yaitu:

1) Berdasarkan Tingkat Keparahan

- a) Cedera ringan, ditandai dengan cedera tanpa kerusakan yang berarti pada jaringan tubuh dan biasanya tidak diperlukan pengobatan apapun.
- b) Cedera berat, ditandai dengan adanya kerusakan pada jaringan tubuh, misalnya robeknya otot atau ligamen maupun patah tulang. Biasanya memiliki beberapa kriteria, yaitu kehilangan substansi atau kontinuitas, rusaknya atau robeknya pembuluh darah, peradangan lokal.

2) Berdasarkan Jaringan yang Terdampak

- a) Cedera jaringan lunak, biasanya terjadi pada kulit, otot dan tendon (*strain*) serta ligamen, seperti ekskoriasi, laserasi dan *punktum*.
- b) Cedera jaringan keras, biasanya terjadi pada tulang atau sendi dan dapat ditemukan bersama dengan cedera jaringan dan terdiri dari fraktur dan dislokasi.

Cedera juga dapat digolongkan menurut waktu kejadian dan penyebab. Menurut waktu kejadian, cedera digolongkan menjadi dua yaitu cedera terjadi belum lama (akut) dan terjadi sudah lama (kronis). Cedera akut memiliki beberapa ciri seperti nyeri, kemerahan, teraba hangat, bengkak serta gangguan fungsi organ, sedangkan cedera kronis biasanya disebabkan penggunaan ekstremitas secara berlebihan.

Menurut penyebabnya, cedera olahraga dapat diklasifikasikan menjadi cedera langsung, cedera tidak langsung dan cedera karena penggunaan ekstremitas secara berlebihan. Cedera langsung disebabkan langsung oleh sesuatu dari luar tubuh berupa tabrakan/hantaman, sedangkan cedera tidak langsung dapat terjadi melalui dua cara, yaitu akibat adanya gaya pada bagian tubuh yang lain (terlepasnya sendi bahu akibat terjatuh) dan akibat gaya yang dicetuskan tindakan diri sendiri, misalnya pada peregangan yang berlebihan atau kelelahan, contohnya *strain* dan *sprain*. Adapun cedera karena penggunaan ekstremitas secara berlebihan disebabkan karena adanya gaya yang berulang-ulang pada tulang dan jaringan pengikatnya seperti tendon dan ligamen. Hal ini biasanya terjadi apabila ada perubahan terhadap pola olahraga (peningkatan frekuensi atau intensitas) yang tidak dapat ditoleransi oleh tubuh. Selain itu biasanya ada faktor lain sebagai penyebabnya yaitu fleksibilitas yang buruk, adanya kelainan bentuk tulang, istirahat yang tidak cukup dan penggunaan alat olahraga yang buruk.

d. Jenis-Jenis Cedera Olahraga

Beberapa jenis cedera yang sering dialami ketika melakukan aktivitas olahraga antara lain :

- 1) *Sprain* merupakan bentuk cedera berupa penguluran atau robekan pada ligamen atau kapsul sendi.
- 2) *Strain* adalah bentuk cedera berupa peregangan atau robekan pada struktur muskulotendinosa. Biasanya disebabkan oleh otot tertarik pada arah yang salah, kontraksi otot yang berlebihan atau saat terjadi kontraksi, otot belum siap. Gejala yang timbul berupa nyeri yang terlokalisasi, kekakuan, bengkak dan hematoma di sekitar daerah yang cedera.
- 3) Cedera lutut terjadi karena adanya paksaan dari tendon. Gejala yang dirasakan adalah nyeri tepat di bawah tempurung lutut setelah melakukan latihan olahraga. Biasanya disebabkan oleh gerakan melompat, menerjang serta melompat kemudian turun kembali.
- 4) Patah tulang adalah putusnya tulang yang terjadi karena adanya tekanan yang berlebihan pada tulang. Cedera ini dapat terjadi apabila mengalami benturan dengan sesuatu yang keras.
- 5) Dislokasi adalah sebuah keadaan yang posisi tulang pada sendi tidak pada tempat yang semestinya.
- 6) Memar adalah pecahnya pembuluh darah kecil akibat trauma, sehingga terjadi perdarahan menuju ke dalam jaringan lunak

di bawah kulit dan mengakibatkan perubahan warna kulit.

- 7) Spasme atau kejang otot adalah terjadinya kontraksi otot tanpa disertai adanya relaksasi, sehingga menimbulkan rasa sakit yang sangat hebat.

e. Penyebab Cedera Olahraga

Biasanya yang menjadi penyebab adalah faktor manusia dan faktor peralatan serta fasilitas. Pada faktor manusia meliputi umur, faktor pribadi, pengalaman, tingkat latihan, teknik, kemampuan awal (*warming up*), *recovery period*, kondisi tubuh yang fit dan keseimbangan nutrisi. Sedangkan pada faktor peralatan dan fasilitas, diantaranya adalah:

- 1) peralatan tidak memadai, desain buruk.
- 2) Fasilitas: kemungkinan alat-alat proteksi badan, jenis olahraga yang bersifat *body contact* dan jenis-jenis olahraga khusus.
- 3) Karakter olahraga: setiap cabang olahraga mempunyai tujuan tertentu dan cedera yang dialami juga bermacam-macam, sehingga harus diketahui sebelumnya.

f. Pemeriksaan Cedera Olahraga

- 1) Riwayat (Anamnesis): perlu ditanyakan pada penderita untuk memperoleh informasi dari penyebab cedera olahraga. Informasi ini akan menjadi dasar dalam melakukan tindakan yang tepat dan benar.
- 2) Pemeriksaan Fisik dilakukan melalui inspeksi dan palpasi. Biasanya yang menjadi pengamatan dari petugas adalah adanya

perbedaan di sisi yang cedera dan sisi yang normal. Adanya asimteris kanan-kiri, deformasi (angulasi membentuk sudut atau rotasi atau terjadi pembengkakan dan ekimosis) serta adanya tulang yang keluar dari jaringan lunak. Selain itu pada palpasi, penderita akan menunjukkan reaksi bila terasa nyeri di daerah yang ditekan.

g. Penanganan Rehabilitasi Medik

Penanganan rehabilitasi medik harus sesuai dengan kondisi cedera. Menurut (Mansjoer, 2013), pada cedera olahraga, upaya rehabilitasi medik yang sering digunakan adalah terdiri dari :

- 1) Pelayanan rehabilitasi medik spesialisistik;
- 2) Pelayanan fisioterapi;
- 3) Pelayanan alat bantu (ortesis), serta;
- 4) Pelayanan pengganti tubuh (prostesis).

Selain itu untuk penanganan rehabilitasi medik pada cedera olahraga dibagi menjadi dua, yaitu :

- 1) Penanganan Rehabilitas Medik pada Cedera Olahraga Akut

Cedera akut terjadi dalam waktu 0-24 jam. Penanganan ini sangat penting untuk mencegah terjadinya perburukan pada cedera pasien. Tahap awal yang dilakukan adalah evaluasi kondisi umum penderita untuk menentukan ada atau tidaknya keadaan yang mengancam kelangsungan hidupnya. Apabila ada, maka segera lakukan penyelamatan jiwa dan jika tidak ada, maka penanganan dilanjutkan dengan metode PRICER (*Protect, Rest, Ice, Compression, Elevation, Referral*).

2) Penanganan Rehabilitasi pada Cedera Olahraga Lanjut

- a) Kompres dingin dilakukan dengan cara memasukkan potongan es ke dalam kantong yang tidak tembus air, lalu kompreskan pada bagian yang cedera selama 20-30 menit dengan interval kira-kira 10 menit.
- b) Massase es dilakukan dengan menggosokkan es yang telah dibungkus selama 5-7 menit, dapat diulang dengan tenggang waktu 10 menit.
- c) Pencelupan atau peredaman dilakukan dengan memasukkan tubuh atau bagian tubuh ke dalam bak air yang dicampur dengan es selama 10-20 menit.
- d) Semprot dingin dilakukan dengan menyemprotkan *kloretil* atau *fluorometan* ke bagian tubuh yang cedera.

h. Usaha Pencegahan Cedera Olahraga

- 1) Sebelum Latihan: latihan pemanasan terlebih dahulu dapat meningkatkan aliran darah ke otot dan suhu tubuh. Akibatnya otot lebih lentur dan tahan terhadap cedera. Contohnya: peregangan, kalistenik (gerakan yang sama atau disesuaikan dengan olahraga yang akan dikerjakan).
- 2) Ketika Latihan: sebaiknya seorang atlet harus memperhatikan aturan permainan dalam olahraga dengan cara yang benar, sehingga dapat meminimalisir terjadinya cedera.

- 3) Setelah Latihan: Lakukan pendinginan setelah latihan berakhir dan hindari langsung istirahat.
- 4) Merawat atau Mengobati Cedera. Hal ini dilakukan untuk mengurangi terjadinya peradangan dan mempercepat proses penyembuhan.

Daftar Pustaka

- Bushman, B & Janice Clark Young. Alih bahasa : Rachma & Ervina. (2012). Program Olahraga : Menopause. Klaten: Intan Sejati.
- Durstine, L. Alih bahasa : Ramonita. (2012). Program Olahraga : Kolesterol Tinggi. Klaten: Intan Sejati.
- Divine, Jon G. (2012). Program Olahraga : Tekanan Darah Tinggi. Klaten: Intan Sejati.
- Eldawaty. (2018). Dasar-Dasar Fisioterapi Pada Cedera Olahraga. Depok: Rajawali Pers.
- Fitriana, Lisna Anisa. (2024). Keperawatan Keolahragaan. Jakarta: Bumi Aksara.
- Giriwijoyo, S., dkk. (2012). Ilmu Faal Olahraga (Fisiologi Olahraga). Bandung: Remaja Rosdakarya Offset.
- Irianto, Djoko Pekik. (2007). Panduan Gizi Lengkap Keluarga dan Olahragawan. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Mansjoer, A., dkk. (2013). Kapita Selekta Kedokteran, jilid 1 edisi 3. Jakarta: Media Aesculapius.
- Museum Olahraga Nasional. (2020). Rancangan Strategis Museum Olahraga Nasional 2020-2024.
- Putro, Waskito Aji Suryo, dkk. (2022). Varian Tes dan Pengukuran Olahraga. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Sarlan, AG.(2007). Gizi, Olahraga dan Kesehatan. Semarang: Alprin.
- Taylor, P.M. (1997). Mencegah dan Mengatasi Cedera Olahraga. Jakarta: Raja Gravindo Persada.
- Widhiyanti, Komang Ayu Tri. (2018). Cedera Olahraga Pencegahan dan Perawatan. Yogyakarta: Pustaka Panasea.
- Wibowo, H. (2007). Pencegahan dan Penatalaksanaan Cedera Olahraga. Jakarta: EGC.
- .

Profil Penulis



Ns. Hapsah Amir, S.Kep., M.A.P

Penulis dilahirkan di Nunukan, Kab. Nunukan, Provinsi Kalimantan Utara. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 1994 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan di Samarinda dan berhasil lulus 1998. Penulis memiliki pengalaman bekerja di RSUD Kab. Tanjung Selor, RSUD Tk. 1 Kota Tarakan dan terakhir di RSUD Kab. Nunukan. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi pada tahun 2007 dan berhasil menyelesaikan studi S1 Keperawatan (Ns) di Fakultas Kedokteran Jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya, Malang dan berhasil lulus pada tahun 2010. Empat tahun kemudian penulis menyelesaikan studi Magister Administrasi Publik pada Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka, Jakarta dan berhasil lulus tahun 2016. Saat ini penulis bekerja sebagai Pejabat Struktural pada Bidang Keperawatan, RSUD Kab. Nunukan. Selain itu penulis juga melaksanakan tugas sebagai Tim Manajer Pelayanan Pasien dan Tim Asesor Kompetensi di RSUD Kab. Nunukan. Penulis juga aktif dalam kegiatan literasi melalui giat di Kantor Perpustakaan Daerah Kab. Nunukan dan kegiatan organisasi keprofesian yaitu PPNI Kab. Nunukan sebagai Dewan Pertimbangan. Selain bertugas sebagai manajerial, penulis juga aktif dalam menulis cerita fiksi pada platform menulis serta aktif dalam komunitas menulis.

Email Penulis: hapsahamir@gmail.com

PERAWAT DI PERUSAHAAN TRANSPORTASI

Ns. Eko Adi Rifanto, S.Kep., M.M
Head Office PT ASDP Ferry (Persero)

Latar Belakang

Indonesia sebagai negara kepulauan terbesar di dunia dengan lebih dari 17.380 pulau sangat bergantung pada sistem transportasi yang terintegrasi—darat, laut, udara, dan penyeberangan—baik yang dikelola oleh BUMN/BUMD (seperti PT KAI, PT ASDP, Perum Damri) maupun swasta (seperti PT Blue Bird, Tbk dan Lion Group). Transportasi di Indonesia dapat mendukung berbagai aspek kehidupan, mulai dari ekonomi, sosial, hingga pembangunan nasional.

Selaras dengan perkembangan infrastruktur risiko keselamatan dan kesehatan kerja di sektor ini menjadi tinggi, hal tersebut diakibatkan oleh banyak faktor. Hasil investigasi KNKT Th. 2021–2024 menemukan 30 faktor penyebab kecelakaan LLAJ, disebabkan oleh faktor manusia, seperti: kelelahan kru dan minimnya dukungan psikososial. Studi menyebutkan bahwa 65–80% kecelakaan transportasi disebabkan oleh kelelahan kronis, stres, kurangnya deteksi dini penyakit, serta tidak tersedianya nakes di lokasi kerja. BPJS-TK mencatat bahwa dari ±7,13 juta pekerja transportasi di Th. 2021–2024, Menderita hipertensi (32%), penyakit jantung ringan (19%), gangguan muskuloskeletal (17%), serta gangguan tidur (14%).

Mengapa banyak perusahaan transportasi belum *aware* terkait masalah kesehatan pekerja dan tidak menempatkan Perawat dalam upaya peningkatan kesehatan kerja? Padahal, WHO (2022) dalam *Healthy Workplaces Framework* menekankan pentingnya integrasi promosi kesehatan dan deteksi dini di sektor transportasi. ILO (2023) juga menyatakan perlunya penguatan kehadiran Perawat di pusat-pusat transportasi untuk mengurangi tingkat mortalitas pekerja. Keberadaan Perawat di sektor transportasi merupakan kebutuhan strategis yang *urgent* untuk menjamin keselamatan dan kesehatan kerja, produktivitas, dan perlindungan tenaga kerja sebagai aset utama perusahaan.

Kerangka Konseptual Perawat di Perusahaan Transportasi

1. Konsep Dasar Perawat dan Kesehatan Kerja di Industri Transportasi

Di Indonesia, identitas profesi Perawat belum kokoh secara filosofis maupun praktis. Regulasi lama seperti UU No. 6 Tahun 1963 dan UU No. 18 Tahun 1964 masih menyamakan Perawat dengan tenaga kesehatan yang mencakup perawat, bidan, asisten apoteker, nutrisisionis, hingga analis laboratorium, menciptakan kerancuan identitas. Definisi modern menurut Williams dan American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM, 2023) menyebut Perawat sebagai tenaga terlatih di situasi darurat/non-darurat, layanan primer, K3, dan promotif-preventif. Meski perannya sering tumpang tindih dengan perawat kesehatan kerja (versi AAOHN dan DOL USA), keduanya punya peluang luas dan sering disebut kolektif sebagai Perawat. Namun, pengakuan resmi sebagai profesi kesehatan independen masih memerlukan pemenuhan aspek

legal yang tercantum dalam UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yaitu: “Pendidikan formal dan kompetensi yang diakui negara, STR dan SIP sebagai legalitas praktik, Kode etik dan organisasi profesi resmi, Pembinaan oleh Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia, Peran dalam sistem kesehatan nasional.”

Saat ini, pelatihan HIPERKES (Higiene Perusahaan, Ergonomi, dan Kesehatan Kerja) sebagaimana diatur dalam Permenakertrans No. PER.01/MEN/1979, menjadi prasyarat penting bagi tenaga Perawat untuk berpraktik di lingkungan kerja, khususnya industri transportasi. Hal ini mempertegas posisi strategis Perawat dalam menjembatani kebutuhan layanan kesehatan di tempat kerja yang dinamis dan penuh risiko.

2. Eksistensi Perawat di Sektor Transportasi Dunia

Di negara maju, Perawat menjadi komponen vital dalam Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) sektor transportasi. Keselamatan kerja dan kesehatan holistik pekerja didukung lewat kebijakan dan infrastruktur modern. Organisasi global seperti Global Paramedic Leadership Alliance (GPLA), International College of Advanced Practice Paramedics (I-CAPP), dan Paramedic Network mendorong kolaborasi lintas negara serta pengembangan peran Perawat, termasuk dalam isu kesehatan mental pekerja.

Di Amerika Serikat, NAEMT dan NEMSMA mendukung pendidikan dan riset EMS. OSHA mewajibkan unit K3 memiliki Perawat, mobile response unit, dan sistem digital. FMCSA mengatur pemeriksaan kesehatan bagi pengemudi. Kanada melalui Transport Canada dan CCOHS berhasil menurunkan kecelakaan lewat klinik onsite dan

pelaporan digital. EU-OSHA di Eropa mendorong kehadiran Perawat dengan dukungan telemedicine dan medical check-up bus. Jepang menerapkan Stress Check Program (ストレスチェック /sutoresu chekku), Korea Selatan menggunakan Mobile Health Clinic, China mengembangkan AI dan e-health record lewat Health China 2030. Taiwan fokus pada pencegahan penyakit kronis, dan Australia menyiapkan ambulance onsite serta pelatihan Perawat untuk heat stress dan fatigue kerja.

Model ini menunjukkan Perawat sebagai pilar strategis K3 yang proaktif dan edukatif—pelajaran penting bagi Indonesia agar tidak sekadar menjadikan Perawat pelengkap audit kepatuhan, tetapi penggerak utama produktivitas transportasi.

3. Perkembangan Perawat dalam Industri Transportasi di Indonesia

Profesi Perawat sektor transportasi di Indonesia mulai berkembang seiring meningkatnya kesadaran akan pentingnya keselamatan dan kesehatan kerja (K3). Perawat berperan dalam penanganan kegawatdaruratan serta perlindungan awak dan penumpang dari kecelakaan kerja. Indonesia memiliki infrastruktur transportasi yang luas—termasuk 2439 pelabuhan, 683 bandara, 125 terminal bus, dan 569 stasiun kereta (Kemenhub, 2024)—namun belum seluruhnya dilengkapi layanan kesehatan yang memadai.

Balai Kekarantinaan Kesehatan (BKK) di bandara dan pelabuhan beroperasi berdasarkan UU No. 6/2018 dan Permenkes No. 10/2023, melibatkan Perawat dalam pengawasan kesehatan masyarakat. Namun, banyak terminal bus masih kekurangan fasilitas. Kasus kegawatdaruratan di terminal Rajekwesi

Bojonegoro dan Sragen mempertegas kebutuhan akan Perawat. Studi FIK UI (2023) mencatat, keberadaan Perawat menurunkan kasus near-miss dan rawat inap akibat kerja.

Perusahaan BUMN seperti PT Pelindo, PT PELNI, dan PT ASDP telah mengembangkan klinik perusahaan berbasis sistem K3 terintegrasi. Di sektor kereta api, inovasi seperti Rail Clinic oleh PT KAI & Stasiun Pasar Senen dan fasilitas kesehatan PT MRT Jakarta menunjukkan kemajuan nyata. Transformasi ini mendukung amanat UU No. 17/2023 tentang Kesehatan.

Meski Indonesia memiliki 1,58 juta tenaga kesehatan (2024), data spesifik Perawat di transportasi masih minim. kedudukan “Perawat” di lingkungan kerja kerap diisi oleh karyawan yang diikutkan pelatihan kegawatdaruratan atau petugas P3K. Tantangan utama adalah belum adanya regulasi spesifik yang mengatur peran, kualifikasi, dan standar Perawat di sektor ini.

Peluang besar terbuka bagi organisasi profesi untuk mendorong penyusunan kompetensi nasional, pelatihan, dan sertifikasi. Sinergi antara pemerintah, organisasi profesi, dan industri transportasi diperlukan agar Perawat menjadi pilar keselamatan kerja di sektor transportasi yang dinamis dan berisiko tinggi.

4. Peran Vital Perawat di Industri Transportasi

Kehadiran Perawat di sektor transportasi menjadi komponen vital yang mendukung operasional, keselamatan, kesehatan dan produktivitas kerja. Perusahaan transportasi yang mengintegrasikan Perawat dalam sistem manajemen K3 akan lebih siap dalam merespon, memitigasi dan mengatasi masalah

kesehatan kerja secara menyeluruh dari kesehatan fisik, jiwa hingga lingkungan kerja.

Di era perkembangan industri menjadikan peran Perawat di dalam perusahaan semakin kompleks mengikuti kebutuhan setiap perusahaan akan keselamatan dan kesehatan kerja (K3). Perawat di sektor industri transportasi ditekankan untuk dapat adaptif dalam berbagai kondisi sebagaimana lingkungan transportasi yang bergerak dinamis. Wawasan terkait istilah-istilah di dunia penerbangan, maritime dan angkutan darat/perkeretaapian harus familiar bagi Perawat yang bekerja di sektor transportasi. Perbedaan dan pengembangan tugas (Job Description) akan sering ditemui, sesuai dengan kebijakan perusahaan.

Secara umum peran Perawat terbagi dalam beberapa kategori penting:

a. Tugas Major

1) **Pelayanan Pertolongan Pertama dan Pengelolaan Gawat Darurat Pra Evakuasi**

Perawat wajib memiliki sertifikat dan skill penanganan kegawatdaruratan akibat trauma dan gangguan kardiovaskuler, mampu memberikan BHD (Bantuan Hidup Dasar), melakukan triase dan mobilisasi/evakuasi korban.

2) **Pemeriksaan Kesehatan Rutin Awak Transportasi**

Perawat melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala bagi pengemudi dan staf operasional untuk memastikan kebugaran kerja dan mencegah risiko medis tersembunyi.

- 3) **Penyusunan Rekam Medis dan Laporan Kesehatan** Perawat bertanggung jawab mendokumentasikan data kesehatan pekerja, termasuk riwayat pemeriksaan dan insiden kerja, guna mendukung sistem peringatan dini dan evaluasi K3. Baik secara manual ataupun rekam medis digital.
- 4) **Penyuluhan Kesehatan Preventif** Perawat aktif memberikan edukasi kesehatan kepada pekerja berupa health talk, safety talk/toolbox talk, seminar, workshop ataupun melalui media interaktif seperti media cetak (seperti brosur, poster, majalah, dll), media audiovisual (video, film), media elektronik (website, sosial media, aplikasi), dan kegiatan promosi kesehatan lainnya demi mendukung tercapainya budaya K3.

b. Tugas Minor

- 1) **Monitoring Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)** Perawat memantau kepatuhan penggunaan APD sesuai risiko kerja (helm, sepatu safety, masker, dll), memberi edukasi, pelatihan bersama tim K3, serta melakukan inspeksi berkala. Hal ini membantu dokumentasi dan peningkatan budaya keselamatan kerja.
- 2) **Pencatatan Penyakit Akibat Kerja (PAK)** Perawat mencatat dan menganalisis data PAK seperti gangguan pendengaran, nyeri muskuloskeletal, stres kerja. Tujuannya untuk pemetaan risiko, pengembangan program pencegahan, pelaporan ke lembaga internal dan eksternal serta perlindungan hukum bagi pekerja.

- 3) **Data Kesehatan untuk Manajemen Risiko** Perawat menyusun laporan statistik kesehatan kerja (absensi sakit, tren penyakit, MCU) sebagai dasar pengambilan kebijakan K3 oleh manajemen. Di beberapa perusahaan maju, data ini diolah dalam *dashboard* digital real-time.
- 4) **Administrasi MCU dan Vaksinasi** Perawat mengatur jadwal, daftar peserta, koordinasi pihak ketiga, pencatatan hasil, serta edukasi terkait hasil MCU dan vaksinasi rutin (influenza, hepatitis B, COVID-19). Di sektor pelayaran, pelaut wajib memiliki Sertifikat Kesehatan Pelaut (SKP) dari fasilitas yang diakui (BKPP Kemenhub).

c. Kolaborasi dengan Dokter Perusahaan

Kolaborasi Perawat dan dokter perusahaan adalah elemen strategis dalam pelayanan kesehatan kerja, memastikan penanganan medis komprehensif dan berbasis risiko kerja. Kolaborasi ini mencakup beberapa aspek berikut:

- 1) **Pengambilan Keputusan dalam Triase Darurat** Dalam kondisi gawat darurat (kecelakaan, serangan jantung, trauma), Perawat melakukan stabilisasi awal dan berkonsultasi dengan dokter untuk penanganan lebih lanjut (rujukan, evakuasi, rawat jalan). Kolaborasi ini mempercepat respons dan mengurangi risiko fatal.
- 2) **Tindak Lanjut Hasil MCU** Perawat mendampingi dokter dalam menindaklanjuti hasil Medical Check-Up, seperti edukasi kesehatan, pemantauan penyakit kronis, rujukan ke spesialis, atau perubahan job

placement. Mereka juga memantau kondisi pekerja sehari-hari dan melaporkan secara berkala.

3) **Penyusunan Program Kesehatan Kerja dan Pemulihan** Bersama dokter, Perawat menyusun program promotif hingga rehabilitatif seperti kampanye hidup sehat, skrining, pengelolaan penyakit kerja, dan program *return to work*. Perawat bertugas mengimplementasikan program ini di lapangan.

4) **Intervensi Stres Kerja dan Konseling Awal** Perawat berperan sebagai garda terdepan dalam deteksi dini stres kerja dan konseling awal sebelum rujukan ke dokter atau psikolog. Karena hubungan sehari-hari yang dekat, pekerja cenderung lebih terbuka kepada Perawat.

d. Keterlibatan dalam Keselamatan Kerja dan Lingkungan

Perawat berperan aktif mendukung penerapan SMK3 dan menjaga lingkungan kerja yang aman dan sehat. Peran strategis mereka meliputi:

1) **Inspeksi Area Kerja Bersama Tim K3** Perawat ikut serta dalam inspeksi rutin untuk mengidentifikasi potensi bahaya kesehatan (pencahayaan, ventilasi, suhu ekstrem, kebisingan, ergonomi), serta mengecek kelengkapan fasilitas kesehatan seperti P3K dan APD. Mereka melengkapi perspektif teknis K3 dengan penilaian dampak terhadap kesehatan pekerja.

- 2) **Pelaporan Paparan Bahan Berbahaya dan Kondisi Tidak Aman** Perawat wajib melaporkan temuan paparan zat berbahaya (asap, debu, pelarut kimia, logam berat) dan memberikan masukan teknis terkait pencegahan. Mereka juga mengedukasi pekerja terhadap risiko kesehatan kronis yang sering tak disadari.
- 3) **Partisipasi dalam Investigasi Kecelakaan Kerja** Perawat terlibat dalam investigasi kecelakaan untuk menganalisis faktor medis seperti waktu respons, kesiapan P3K, atau kondisi kesehatan tersembunyi yang turut memicu insiden. Perspektif medis ini melengkapi analisis teknis.
- 4) **Pelatihan Simulasi Evakuasi Medis** Perawat menyusun dan melatih tim tanggap darurat (ERT) dalam prosedur evakuasi medis, mulai dari teknik penanganan korban, penggunaan tandu, hingga koordinasi rujukan ke rumah sakit. Mereka juga terlibat dalam evaluasi pasca-simulasi.

e. Kaitan dengan HRD dan TJSL

Perawat juga berperan secara strategis dalam mendukung fungsi HRD dan pelaksanaan program TJSL, sebagai bagian dari strategi keberlanjutan perusahaan/ESG.

- 1) Koordinasi dengan HRD dalam Cuti Sakit dan Pemulihan Perawat menjembatani komunikasi antara pekerja, dokter, dan HRD terkait: rekomendasi medis untuk cuti sakit, pemantauan kesehatan selama masa pemulihan, penilaian kelayakan kembali bekerja (fit to work), Dukungan pelaksanaan

program Return to Work (RTW). Beberapa kendala yang HRD temui seringkali terjadi akibat minimnya informasi medis yang valid. Perawat memastikan keakuratan dan ketepatan koordinasi dengan dokter perusahaan.

- 2) Keterlibatan dalam Program TJSL (Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan) Perawat turut menjalankan program sosial perusahaan sejalan dengan target ESG: Donor Darah Berkalabagi karyawan, mitra bisnis dan masyarakat, Penyuluhan Kesehatan/Edukasi masyarakat, Bantuan Saat Bencana. Kegiatan TJSL kesehatan memperkuat citra dan hubungan sosial perusahaan. Perawat menjadi pelaksana kunci karena keahlian medis lapangan. Keterlibatan Perawat dalam koordinasi dengan HRD dan TJSL menunjukkan peran holistik mereka sebagai mitra strategis dalam mendukung kesejahteraan pekerja dan kontribusi sosial perusahaan.

f. Sinergi dengan Pihak Eksternal

Perawat di industri transportasi berperan strategis dalam membangun kemitraan eksternal demi mendukung sistem kesehatan kerja, kesiapsiagaan darurat, dan kepatuhan terhadap standar keselamatan.

- 1) **Sinergi dengan Rumah Sakit Rujukan: Jalur Evakuasi dan Gawat Darurat** Perawat memetakan rumah sakit rujukan berdasarkan tipe layanan (tersier, sekunder, trauma), menjalin komunikasi dengan IGD, menguji jalur evakuasi, dan menyusun SOP gawat

darurat berbasis manual maupun digital. Koordinasi yang baik menentukan efektivitas penanganan dalam golden hour, terutama di lokasi seperti pelabuhan dan bandara.

2) **Sinergi dengan Penyelenggara MCU: Validasi dan Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan**

Perawat terlibat dalam validasi hasil Medical Check-Up, melakukan tindak lanjut pada pekerja berisiko (mis. hipertensi, diabetes), dan menyelaraskan data dengan HRD serta dokter perusahaan. Peran ini menjembatani pemahaman praktis antara hasil MCU dan kondisi kerja riil.

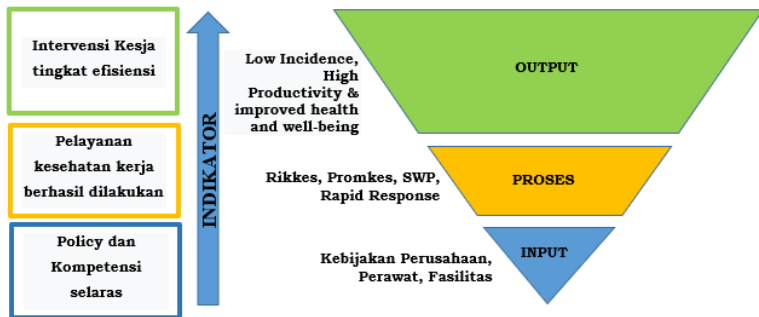
3) **Sinergi dengan Lembaga Audit Eksternal (SMK3, ISO 45001): Pendampingan Audit**

Dalam audit eksternal, Perawat menyiapkan dokumentasi kesehatan kerja, menjelaskan investigasi medis kecelakaan kerja, menyajikan data absensi sakit, dan hasil program preventif. Peran ini sangat menentukan dalam penilaian aspek K3 non-teknis. Sinergi Perawat dengan pihak eksternal memperkuat jejaring layanan kesehatan kerja yang integratif dan responsif. Mereka menjadi jembatan fungsional antara perusahaan dan mitra luar, baik dalam situasi darurat, pemantauan kesehatan rutin, maupun audit keselamatan.

5. **Kerangka Konseptual Penempatan Perawat dalam Sistem K3 Perusahaan**

Penempatan Perawat di lingkungan kerja merupakan strategi krusial dalam memperkuat Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3), terutama di sektor berisiko tinggi seperti

transportasi. Model konseptual ini mengacu pada *Healthy Workplace* WHO (2010) dan *Occupational Safety and Health Management System* ILO (2001), yang membagi komponen sistem menjadi tiga elemen utama: Input, Proses, dan Output.



Landasan teori yang relevan dalam penempatan Perawat di lingkungan kerja, sebagai berikut:

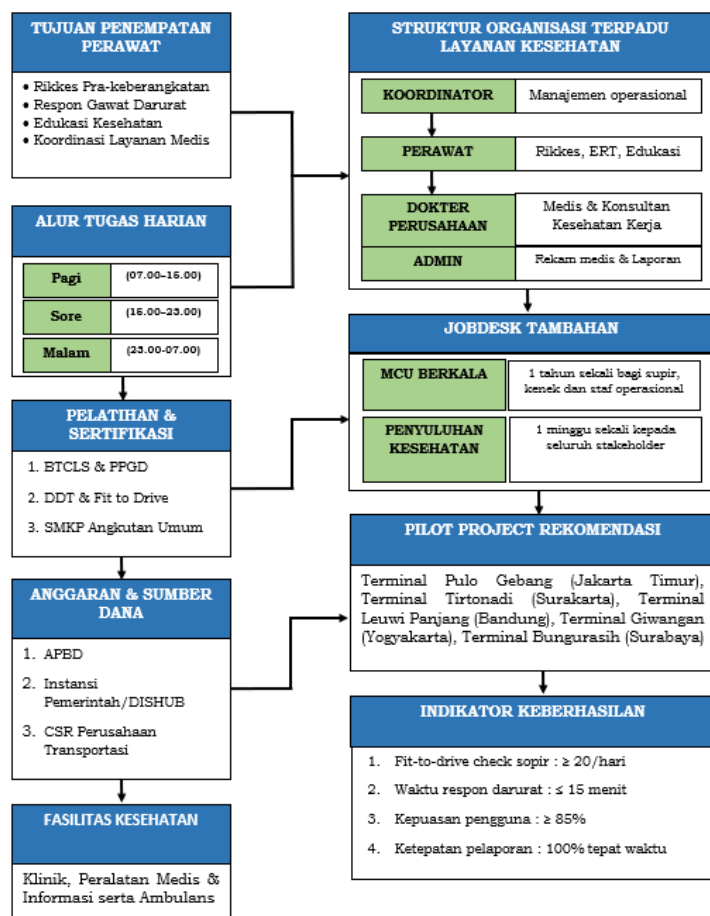
- Teori Demand-Control-Support (Karasek & Theorell, 1990), Kombinasi beban kerja tinggi, kontrol rendah, dan minim dukungan meningkatkan risiko gangguan kesehatan. Keberadaan Perawat di tempat kerja menyediakan dukungan sosial dan medis, mengurangi stres, dan memperkuat *psychological safety* (WHO, 2022).
- Teori Zero Accident Vision (EU-OSHA, 2022), Visi ini menekankan bahwa semua kecelakaan dapat dicegah dengan pendekatan sistematis dan budaya keselamatan menyeluruh. Perawat mendukung prinsip ini melalui kesiapsiagaan, deteksi dini, dan respon cepat terhadap insiden.

Dalam konteks geografis Indonesia yang luas dan terbatasnya akses medis di terminal, pelabuhan, dan kapal, keberadaan Perawat menjadi strategi vital. Implementasinya dimulai dari analisis risiko K3 untuk

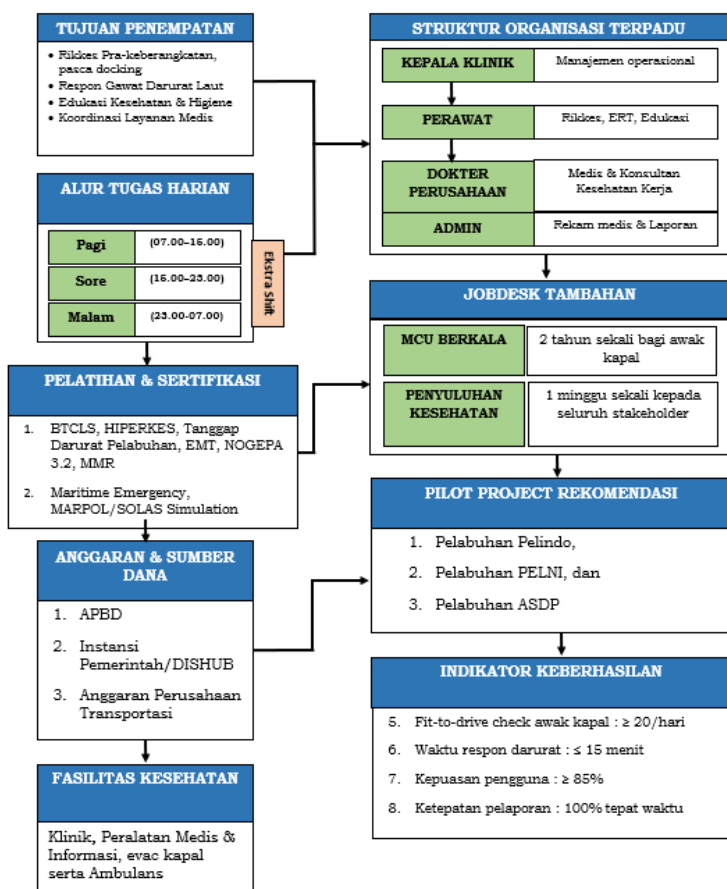
menentukan kebutuhan berdasarkan jenis pekerjaan dan tingkat kerentanan, lalu mengintegrasikan Perawat ke dalam unit kesehatan kerja yang terhubung dengan tim K3, HRD, dan manajemen—sesuai rekomendasi OSHA (2011) dan WHO-BOHS (2005). Fasilitas seperti AED, tandu, tas responder Perawat, alarm, dan ambulans siaga wajib disediakan. Perawat berperan dalam tanggap darurat, pemantauan kesehatan kerja, pelatihan P3K, investigasi insiden, serta pelaporan berbasis ISO 45001:2018. Evaluasi rutin atas layanan dan edukasi menjadi kunci keberlanjutan. Studi LaDou & Harrison (2020) menunjukkan bahwa kehadiran tenaga medis kerja mampu menurunkan kecelakaan dan meningkatkan produktivitas. Model ini menggabungkan pendekatan medis, edukatif, dan manajerial, menjadikan Perawat bukan sekadar responder, tetapi agen perubahan dalam membangun budaya K3 berbasis bukti dan prinsip zero accident di sektor transportasi dan industri.

Implementasi Penempatan Perawat di Perusahaan Transportasi

1. Model Kerja Perawat di Terminal Tipe A Antar Kota Antar Provinsi (AKAP) di Indonesia



2. Model Kerja Perawat di Pelabuhan Penyeberangan di Indonesia



Daftar Pustaka

- American College of Occupational and Environmental Medicine. (2023). Occupational medicine in the transport industry: Scope and implementation. <https://acoem.org>
- Basarnas. (2023). Laporan tahunan operasi SAR nasional. Jakarta: Badan SAR Nasional. <https://basarnas.go.id>
- BPJS Ketenagakerjaan. (2022). Laporan tahunan kesehatan pekerja sektor transportasi. Jakarta: BPJS Ketenagakerjaan.
- BPJS Ketenagakerjaan. (2023). Laporan statistik kesehatan pekerja. Jakarta: BPJS Ketenagakerjaan.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2023). Occupational health in transportation sector: Trends and challenges. <https://www.ccohs.ca>
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. (2021). Laporan survei kesehatan pekerja transportasi perkotaan.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2022). Zero accident vision: From vision to strategy. <https://osha.europa.eu>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2023). Occupational safety in high-risk sectors: Transport and logistics. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu>
- Federal Motor Carrier Safety Administration. (2023). Driver medical requirements. U.S. Department of Transportation. <https://www.fmcsa.dot.gov>
- Federal Motor Carrier Safety Administration. (2023). Medical examiner handbook: Physical qualifications for commercial drivers. U.S. Department of Transportation.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. (2023). Studi efektivitas intervensi kesehatan di terminal.
- Indonesia Ministry of Health. (2024). Pedoman pelayanan kesehatan kerja sektor transportasi.

- International Labour Organization. (2001). Guidelines on occupational safety and health management systems (ILO-OSH 2001). Geneva: ILO.
- International Labour Organization. (2023). Occupational safety and health in transport sector: Global review. Geneva: ILO. <https://www.ilo.org>
- International Labour Organization. (2023). World employment and social outlook: Trends in occupational safety and health. Geneva: ILO.
- International Organization for Standardization. (2018). ISO 45001: Occupational health and safety management systems—Requirements with guidance for use.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books.
- Kim, J., & Goh, Y. M. (2021). The application of Zero Accident Vision in high-risk industries: A systematic review. *Safety Science*, 138, 105201. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105201>
- KNKT. (2022). Laporan tahunan investigasi kecelakaan transportasi. Jakarta: KNKT. <https://knkt.go.id>
- Korea Occupational Safety and Health Agency. (2023). Mobile health clinics for port and terminal workers: Policy and impact report. <https://www.kosha.or.kr>
- LaDou, J., & Harrison, R. J. (2020). Current diagnosis & treatment: Occupational & environmental medicine (6th ed.). McGraw-Hill Education.
- Ministry of Land, Infrastructure, Transport and Tourism Japan. (2022). Workplace stress evaluation program and guidelines for transportation operators. <https://www.mlit.go.jp>
- Occupational Safety and Health Administration. (2011). Best practices guide: Fundamentals of a workplace first-aid program. U.S. Department of Labor.

- Occupational Safety and Health Administration. (2023). Guidelines for first responders and occupational health professionals in transportation industry. U.S. Department of Labor. <https://www.osha.gov>
- Safe Work Australia. (2023). Managing work health and safety risks in road and long-distance transport. Canberra: Australian Government. <https://www.safeworkaustralia.gov.au>
- Taiwan Occupational Safety and Health Administration. (2024). Guidelines on chronic disease prevention for transport workers. <https://www.osha.gov.tw>
- Transport Canada. (2022). Fatigue risk management systems guide for the Canadian aviation industry. <https://tc.canada.ca>
- Williams, B., Beovich, B., & Olausson, A. (2021). Definisi Perawat: Sebuah studi Delphi internasional. *Jurnal Kesehatan Multidisiplin*, 14, 3561–3570.
- World Health Organization. (2005). Basic occupational health services. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2022). Healthy workplaces: A WHO framework for action. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications>
- World Health Organization. (2022). Health and well-being of transport workers: Challenges and opportunities. WHO Europe.

Profil Penulis



Ns. Eko Adi Rifanto, S.Kep., M.M

Penulis adalah seorang praktisi Perawat yang telah menekuni dunia pelayanan kesehatan kerja selama lebih dari tujuh tahun. Sejak tahun 2017, ia berkarier di PT ASDP Indonesia Ferry (Persero), sebuah Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang bergerak di bidang jasa penyeberangan dan pelabuhan terintegrasi. Dalam perannya, penulis aktif terlibat dalam penerapan dan pengembangan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) perusahaan, khususnya di lingkungan operasional transportasi laut dan pelabuhan. Dedikasinya dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan di sektor transportasi menjadikannya salah satu penggerak penting dalam menciptakan budaya kerja yang aman, sehat, dan berkelanjutan di industri transportasi nasional. Penulis menjadi inisiator pembangunan UPK (Unit Pelayanan Kesehatan) dan Klinik di seluruh kantor cabang/pelabuhan milik ASDP, dan meningkatkan derajat kesehatan karyawan cabang. Penulis tersertifikasi sebagai Perawat K3 Utama BNSP, aktif memberikan pelatihan tanggap darurat, P3K, DDT, dll kepada karyawan, stakeholder di lingkungan kerja. Penulis juga aktif mengisi seminar tentang Perawat Kesehatan Kerja dan Perawat hal tersebut menunjukkan perhatian dan kompetensi penulis terhadap profesi Perawat. Penulis sangat berharap profesi Perawat dapat menjadi profesi mandiri yang diakui secara Nasional.

Email Penulis: ekoadi.rifanto@gmail.com

KEPERAWATAN KEPOLISIAN DAN FORENSIK

Ns. Apriyanti, S.Kep, M.Kep

RS Bhayangkara TK I Pusdokkes Polri

Sejarah Keperawatan Forensik

Perkembangan awal ilmu forensik dan kedokteran telah tercatat sejak masa-masa awal peradaban manusia. Temuan sejarah menunjukkan bahwa tradisi medis Mesir dan Hindu telah mengenal konsep penggunaan racun, obat-obatan, serta teknik medis dasar. Pada masa Yunani Kuno, termasuk melalui ajaran Hippokrates, analisis terhadap pola luka mulai diterapkan, disertai prinsip etis yang melarang pemanfaatan racun untuk tujuan merugikan. Bangsa Romawi juga memanfaatkan kajian pola cedera sebagai dasar penentuan penyebab kematian, sebagaimana tergambar dalam penyelidikan kasus Julius Caesar. Sementara itu, naskah-naskah Tiongkok kuno mengindikasikan adanya praktik pemeriksaan kematian dan identifikasi luka yang bersifat sistematis. (Scannell, 2019 dalam Hidayah & Ashar, 2022).

Publikasi ilmiah menunjukkan bahwa praktik keperawatan forensik telah terbentuk dengan jelas di Inggris sejak dekade 1950-an. Pada periode tersebut, tenaga kesehatan termasuk perawat berkolaborasi dengan aparat penegak hukum untuk menyediakan pelayanan kesehatan dan layanan medis forensik bagi individu yang berada di bawah pengawasan hukum maupun dalam lingkungan kustodial. Peran tersebut secara khusus

ditujukan bagi individu dengan gangguan kesehatan mental, penyalahgunaan zat, serta korban kekerasan seksual pada anak. Tanggung jawab profesional yang dijalankan mencakup pengumpulan riwayat medis, pemberian terapi farmakologis, penilaian kondisi kesehatan mental, penentuan kelayakan individu untuk menjalani proses wawancara, penyusunan laporan resmi untuk kepentingan penegakan hukum, pemberian kesaksian di pengadilan, serta bertindak sebagai saksi fakta maupun saksi ahli (Hidayah & Ashar, 2022).

Sejumlah tanggung jawab tambahan dapat dijalankan oleh perawat setelah memperoleh pelatihan dan pengalaman khusus, termasuk kemampuan melakukan dokumentasi cedera secara akurat serta interpretasi temuan forensik, pengambilan sampel forensik, memberikan pendapat profesional terkait kematian yang mencurigakan, serta melakukan pemeriksaan terhadap korban kekerasan seksual—baik pada orang dewasa maupun anak-anak. Dalam beberapa sistem layanan kesehatan lainnya, praktik keperawatan forensik berakar dari bidang kesehatan jiwa yang dikenal sebagai psikiatri forensik, di mana pasien sering disebut sebagai pasien forensik yang dirawat pada unit forensik dan memiliki keterlibatan dengan sistem peradilan pidana (Hidayah & Ashar, 2022).

Menurut Scannell (2019) dalam Hidayah & Ashar, (2022). pengakuan formal terhadap profesi keperawatan forensik mulai berkembang pada awal tahun 1980-an, terutama melalui kontribusi signifikan dari Virginal Lynch. Pada periode tersebut, ruang lingkup dan standar praktik keperawatan forensik disusun untuk menciptakan keseragaman dan pedoman dalam pelaksanaannya. Setelah berdirinya (IAFN), praktik keperawatan forensik di Amerika Serikat mulai diterapkan dalam proses investigasi kematian dan selanjutnya berkembang ke

berbagai bidang keperawatan lainnya. Perkembangan tersebut memunculkan perawat forensik dengan kualifikasi dan sertifikasi profesional pada berbagai jenjang praktik. Keperawatan forensik berkembang sebagai respons terhadap meningkatnya perhatian pada dekade 1980-an mengenai penatalaksanaan pasien dengan cedera terkait tindak kriminal serta pentingnya penanganan barang bukti secara tepat.

Konsep Dasar Keperawatan dalam Konteks Kepolisian Forensik

Menurut Hidayah & Ashar (2022) istilah forensik berasal dari kata Latin *forensis*, yang merujuk pada sesuatu yang berkaitan dengan forum atau ruang publik. Dalam perkembangan selanjutnya, makna tersebut diperluas menjadi pengertian modern, yaitu segala sesuatu yang berhubungan dengan proses peradilan atau penggunaannya dalam konteks hukum. Dengan demikian, ilmu forensik dapat dipahami sebagai bidang keilmuan khusus yang digunakan untuk menjawab pertanyaan ilmiah terkait tindak kriminal dalam rangkaian proses peradilan.

Penerapan disiplin ilmu kedokteran beserta ilmu-ilmu terkait lainnya dalam kegiatan investigatif untuk memperoleh informasi guna mengungkap kasus kriminal. Informasi tersebut dapat diperoleh melalui pemeriksaan post-mortem terhadap jenazah maupun pemeriksaan pada kasus hidup, seperti kasus perkosaan, pelecehan seksual, dan kekerasan dalam rumah tangga. Sebagai bidang keilmuan yang bersifat multidisipliner, ilmu forensik memiliki peranan penting dalam penentuan identitas korban maupun pelaku, identifikasi tanda dan penyebab kematian, mekanisme terjadinya kematian, serta estimasi waktu kematian.

Melalui praktik forensik berfungsi sebagai bukti autentik dalam proses peradilan guna menegakkan kebenaran hukum. Bukti tersebut dapat disajikan dalam bentuk laporan tertulis maupun melalui keterangan lisan yang diberikan oleh ahli di persidangan dalam kasus-kasus kriminal. Pada kasus non kriminal, penerapan ilmu forensik juga memainkan peran penting, terutama dalam proses identifikasi korban pada peristiwa bencana massal, seperti bencana alam, kecelakaan pesawat, tenggelamnya kapal, kecelakaan kereta api, dan insiden kebakaran.

Keperawatan forensik merupakan disiplin ilmu yang memadukan proses keperawatan dengan aspek hukum dan publik, serta melibatkan penerapan prinsip-prinsip kesehatan forensik dalam penyelidikan ilmiah terhadap kasus trauma dan/atau kematian yang berkaitan dengan kekerasan, pelecehan, kecelakaan, aktivitas kriminal, maupun persoalan tanggung jawab hukum. Sejak bidang ini mulai berkembang, sejumlah definisi telah dikembangkan untuk memperjelas ruang lingkup dan kompetensi yang diperlukan dalam praktik profesional keperawatan forensik.

Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Forensik

Menurut Hidayah & Ashar (2022) tugas dan tanggung jawab perawat forensik yaitu:

1. Keselamatan korban hidup dan jenazah korban meninggal tetap menjadi prioritas utama.
2. Mengumpulkan dan menyimpan bukti dari korban, tidak boleh membahayakan keselamatan atau integritas tubuh.
3. Perawat forensik melakukan pemeriksaan forensik, untuk mengidentifikasi dan mengumpulkan bukti-bukti yang telah dialihkan dari pelaku kepada korban

4. Aparat penegak hukum dapat mengumpulkan bukti dari tempat kejadian perkara, namun perawat forensik dan petugas kesehatan lainnya mengumpulkan bukti dari korban.
5. Mengumpulkan secara terorganisir dan komprehensif; tanpa menimbulkan kerugian fisik atau psikologi kepada korban, tanpa menimbulkan cedera fisik atau kerusakan pada korban yang meninggal, pemeriksaan dan identifikasi serta pengumpulan barang bukti membutuhkan pencarian dari seluruh tubuh dan membuat dokumentasi yang cermat memerlukan identifikasi semua bukti penyimpanan, metode pengawetan, dan rantai penjagaan.
6. Perawat forensik harus bisa melakukan teknik wawancara guna untuk mewawancarai korban hidup, wawancara tersangka pelaku, wawancara keluarga, teman dan semua orang yang dapat menambah penyelidikan.

Etik dan Praktik Keperawatan Forensik

Menurut Bader (2010) Praktik keperawatan forensik, perawat perlu memiliki pemahaman yang kuat mengenai landasan hukum praktik keperawatan, termasuk sumber-sumber hukum dan penerapannya dalam konteks forensik. Regulasi pada tingkat negara bagian, federal, dan internasional, serta peraturan institusi dan hukum kasus, memiliki pengaruh langsung terhadap kewenangan dan pengambilan keputusan praktik perawat forensik.

Perawat forensik juga bertanggung jawab dalam memastikan perlindungan hak hukum pasien. Karena hukum terus mengalami perubahan dan pembaruan interpretasi, praktisi harus mengetahui sumber informasi hukum terbaru. Perbedaan interpretasi hukum

antarnegara bagian dan terhadap hukum federal juga perlu menjadi perhatian dalam praktik keperawatan forensik yaitu:

1. Disiplin kedaruratan
2. Perawat pemeriksa pelecehan seksual
3. Konsultan hukum perawat
4. Perawat forensik yang menyelidik tentang kematian
5. Perawat forensik kejiwaan
6. Perawat forensik di Lembaga pemasyarakatan

Selain beberapa etika forensik di atas, juga terdapat Etika Terkait Keperawatan Forensik yang berhubungan praktik keperawatan menurut (Bader 2010) sebagai berikut:

1. Etika menyediakan alat untuk memecahkan dilema berdasarkan atau nilai sosial.
2. Etika klinis memandu klinisi terkait dengan perilaku etis.
3. Etika pelayanan kesehatan berkaitan dengan hukum
4. Etika dalam kaitannya dengan praktik keperawatan forensik harus mencerminkan beberapa sikap seperti Menghormati orang, Kebaikan, Keadilan, Menghormati komunitas atau masyarakat
5. Peduli, Dalam etik keperawatan forensik terdapat dasar hukum dalam proses identifikasi forensik yang berkaitan dengan kewajiban perawat maupun ahli forensik lainnya dalam membantu peradilan yang diatur dalam KUHP Pasal 133

Kerjasama Tim Forensik, Kepolisian dan Keperawatan

Menurut Hidayah & Ashar (2022) Peran Keperawatan Forensik dalam Pembuktian Perkara Pidana Perawat forensik adalah perawat yang berfokus dalam membantu

korban trauma/kekerasan. Ini mungkin orang-orang yang telah menjadi korban dengan sengaja atau tidak sengaja melalui tindakan kekerasan. Forensik juga berperan penting dalam menemukan kebenaran materil dalam perkara pidana, bidang hukum dan kedokteran tidak dapat dipisahkan untuk menegakkan hukum khususnya dalam rangka pembuktian atas kesalahan seseorang yang berkaitan dengan tubuh atau bagian tubuh manusia.

Melihat semakin berkembangnya keahlian pelaku kejahatan yang dapat menyembunyikan kejahatannya di muka hukum, sehingga semakin banyak dibutuhkan peran dokter yang mempunyai keahlian tersendiri dalam membantu proses penyelesaian perkara yang berhubungan dengan tubuh manusia, forensiklah yang mampu dan dapat membantu mengungkapkan misteri atas keadaan barang bukti yang dapat berupa tubuh atau bagian dari tubuh manusia. Alasan inilah yang mendasari penulis untuk meneliti tentang peranan dokter forensik dalam pembuktian perkara pidana di peradilan.

Peran Perawat dalam Kesehatan Mental Korban dan Pelaku Kasus Keperawatan Forensik

Menurut Menurut Hidayah & Ashar (2022) peran dan tanggung jawab perawat kesehatan mental dapat meliputi:

1. Merancang dan mengimplementasikan rencana tindakan untuk pasien dan keluarga dengan masalah kesehatan yang kompleks dan kondisi yang dapat menimbulkan sakit.
2. Berperan serta dalam aktivitas pengelolaan kasus, seperti mengorganisasi, mengkaji, negosiasi, koordinasi, dan mengintegrasikan pelayanan serta perbaikan bagi individu dan keluarga.

3. Memberikan pedoman pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, dan kelompok untuk menggunakan sumber yang tersedia di komunitas kesehatan mental termasuk pemberi pelayanan terkait, teknologi, dan sistem sosial yang paling tepat.
4. Meningkatkan, memelihara kesehatan mental, serta mengatasi pengaruh penyakit mental melalui penyuluhan dan konseling.
5. Mengelola dan mengkoordinasi sistem pelayanan yang mengintegrasikan kebutuhan pasien, keluarga, staf, dan pembuat kebijakan.
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan dan memberikan laporan kesehatan tersebut kepada tim medis dan keluarga pasien

Definisi Dokumentasi Keperawatan Forensik

Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan proses pendokumentasian merupakan pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa baik dari objek maupun pemberi jasa yang dianggap berharga dan penting. (Basri & Dkk, 2020)

Dokumentasi forensik merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien dan tim kesehatan termasuk perawat. (Hidayat, 2021). Adapun tujuan pencatatan dalam dokumentasi asuhan keperawatan dalam (Basri & Dkk, 2020) adalah untuk:

1. Komunikasi: Alat komunikasi antar tim agar kesinambungan pelayanan kesehatan yang diberikan

dapat tercapai, dan tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan pelayanan dan pemulangan.

2. Pendidikan: informasi tentang gejala-gejala penyakit, diagnostik, tindakan keperawatan, respons klien, dan evaluasi tindakan keperawatan, sehingga dapat menjadi media belajar bagi anggota tim keperawatan, siswa/mahasiswa keperawatan, dan tim kesehatan lainnya.
3. Pengalokasian dana berharga untuk dapat merencanakan tindakan yang tepat sesuai dengan dana yang tersedia.
4. Evaluasi: merupakan dasar untuk melakukan evaluasi terhadap hasil implementasi asuhan keperawatan, menjamin kelanjutan asuhan keperawatan bagi klien, dan menilai prestasi kerja staf keperawatan.
5. Jaminan mutu: memberi jaminan pada masyarakat akan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.
6. Dokumentasi yang sah: merupakan bukti nyata yang dapat digunakan bila didapat penyimpangan atau apabila diperlukan di pengadilan.
7. Penelitian: catatan klien merupakan sumber data yang berharga yang dapat digunakan untuk penelitian.

Pendokumentasian merupakan unsur terpenting dalam pelayanan keperawatan, karena melalui pendokumentasian yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien. Dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai aspek hukum, jaminan mutu, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. (Sepang & Dkk, 2021) dokumentasi

keperawatan merupakan bagian penting dari perawatan pasien yang dimaksudkan untuk :

1. Mencerminkan perawatan yang diberikan kepada pasien.
2. Memberikan bukti kronologi perkembangan pasien atau respon terhadap pengobatan.
3. Mengkomunikasikan informasi klinis yang signifikan kepada anggota lain dari tim perawatan kesehatan.
4. Memberikan justifikasi untuk biaya dan tagihan.

Dokumentasi berperan penting sebagai bukti hukum dalam keperawatan forensik, karena mendukung pertanggungjawaban profesional perawat dan penyelesaian masalah pasien. Bukti khusus yang didokumentasikan, seperti benda milik pasien, benda asing dari tubuh, pakaian, serta organ atau jaringan pemeriksaan, dapat dipergunakan di pengadilan untuk menegaskan atau membantah suatu fakta. Bukti tersebut membantu menghubungkan individu atau tindakan dengan suatu peristiwa kriminal dan dapat diamati secara fisik maupun sensorik. (Kurniati & dkk., 2018) isi dokumentasi meliputi:

1. Pengkajian
2. Diagnosis keperawatan
3. Rencana Keperawatan
4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
5. Evaluasi
6. Tanda Tangan dan Nama Terang Perawat
7. Catatan Keperawatan
8. Resume Keperawatan
9. Catatan Pasien Pulang atau Meninggal Dunia

Kode etik keperawatan menegaskan kewajiban menjaga kerahasiaan informasi pasien (*International Council of Nurses*, 2012). Dokumentasi keperawatan dilindungi secara hukum dan hanya dapat diakses oleh tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan. Untuk kebutuhan pendidikan dan penelitian, akses dapat diberikan kepada mahasiswa, namun mereka tetap terikat kewajiban etis dan hukum untuk menjaga privasi pasien tanpa mencantumkan identitas atau informasi yang dapat mengungkapkan klien. (Pangkey & dkk., 2021)

Daftar Pustaka

- Basri, B., & Dkk. (2020). Konsep dasar Dokumentasi Keperawatan. Media Sains Indonesia.
- Dimiyati, K., & Dkk. (2021). Paradigma Baru Dalam Penelitian Hukum : Pengalaman Pendekatan Objek Normatik Dalam Penyidikan Perkara Pidana. Muhammadiyah University Press
- Bader Garbacz (2010). Forensic Nursing : a Concise Manual. United States
- Hidayat, A. A. (2021). Dokumentasi Keperawatan, Aplikasi Praktik Klinik. Health Books Publishing.
- Hidayah, N & Ashar, M, U (2022). Keperawatan Forensik (Konsep, Teori dan Perkembangannya). Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas
- International Council of Nurses (2012). The International Council of Nurses Code of Ethics for Nurses. International Nursing Review,,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11043483>.
- Pangkey, B. C. ., & Dkk. (2021). Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Sepang, J., & Dkk. (2021). Pengantar Dokumentasi Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.

Profil Penulis

Ns. Apriyanti, S.Kep., M.Kep,



penulis lahir di Torosiaje 07 April 1994, latar belakang penulis adalah seorang perawat profesional dan anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia (Polri) yang memiliki dedikasi kuat dalam pengembangan layanan kesehatan yang berkualitas serta integritas dalam penegakan hukum. Penulis menyelesaikan pendidikan terakhir yaitu magister Keperawatan di Universitas Andalas, Padang tahun 2021, penulis telah mengintegrasikan keilmuan keperawatan tingkat lanjut dengan tugas dan fungsi kepolisian dalam pelayanan kepada masyarakat.

Sebagai seorang perawat dengan latar belakang akademis yang kuat, penulis memiliki kompetensi di bidang keperawatan kegawatdaruratan, manajemen bencana, pelayanan keperawatan komprehensif, serta keperawatan forensik yang berkaitan dengan penanganan korban tindak pidana dan pengelolaan bukti medis. Pengalaman dalam lingkungan kepolisian memberikan perspektif strategis terhadap peran kesehatan dalam operasional keamanan publik serta penguatan sistem pelayanan kesehatan internal Polri.

Penulis juga aktif terlibat dalam pengembangan edukasi kesehatan, serta penguatan pelayanan kesehatan berbasis etik dan hukum. Minat besar pada keperawatan dan penelitian klinis menjadikan peneliti terus berkomitmen untuk mengembangkan kompetensi tenaga kesehatan dan meningkatkan kualitas pelayanan yang humanis, profesional, dan berbasis bukti ilmiah. Didukung oleh prinsip disiplin, loyalitas tinggi, dan profesionalisme, penulis bertekad untuk memberikan kontribusi nyata dalam pengembangan kesehatan kepolisian, peningkatan keselamatan publik, serta pengabdian bagi masyarakat.

Email Penulis: afriantifranitiad@gmail.com

KEPERAWATAN DALAM LINGKUP PEMASYARAKATAN (WBP)

Rezza Dwi Sulistya, S.Kep

Rumah Tahanan Negara Kelas II B Landak

Pendahuluan

Indonesia memiliki 531 fasilitas pemasyarakatan bagi Laki-laki, Perempuan, dan anak. Berdasarkan data Sistem Database Pemasyarakatan (SDP), kondisi overcrowded di Kalimantan Barat menunjukkan tingkat kelebihan hunian yang sangat signifikan. Dengan kapasitas 2.649 orang, jumlah tahanan dan narapidana mencapai 7.446 orang, atau sekitar 281% keterisian nyaris tiga kali lipat dari kapasitas ideal. Ketidakseimbangan ini belum diikuti peningkatan kapasitas fasilitas dan berdampak pada berbagai aspek pelayanan kesehatan. Kondisi hunian, sanitasi, dan ketersediaan air bersih yang terbatas berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian infeksi saluran pernapasan akut dan penyakit kulit, sementara penyakit kardiovaskular, tuberkulosis, serta HIV/AIDS tetap menjadi masalah kesehatan utama. Tantangan adaptasi terhadap lingkungan pemasyarakatan juga berpengaruh pada kesehatan mental warga binaan. Dalam situasi tersebut, peran perawat sangat diperlukan untuk memastikan pemantauan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan warga binaan secara berkelanjutan.

Dalam konteks pemasyarakatan, praktik keperawatan memiliki posisi strategis tidak hanya sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai instrumen pemenuhan martabat dan hak asasi Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP). Keselarasan peran tersebut tercermin melalui kesamaan asas yang mendasari regulasi di kedua bidang. Undang-Undang Pemasyarakatan Nomor 22 Tahun 2022 menegaskan bahwa seluruh proses pembinaan dan perlakuan terhadap WBP (Warga Binaan Pemasyarakatan) harus berlandaskan asas perikemanusiaan, yang memposisikan setiap individu sebagai subjek yang tetap memiliki nilai dan hak dasar. Prinsip serupa juga termuat dalam Undang-Undang Keperawatan Nomor 38 Tahun 2014, yang menempatkan asas perikemanusiaan sebagai landasan etik dan profesional dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada penghormatan terhadap martabat manusia. Dengan demikian, kedua kerangka hukum tersebut memperlihatkan adanya titik temu yang kuat, bahwa baik pemasyarakatan maupun keperawatan memiliki komitmen normatif untuk menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam setiap tindakan dan kebijakan.

Pelayanan keperawatan di institusi pemasyarakatan memiliki kompleksitas tersendiri yang tidak dijumpai pada fasilitas kesehatan umum. Berbagai tantangan muncul karena karakteristik warga binaan yang kerap dianggap manipulatif, tidak jujur, berpotensi membahayakan, serta menunjukkan perilaku yang sulit ditangani. Kondisi ini menjadikan pemberian layanan keperawatan professional dalam Pemasyarakatan lebih rumit.

Melihat dinamika kesehatan di lingkungan pemasyarakatan serta peran sentral perawat dalam pemenuhan kebutuhan Kesehatan WBP, penulis

terdorong untuk membahas keperawatan dalam konteks tersebut sebagai upaya memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai praktik keperawatan di lingkungan masyarakat.

Jenis Klien Keperawatan dalam Masyarakat

1. Tahanan

Tahanan Adalah seseorang yang karena perintah penyidik, penuntut umum atau hakim ditempatkan dalam rumah tahanan negara (RUTAN) Untuk kepentingan proses peradilan dan belum memiliki kekuatan hukum tetap. Jenis Tahanan meliputi:

- a. Tahanan A I: Tahanan Kepolisian / Penyidik
- b. Tahanan AII: Tahanan Kejaksaan / Penuntut umum
- c. Tahanan A III: Tahanan Pengadilan Negeri
- d. Tahanan A IV: Tahanan Pengadilan Tinggi
- e. Tahanan A V: Tahanan Mahkamah Agung

2. Narapidana Adalah seseorang yang berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap dijatuhi pidana kehilangan kemerdekaan dan ditempatkan di Lembaga Masyarakat untuk menjalani masa pembedanya. Jenis narapidana meliputi:

- a. Narapidana B1: Narapidana yang hukumannya lebih dari 1 tahun
- b. Narapidana B2a: Narapidana yang hukumannya 3 bulan sampai 1 tahun
- c. Narapidana B2b: Narapidana yang hukumannya dibawah 3 bulan

- d. Narapidana B3: Narapidana subsider (pengganti denda) (Kementrian Hukum & Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, 2014)

Peran dan Ruang Lingkup Praktik Keperawatan dalam masyarakat

(Caro, 2021) Ruang lingkup keperawatan di rumah tahanan / lembaga masyarakat mencakup penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi skrining awal bagi tahanan yang baru masuk, pemeriksaan kesehatan melalui poliklinik rutan, serta pengawasan kebersihan lingkungan dan makanan sebagai bagian dari monitoring kesehatan berkala. Dalam pelaksanaannya, perawat bertanggung jawab melakukan pengkajian kesehatan, pemantauan kondisi fisik, pencatatan rekam medis, serta pemisahan tahanan dengan penyakit menular guna mencegah penyebaran penyakit di area hunian. Selain tindakan tersebut, perawat juga memiliki peran edukatif, yakni memberikan informasi kesehatan kepada warga binaan untuk mendorong peningkatan pengetahuan dan perilaku hidup bersih serta pencegahan penyakit dalam kondisi masyarakat yang terbatas.

Pelayanan dan perawatan kesehatan di Lapas maupun Rutan mencakup rangkaian upaya yang terpadu dan komprehensif, meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif.

1. **Pelayanan Promotif** merupakan kegiatan atau serangkaian intervensi kesehatan yang berfokus pada peningkatan pengetahuan dan kesadaran WBP melalui edukasi kesehatan. Bentuk kegiatannya dapat berupa penyuluhan, distribusi media edukatif seperti brosur, leaflet, poster, atau buku saku yang bertujuan mendorong perubahan perilaku agar tahanan dan WBP mampu menjaga kesehatan dirinya.

2. **Pelayanan Preventif** adalah upaya yang ditujukan untuk mencegah timbulnya masalah kesehatan atau penyakit. Kegiatan ini dapat meliputi penyuluhan lanjutan, peningkatan sanitasi lingkungan, skrining kesehatan, hingga pemberian makanan tambahan sesuai kebutuhan.
3. **Pelayanan kuratif** mencakup tindakan pengobatan untuk memulihkan kondisi kesehatan, mengurangi gejala atau penderitaan akibat penyakit, mengendalikan proses penyakit, serta mencegah terjadinya kecacatan. Pelayanan ini biasanya dilakukan di ruang klinik, ruang rawat inap, atau ruang isolasi Lapas/Rutan oleh dokter umum, dokter gigi, maupun tenaga kesehatan yang ditugaskan dari fasilitas kesehatan setempat sesuai dengan diagnosis medis yang ditetapkan.
4. **Pelayanan rehabilitatif** merupakan rangkaian kegiatan yang bertujuan mengembalikan kondisi individu yang sakit agar dapat kembali berfungsi dan beraktivitas seperti sebelumnya. Pelayanan ini mencakup.
 - a. **Rehabilitasi medik**, yaitu intervensi medis untuk memulihkan penyakit tertentu melalui tindakan atau prosedur kesehatan yang dilakukan oleh dokter atau perawat baik di dalam maupun di luar Lapas/Rutan.
 - b. **Rehabilitasi sosial**, yakni kegiatan yang berfokus pada pemulihan perilaku dan fungsi sosial WBP, misalnya pembinaan kerohanian, program dukungan sesama, serta berbagai aktivitas motivasional seperti *therapeutic community* atau *peer education*.

5. Kegiatan Pelayanan Promotif, Preventif, Kuratif yang Ada Di Rutan
 - a. Kegiatan Penyuluhan dan Screening HIV, Sifilis, Hepatitis dan TBC



Gambar 3.1 Kegiatan Penyuluhan dan Screening HIV, Sifilis, TBC
Sumber: Dokumentasi Pribadi Penulis (2025)

- b. Kegiatan ACF (Active Case Finding) TBC Ro Thorax dan Pengambilan Sampel dahak (TCM Rif Expert)



Gambar 3.2 Kegiatan Ronsen dada dan Pengambilan Sampel dahak
Sumber: Dokumentasi Pribadi Penulis (2025)

- c. Kegiatan Pemberian dan Pengawasan Minum Obat bagi WBP yang terkonfirmasi Positif TBC dan HIV.



- d. Pelayanan Rehabilitasi Medik dan Sosial dalam rangka Pemulihan dari keadaan sakit dan pemulihan Perilaku serta Pelatihan Kemandirian Sosial.



Gambar 3.4 Kegiatan Pelayanan Kesehatan
Harian WBP dan pembagian Vitamin
Sumber: Dokumentasi Pribadi Penulis (2025)

- e. Pelayanan Rehabilitasi Perilaku dan Pelatihan Kemandirian



Gambar 3.5 Kegiatan Kerohanian Mengaji
dan Ibadah Gereja
Sumber: Dokumentasi Pribadi Penulis (2025)



Gambar 3.6 Kegiatan Kemandirian budidaya ikan lele, Pembuatan Tempe, dan Perkebunan

Standar Pelayanan dan Perawatan Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Rutan

1. Kelompok Anak – anak

a. Tahap Awal Masuk

Dilakukan pemeriksaan yang meliputi:

- 1) Pemeriksaan Kesehatan (BAP Kesehatan)
- 2) Pemeriksaan Kehamilan bagi anak wanita
- 3) Skrining NAPZA
- 4) Skrining HIV, TB

Pada tahap ini juga dilakukan penyuluhan kesehatan (KIE) dengan tujuan meningkatkan pengetahuan Anak mengenai pola hidup sehat dan mendukung peningkatan kesehatan fisik maupun mental.

b. Tahap selama Anak berada di dalam Lapas/Rutan, meliputi:

- 1) pemeriksaan kesehatan awal
- 2) pemenuhan kebutuhan khusus bagi Anak perempuan yang sedang menstruasi
- 3) pemberian makanan tambahan bagi Anak yang sedang sakit atau hamil
- 4) pemberian bimbingan individu maupun kelompok oleh lembaga terkait, serta
- 5) konseling adiksi dan rehabilitasi bagi Anak dengan riwayat penggunaan NAPZA.

c. Tahap Ke tiga, menjelang pembebasan meliputi :

- 1) konseling pra-bebas, terutama bagi Anak dengan kondisi berisiko tinggi seperti gangguan jiwa
- 2) pemberian resume medis untuk dasar penatalaksanaan lanjutan di luar Lapas/Rutan.
- 3) koordinasi serta kolaborasi dengan pihak terkait guna memastikan keberlanjutan pengobatan maupun rehabilitasi ketergantungan NAPZA.

2. Kelompok Wanita

a. Tahap awal masuk, dilakukan:

- 1) Pemeriksaan Kesehatan (BAP Kesehatan)

- 2) Tes kehamilan
- 3) Skrining NAPZA
- 4) Skrining HIV, TB, TB HIV
- 5) Skrining penyakit risiko tinggi

Pada tahap ini juga dilakukan penyuluhan kesehatan (KIE) dengan tujuan meningkatkan pengetahuan mengenai pola hidup sehat dan mendukung peningkatan kesehatan fisik maupun mental.

- b. Tahap saat berada di dalam Lapas/Rutan, dilakukan:
 - 1) Pemberian kebutuhan khusus berupa pembalut
 - 2) selama masa kehamilan, dilakukan pemeriksaan secara berkala
 - 3) persalinan (diperlukan bidan atau dokter)
 - 4) menyusui (extra feeding)
 - 5) kebutuhan dasar bayi (popok bayi, botol susu, susu formula makanan pengganti ASI/MPA, perlengkapan mandi)
 - 6) Pemberian KIE berupa bimbingan mental, rohani, konseling, konseling adiksi, baik secara individu maupun kelompok dari lembaga atau instansi terkait
- c. Tahap Menjelang Pembebasan meliputi:
 - 1) Pemberian konseling pra bebas, terutama bagi Narapidana/Tahananwanita yang menderita penyakit atau kondisi khusus

- 2) Pemberian resume medis sebagai dasar penatalaksanaan yang komprehensif dan keberlanjutan di luar Lapas/Rutan
- 3) Berkoordinasi dan bekerjasama dengan pihak-pihak terkait dalam memberikan penatalaksanaan yang komprehensif dan keberlanjutan, baik dalam hal pengobatan maupun rehabilitasi ketergantungan NAPZA.

3. Kelompok Lanjut Usia

a. Tahap awal masuk dilakukan:

- 1) Pemeriksaan Kesehatan (BAP Kesehatan)
- 2) Skrining NAPZA
- 3) Skrining HIV, TB
- 4) Skrining Penyakit Resiko Tinggi

Pada tahap ini juga dilakukan penyuluhan kesehatan (KIE) dengan tujuan meningkatkan pengetahuan mengenai pola hidup sehat dan mendukung peningkatan kesehatan fisik maupun mental.

b. Tahap saat berada di dalam Lapas/Rutan, dilakukan pemeriksaan

- 1) Pemantauan akan kebutuhan khusus seperti makanan tambahan berupa makanan tinggi kalori tinggi protein
- 2) Pemeriksaan tanda vital
- 3) Kesegaran jasmani
- 4) Pemberian KIE berupa bimbingan mental, rohani, konseling, konseling adiksi, baik secara individu maupun kelompok dari lembaga atau instansi terkait.

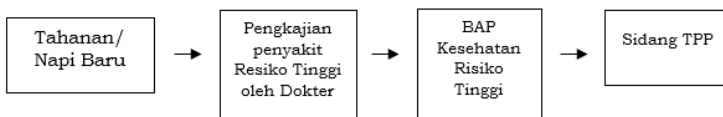
c. Tahap menjelang pembebasan meliputi :

- 1) Pemberian konseling pra bebas, terutama bagi Narapidana/Tahanan lansia yang menderita penyakit atau kondisi khusus
- 2) Pemberian resume medis sebagai dasar penatalaksanaan yang komprehensif dan keberlanjutan di luar Lapas/Rutan
- 3) Berkoordinasi dan bekerjasama dengan pihak-pihak terkait dalam memberikan penatalaksanaan yang komprehensif dan keberlanjutan, baik dalam hal pengobatan maupun rehabilitasi ketergantungan NAPZA

Standar Pelayanan dan Perawatan Kesehatan Bagi Kelompok Resiko Tinggi di Rutan/ Lapas.

Pelayanan dan perawatan kesehatan bagi kelompok berisiko tinggi di Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara memerlukan perhatian yang lebih saksama, karena kelompok ini membutuhkan penanganan khusus, mulai dari proses penegakan diagnosis, penatalaksanaan pengobatan, hingga pemenuhan hak terkait remisi sakit. (Amrullah et al., 2015)

1. Tahap Awal Masuk Rutan/ Lapas



a. Unsur dalam pengkajian

- 1) Rekam medis sebelumnya
- 2) Pemeriksaan Kesehatan (Anamnesa, Pemeriksaan Fisik, Pemeriksaan Penunjang)

3) Form Resiko tinggi.

b. Sidang TPP (Tim Pengamat Pemasyarakatan)

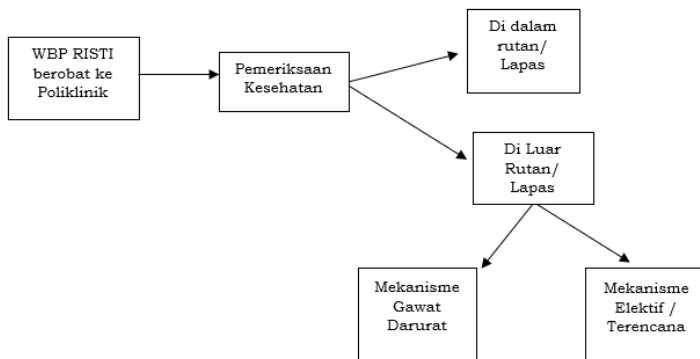
1) Penentuan Kamar Hunian

2) Diet

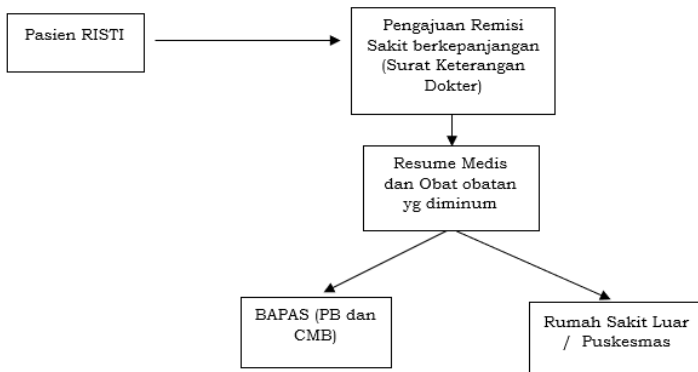
3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan

4) Pelayanan Kesehatan dan Rujukan

2. Tahap saat berada dalam Rutan / Lapas



3. Tahap Menjelang Bebas dari Lapas/ Rutan



Keterangan:

BAPAS: Balai Pemasyarakatan

RISTI: Resiko Tinggi

PB: Pembebasan Bersyarat

CMB: Cuti Menjelang Bebas

Penyakit Risiko Tinggi adalah kondisi kesehatan yang berpotensi menimbulkan penularan, kecacatan, atau menyebabkan gangguan kronis/menahun yang dapat berujung pada kematian seperti Seperti Sirosis Hepatis, Gangguan Jiwa Berat, Kanker, Hipertensi, Jantung, jantung, Stroke, Diabetes Melitus, Gagal Ginjal, Cacat Tubuh, TBC dll.

(Amrullah et al., 2015)

Penyakit Umum yang sering ditemui di Rutan/ Lapas

1. Penyakit Kulit

Penelitian yang dilakukan oleh (Kadir et al., 2025) menunjukkan bahwa dermatitis merupakan salah satu penyakit kulit yang paling banyak dijumpai di lingkungan masyarakat, terutama akibat kondisi hunian yang tidak layak. WBP yang menempati sel dengan kepadatan tinggi dan terpapar suhu ruangan yang panas atau tidak stabil memiliki risiko lebih besar mengalami dermatitis, sementara kualitas air tidak terbukti berpengaruh signifikan. Hal ini menegaskan bahwa faktor fisik seperti overcrowded, ventilasi yang kurang baik, dan temperatur yang suboptimal berperan penting dalam memicu gangguan kulit di rutan atau lapas. Sejalan dengan itu, penelitian (Rosani et al., 2025) di Lapas Kelas IIA Banyuasin menunjukkan bahwa kejadian skabies sangat dipengaruhi oleh perilaku kebersihan diri dan kondisi sanitasi lingkungan. Pengetahuan WBP, jumlah penghuni per blok, kebiasaan menggunakan sabun dan air bersih, pengelolaan limbah, penggunaan handuk, frekuensi mandi, serta kebiasaan berganti pakaian terbukti berhubungan

signifikan dengan skabies, termasuk kebersihan tempat tidur sebagai faktor pendukung lainnya. Kedua temuan tersebut menegaskan bahwa peningkatan perilaku higienis, perbaikan sanitasi, pengurangan kepadatan hunian, serta optimalisasi ventilasi dan suhu ruangan merupakan langkah esensial untuk mencegah penyakit kulit di lingkungan masyarakat.

2. Penyakit Metabolik

Hipertensi dan Diabetes Melitus merupakan penyakit terbanyak yang ada di lingkungan masyarakat. Hasil penelitian di Yaounde Central Prison oleh (Raoul et al., 2020) mengidentifikasi diabetes sebagai permasalahan kesehatan yang substansial dalam lingkungan masyarakat, dengan prevalensi mencapai 9%, melebihi angka pada populasi umum, dan dipengaruhi oleh kombinasi faktor yang berkaitan dengan kondisi masa tahanan serta determinan kardiometabolik klasik seperti aktivitas fisik yang rendah, konsumsi alkohol, hipertensi, kebiasaan merokok, dan obesitas di mana analisis multivariat menempatkan obesitas dan sedentary lifestyle sebagai determinan utama. Gambaran ini beririsan dengan temuan penelitian oleh (Risninar & Muhani, 2024) pada WBP perempuan di Lapas Kelas IIA Way Hui, yang menunjukkan bahwa meskipun mayoritas responden (59,7%) berada dalam kategori normotensi, riwayat merokok tetap muncul sebagai faktor paling dominan yang berkorelasi dengan hipertensi, meskipun nilai p sedikit berada di atas batas signifikansi, sedangkan riwayat keluarga menjadi variabel konfunder dan faktor lain seperti aktivitas fisik, stres, serta tingkat pengetahuan tidak memberikan pengaruh bermakna. Kedua studi tersebut secara konsisten menegaskan bahwa

paparan nikotin, rendahnya aktivitas fisik, serta dinamika kehidupan intramural termasuk pola aktivitas, akses layanan kesehatan, dan struktur pemidanaan berkontribusi terhadap memburuknya profil risiko metabolik dan kardiovaskular WBP, sehingga diperlukan intervensi kesehatan komprehensif berbasis pencegahan, pengurangan faktor risiko, serta pemantauan rutin untuk memitigasi beban penyakit tidak menular di lingkungan masyarakat.

3. Penyakit Menular Seksual

(Ana et al., 2024) menunjukkan bahwa prevalensi Infeksi Menular Seksual (IMS) pada populasi masyarakat jauh lebih tinggi dibandingkan masyarakat umum, dengan prevalensi HIV 0,4%–4,1% dan sifilis 1,1%–22,1%. Kondisi ini dipengaruhi oleh kepadatan hunian, sanitasi yang tidak memadai, perilaku seksual berisiko, serta terbatasnya akses layanan kesehatan. Sejalan dengan itu, (Nugroho & Biafri, 2025) menemukan bahwa upaya pencegahan IMS di Lapas Kelas IIA Banjarmasin—meliputi skrining kesehatan awal, pemeriksaan HIV–TB, dan edukasi kesehatan—belum optimal karena terkendala overkapasitas, perilaku seksual berisiko, rendahnya kebersihan, dan praktik modifikasi tubuh dengan alat tidak steril. Kedua penelitian tersebut menegaskan pentingnya peningkatan skrining, edukasi kesehatan, dan perbaikan lingkungan masyarakat untuk mengurangi risiko penularan IMS, khususnya HIV dan sifilis, secara lebih efektif.

Tantangan dalam Praktik Keperawatan dalam Pemasyarakatan

Meskipun ruang lingkup tersebut telah mencakup berbagai fungsi penting, pelaksanaannya belum berjalan optimal karena keterbatasan jumlah tenaga kesehatan di rutan, yang umumnya hanya terdiri dari perawat tanpa dukungan dokter, serta minimnya sarana dan prasarana medis yang hanya memungkinkan pemberian perawatan dasar. Keterbatasan ini menuntut perawat untuk menjalin kerja sama dengan dinas kesehatan, puskesmas, atau rumah sakit rujukan guna menangani kasus-kasus yang memerlukan intervensi lebih lanjut. Dengan demikian, keperawatan di rumah tahanan tidak hanya berfokus pada pelayanan kuratif, tetapi juga mencakup fungsi promotif, preventif, dan administratif yang membutuhkan dukungan organisasi, ketersediaan sumber daya manusia yang memadai, serta fasilitas kesehatan yang memadai agar pelayanan kepada warga binaan dapat berjalan secara efektif dan berkesinambungan.

Pada praktiknya, perawat pemsyarakatan menghadapi berbagai tantangan berupa regulasi yang belum mutakhir, konflik moral, tekanan emosional, stereotip, serta risiko moral distress akibat ketidaksesuaian antara nilai profesional dan konteks institusional. Selain layanan klinis seperti pengkajian, triase, tindakan medis-bedah, kesehatan jiwa, dan penanganan kegawatdaruratan, perawat juga dituntut menguasai kompetensi etis, komunikasi terapeutik, manajemen risiko, dan kemampuan menjaga batas profesional di tengah potensi manipulasi dari warga binaan. Dengan demikian, keperawatan pemsyarakatan adalah praktik multidisipliner yang menuntut profesionalitas tinggi, ketahanan psikologis, dan adaptabilitas agar asuhan tetap humanis dan konsisten dengan prinsip keperawatan. (Keller et al., 2022)

Daftar Pustaka

- Amrullah, Susilowati, R., Widowati, W., Suparman, Budiman, H., & Hafrida, T. (2015). STANDAR PELAYANAN DAN PERAWATAN KESEHATAN BAGI KELOMPOK RENTAN DAN RISIKO TINGGI (SELAIN TB & HIV) DIREKTORAT JENDERAL PEMASYARAKATAN KEMENTERIAN HUKUM DAN HAM RI.
- Ana, E., Bherty, C. P., Yatimah, D., Lestari, R. D., & Grah, N. (2024). Literature Review: Sexually Transmitted Diseases In Prisoners. 15(03), 603–607. <https://doi.org/10.54209/eduhealth.v15i03>
- Caro, I. A. (2021). The role of prison nursing: an integrative review. 23(2), 76–85. <https://doi.org/10.18176/resp.00034>
- Kadir, L., Saleh, R. J., & Mokodompis, Y. (2025). Prevalence and Environmental Risk Factors of Dermatitis in Gorontalo Class IIA Correctional Facility , Indonesia. 7(2), 215–225.
- Keller, E., Boch, S., & Hittle, B. M. (2022). Unsafe and Unsettling: An Integrative Environments and Stressors. 229–236. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000368>
- Kementrian Hukum & Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. (2014). Standar Registrasi dan Klasifikasi Narapidana dan.
- Nugroho, K. G., & Biafri, V. S. (2025). EFFORTS TO PREVENT SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN CLASS IIA HIV AIDS Cases 2023. 18(1), 737–747.
- Raoul, S., Njonnou, S., Boombhi, J., Claude, M., Etoga, E., Timnou, A. T., Jingi, A. M., Efon, K. N., Astrid, E., Samba, M., Essomba, M. N., Kebiwo, O. K., Ninon, A., Meke, T., Ndjonya, S. T., Yefou, M. D., & Sobngwi, E. (2020). Prevalence of Diabetes and Associated Risk Factors among a Group of Prisoners in the Yaoundé Central Prison. 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/5016327>

- Risdinar, R. R., & Muhani, N. (2024). Faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada WBP di LPP Kelas IIA Way Hui Bandar Lampung. 6604(4), 286–295.
- Rosani, E., Ekawati, D., Wahyudi, A., & Harokan, A. (2025). ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN SKABIES PADA NARAPIDANA DI LAPAS KELAS II A BANYUASIN. 12(4), 826–836.

Profil Penulis



Rezza Dwi Sulistya, S.Kep

adalah seorang perawat yang berkiprah di lingkungan masyarakat sejak bergabung dengan Kementerian Imigrasi dan Masyarakat pada tahun 2024. Penugasan di Rutan Kelas IIB Landak menjadi titik awal ketertarikannya untuk mendalami praktik keperawatan dalam masyarakat sebuah bidang yang menuntut ketelitian klinis, kepekaan humanis, serta kemampuan beradaptasi di tengah keterbatasan fasilitas dan tingginya kompleksitas kesehatan warga binaan. Rezza memulai pendidikannya di dunia keperawatan dengan menyelesaikan Diploma III Keperawatan pada tahun 2019, kemudian melanjutkan studi Sarjana Keperawatan pada tahun 2023 dan berhasil lulus sebagai Sarjana Keperawatan pada tahun 2025. Dalam menjalankan tugas sebagai perawat di rutan, Rezza aktif memberikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sekaligus terlibat dalam berbagai program kesehatan prioritas seperti pengendalian penyakit menular, peningkatan sanitasi, dan edukasi kesehatan bagi warga binaan. Pengalaman langsung menghadapi tantangan seperti overcrowded, keterbatasan ruang layanan, serta beragam kondisi klinis WBP mendorongnya memperkuat minat menulis. Melalui tulisannya, ia berupaya memperkaya literatur mengenai keperawatan masyarakat dan menawarkan perspektif praktis untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan di rutan dan lapas di Indonesia. Bagi Rezza, menulis adalah bentuk pengabdian sekaligus kontribusi nyata bagi perkembangan profesi perawat dalam sistem masyarakat.

KEPERAWATAN LUKA

Ns. Ferry Nur Nasyroh, S.Kep., M.Kep.

Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang

Pendahuluan

Perawatan luka di ruang gawat darurat (Emergency Department/ED) bertujuan mengembalikan fungsi, menutup kontinuitas jaringan dengan kekuatan dan hasil kosmetik sebaik mungkin, serta meminimalkan risiko infeksi dan komplikasi jangka panjang. Keputusan klinis pada fase awal (pembersihan, kontrol perdarahan, penilaian jaringan, dan pilihan penutupan) sangat menentukan hasil fungsional dan estetika pasien (Tichter *et al*, 2016).

Epidemiologi dan Pentingnya Manajemen yang Tepat

Setiap tahun jutaan pasien datang ke ED karena luka akut dari robekan kecil hingga luka traumatik kompleks, gigitan, dan luka bakar. Studi menunjukkan variasi besar praktik manajemen luka di ED dan ketiadaan protokol baku di banyak tempat, sehingga menimbulkan kebutuhan untuk standar praktik dan pelatihan terstruktur (Jones *et al*, 2012).

Prinsip Umum Penilaian Awal (Triase & ABCDE)

1. Prioritaskan keselamatan pasien: evaluasi ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) bila mekanisme trauma signifikan.

2. Penilaian luka spesifik: catat mekanisme cedera (tumpul vs tajam vs gigitan vs termal/kimia), waktu kejadian, kontaminasi, lokasi anatomi, dan faktor pasien (komorbiditas, vaksinasi tetanus, penggunaan antikoagulan). Penilaian menyeluruh menentukan urgensi tindakan bedah, pemberian antibiotik, atau perlunya imaging (Nagle *et al*, 2023).

Persiapan Luka (*Wound Preparation*)

1. **Kontrol perdarahan:** Perdarahan eksternal akibat trauma atau luka bisa cepat menimbulkan syok, hipovolemia, dan kematian jika tidak segera dikontrol. Oleh karena itu, tindakan cepat dan tepat pada fase awal sangat krusial untuk menyelamatkan nyawa dan mempertahankan perfusi jaringan
 - a. Tekanan Langsung
 - 1) Tekanan langsung merupakan metode pertama dan paling efektif untuk menghentikan perdarahan pada luka yang bisa ditekan (compressible wound) (Donley *et al*, 2023)
 - 2) Caranya: letakkan kasa steril (atau kain bersih jika kasa steril tidak tersedia) di atas luka, lalu tekan dengan tangan atau jari, terus menerus, selama beberapa menit biasanya 5–15 menit atau sampai perdarahan berhenti.
 - 3) Setelah perdarahan berhenti, kasa ditekan dan dibalut (pressure dressing/bandage) agar tidak lepas. Pembalut tidak boleh dilepas kecuali ada indikasi medis karena melepas dapat menyebabkan perdarahan kembali.

b. Elevasi

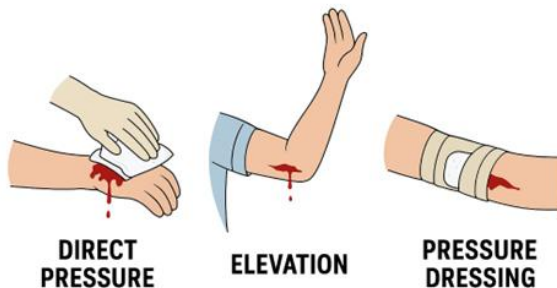
- 1) Jika luka berada di ekstremitas (tangan atau kaki), mengangkat bagian tubuh yang cedera di atas tingkat jantung membantu mengurangi aliran darah ke luka sehingga membantu mengurangi perdarahan.
- 2) Elevasi sebaiknya digabung dengan tekanan langsung untuk efektivitas maksimal.
- 3) Namun, jika terdapat fraktur, benda menancap, atau cedera berat pada ekstremitas, elevasi harus dilakukan dengan hati-hati atau dihindari sampai stabilisasi/fraktur distabilkan

c. Pembalutan Sementara

- 1) Setelah tekanan langsung berhasil menghentikan perdarahan, kasa/balutan ditekan dan dibalut dengan bandage yang pas (tidak terlalu longgar, tidak terlalu ketat) untuk menjaga hemostasis dan mempertahankan perfusi distal.
- 2) Jika luka cukup besar atau dalam atau perdarahan tidak berhenti hanya dengan kasa bisa dilakukan "*wound packing*" dengan kasa steril (dengan atau tanpa agen hemostatik), lalu ditekan dan dibalut secara rapat.
- 3) Hati-hati: pembalut harus memungkinkan sirkulasi distal bila kulit tampak pucat, dingin, atau denyut nadi distal hilang, pembalut bisa berfungsi seperti tourniquet (membatasi aliran darah distal) → harus segera dievaluasi ulang

- d. Gunakan teknik hemostasis lokal (klem, ligatur, bila perlu tamponade).
- 1) Bila sumber perdarahan adalah pembuluh yang bisa diisolasi (misalnya arteri kecil/menengah, vena besar) dan terutama bila perdarahan tidak dapat dihentikan dengan tekanan langsung & pembalutan pertimbangkan penggunaan teknik hemostasis lokal seperti ligasi (mengikat pembuluh), klem pembuluh, atau tamponade surgical/pembedahan.
 - 2) Teknik ini umumnya dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten sebagai bagian dari intervensi bedah atau trauma definitif dan bukan hanya pertolongan pertama. Setelah hemostasis lokal, luka bisa diperbaiki (jahitan, perbaikan anatomi, debridement) sesuai kebutuhan.

BLEEDING CONTROL



Gambar 1. Kontrol Perdarahan

2. **Anestesi dan kenyamanan:** analgesia sistemik sesuai kebutuhan; anestesi lokal (lidokain ± epinefrin bila tidak kontraindikasi) untuk prosedur perbaikan luka (debridement, pembilasan, penjahitan).

3. **Pembersihan awal:** bilas dengan larutan isotonik (saline) atau air mengalir untuk mengurangi kontaminan; bukti menunjukkan bahwa bilasan yang adekuat mengurangi beban kuman (Teitell *et al*, 2016).

Debridement dan Inspeksi Jaringan

Debridement mekanis (irigasi kuat, pengangkatan jaringan nekrotik/sangat kotor) dan pengangkatan benda asing diperlukan sebelum penutupan primer. *Debridement* mekanis merupakan proses mengangkat jaringan devitalisasi, debris, kontaminan, serta benda asing dari permukaan luka dengan tujuan mencegah infeksi, memfasilitasi penyembuhan, dan memungkinkan penutupan luka yang aman. Metode ini biasanya dilakukan segera pada fase awal perawatan luka di Instalasi Gawat Darurat (IGD) . Perhatikan struktur vital (tendon, saraf, pembuluh): luka yang merusak struktur ini memerlukan konsultasi bedah/plastik. Pembedahan lapangan/bedah lebih lanjut bila ada devitalisasi luas, fraktur terbuka, atau cedera vaskular (Tichter *et al*, 2016).

Penggunaan Imaging dan Deteksi Benda Asing

Pertimbangkan X-ray untuk benda asing radiopak (logam, kaca) atau cedera yang melibatkan tulang. Untuk benda asing radiolusen (kayu, plastik) atau cedera yang mencurigakan namun rontgen negatif, USG lapangan atau CT dapat dipertimbangkan sesuai ketersediaan dan indikasi klinis.

1. X-ray (Radiografi Konvensional)

X-ray adalah modalitas lini pertama untuk menilai benda asing pada luka karena cepat, murah, tersedia di IGD, dan memiliki sensitivitas tinggi untuk bahan radiopak.

a. Indikasi Utama X-ray

- 1) Benda asing radiopak, seperti: Logam (paku, serpihan logam, jarum), Kaca (kecuali pecahan kaca < 1–2 mm kadang sulit terlihat), Keramik
- 2) Cedera yang melibatkan struktur tulang, misalnya: Suspek fraktur akibat trauma tembus, Luka tusuk dekat tulang
- 3) Setelah pengangkatan benda asing → memastikan tidak ada fragmen tertinggal.

2. Benda Asing Radiolusen → Gunakan USG atau CT

Jika X-ray negatif, tetapi klinis sangat mencurigakan adanya benda asing (nyeri tajam terlokalisir, drainage persisten, tanda infeksi, riwayat trauma khas), maka modalitas lanjut digunakan.

3. Ultrasonografi (USG) Lapangan / *Point-of-Care Ultrasound* (POCUS)

USG sangat berguna untuk benda asing radiolusen dan sering direkomendasikan sebagai modalitas lanjutan di IGD.

a. Indikasi USG

- 1) Kayu (paling sensitif)
- 2) Plastik
- 3) Material organik (duri ikan, duri tanaman)
- 4) Luka dalam dengan drainage persisten atau tanda infeksi
- 5) Ketika X-ray tidak menunjukkan temuan, tetapi kecurigaan masih tinggi

4. Computed Tomography (CT Scan)

CT adalah modalitas paling sensitif dan digunakan ketika diagnosis masih tidak jelas, atau benda asing berada dalam, dekat struktur vital, atau menyebabkan komplikasi.

a. Indikasi CT

- 1) Benda asing radiolusen pada jaringan dalam.
- 2) Trauma kompleks (wajah, leher, pelvis).
- 3) Kecurigaan kerusakan organ dalam atau vaskular.
- 4) Jika USG tidak memberikan gambaran yang jelas.
- 5) Evaluasi komplikasi: abses, osteomielitis.

Pilihan Penutupan Luka: Primer, Tertunda, atau Sekunder

1. **Penutupan primer (immediate primary closure):** Penutupan luka dilakukan segera setelah irigasi, pembersihan, dan debridement memadai, dipertimbangkan pada luka bersih, tidak terinfeksi, dan jika debridement/irigasi memadai. Menguntungkan untuk hasil kosmetik, terutama pada wajah. Jika luka bersih dan seluruh debris serta jaringan nekrotik sudah dibuang melalui debridement dan irigasi, jumlah bakteri turun di bawah ambang infeksi. Penutupan primer mengurangi paparan lingkungan dan mempercepat epitelisasi.
2. **Penutupan tertunda (delayed primary/secondary intention):** Luka tidak langsung ditutup, tetapi dibiarkan terbuka selama 48–72 jam, kemudian ditutup jika tidak ada tanda infeksi. Bila kontaminasi tinggi (gigitan, pupuk, tanah), devitalisasi jaringan,

atau waktu sejak cedera > 8–12 jam pada daerah tertentu; lakukan debridement, biarkan terbuka 48–72 jam, lalu lakukan penutupan jika tidak ada tanda infeksi.

3. **Penutupan sekunder:** Luka tidak ditutup; dibiarkan sembuh melalui granulasi, kontraksi, dan epitelisasi. Pada luka yang dibiarkan sembuh sendiri; sering untuk luka sangat tercemar atau kehilangan jaringan besar. Prinsip ini penting untuk mengurangi risiko infeksi.

Teknik Penjahitan dan Pilihan Material

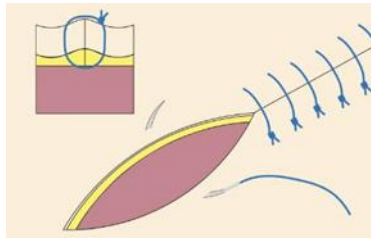
Menutup luka dengan orientasi yang meminimalkan tegangan pada tepi luka (reduce tension), menjaga perfusi tepi luka, menyelaraskan tepi kulit agar hasil kosmetik dan fungsi optimal, serta mencegah komplikasi (iskemia tepi, dehisensi, infeksi) (Tintinalli, 2019). Pilih teknik jahitan sesuai lokasi dan tegangan luka (simple interrupted, running subcuticular, mattress, dsb.). Gunakan sutra/nylon/monofilamen untuk kulit; monofilament resorbable untuk lapisan subkutan bila perlu. Penggunaan staple/lem jaringan bisa dipertimbangkan pada beberapa lokasi dan kondisi. Lokasi anatomi, arah kulit (*Langer's lines*), kedalaman luka, jumlah/jenis jaringan hilang, tegangan luka, kosmetik (wajah vs badan), dan apakah ada struktur vital di bawah (tendon, saraf). Untuk wajah gunakan jahitan halus (5-0–6-0) dan teknik subkutikular bila memungkinkan.

1. Teknik jahitan

- a. *Simple interrupted* (jahitan terputus sederhana)

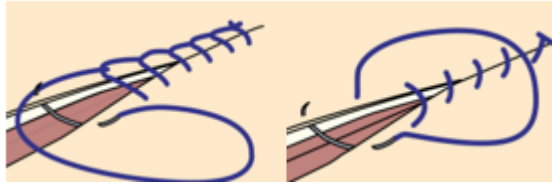
- 1) Cara: jahit titik per titik, simpul terpisah untuk setiap jahitan.

- 2) Kelebihan: kontrol tegangan per jahitan, jika satu jahitan infeksi/putus tidak mempengaruhi seluruh tutupan.
- 3) Indikasi: hampir semua lokasi kulit, cedera dengan ketegangan sedang, scalp, trunk, ekstremitas.
- 4) Kelemahan: butuh waktu lebih lama; bekas kecil di setiap titik.



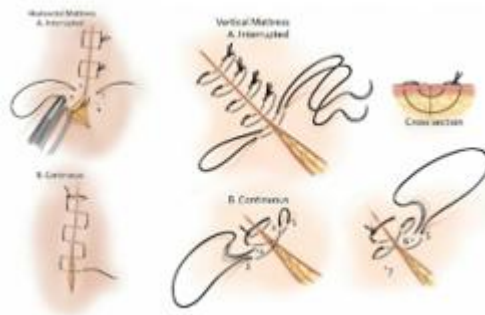
Gambar 2. Simple interrupted
(jahitan terputus sederhana)

- b. Running (continuous) / Running subcuticular (subkutikular kontinu)
 - 1) Cara: jahitan kontinu sepanjang luka; subkutikular diletakkan di dermis/antara dermis sehingga jahitan tidak terlihat di kulit permukaan.
 - 2) Kelebihan: cepat, hasil kosmetik baik jika dilakukan dengan benar (subkutikular).
 - 3) Indikasi: luka wajah (subcuticular), panjang luka dengan tegangan rendah-sedang.
 - 4) Kelemahan: tegangan didistribusikan ke seluruh jahitan — bila ada infeksi/putus, seluruh jahitan bisa bermasalah.



Gambar 3. Jahitan *Continuous*

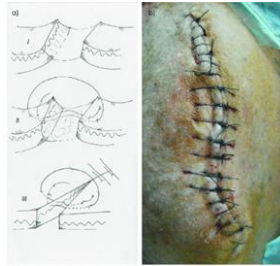
- c. Mattress sutures (horizontal & vertical mattress)
- 1) Vertical mattress: memberikan eversion tepi luka (membalik sedikit tepi) dan mengurangi tegangan pada permukaan kulit; baik untuk tepi kulit yang menjorok masuk.
 - 2) Horizontal mattress: bagus untuk mendistribusikan tegangan di area tipis atau menipiskan kulit.
 - 3) Indikasi: daerah dengan tegangan tinggi atau tepi yang perlu eversion.
 - 4) Perhatian: jangan terlalu kencang — bisa menyebabkan iskemia tepi.



Gambar 4. Mattress sutures (horizontal & vertical mattress)

d. Corner stitch / Far-near-near-far

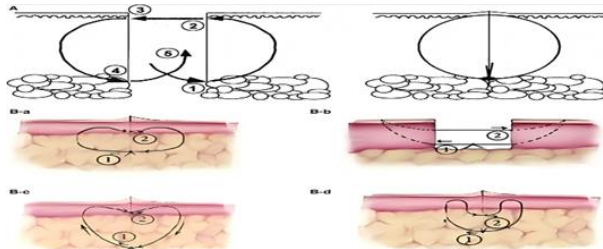
- 1) Cara: kombinasi jahitan jauh-dekat untuk mengamankan sudut potongan kulit (corner) berguna untuk luka berbentuk T atau sudut.
- 2) Indikasi: sudut luka, luka berbentuk V/T.



Gambar 5. Corner stitch / Far-near-near-far
(Kelmer et al, 2021)

e. *Buried dermal suture* (jahitan dermal terbenam)

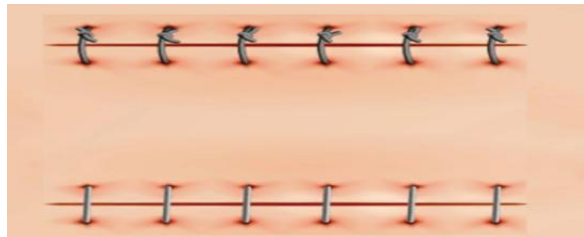
- 1) Cara: jahitan menyatukan lapisan subkutan/dermis sehingga lapisan kulit superfisial bisa ditutup tanpa tegangan. Biasanya menggunakan benang resorbable pada lapisan subkutan.
- 2) Indikasi: kehilangan jaringan subkutan atau untuk mengurangi tegangan pada kulit sebelum penutupan kulit superfisial.



Gambar 6. *Buried dermal suture* (jahitan dermal terbenam) (Ge et al, 2025)

f. Staple / Tissue adhesive (lem jaringan)

- 1) Staple: cepat untuk kulit kepala, luka panjang pada tubuh hasil kosmetik kurang baik dibanding jahitan halus.
- 2) Lem jaringan (cyanoacrylate): baik untuk luka superfisial tanpa tegangan; digunakan pada anak atau area kosmetik tertentu (mis. rambut), dan untuk menutup tepi kecil setelah adhesive steri-strip.
- 3) Indikasi: staple → scalp, trunk; lem → luka superfisial, anak, kosmetik cepat.



Gambar 7. Staple / Tissue adhesive

2. Pemilihan material jahit (sifat & contoh)

a. Non-absorbable (tidak diserap) untuk kulit:

- 1) Nylon (Ethilon) monofilamen, mudah ditangani, risiko infeksi rendah.
- 2) Polypropylene (Prolene) monofilamen, sangat tahan lama, bagus untuk wajah dan area yang memerlukan daya tahan.
- 3) Sutra (silk) braided; handling baik tetapi lebih banyak reaksi jaringan dan risiko infeksi → penggunaannya menurun untuk kulit kecuali kebutuhan khusus.

- 4) Kapan dilepas: biasanya 3–5 hari wajah, 7–10 hari area tubuh, 10–14 hari pada punggung atau area dengan tegangan tinggi disesuaikan dengan lokasi.
- b. Absorbable (resorbable) untuk lapisan subkutan/dermis:
- 1) Polyglactin 910 (Vicryl) braided, diserap dalam beberapa minggu.
 - 2) Poliglecaprone (Monocryl) monofilamen, diserap lebih cepat, kurang reaktif.
 - 3) Polydioxanone (PDS) lama diserap, digunakan jika diperlukan dukungan jangka panjang.
 - 4) Kegunaan: jahitan dermal terbenam, lapisan subkutan untuk mengurangi tegangan.
- c. Monofilamen vs braided:
- 1) Monofilamen (nylon, prolene) → lebih sedikit bakteri menempel, berguna pada luka dengan risiko infeksi lebih tinggi.
 - 2) Braided → handling & knot security lebih baik, tetapi dapat menahan bakteri (wicking) → hati-hati pada luka terkontaminasi.
- d. Ukuran benang (umum):
- 1) Wajah: 5-0 atau 6-0 (lebih halus untuk kosmetik).
 - 2) Tubuh / ekstremitas: 3-0 atau 4-0.
 - 3) Scalp: 3-0.
 - 4) Tendon/penutupan fascia: 0 atau 1 (biasanya bedah).

Pengendalian Infeksi dan Profilaksis Antibiotik

1. Indikasi profilaksis: luka gigitan manusia/hewani, luka pada ekstremitas dengan penetrasi tulang/sendi, cedera dengan kontaminasi berat, pasien imunokompromais, atau jika penutupan primer pada luka dengan risiko infeksi tinggi — berikan antibiotik profilaksis sesuai palet lokal (contoh: gigitan manusia sering diobati dengan amoksisilin-klavulanat).
2. Tetanus: periksa status imunisasi; berikan imunoglobulin tetanus dan/atau vaksinasi sesuai pedoman bila tidak lengkap atau waktu suntikan >5–10 tahun tergantung jenis luka.

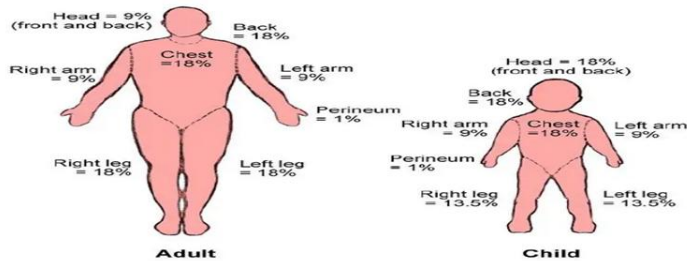
Jenis Luka	Antibiotik Utama	Alternatif Alergi β -laktam
Gigitan manusia	Amoksisilin-klavulanat	Doksisiklin + Metronidazol / TMP-SMX + Metro
Gigitan anjing/kucing	Amoksisilin-klavulanat	Doksisiklin
Luka kontaminasi berat	Cefazolin + Metronidazol	Clindamycin + Ciprofloxacin
Penetrasi ke sendi/tulang	Cefazolin IV	Clindamycin
Pasien imunokompromais	Spektrum luas (Amp-sulbaktam / Pip-tazo)	Sesuai kultur & sensitivitas

Tabel 1. Pengendalian infeksi dan profilaksis antibiotik

Luka Khusus

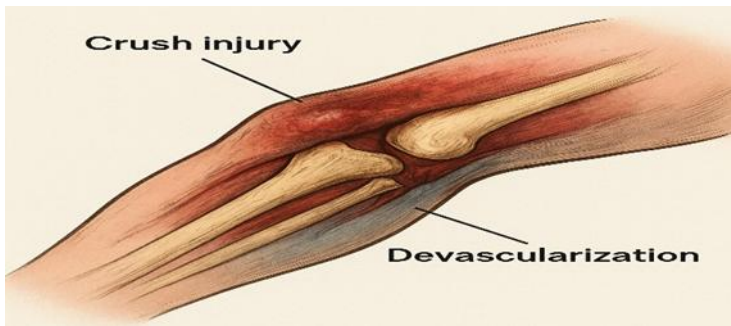
1. **Gigitan** : risiko infeksi tinggi (*Pasteurella*, *Eikenella*, anaerob). Biasanya debridement, irrigasi, dan antibiotik profilaksis (mis. amoksisilin-klavulanat) dianjurkan; jahitan primer dihindari kecuali sangat diperlukan dan setelah pertimbangan risiko.

2. **Luka terbakar:** penilaian kedalaman, luas (*rule of nines*), perlunya resusitasi cair, dan rujukan ke pusat luka bakar. Prinsip perawatan awal berbeda signifikan dari luka tajam/robek.



Gambar 8. Rule of nines

3. **Crush injury & devaskularisasi:** risiko kompartemen dan nekrosis jaringan; monitor perfusi distal dan pertimbangkan intervensi bedah mendesak.



Gambar 9. Crush injury & devaskularisasi

Manajemen Nyeri dan Anestesi

Pendekatan multimodal dalam penatalaksanaan nyeri bertujuan mengombinasikan beberapa jenis obat dan teknik anestesi untuk memperoleh kontrol nyeri yang optimal dengan efek samping minimal.

1. **Analgesik Sistemik:** Digunakan untuk mengurangi nyeri secara umum di seluruh tubuh. Pilihan obat meliputi:
 - a. NSAID seperti ibuprofen atau ketorolak, bermanfaat untuk mengurangi peradangan dan nyeri.
 - b. Paracetamol berguna sebagai analgesik dan antipiretik dengan profil keamanan yang baik.
 - c. Opioid (misalnya tramadol atau morfin) diberikan bila nyeri berat dan tidak terkontrol dengan obat non-opioid.
2. **Anestesi Lokal atau Infiltratif:** Digunakan untuk menghilangkan sensasi nyeri pada area luka selama prosedur seperti debridement, penjahitan, atau pembersihan luka. Obat umum termasuk lidokain atau bupivakain, yang disuntikkan langsung ke jaringan sekitar area tindakan.
3. **Sedasi Minimal:** Pada pasien yang sangat cemas atau ketika prosedur berpotensi lebih besar/lebih lama, sedasi ringan dapat dipertimbangkan. Tujuannya untuk membuat pasien rileks tanpa menghilangkan kesadaran sepenuhnya. Selama sedasi, monitoring ketat (pernapasan, saturasi oksigen, denyut nadi) wajib dilakukan.
4. **Teknik Blok Regional:** Cocok terutama untuk luka pada ekstremitas. Teknik ini mematikan saraf tertentu sehingga area tubuh yang dipersarafi menjadi bebas nyeri. Contoh: blok saraf digital pada jari, blok pergelangan tangan, atau blok ekstremitas bawah.



Gambar 10. Manajemen nyeri dan anestesi

Dokumentasi dan Edukasi Pasien

Dokumentasikan: mekanisme cedera, penilaian neurovaskular, teknik pembersihan/debridement, jenis dan jumlah anestetik, bahan jahitan, profilaksis antibiotik, status tetanus, instruksi kontrol infeksi, tanda bahaya untuk kembali ke ED, dan rencana tindak lanjut (kontrol jahitan, rujukan ke perawatan luka/bedah plastik jika perlu). Edukasi pasien pada perawatan luka di rumah, tanda infeksi, dan kapan harus kembali.

Aspek	Hal yang Didokumentasikan
Mekanisme Cedera	Cara terjadinya cedera, waktu kejadian, lingkungan (kotor/bersih), kemungkinan kontaminasi.
Penilaian Neurovaskular	Motorik, sensorik, CRT, warna kulit, suhu, denyut nadi perifer, tanda devaskularisasi.
Pembersihan & Debridement	Volume irigasi, teknik (tajam/mekanik), jaringan nonviabel yang dibuang, benda asing.

Anestetik	Jenis (lidokain, bupivakain), jumlah/dosis, teknik (infiltrasi/blok), penggunaan epinefrin.
Bahan Jahitan	Jenis benang (absorbable/non), ukuran, teknik jahit, jumlah jahitan.
Antibiotik Profilaksis	Nama obat, dosis, waktu pemberian, indikasi pemberian.
Status Tetanus	Riwayat vaksin, pemberian Td/Tdap, kebutuhan TIG.
Instruksi Kontrol Infeksi	Balutan tetap bersih/kering, frekuensi ganti balutan, larangan merendam luka, kebersihan tangan.
Tanda Bahaya	Nyeri memburuk, bengkak, kemerahan, nanah, demam, perdarahan, mati rasa, perfusi buruk.
Rencana Tindak Lanjut	Jadwal kontrol luka, jadwal lepas jahitan, indikasi rujukan (wound care, bedah plastik/ortopedi).
Edukasi Pasien	Perawatan luka di rumah, obat yang diminum, tanda infeksi, kapan harus kembali ke ED.

Tabel 2. Dokumentasi dan Edukasi pasien

Disposisi dan Rujukan

Rujuk ke spesialis bila: kerusakan struktural (tendon, saraf, arteri), kebutuhan graft/plastik rekonstruksi, infeksi yang meluas, atau bila manajemen ambulatori tidak memadai.

Aspek	Keterangan
Kriteria Rujukan ke Spesialis	- Kerusakan struktural: cedera tendon, saraf, atau arteri. - Tanda kompromi vaskular / devaskularisasi. - Membutuhkan skin graft, flap, atau rekonstruksi plastik. - Defek jaringan luas atau luka kompleks. - Infeksi meluas (selulitis luas, abses dalam, kecurigaan fasciitis nekrotikan). - Tidak respons terhadap terapi awal. - Manajemen

	rawat jalan tidak mencukupi atau pasien tidak mampu melakukan perawatan luka.
Pasien yang Dapat Dipulangkan	- Luka sederhana, bersih, risiko infeksi rendah. - Tidak ada cedera tendon, saraf, atau gangguan vaskular. - Tidak ada tanda infeksi berat. - Pasien mampu melakukan perawatan luka di rumah. - Ada akses dan kepatuhan untuk follow-up.

Tabel 3. Disposisi dan rujukan

Daftar Pustaka

- Donley ER, Munakomi S, Loyd JW. Hemorrhage Control. [Updated 2023 Aug 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535393/>
- Graham D. D., Jr (2002). Ultrasound in the emergency department: detection of wooden foreign bodies in the soft tissues. *The Journal of emergency medicine*, 22(1), 75–79. [https://doi.org/10.1016/s0736-4679\(01\)00440-1](https://doi.org/10.1016/s0736-4679(01)00440-1)
- Jones, A. P., Barnard, A. R., Allison, K., & Wright, H. (2012). Review of emergency department wound management in soft tissue trauma - is there a plan?. *Journal of wound care*, 21(9), 431–438. <https://doi.org/10.12968/jowc.2012.21.9.431>
- Nagle SM, Stevens KA, Wilbraham SC. Wound Assessment. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482198/>
- Peterson, J. J., Bancroft, L. W., & Kransdorf, M. J. (2002). Wooden foreign bodies: imaging appearance. *AJR. American journal of roentgenology*, 178(3), 557–562. <https://doi.org/10.2214/ajr.178.3.1780557>
- Teitell, R., Waseem, M. (2016). Wound Management and Hemostasis. In: Ganti, L. (eds) *Atlas of Emergency Medicine Procedures*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2507-0_90
- Tichter A.M., & Carter W.A., & Stone S.C. (2016). Wound preparation. Tintinalli J.E., & Stapczynski J, & Ma O, & Yealy D.M., & Meckler G.D., & Cline D.M.(Eds.), *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 8e. McGraw-Hill Education.
- Tintinalli, J. E., Stapczynski, J. S., Ma, O. J., Yealy, D. M., Meckler, G., & Cline, D. (2019). *Tintinalli's Emergency*

- Medicine: A Comprehensive Study Guide (9th ed.). McGraw-Hill Education.
- Kelmer, Gal & Cypher, E. & Schumacher, J.. (2021). Simple techniques to decrease tension on sutured wounds of horses. *Equine Veterinary Education*. 34. 10.1111/eve.13462.
- Ge, Maolong & Yao, Ping & Gao, Lin & Ge, Xinyang & Zhang, Qixin & Wang, Xiaolin & Guo, Chuangju. (2025). Progress in tension-relieving suturing surgery: revolutionary surgical techniques and patient prognosis evaluation methods. *Frontiers in Surgery*. 12. 10.3389/fsurg.2025.1587582.

Profil Penulis



Ns. Ferry Nur Nasyroh, S.Kep., M.Kep.

Penulis Lahir di Tuban dan menempuh pendidikan tinggi di bidang keperawatan sebagai fondasi perjalanan profesionalnya. Ia menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep.) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Lamongan pada tahun 2013, kemudian melanjutkan pendidikan profesi dan menyandang gelar Ners pada tahun 2014. Semangatnya untuk memperdalam ilmu keperawatan, khususnya dalam bidang kegawatdaruratan, mengantarkannya melanjutkan studi Magister Keperawatan di Universitas Brawijaya dengan peminatan Keperawatan Gawat Darurat, yang berhasil diselesaikan pada tahun 2024. Saat ini, bekerja sebagai tenaga kependidikan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK) UIN Maulana Malik Ibrahim Malang.

Email Penulis: frnrn@gmail.com

KEPERAWATAN MANAJEMEN

Ns. Dewi Suryaningsi Hiola, S.Kep., M.Kep.
Universitas Negeri Gorontalo

Manajemen keperawatan adalah proses mengatur pelayanan keperawatan agar berjalan terarah, terkoordinasi, dan sesuai standar. Dalam pelayanan kesehatan, perawat merupakan tenaga yang paling banyak terlibat langsung dengan pasien, sehingga diperlukan pengelolaan yang baik agar tugas dan tanggung jawab berjalan efektif. Tanpa manajemen yang jelas, pelayanan dapat menjadi tidak teratur, pembagian tugas tidak seimbang, komunikasi kurang baik, dan mutu pelayanan menurun. Oleh karena itu, manajemen keperawatan penting diterapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan kinerja perawat di fasilitas kesehatan (Nursalam, 2014).

Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan adalah suatu proses menyelesaikan suatu pekerjaan melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan dengan menggunakan sumber daya secara efektif, efisien, dan rasional dalam memberikan pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif pada individu, keluarga, dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat melalui proses keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmuji & Jember, 2021).

Tujuan Manajemen Keperawatan

Berikut beberapa tujuan manajemen keperawatan menurut (Susanti, 2020) antara lain:

1. Melaksanakan dan mengevaluasi strategi yang akan dipilih secara efektif dan efisien agar mencapai pada satu tujuan
2. Mengevaluasi kinerja, meninjau dan mengkaji situasi kemudian melakukan penyesuaian dan koreksi jika ada sesuatu penyimpangan pada suatu pelaksanaan strategi.
3. Dapat memperbaharui strategi yang dirumuskan untuk sesuai perkembangan lingkungan eksternal.
4. Dapat meninjau kembali kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman pada peluang yang ada.
5. Dapat melakukan inovasi atas kegiatan sehingga dapat lebih teratur.

Menurut (Mugianti, 2016) hasil akhir (outcome) yang diharapkan dari manajemen keperawatan adalah:

1. Terselenggaranya pelayanan
2. Asuhan keperawatan yang berkualitas
3. Pengembangan staf
4. Budaya riset bidang keperawatan

Prinsip yang Mendasari Manajemen Keperawatan

Menurut (Minardo et al., 2024) prinsip-prinsip yang menjadi dasar dalam manajemen keperawatan meliputi:

1. Manajemen keperawatan seharusnya didasarkan pada perencanaan, sebab dengan perencanaan, seorang pemimpin dapat mengurangi risiko dalam pengambilan keputusan serta memecahkan masalah secara efektif dan terstruktur.

2. Manajemen keperawatan dijalankan dengan pemanfaatan waktu yang efisien. Seorang manajer keperawatan yang menghargai waktu akan merancang perencanaan yang tersusun rapi dan melaksanakan kegiatan sesuai jadwal yang telah ditetapkan.
3. Manajemen keperawatan mencakup pengambilan keputusan untuk berbagai situasi dan permasalahan yang muncul dalam pengelolaan kegiatan keperawatan, yang memerlukan keputusan di berbagai tingkat manajerial.
4. Tugas utama manajer keperawatan adalah memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien dengan memperhatikan apa yang dilihat, dipikirkan, diyakini, dan diinginkan pasien. Kepuasan pasien menjadi prioritas utama dari semua tujuan keperawatan.
5. Manajemen keperawatan perlu dikelola dengan baik. Pengorganisasian dilakukan berdasarkan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
6. Pengarahan adalah salah satu aspek dalam manajemen keperawatan yang mencakup proses pendelegasian, supervisi, koordinasi, dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diatur.
7. Seorang manajer keperawatan yang baik adalah yang bisa memotivasi staf untuk menunjukkan kinerja yang optimal.
8. Manajemen keperawatan menerapkan komunikasi yang efektif. Dengan komunikasi yang efektif, kesalahpahaman dapat diminimalkan, serta tercipta kesamaan pandangan dan pemahaman di antara para bawahan

9. Pentingnya pengembangan staf terletak pada persiapan perawat pelaksana untuk posisi yang lebih tinggi dan peningkatan pengetahuan karyawan yang diinisiasi oleh manajer.
10. Pengendalian adalah bagian dari manajemen keperawatan yang mencakup evaluasi pelaksanaan rencana, pemberian instruksi, dan penetapan prinsip-prinsip melalui standar, perbandingan kinerja dengan standar, serta perbaikan kekurangan.

Prinsip-Prinsip Manajemen Keperawatan

Prinsip manajemen menurut (Agritubella et al., 2024) yang perlu diketahui yaitu sebagai berikut:

1. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah fungsi dasar dan pertama dalam manajemen (*the first function of management*). Semua fungsi manajemen tergantung dari perencanaan. Perencanaan adalah suatu proses berpikir atau proses mental untuk membuat keputusan dan peramalan (*forecasting*). Perencanaan harus berorientasi ke masa depan dan memastikan kemungkinan hasil yang diharapkan. Salah satu hal penting dalam perencanaan yang menjadi pusat perhatian adalah rencana pengaturan Sumber Daya Manusia (SDM) dan sumber daya lain yang relevan. Perencanaan yang baik akan meningkatkan capaian tujuan dan pembiayaan yang efektif.

2. Penggunaan waktu efektif (*Effective utilization of time*)

Penggunaan waktu yang efektif berhubungan dengan pola pengaturan dan pemanfaatan waktu yang tepat dan memungkinkan berjalannya roda organisasi dan tercapainya tujuan organisasi. Waktu pelayanan dihitung dan kegiatan perawat dikendalikan.

3. Pengambilan keputusan (*Decision making*)

Pengambilan keputusan adalah suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan diantara beberapa alternatif yang tersedia yang dilakukan oleh seorang pembuat keputusan. Keputusan dibuat untuk mencapai tujuan melalui pelaksanaan atau implementasi dari pilihan keputusan yang diambil.

4. Pengelola atau pemimpin (*Manager or leader*)

Manajer yang bertugas mengatur manajemen memerlukan keahlian dan tindakan nyata agar para anggota menjalankan tugas dan wewenang dengan baik. Adanya manajer yang mampu memberikan semangat, mengontrol dan mengajak mencapai tujuan merupakan sumber daya yang sangat menentukan.

5. Tujuan Sosial (*Social goal*)

Manajemen yang baik harus memiliki tujuan yang jelas dan ditetapkan dalam bentuk visi, misi, dan tujuan organisasi.

6. Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah pengelompokan sejumlah aktivitas untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Penugasan pada masing-masing kelompok dilakukan berdasarkan supervisi, ada koordinasi dengan unit lain baik secara horizontal maupun vertikal.

7. Pengarahan dan Pengaturan Staf (*Actuating dan Staffing*)

Pengarahan dan pengaturan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisasikan. Pengembangan staf penting untuk

dilaksanakan sebagai upaya mempersiapkan perawat pelaksana untuk menduduki posisi yang lebih tinggi ataupun upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan karyawan.

8. Perubahan (*Change*)

Perubahan adalah proses penggantian dari suatu hal dengan hal lainnya yang berbeda dari sebelumnya. Di dalam manajemen keperawatan perubahan dijadikan prinsip karena sifat layanan yang dinamis karakteristik pasien yang akan dilayani.

9. Terfokus pada pemenuhan kebutuhan (*Foccurring*).

Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien merupakan fokus perhatian manajer keperawatan dengan mempertimbangkan apa yang pasien lihat, fikir, yakin dan inginkan. Kepuasan pasien merupakan point utama dari seluruh tujuan keperawatan.

10. Komunikasi Efektif (*communicate*).

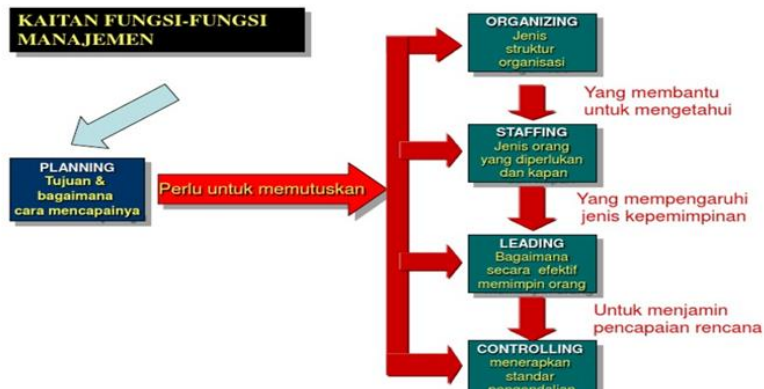
Komunikasi yang efektif mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan arah dan pengertian diantara bawahan.

11. Pengendalian dan Pengawasan (*Controlling and Monitoring*)

Pengendalian dan Pengawasan merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip-prinsip melalui penetapan standar, membandingkan penampilan 6 dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

Fungsi-Fungsi Manajemen Keperawatan

Menurut (Seniwati, 2022) fungsi manajemen keperawatan antara lain:



1. Perencanaan (*planning*)

Perencanaan merupakan suatu proses yang mendefinisikan tujuan yang ingin dicapai dalam suatu organisasi, menyusun strategi dalam mencapai tujuan organisasi serta mengembangkan rencana aktivitas kerja pada suatu organisasi. Perencanaan dalam keperawatan dilaksanakan untuk menjamin klien akan menerima pelayanan keperawatan sesuai dengan yang mereka harapkan. Fungsi perencanaan dalam suatu ruang rawat inap melibatkan semua personil mulai dari kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana. Proses manajemen pelayanan Kesehatan akan gagal apabila perencanaan tidak adekuat.

2. Pengorganisasian (*organizing*)

Fungsi pengorganisasian dilaksanakan setelah perencanaan. Pengorganisasian merupakan langkah dalam menetapkan, menggolongkan dan mengatur

berbagai kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang serta pendelegasian wewenang dari pimpinan kepada staf dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Menurut Swansburg (2000) terdapat empat prinsip dalam pengorganisasian meliputi:

a. Prinsip rantai komando

Prinsip ini mengemukakan untuk memuaskan anggota efektif secara ekonomi dan berhasil dalam mencapai tujuan. Pada organisasi keperawatan, rantai komando ini datar, dengan garis manajer dan staf teknis serta administrasi yang mendukung perawat pelaksana.

b. Prinsip kesatuan komando

Prinsip ini mengemukakan bahwa seorang perawat pelaksana memiliki satu pemimpin dan satu rencana. Keperawatan primer dan manajemen kasus memberikan dukungan pada prinsip kesatuan komando ini.

c. Prinsip rentang kontrol

Prinsip rentang kontrol menyatakan bahwa setiap perawat harus dapat melakukan pengawasan secara efektif dalam hal jumlah, fungsi dan geografi. Pada prinsip ini, makin kurang pengawasan yang diperlukan untuk perawat. Pada dasarnya perawat harus memiliki lebih banyak pengawasan demi menghindari terjadinya kesalahan. Dalam hal ini kepala ruangan harus lebih banyak melakukan koordinasi.

d. Prinsip spesialisasi

Prinsip ini mengemukakan bahwa setiap orang sebaiknya menampilkan satu fungsi

kepemimpinan tunggal, sehingga ada divisi kerja atau pembagian tugas yang membentuk departemen.

3. Ketenagaan (*staffing*)

Ketenagaan merupakan kegiatan manajer keperawatan dalam melakukan perekrutan, memimpin, melaksanakan orientasi dan meningkatkan perkembangan individu dalam mencapai tujuan organisasi. Ketenagaan pada dasarnya memastikan cukup atau tidaknya tenaga keperawatan meliputi perawat profesional, terampil dan kompeten.

4. Pengarahan (*Directing*)

Pengarahan merupakan fungsi manajemen yang melakukan pemantauan dan menyesuaikan perencanaan, proses, dan sumber yang efektif dan efisien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pengarahan yang efektif akan meningkatkan dukungan terhadap perawat dalam mencapai tujuan manajemen keperawatan dan tujuan asuhan keperawatan.

Pengarahan di ruang perawatan dalam dilakukan melalui beberapa kegiatan meliputi operan pasien, pemberian motivasi, manajemen konflik serta supervisi lainnya.

- a. Operan pasien yaitu komunikasi dan serah terima antara shift pagi, sore dan malam. Operan dari dinas malam ke dinas pagi dan dari dinas pagi ke dinas sore dipimpin oleh kepala ruangan, sedangkan operan dari dinas sore ke dinas malam dipimpin oleh penanggung jawab shift sore.

- b. Motivasi dimulai dengan membudayakan cara berpikir yang positif pada setiap staf yang dapat diungkapkan melalui pujian (reinforcement) bagi setiap orang yang bekerja bersama-sama.
- c. Manajemen konflik sebaiknya menggunakan win-win solution melalui komunikasi yang sifatnya terbuka.
- d. Pengawasan/supervisi penting dilakukan untuk memastikan bahwa pelayanan dan asuhan keperawatan telah berjalan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan.

5. Pengendalian (*controlling*)

Pengendalian (*controlling*) adalah proses pengamatan secara terus menerus terhadap rencana kerja yang telah disusun dan mengoreksi penyimpangan yang terjadi. Pengendalian dianggap sebagai aktivitas untuk menemukan dan mengoreksi penyimpangan penting dalam hasil yang dicapai dari aktivitas yang direncanakan.

Terdapat tiga prinsip pengawasan yang perlu diperhatikan oleh manager keperawatan dalam menjalankan fungsi pengendalian yaitu:

- a. Pengawasan mudah dipahami oleh staf dan hasilnya dapat diukur
- b. Pengawasan memegang peranan penting dalam pencapaian tujuan organisasi
- c. Standar kerja yang digunakan harus dijelaskan kepada semua staf.

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian/pengontrolan meliputi:

- a. Menetapkan standar dan metode pengukuran prestasi kerja

- b. Mengukur prestasi kerja
- c. Menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar 4) Mengambil tindakan korektif.

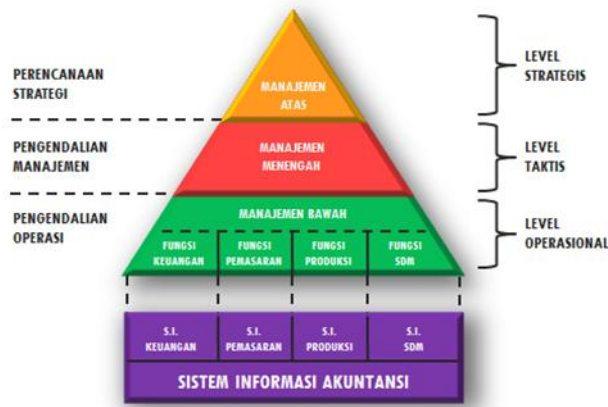
Ruang Lingkup Manajemen Keperawatan

Pelayanan kesehatan sudah menjadi hak dasar bagi setiap orang dan memberikan pelayanan kesehatan yang memadai akan membutuhkan upaya perbaikan menyeluruh dari sistem yang ada. Pelayanan kesehatan yang memadai sangat dipengaruhi oleh pelayanan keperawatan yang ada di dalamnya. Manager keperawatan yang efektif perlu memahami dan memfasilitasi beberapa aspek pekerjaan perawat pelaksana meliputi: menggunakan proses keperawatan dalam setiap aktivitas keperawatannya, melaksanakan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditetapkan, menerima akuntabilitas kegiatan keperawatan dan hasil-hasil keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat, serta mampu mengendalikan lingkungan praktek keperawatan. Seluruh pelaksanaan kegiatan ini senantiasa di inisiasi oleh para manajer keperawatan melalui partisipasi dalam proses manajemen keperawatan dengan melibatkan para perawat pelaksana (Seniwati, 2022).

Berdasarkan gambaran diatas maka lingkup manajemen keperawatan terdiri dari:

1. Manajemen Layanan/Operasional

Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang perawatan yang terdiri dari tiga tingkatan manajerial dan setiap tingkatan dipimpin oleh seseorang yang mempunyai kompetensi yang relevan. Tingkat manajerial tersebut yaitu:



Agar mencapai hasil yang baik, ada beberapa faktor yang perlu dimiliki oleh pemimpin dalam tiap level manajerial tersebut. Faktor-faktor tersebut adalah kemampuan menerapkan pengetahuan, keterampilan kepemimpinan, kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin, dan kemampuan melaksanakan fungsi manajemen (Seniwati, 2022).

2. Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen Asuhan Keperawatan Adalah suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep-konsep manajemen di dalamnya seperti perencanaan, pengorganisasian, implementasi, pengendalian dan evaluasi. Manajemen asuhan keperawatan ini menekankan pada penggunaan proses keperawatan dan hal ini melekat pada diri seorang perawat. Setiap perawat dalam melaksanakan tugasnya harus menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan pasien (Asmaningrum & Wijaya, 2023).

3. Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yg menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat sesuai yang

dibutuhkan pasien. Menurut (Seniwati, 2022) proses keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu: Pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

a. Pengkajian

Pada tahapan pengkajian Anda dapat gunakan formulir pengkajian yang ada pada institusi kerja Anda masing-masing. Ingat bahwa pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber, mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan tentang gangguan status kesehatan baik aktual maupun potensial. Secara implisit dalam diagnosa ini terdapat pernyataan tentang respon klien yang secara legal dan berdasarkan ilmu perawat. Diagnosa keperawatan dapat berupa aktual, resiko, wellness atau sindroma.

c. Rencana (Intervensi)

Keperawatan Tahap perencanaan melibatkan serangkaian tahap dimana perawat dan pasien menyusun prioritas, menulis tujuan dan hasil yang diharapkan, dan menulis rencana tindakan guna menyelesaikan masalah klien. Jenis rencana keperawatan meliputi : intervensi mandiri, intervensi kerja sama (interdependensi) dan intervensi tergantung.

d. Implementasi

Pada tahap ini perawat melakukan tindakan sesuai dengan rencana. Selama tahap ini perawat melanjutkan mengumpulkan data, melakukan

tindakan keperawatan atau mendelegasikan tindakan keperawatan, dan memvalidasi rencana keperawatan.

e. Evaluasi

Pada tahap ini perawat mengkaji respon klien terhadap intervensi keperawatan dan kemudian membandingkan respon tersebut dengan standar. Standar ini sering disebut sebagai “outcome criteria” perawat menilai sejauh mana tujuan atau hasil keperawatan telah tercapai. Selanjutnya semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam format implementasi dan dievaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP (subjective, objective, analyses, planning).

Kepemimpinan dalam keperawatan

1. Pengertian kepemimpinan

Kepemimpinan merujuk pada proses atau kemampuan untuk memimpin dan memandu individu atau kelompok menuju pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sesuai Visi dan Misi. Kepemimpinan melibatkan komunikasi efektif, inspirasi, pengambilan keputusan, menjadi contoh peran, serta kemampuan untuk memotivasi dan membimbing anggota tim. Kepemimpinan dapat muncul dalam berbagai skala, mulai dari kepemimpinan dalam keluarga hingga kepemimpinan dalam skala global (Rusmianingsih et al., 2024).

Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan bagian dari sistem manajemen keperawatan, di mana bagian dari sistem manajemen keperawatan meliputi pengumpulan data, perencanaan, pengaturan, kepegawaian, kepemimpinan dan pengawasan.

Konsep kepemimpinan dalam keperawatan merupakan penerapan pengaruh dan bimbingan yang ditunjukkan kepada semua staf keperawatan. Untuk menciptakan kepercayaan dan ketaatan sehingga timbul kesediaan melaksanakan tugas dalam rangka mencapai tujuan pelayanan keperawatan yang efektif, efisien dan berkualitas. Sedangkan manajemen keperawatan adalah proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara professional, sehingga keduanya dapat saling mendukung (Susanti, 2020)

2. Fungsi Kepemimpinan

Menurut (Dedi, 2019) fungsi kepemimpinan adalah sebagai berikut:

a. Mempengaruhi orang lain

Kemampuan pemimpin menyampaikan ide-ide, pandangan, gagasan dan ajakan, sehingga konstituen tertarik untuk menerima ide-usulan dan gagasan tersebut. Mempengaruhi orang lain bisa berupa hal-hal yang positif ataupun negatif. Seorang pemimpin perlu hati-hati menyampaikan ide, usulan, pemikiran ataupun gagasan, supaya membawa dampak yang positif bagi orang-orang yang dipimpinnya.

b. Motivator

Selalu positif thinking kepada orang lain dan memberi kritik atau saran dengan berkomentar yang positif terlebih dahulu. Selalu memberikan reinforcement pada keberhasilan stafnya dan memiliki potensi, tingkat pendidikan baik, potensi dan memiliki kreativitas yang sangat tinggi dalam melakukan pekerjaan, tugas dan tanggung jawabnya.

c. Model/tauladan

Menjadi orang yang bisa dicontoh dalam integritas personalitinya. Integritas personaliti tersebut adalah: disiplin, komunikasi baik, ramah, perhatian, peduli, selalu member jalan pemecahan masalah, berkomitmen tinggi, konsekuen, jujur, terbuka terhadap saran dan kritik, tanggungjawab, tanggung gugat, berwibawa, berpengetahuan luas, bijak sana.

d. Membuat keputusan/*Decision*

Maker Membuat keputusan adalah fungsi pemimpin. Membuat keputusan diperlukan kompetensi kepemimpinan, keberanian dan tanggung gugat dalam menghadapi risiko organisasi sebagai impact dari keputusan. Mempertimbangkan berbagai dimensi dari keputusan, baik substansi, sosial, psikologis, politik, referensi kekinian, trends issue dan kebijakan.

3. Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan merupakan sebuah perilaku yang dapat ditunjukkan oleh seseorang (pemimpin) ketika orang tersebut dapat membuat orang lain terpengaruh. Gaya kepemimpinan merupakan seorang (pemimpin) yang melihat persepsi orang lain dengan perilaku pemimpin tersebut untuk mempengaruhi kegiatan orang lain. Orang lain yang melihat perilaku tersebut bisa dari atasan dari pemimpin, teman sejawat, atau bawahan. Dimana ini untuk mengetahui gaya kepemimpinan seorang pemimpin dengan menggunakan persepsi orang lain atau orang itu sendiri (Asmaningrum & Wijaya, 2023).

Menurut (Setiyadi et al., 2023) bahwa gaya kepemimpinan terdapat 6 macam yaitu:

- a. Gaya Kepemimpinan Otokratis Pendekatan dari atas ke bawah, kontrol yang kuat terhadap kelompok. Orang lain termotivasi oleh paksaan atau diarahkan oleh perintah. Komunikasi mengalir ke bawah dalam organisasi dan keputusan tidak melibatkan orang lain. Kritik terhadap gaya ini bersifat menghukum dan tidak mendukung kreativitas.
- b. Gaya Kepemimpinan Demokratis Lebih sedikit kontrol atas situasi, penghargaan motivasi digunakan, orang lain dipandu dan komunikasi mengalir ke atas dan ke bawah organisasi. Keputusan melibatkan orang lain dan kritik bersifat konstruktif.
- c. Gaya Kepemimpinan Laissez-Fair Sedikit kontrol dan tidak ada arahan yang diberikan kepada orang lain. Komunikasi lengkap kelompok mengalir ke atas dan ke bawah, pengambilan keputusan dan tidak ada kritik yang digunakan untuk meningkatkan organisasi.
- d. Gaya Kepemimpinan Transformasional Para pemimpin visioner memotivasi. Komunikasi naik dan turun dengan berbagi informasi dan kepemimpinan bersama. Kritik didiskusikan dan dibagikan untuk perbaikan dalam organisasi.
- e. Gaya Kepemimpinan Transaksional Pemimpin yang tidak visioner mengikuti prosedur dan kebijakan yang konsisten dengan organisasi. Sering kali solusi bersifat top-down, dan inovasi atau kreativitas sangat minim.

- f. Gaya Kepemimpinan Otentik Pemimpin yang visioner dan karismatik dengan kesadaran diri yang tinggi. Komunikasi dibagikan di seluruh organisasi dan tim dibangun untuk mengembangkan orang lain. Pemimpin yang otentik memberikan kepercayaan dan memberdayakan orang lain dalam organisasi.

Daftar Pustaka

- Agritubella, S. M., Lombogia, M., & Ainurrahmah, Y. (2024). Manajemen Keperawatan.
- Asmaningrum, N., & Wijaya, D. (2023). Manajemen Keperawatan.
- Asmuji, A., & Jember, U. M. (2021). Manajemen keperawatan: konsep dan aplikasi. September 2012.
- Dedi, B. (2019). Kepemimpinan dan manajemen pelayanan keperawatan (Issue November 2019).
- Minardo, J., Tetelepta, D. P., & Bau, A. S. (2024). BUKU AJAR MANAJEMEN KEPERAWATAN PROGRAM VOKASI.
- Mugianti, S. (2016). Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan.
- Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional.
- Rusmianingsih, N., Anggraini, D., Rayatin, L., Mayenti, F., Tarigan, Y. Z., Ulfah, A., & Ezdha, A. (2024). BUKU AJAR KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN.
- Seniwati. (2022). BUKU AJAR MANAJEMEN KEPERAWATAN.
- Setiyadi, A., Mufarokhah, H., & Yuwanto, M. A. (2023). PENULIS: Agung Setiyadi Hanim Mufarokhah Eka Ratnawati Siti Utami Dewi Suprpto Gusni Fitri Haedir Iskandar Zulkarnaen Solehudin Viyan Septiyana Achmad Ardianto Mukhoirotin M Iqbal Angga Kusuma Nurnainah Mahmud Ady Yuwanto (Issue October).
- Susanti, S. S. (2020). Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Keperawatan.

Profil Penulis



Ns. Dewi Suryaningsi Hiola, S.Kep., M.Kep.

Lahir di Gorontalo 17 April 1990. Sebagai anak daerah bagian utara Indonesia sejak awal memiliki ketertarikan terhadap dunia keperawatan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis tergerak untuk memilih Jurusan Ilmu Keperawatan dan berhasil lulus sebagai sarjana keperawatan pada tahun 2012 kemudian melanjutkan Profesi Ners dan lulus Pendidikan Profesi Ners pada tahun 2014 pada Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Negeri Gorontalo. Setelah melihat perkembangan dunia keperawatan di Indonesia maka dua tahun kemudian mendorong penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister dan berhasil menyelesaikan studi S2 di prodi Magister Keperawatan Konsentrasi Manajemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro pada tahun 2018.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi baik penelitian mandiri maupun penelitian interprofessional collaboration. Penulis juga aktif dalam organisasi profesi mengingat pentingnya kontribusi akademik pada perkembangan dunia keperawatan saat ini.

Email Penulis: dewisuryaningsih@ung.ac.id

KEPERATAWAN DALAM IBADAH HAJI

Ns. Hj. Ika Ariyanti, S.Kep .,M.Kep

Program Pendidikan D-III Akademi Keperawatan
Kesdam 1/Bukit Barisan

Pendahuluan

Ibadah haji merupakan ibadah tahunan berskala global yang melibatkan jutaan umat islam dari berbagai negara. Indonesia menjadi salah satu negara jumlah jemaah terbesar, dan sekitar 65% diantaranya tergolong beresiko tinggi karena lanjut usia dan penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes, serta gangguan jantung, perubahan iklim yang extrem, aktivitas ibadah yang padat, serta kondisi tersebut. Dalam mengatasi tantangan peran perawat untuk memberikan asuhan keperawatan bersifat holistic, responsive dan berbasis nilai nilai spiritual (Kemenkes RI, 2023).

Secara bahasa haji berasal bahasa Arab haj atau hijj, yang berarti menuju atau mengunjungi tempat yang agung. Dalam pengertian agama, haji adalah perjalanan menuju Mekkah untuk melaksanakan ibadah thawaf, sa'i, wukuf di Arafah, dan seluruh rangkaian manasik ibadah haji sebagai bentuk pelaksanaan perintah Allah dan dalam kerangka mencari ridha-Nya. Umrah secara bahasa berarti ziarah. Secara istilah, umrah berarti mengunjungi Ka'bah dan thawaf sekelilingnya, sa'i antara bukit Shafa dan Marwah, serta mencukur atau memotong rambut.

Berdasarkan data Pusat Kesehatan Haji, pada tahun 2017 sampai dengan tahun 2023 angka kesakitan dan kematian jemaah haji Indonesia di Arab Saudi masih sangat tinggi. Jumlah jemaah haji yang diberikan pelayanan rawat inap baik di KKHI maupun di RSAS dalam lima tahun penyelenggaraan haji tersebut mencapai lebih dari 4.000 jemaah setiap tahunnya. Adapun jemaah haji yang meninggal rata-rata mencapai lebih dari 2 permil. Oleh karena itu, pemeriksaan kesehatan jemaah haji yang diikuti dengan langkah pembinaan kesehatan harus ditingkatkan untuk menjaga kesehatan jemaah sejak ditanah air hingga tanah suci. (Kemenkes RI, 2024).

Secara umum, kondisi kesehatan jemaah haji Indonesia yang dapat menyebabkan kegawatdaruratan dipengaruhi oleh faktor risiko internal dan faktor risiko eksternal. Faktor risiko internal diantaranya adalah faktor usia (masih didominasi jemaah usia lanjut), penyakit yang diderita seperti penyakit jantung, hipertensi, asma, tuberkulosis paru, penyakit paru *obstruktif* kronik (PPOK), *diabetes melitus* (DM), gagal ginjal, kanker dan perilaku jemaah seperti memaksakan kondisi fisik dalam beribadah yang mengakibatkan kelelahan, tidak memperhatikan makan dan minum serta perilaku lainnya yang dapat membahayakan jemaah itu sendiri.

Sedangkan faktor risiko eksternal, yang mempengaruhi kejadian penyakit dan dapat memperberat kondisi kesehatan jemaah adalah suhu yang ekstrem, kelembaban udara yang rendah, debu, kepadatan jemaah, kemacetan, sosial, psikologis, serta kondisi-kondisi lainnya yang mempengaruhi daya tahan tubuh jemaah, sehingga menimbulkan angka kematian jemaah saat berhaji masih cukup tinggi (Kemenkes, 2017). Selain faktor internal dan faktor eksternal jemaah itu sendiri, berbagai kondisi dan keadaan yang dapat mengancam

kesehatan dan keselamatan jemaah saat berada di Arab Saudi yaitu kecelakaan, terinjak saat melempar jumrah dan tawaf. Sedangkan beberapa jenis penyakit yang sering dilaporkan sebagai faktor yang memperburuk kondisi kesehatan jemaah saat berada di Arab Saudi yaitu *heat stroke*, *MERS-CoV*, *ebola*, *zika* dan meningitis merupakan penyakit yang perlu diwaspadai, karena selain berpotensi sebagai wabah juga memiliki fatalitas yang tinggi dan merupakan faktor yang menambah tingginya angka kesakitan dan bahkan kematian pada jemaah haji.

Profesi keperawatan adalah pemberian layanan asuhan keperawatan, berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan dan dituntut etika profesi. Keperawatan dalam ibadah haji adalah upaya pelayanan kesehatan yang diberikan perawat kepada jemaah haji, baik secara fisik maupun psikologis, selama proses pelaksanaan ibadah haji dari awal hingga akhir.

Regulasi Haji dan Pelaksanaan Haji

Indonesia sebagai salah satu negara yang memiliki jumlah penduduk beragama Islam terbesar di dunia, melakukan penyelenggaraan ibadah haji setiap tahunnya. Saat ini dasar dan payung hukum pelaksanaan penyelenggaraan ibadah haji dan Umroh berdasarkan pada Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Ibadah Haji dan Umroh.

Dalam Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Ibadah Haji dan Umrah tentang Penyelenggaraan Ibadah Haji dan Umroh mengatur berbagai aspek ibadah haji yang meliputi hak dan kewajiban jemaah haji, pembinaan, pelayanan dan perlindungan jemaah haji. Adapun tujuan Penyelenggaraan ibadah haji yaitu memberikan pembinaan, pelayanan, dan perlindungan bagi Jemaah

Haji dan Jemaah Umrah sehingga dapat menunaikan ibadahnya sesuai dengan ketentuan syariat.

Pelayanan Kesehatan Haji dan Istithaah Haji

Pemeriksaan Kesehatan dilakukan sebagai dasar pelaksanaan Pembinaan Kesehatan Jemaah Haji dalam rangka Istithaah Kesehatan Jemaah Haji. Pembinaan dan pelayanan kesehatan calon jemaah haji dilakukan sejak dini, kegiatan ini dilakukan karena kesehatan merupakan satu dari tiga syarat istithaah dalam melaksanakan ibadah haji.

Istithaah adalah kemampuan Jemaah Haji secara jasmaniah, ruhaniah, pembekalan dan keamanan untuk menunaikan ibadah haji tanpa menelantarkan kewajiban terhadap keluarga. Sedangkan Istithaah Kesehatan Jemaah Haji adalah kemampuan Jemaah Haji dari aspek kesehatan yang meliputi fisik dan mental yang terukur dengan pemeriksaan yang dapat dipertanggungjawabkan sehingga Jemaah Haji dapat menjalankan ibadahnya sesuai tuntunan Agama Islam. Istithaah Kesehatan Haji bertujuan untuk terselenggaranya Pemeriksaan Kesehatan dan Pembinaan Kesehatan Jemaah Haji agar dapat menunaikan ibadahnya sesuai dengan ketentuan ajaran agama Islam

Pembinaan Istithaah Kesehatan Haji adalah serangkaian kegiatan terpadu, terencana, terstruktur dan terukur, diawali dengan Pemeriksaan Kesehatan pada saat mendaftar menjadi Jemaah Haji sampai masa keberangkatan ke Arab Saudi. Pemeriksaan Kesehatan dilakukan sebagai dasar pelaksanaan Pembinaan Kesehatan Jemaah Haji dalam rangka Istithaah Kesehatan Jemaah Haji. Pemeriksaan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 meliputi

1. Pemeriksaan Kesehatan tahap pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilaksanakan oleh Tim Penyelenggara Kesehatan Haji Kabupaten/Kota di puskesmas dan/atau rumah sakit pada saat jemaah Haji melakukan pendaftaran untuk mendapatkan nomor porsi
2. Pemeriksaan Kesehatan tahap kedua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilaksanakan oleh Tim Penyelenggara Kesehatan Haji Kabupaten/Kota di puskesmas dan/atau rumah sakit pada saat pemerintah telah menentukan kepastian keberangkatan Jemaah Haji pada tahun berjalan
3. Pemeriksaan Kesehatan tahap ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilaksanakan oleh PPIH Embarkasi Bidang Kesehatan di embarkasi pada saat Jemaah Haji menjelang pemberangkatan

Kesehatan Jemaah Haji

Beberapa kondisi kesehatan yang dapat mengancam jiwa dan menjadi pertimbangan dalam kelayakan terbang jemaah haji 2024 antara lain:

1. Penyakit Jantung: Penyakit jantung koroner dengan gejala saat istirahat atau aktivitas ringan, atau gagal jantung stadium IV.
2. Penyakit Paru: Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) derajat IV atau yang memerlukan oksigen intermiten/terus-menerus.
3. Penyakit Ginjal: Gagal ginjal stadium IV yang memerlukan dialisis (hemodialisis atau peritoneal dialisis).
4. Penyakit Hati: Sirosis hati dengan tanda gagal fungsi.
5. Kanker: Kanker stadium lanjut yang memerlukan kemoterapi.

6. Gangguan Jiwa: Gangguan jiwa berat yang menyebabkan disabilitas motorik berat atau gangguan kognitif.
7. Demensia: Demensia pada lansia yang mempengaruhi kemampuan kognitif dan adaptasi.
8. Penyakit Menular: Tuberkulosis (TB) aktif dan kusta aktif.
9. Kondisi Lain: Retardasi mental berat, kehamilan, dan kondisi lain yang sulit diharapkan kesembuhannya.

Peran Perawat dalam Ibadah Haji

1. Didaerah Asal
 - a. masa Pembinaan
 - 1) Berperan Aktif dalam pembinaan kesehatan
 - 2) Mengingatkan jemaah haji tentang kelengkapan dokumen kesehatan haji
2. Di Asrama Haji
 - a. Membantu petugas kantor kesehatan Pelabuhan dalam pemeriksaan akhir kesehatan calon jemaah haji dan mencatat obat yang dibawa
 - b. Memantau jemaah haji yang berisiko tinggi
 - c. Melaksanakan pengamatan penyakit pada jemaah haji terutama kewaspadaan terhadap keadaan luar bisa (KLB)
 - d. Meminta manifest jemaah haji berisiko tinggi dari petugas BPKKP

3. Di Pesawat
 - a. Memberikan Pengobatan kepada jemaah haji yang sakit di pesawat dan mencatat di buku laporan kesehatan
 - b. Memantau jemaah haji beresiko tinggi
 - c. Mencatat jemaah haji yang perlu berobat ke Balai Pengobatan Haji Indonesia (BPHI) jedah/ Madina (Laporan penerbangan)
4. Di Bandara (Kedatangan) Jeddah/ Madinah
 - a. Memantau keadaan kesehatan jemaah haji, terutama jemaah haji risti
 - b. Mendampingi petugas kesehatan Arab Saudi dalam pemeriksaan sertifikat vaksinasi (jika ada)
 - c. Melaporkan keadaan kesehatan jemaah haji ke BPIH Jeddah/Madinah
5. Di hotel Mekah / Madinah dan Puncak Armuzna (Arafah, Muzdalifa dan Mina)
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada jemaah haji yang sakit
 - b. Melakukan pertolongan pertama / darurat jemaah haji
 - c. Kunjungan berkala ke kamar-kamar jemaah untuk memantau kesehatan jemaah haji
 - d. Memberikan penyuluhan kesehatan seperti heatstroke, makanan yang bergizi, minum dan menjaga kondisi kesehatan
 - e. Merujuk jemaah haji ke RSAS jika membutuhkan pertolongan lanjutan
 - f. Mengawasi pelaksanaan pelayanan kesehatan haji

- g. Mendata Jemaah haji yang sakit yang akan disafari wukufkan
 - h. Meningkatkan pemantauan dan penyuluhan kesehatan jemaah haji pada puncak armusna
6. Di pesawat dan debarkasi (pemulangan)
- a. Memantau kesehatan jemaah haji terutama yang risti
 - b. Memberi pengobatan kepada jemaah haji yang sakit
 - c. Mencatat jemaah haji yang sakit pada formular pengamatan penyakit di pesawat untuk diserahkan (laporan penerbangan) dan melaporkan
 - d. Merujuk jemaah haji sakit ke poklinik debarkasi

Pelayanan Kesehatan yang diberikan Selama di Arab Saudi

1. Penanganan Kegawatdaruratan

Pada masa haji dengan jumlah jemaah yang begitu besar khususnya dalam puncak ibadah haji yang dilaksanakan di Mekkah, Arafah, Musdalifah dan Mina (armina) berbagai kondisi gawat darurat dan kejadian luar biasa dapat terjadi. Petugas kesehatan dalam tahapan ini diharapkan mampu melakukan penilaian secara cepat dan tepat, kesiapan dalam menghadapi berbagai macam kondisi gawat darurat dan kejadian luar biasa, kemampuan melakukan pertolongan pertama, tindakan evakuasi jemaah pada lokasi yang aman serta keputusan untuk merujuk jemaah yang tidak dapat ditangani petugas kesehatan memberikan pertolongan sesuai dengan kondisi jemaah yang memerlukan perawatan. Pada kasus-kasus tertentu seperti fraktur yang tidak dapat

ditangani oleh KKHI maka akan dilakukan rujukan ke RSAS untuk mendapatkan penanganan yang lebih lanjut. Konsep Keperawatan dalam Ibadah Haji.

2. Penanganan Rawat Inap

Perawat adalah garda terdepan dalam pelayanan perawatan jemaah haji dimana saat pasien berada di rumah sakit kebutuhan dasar pasien sangat tergantung pada perawat. Ruang perawatan rawat inap KKHI Mekah/ Madina salah satu pelayanan kesehatan dimana jemaah haji harus rawat inap dan membutuhkan perawatan intens. Peran perawat dalam pelayanan rawat inap adalah memenuhi kebutuhan dasar manusia, melakukan assessment secara komprehensif dan kontekstual. Yang mempunyai tujuan agar kualitas hidup jemaah haji meningkat sehingga mempermudah proses penyembuhan.

Perawat sangat mempunyai tempat khusus bagi jemaah haji khususnya pada saat jemaah haji di rawat inap di RSAS komunikasi sangat perlu diperhatikan karena melalui komunikasi jemaah haji dapat merasa aman dan nyaman. Beberapa jemaah yang di rawat di RSAS mekah atau pun Madinah memiliki keterbatasan komunikasi karena hanya bisa berbahasa daerah saja. Hal ini menjadi tantangan perawat untuk dapat memenuhi kebutuhan jemaah haji disamping keterbatasan.

3. Pelayan Ambulance dan Rujukan

Tersedia ambulans standby di berbagai titik strategis, khususnya saat fase puncak haji. Sistem rujukan dilakukan dengan koordinasi antara tim kesehatan haji Indonesia dan rumah sakit Arab Saudi untuk memastikan jemaah mendapatkan pelayanan optimal dan cepat

4. Dukungan psikologis & pelayanan sosial (tergantung fasilitas)

Selain kesehatan fisik, perhatian juga diberikan pada aspek kesehatan mental, seperti dukungan psikologis pada jemaah yang mengalami stres, kecemasan, atau disorientasi selama pelaksanaan ibadah haji.

5. Pemantauan Kesehatan Berkala

Dilakukan monitoring kondisi jemaah, terutama jemaah lansia dan jemaah risiko tinggi, meliputi pemeriksaan tekanan darah, gula darah, suhu tubuh, serta evaluasi kondisi umum secara berkala

6. Pencegahan Infeksi dan Manajemen Lingkungan

selama pelaksanaan ibadah haji, resiko infeksi sangat tinggi kepadatan manusia dan perpindahan yang intens, infeksi saluran pernafasan diare, dan pneumonia menjadi gangguan kesehatan yang paling sering ditemukan. Oleh karena itu, perawat wajib menerapkan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) seperti hand hygiene, penggunaan PD, manajemen limbah medis, serta edukasi kepada pasien dan pendamping terkait etika batuk dan kebersihan diri, implementasi PPI yang konsisten dapat mengurangi penyebaran penyakit infeksi secara signifikan.

Daftar Pustaka

- Alrashdi, M. M., & Al Thobaity, A. (2024). Exploring the experiences, motivations, and skillsets of nurse volunteers during Hajj: Implications for enhancing volunteer programs. *BMC Nursing*, 23, 44
- Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan, Ditjen Tenaga Kesehatan. (2022). *Kurikulum Pelatihan Tenaga Kesehatan Haji Kloter*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mufatun, S., & Anasom, A. (2025). Strategi Manajemen Pelayanan dan Pembinaan Kesehatan Jamaah Haji pada Penyelenggaraan Haji Ramah Lansia Tahun 2024. *Al Qalam: Jurnal Ilmiah Keagamaan dan Kemasyarakatan*, 19(2)
- Novianto, M. R., Wijaya, D., Anggraini, W., Kusuma, Y. I., & Indrawijaya, Y. A. (2020). *Buku panduan pendidikan interprofesi berbasis kesehatan Jamaah Haji (Hajj Pilgrims Health-Based Interprofessional Education)*. Malang: Quantum. ISBN 978-602-5908-22-4
- Pusdiklat Aparatur, Badan PPSDM Kesehatan. (2025). *Modul Petugas Penyelenggara Kesehatan Jemaah Haji (PPKJH)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- WHO. (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Health Emergency and Disaster Risk Management Fact Sheets*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181eng.pdf>
- Zakari, N. M. A., Alhaiti, A., Ousman, M., Abuabab, D. I., Almohesan, A., & Hamadi, H. Y. (2025). Health services in Saudi Arabia during Hajj pilgrimage. *Nursing & Care Open Access Journal*, 11(2), 64–73

Profil Penulis



Ns. Hj. Ika Ariyanti, S.Kep., M.Kep

Penulis adalah seorang praktisi keperawatan mulai tahun 2015 s/d 2022 di RS Umum Martha Friska Multatuli Medan, pada tahun 2023 menjadi tenaga pengajar Program Studi Keperawatan Akademi Keperawatan Kesdam 1/Bukit Barisan Medan. saat menjadi Praktisi penulis bekerja di Ruang Intensive Care Unit (ICU). Penulis mengawali Pendidikan Keperawatan D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kesdam 1/Bukit Barisan Medan lulus tahun 2012, melanjutkan Pendidikan S1 dan Ners di Stikes Deli Husada Delitua, lulus tahun 2015 dan Magister Keperawatan di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Sumatera Utara (USU) dengan konsentrasi Keperawatan Medikal Bedah lulus tahun 2023. Sejak menjadi tenaga pengajar tahun 2023, mata kuliah utama yang diampu penulis adalah Keperawatan Medikal Bedah, Penulis saat ini tercatat sebagai relawan tenaga kesehatan cadangan. juga memiliki sertifikasi keahlian dibidang: Pekerti, Basic Life Support, Cardiac Life Support.

Email Penulis: ikapindad1992@yahoo.com

KEPERAWATAN DIALISIS

Ns. Dwiky Rizal Mahardika, S.Kep
RSUD Genteng Banyuwangi

Pendahuluan

Penyakit ginjal kronis (Chronic Kidney Disease, CKD) merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang sangat signifikan. Menurut pedoman KDIGO terbaru, CKD didefinisikan sebagai kerusakan pada struktur ginjal atau penurunan fungsi ginjal (misalnya laju filtrasi glomerulus menurun) yang berlangsung setidaknya 3 bulan. Beban CKD terus meningkat secara global, terkait dengan penuaan populasi dan prevalensi faktor risiko seperti diabetes dan hipertensi. Ketika CKD mencapai stadium akhir (End-Stage Kidney Disease, ESKD), banyak pasien memerlukan terapi penggantian ginjal (renal replacement therapy) seperti dialisis (hemodialisis atau peritoneal dialisis) atau transplantasi ginjal (*Stevens et al., 2024*).

Dialisis adalah intervensi medis yang menyelamatkan nyawa dengan menggantikan sebagian fungsi ginjal membuang limbah metabolik dan kelebihan cairan dari darah melalui mesin hemodialisa atau melalui rongga peritoneum (*Guerraoui et al., 2025*).

Peran perawat dalam dialisis sangat penting. Perawat dialisis tidak hanya menjalankan prosedur teknis, tetapi juga berfungsi sebagai pendamping pasien dalam pengelolaan gejala (symptom burden), adaptasi psikososial, edukasi perawatan diri, dan keamanan selama terapi. Misalnya, dalam lokakarya internasional

KDIGO tentang peran perawat dalam manajemen gejala pasien dialisis, diidentifikasi bahwa pasien dialisis sering mengalami beban gejala yang tinggi seperti kelelahan (fatigue), gatal (itch), nyeri, kecemasan, gangguan tidur, kram otot, dan penurunan kognisi. Walaupun demikian, praktik pengelolaan gejala oleh perawat belum selalu terstandardisasi dalam perawatan dialisis (Addo et al.,2025).

Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah membaca bab ini, ini hadir sebagai sumber referensi yang menggabungkan aspek klinis, keperawatan, edukatif, dan kebijakan dalam dialisis, dengan fokus khusus pada peran perawat.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah membaca bab ini, pembaca :

- a. Menyajikan landasan ilmiah dan praktis tentang keperawatan dialisis, menggabungkan bukti terkini dan panduan internasional.
- b. Menjadi panduan referensi baik untuk perawat klinis dialisis, perawat baru, instruktur keperawatan, serta pemimpin unit dialisis.
- c. Membantu mengembangkan standar praktik keperawatan dialisis yang berbasis bukti, terutama dalam pengelolaan gejala dan keselamatan pasien.

Definisi Hemodialisa

Hemodialisa adalah suatu bentuk *renal replacement therapy* (RRT) di mana darah pasien dialirkan keluar tubuh melalui sirkuit ekstrakorporeal ke mesin dialisis dan lewat membran semipermeabel (dialyzer) untuk

menghilangkan kelebihan cairan, elektrolit, dan produk limbah metabolik yang biasanya dibuang oleh ginjal. Hemodialisa dapat diberikan sebagai terapi akut (pada gagal ginjal akut) ataupun terapi pemeliharaan kronis (pada gagal ginjal kronis stadium akhir) (*Murdeswar et al., 2023*).

Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal pada pasien gagal ginjal kronik. Proses hemodialisis dapat dilakukan selama dua atau tiga kali dalam seminggu selama tiga sampai lima jam. Efektivitas hemodialisis dapat diketahui berdasarkan nilai Kt/V, nilai URR dan kadar hemoglobin (*Nabila et al., 2020*). Menurut Mardhatillah et al. (2020), hemodialisis dapat meningkatkan kesejahteraan kehidupan pasien penyakit ginjal kronis. Hemodialisis dilakukan dalam jangka waktu yang cukup panjang dan harus dilakukan rutin karena tindakan tersebut hanya menggantikan fungsi ginjal yang sudah menurun sehingga dapat membuat pasien gagal ginjal merasa lebih baik. Pasien penyakit ginjal kronis yang sudah menjalani hemodialisis bukan berarti sembuh tanpa permasalahan. Masalah yang terjadi tidak hanya masalah fisik berupa penurunan fungsi 7 tubuh, namun juga terjadi masalah psikososial dimana salah satunya adalah kecemasan (*Husna et al., 2021*).

Tujuan Hemodialisis

1. Mengeluarkan zat sisa metabolisme. Ginjal yang rusak tidak bisa lagi menyaring limbah nitrogen (seperti urea, kreatinin, dan toksin lainnya). Hemodialisa menggantikan fungsi ini untuk mencegah akumulasi zat berbahaya.
2. Mengontrol kelebihan cairan (ultrafiltrasi). Ginjal juga berperan menjaga keseimbangan cairan tubuh. Melalui hemodialisa, cairan yang berlebih bisa

dikeluarkan agar tidak terjadi edema, hipertensi, atau komplikasi jantung.

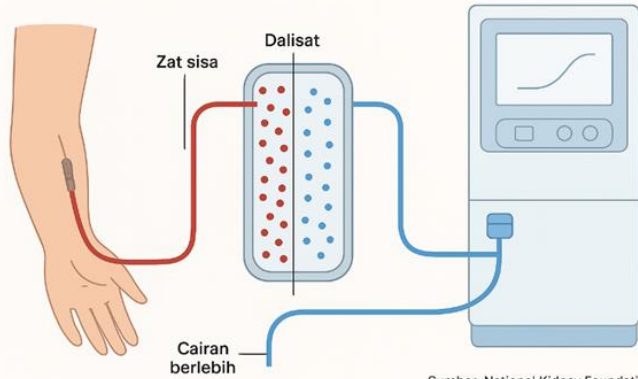
3. Menyeimbangkan elektrolit dan asam-basa tubuh. Hemodialisa membantu mengatur kadar elektrolit seperti kalium, natrium, serta pH darah melalui pertukaran dengan larutan dialisat.
4. Meningkatkan kualitas hidup. Dengan mengontrol racun dan cairan, pasien dialisis dapat mengalami perbaikan dalam gejala (misalnya mual, kelelahan) dan kondisi fisik, sehingga kualitas hidupnya bisa lebih baik.
5. Menjadi terapi pengganti sambil menunggu pengobatan lain. Hemodialisa bisa menjadi jembatan (bridge therapy) — misalnya menunggu transplantasi ginjal atau terapi lain (*Satish, A et al.,2025*).

Konsep Hemodialisa

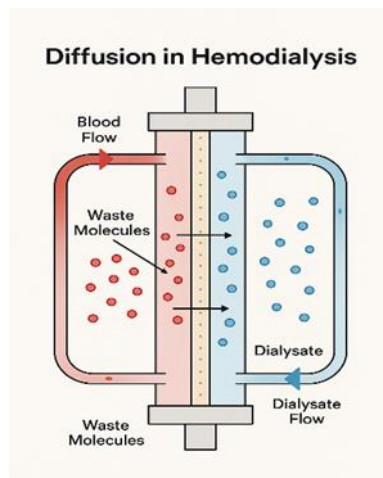
1. Prinsip Hemodialisa

Hemodialisa (cuci darah) bekerja sebagai “ginjal buatan” di luar tubuh untuk membersihkan darah dari limbah metabolik dan mengatur volume cairan. Prinsip fisik-kimia utama dalam hemodialisa adalah:

Prinsip Kerja Hemodialisa



- a. Difusi (Diffusion). Difusi adalah perpindahan molekul dari area dengan konsentrasi tinggi menuju area dengan konsentrasi rendah, melalui membran semipermeabel. Dalam hemodialisa, zat-zat sisa metabolik seperti urea, kreatinin, dan elektrolit berpindah dari darah (konsentrasi tinggi) ke larutan dialisat (konsentrasi lebih rendah). Efisiensi difusi tergantung pada gradient konsentrasi, permeabilitas membran, luas permukaan membran, dan ukuran molekul.



- b. Osmosis. Osmosis adalah perpindahan pelarut (biasanya air) melalui membran semipermeabel dari sisi dengan potensi kimia pelarut lebih rendah (misalnya larutan dialisat) ke sisi dengan potensi pelarut lebih tinggi. Dalam konteks dialisis, osmosis membantu dalam perpindahan air tergantung pada perbedaan osmolaritas antara darah dan dialisat.
 - c. Ultrafiltrasi (Convection / Filtrasi Tekanan). Ultrafiltrasi adalah proses pemindahan air (dan sebagian zat terlarut kecil) melalui membran semipermeabel karena adanya gradien tekanan (biasanya tekanan hidrostatik). Mesin dialisis menciptakan perbedaan tekanan antara sisi darah dan sisi dialisat, sehingga air “dipaksa” melewati membran ke dialisat, membawa sebagian kecil molekul bersama air (konveksi). Nilai koefisien ultrafiltrasi membran (seberapa permeabel membran terhadap air) juga memengaruhi seberapa banyak cairan bisa dikeluarkan.
 - d. Struktur Membran Dialyzer. Dialyzer (alat filter) biasanya berisi membran semipermeabel yang bisa berupa banyak “tabung” (fiber) halus atau lembaran membran. Darah dialirkan pada satu sisi membran, sedangkan dialisat dialirkan pada sisi lain, menciptakan kontak antara darah dan dialisat melalui membran. Membran harus bersifat selektif memungkinkan molekul kecil dan air lewat, tetapi menahan sel darah besar dan protein serum tertentu (*Mohajerani, F et al., 2022*).
2. Cara Kerja Sistem Hemodialisa
- a. Priming / Persiapan

Sebelum dialisis, sirkuit darah dipersiapkan (priming) dengan saline untuk mengeluarkan

udara dan memastikan aliran bebas. Dialisat disiapkan dan dipanaskan, serta dicampur dengan konsentrat elektrolit melalui sistem proporsi.

b. Sirkulasi Darah & Dialisat

Darah pasien dipompa keluar melalui sirkuit darah ke dialyzer. Dialisat berpihak di sisi lain membran dialyzer, umumnya mengalir secara counter-current (arah berlawanan) terhadap aliran darah. Melalui membran semipermeabel, terjadi difusi (zat terlarut seperti urea, kreatinin berpindah dari darah ke dialisat), dan ultrafiltrasi (pengeluaran cairan karena tekanan transmembran). Beberapa mesin juga memungkinkan konveksi/ filtrasi tambahan, tergantung mode terapi (misalnya hemodiafiltrasi).

c. Kontrol Cairan dan Tekanan

Mesin mengatur seberapa banyak cairan (ultrafiltrat) diambil berdasarkan tekanan transmembran yang diprogram. Tekanan darah & dialisat serta aliran dipantau terus agar stabil dan aman.

d. Keamanan & Pemantauan

Selama dialisis, sensor memantau potensi masalah: misalnya adanya udara di aliran balik, tekanan abnormal, kebocoran darah ke dialisat, dan lain-lain. Jika alarm terpicu, mesin menghentikan proses atau mengambil langkah protektif (mis. menghentikan pompa darah).

e. Akhir Sesi (Termination)

Setelah waktu dialisis selesai, sirkuit dibilas (biasanya dengan saline) untuk mengembalikan darah ke tubuh dan membersihkan sisa dialisat

dalam sirkuit. Mesin di-flush, sirkuit darah dan dialisat dibersihkan, dan sistem siap untuk sesi selanjutnya (atau disimpan / disinfeksi sesuai protokol).

Indikasi Pasien Hemodialisa

Indikasi memulai hemodialisa (atau terapi pengganti ginjal / KRT) bukan hanya berdasarkan angka estimasi fungsi ginjal (eGFR), tetapi lebih menekankan pada aspek klinis dan kondisi pasien (*Abdel-Rahman, E et al., 2024*) :

1. Gejala Uremik

Pasien dengan tanda atau gejala uremia (penumpukan toksin ginjal) adalah salah satu indikasi utama untuk memulai dialisis. Gejala ini bisa berupa mual, muntah, penurunan nafsu makan, kelelahan, ensefalopati, atau perikarditis. Karena gejala ini menunjukkan bahwa tubuh tidak lagi mampu mempertahankan homeostasis tanpa bantuan dialisis.

2. Volume Overload (Kelebihan Cairan)

Jika pasien sulit mengendalikan kelebihan cairan (misalnya edema berat, hipertensi yang tidak responsif obat, sesak napas karena beban cairan) → ini adalah indikasi untuk dialisis. Volume overload yang terus-menerus bisa menyebabkan komplikasi kardiovaskular.

3. Ketidakseimbangan Elektrolit / Asam-Basa yang Tidak Terkontrol

Kondisi seperti hiperkalemia berat yang berulang (atau tidak bisa ditangani dengan terapi konservatif) merupakan indikasi. Asidosis metabolik berat yang tidak bisa dikoreksi juga bisa menjadi pertimbangan untuk dialisis. (Ini sering disebut dalam pedoman,

meskipun tidak selalu ada cut-off pasti dalam semua kasus.)

4. Penurunan Status Nutrisi / Malnutrisi

Jika pasien kehilangan berat badan signifikan, memiliki albumin rendah, atau mengalami malnutrisi yang progresif karena penyakit ginjal → ini bisa menunjukkan bahwa ginjal sudah tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolik. Dialisis bisa membantu memperbaiki beban metabolik sehingga asupan nutrisi lebih mudah dipertahankan.

5. Penurunan Fungsi Ginjal (eGFR Rendah)

Meskipun eGFR tetap menjadi parameter penting, penelitian dan pedoman modern menyatakan bahwa memulai dialisis hanya berdasarkan eGFR tidak cukup dan bisa menyesatkan. Studi menunjukkan bahwa memulai dialisis terlalu awal (misalnya eGFR > 10 ml/menit/1,73 m²) tidak selalu memberikan manfaat morbiditas atau mortalitas. Beberapa pedoman (termasuk yang disimpulkan dalam review sistematis) menyarankan bahwa untuk pasien asimtomatik, dialisis bisa ditunda hingga eGFR sangat rendah (misalnya 5–7 ml/menit/1,73 m²), dengan pemantauan klinis yang baik.

6. Status Klinis Lain / Kondisi Khusus

Pasien dengan nyeri kronis, penurunan kualitas hidup, kelelahan berat, atau komplikasi lain terkait ginjal mungkin dipertimbangkan untuk mulai dialisis sebagai bagian dari shared decision-making (keputusan bersama dokter-pasien). Pedoman internasional terbaru juga merekomendasikan pendekatan individual, mempertimbangkan preferensi pasien, gejala, dan keadaan biokimia (*Jia, X et al., 2023*).

Dampak Hemodialisa

Hemodialisa dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup (health-related quality of life, HRQOL) karena pasien sering mengalami kelelahan berat (fatigue), depresi, gangguan sosial, serta keterbatasan fungsi fisik. Sebuah studi terbaru menunjukkan bahwa kelelahan pada pasien hemodialisis sangat tinggi dan berkorelasi dengan skor kualitas hidup yang rendah, terutama di domain fisik dan psikologis. Fatigue ini tidak hanya mengganggu aktivitas harian, tetapi juga telah dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian prematur (Jhamb, M et al.,2011).

Selain itu, akses vaskular (vascular access) yang digunakan untuk dialisis (seperti fistula, graft, atau kateter) memiliki komplikasi yang serius. Infeksi pada akses vaskular merupakan penyebab signifikan morbiditas dan mortalitas pada pasien HD. Tipe akses vaskular juga memengaruhi kelangsungan hidup jangka panjang: misalnya, penggunaan kateter vena sentral (CVC) dikaitkan dengan risiko kematian lebih tinggi dibanding fistula arteriovenosa (AVF). Komplikasi lain pada akses vaskular termasuk trombosis, stenosis, dan disfungsi akses, yang menyebabkan beban rawat inap dan intervensi bedah (Aitken, E et al.,2025).

Dampak kardiovaskular juga sangat nyata: dialisis sendiri dapat memberikan stres pada jantung melalui pergeseran cairan dan elektrolit selama sesi, yang bisa memperburuk penyakit jantung yang sudah ada. Selain itu, komplikasi aritmia, kardiomiopati, dan penyakit iskemik jantung lebih sering terjadi pada populasi hemodialisis, dan menyumbang sebagian besar morbiditas dan mortalitas pada pasien ini (Xu Xx et al.,2024).

Beban psikososial juga cukup besar: akses vaskular memberi pengaruh langsung pada persepsi kualitas hidup pasien. Sebuah penelitian menemukan bahwa masalah

yang dirasakan pasien terkait akses (nyeri, perdarahan, infeksi, ketidaknyamanan) berhubungan negatif dengan skor kualitas hidup (*Sikora, K et al.,2024*). Rasa “tergantungan seumur hidup” pada sesi dialisis rutin juga dapat menyebabkan kecemasan, stres, dan perasaan kehilangan kontrol atas hidup. Akhirnya, karena terapi hemodialisa bersifat jangka panjang, beban fisik dan psikologisnya bersifat kumulatif. Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa komplikasi pasca-dialisis (misalnya hipotensi intradialisis, kram otot, infeksi) berkorelasi dengan penurunan lebih lanjut kualitas hidup (*Elsherbiny, M et al.,2024*).

Daftar Pustaka

- Addo, J. A., & Senoo-Dogbey, V. E. (2025). Exploring Nurses' Supportive Care Practices for Managing the Psychological Needs of CKD Patients in Dialysis Units. *SAGE Open Nursing*.
- Abdel-Rahman, E. M., Hasan, I., Abdelrazeq, A. S., Rawabdeh, A., Liu, M., Ghahramani, N., Sheikh-Hamad, D., Murea, M., Kadambi, P., Ikizler, T. A., & Awad, A. S. (2024). Early Versus Late Initiation of Dialysis in CKD Stage 5: Time for a Consensus. *Kidney international reports*, 10(1), 54–74. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2024.10.001>
- Aitken, E., Anijeet, H., Ashby, D. et al. (2025). UK Kidney Association Clinical Practice Guideline on vascular access for haemodialysis. *BMC Nephrol* 26, 461 <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04374-y>
- Bello, A. K., et al. (2024). Global view on kidney care. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 39 (Supplement 2): ii1–ii10
- Bennett, P., Warren, M., Aydin, Z., Beige, J., Bowes, E., Cheung, M., ... & Tsukamoto, Y. (2025). KDIGO Workshop on the Nurse's Role in Managing the Symptoms of People Receiving Dialysis. *Kidney International Reports*, 10(2), 313–320. DOI: 10.1016/j.ekir.2024.11.029.
- Elsherbiny, M., Almuhan, S., Alathel, R., Alzahrani, Y., Alshathri, F., Hussamuldin, A., Alherz, A., & Abdalla, S. (2024). Quality of Life and Complications Among Hemodialysis Patients. *Cureus*, 16(10), e71086. <https://doi.org/10.7759/cureus.71086>
- Guerraoui, A., et al. (2025). Concordance of Symptoms Perceived by Patients Receiving Hemodialysis and Those Reported by Nurses and Nephrologists. *Clinical Kidney Journal*
- Ghimire, A., Shah, S., Chauhan, U., et al (2024). "Global variations in funding and use of hemodialysis

- accesses: an international report using the ISN Global Kidney Health Atlas.” BMC Nephrology.
- International Society of Nephrology. (2023). ISN Global Kidney Health Atlas 2023. Laporan resmi.
- Jia, X., Tang, X., Li, Y. et al (2023). Update of dialysis initiation timing in end stage kidney disease patients: is it a resolved question? A systematic literature review. BMC Nephrol 24, 162. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03184-4>
- Jhamb, M., Pike, F., Ramer, S., Argyropoulos, C., Steel, J., Dew, M. A., Weisbord, S. D., Weissfeld, L., & Unruh, M. (2011). Impact of fatigue on outcomes in the hemodialysis (HEMO) study. American journal of nephrology, 33(6), 515–523. <https://doi.org/10.1159/000328004>
- Lulumanin, S., & Fahrurodzi, D. S. (2023) “Analisis Determinan Penyakit Gagal Ginjal Kronis di Indonesia...” Jurnal Ilmiah Rekam Medis & Informatika Kesehatan.
- Liang, Z., et al. (2024). Global forecasting of chronic kidney disease mortality rates and numbers with the generalized additive model. BMC Nephrology, 25:286.
- Mohajerani, F., Clark, W. R., Ronco, C., & Narsimhan, V. (2022). Mass Transport in High-Flux Hemodialysis: Application of Engineering Principles to Clinical Prescription. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN, 17(5), 749–756. <https://doi.org/10.2215/CJN.09410721>
- Murdeswar HN, Agarwal A, Anjum F. (2023). Hemodialysis. (Updated 2023 Apr 27). In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025
- Satish, A., Agrohi, J., Rangaswamy, D., Prabhu, R. A., Nagaraju, S. P., Rao, I. R., Bhojaraja, M. V., & Shenoy, S. V. (2025). Dialysis in the Elderly: A Practical Guide for the Clinician. International journal of nephrology, 2025, 9538115. <https://doi.org/10.1155/ijne/9538115>

- Selita Lailatul Rizka, A., & Pasek Kardiwinata, M. (2023). Analisis Kejadian Penyakit Gagal Ginjal Kronis Pada Penderita Diabetes Melitus Di Indonesia : Analisis Data Riset Kesehatan Dasar 2018. ARCHIVE OF COMMUNITY HEALTH, 10(3), 632-644. doi:10.24843/ACH.2023.v10.i03.p21
- Stevens, Paul E. et al . KDIGO 2024. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International, Volume 105, Issue 4, S117 - S314
- Sikora, K., Zwolak, A., Łuczyk, R. J., Wawryniuk, A., & Łuczyk, M. (2024). Vascular Access Perception and Quality of Life of Haemodialysis Patients. Journal of clinical medicine, 13(8), 2425. <https://doi.org/10.3390/jcm13082425>
- Xu XX, Yang NY, Da JJ, Li Q, Yuan J and Zha Y (2024) Epidemiological characteristics, complications of haemodialysis patients with end-stage diabetic nephropathy in a tertiary hospital in Guizhou, China: a cross-sectional survey. Front. Med. 11:1418075. doi: 10.3389/fmed.2024.1418075

Profil Penulis



Ns. Dwiky Rizal Mahardika, S.Kep

Penulis adalah seorang tenaga kesehatan yang berdedikasi dan berpengalaman, saat ini bekerja di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Pengalaman bertahun-tahun bekerja dalam lingkungan yang penuh dinamika membuatnya memiliki pemahaman mendalam tentang penanganan pasien kritis, pengambilan keputusan cepat, serta pentingnya kerja tim yang efektif di unit layanan emergensi. Berinteraksi dengan berbagai kasus kegawatdaruratan setiap hari memberikan perspektif luas tentang kebutuhan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berorientasi pada keselamatan pasien. Ketertarikannya pada dunia keperawatan, khususnya bidang dialisis dan kegawatdaruratan, mendorongnya untuk terus belajar, meneliti, dan mengembangkan pengetahuan yang dapat bermanfaat bagi tenaga kesehatan lainnya. Melalui buku ini, penulis berupaya menyajikan informasi yang sistematis, ilmiah, dan mudah dipahami, agar dapat menjadi sumber rujukan yang dapat membantu mahasiswa keperawatan, perawat, serta praktisi kesehatan dalam memahami konsep dasar hingga praktik klinis.

Dengan latar belakang kerja yang langsung bersentuhan dengan pasien berisiko tinggi, penulis memiliki komitmen kuat untuk berkontribusi dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Penulis percaya bahwa ilmu yang dibagikan dengan tulus akan menjadi amal jariyah dan memberikan manfaat jangka panjang bagi profesi keperawatan dan dunia medis secara keseluruhan.

Email Penulis: dwikyrizalmahardika@gmail.com

KEPERAWATAN NEUROLOGI

Marthilda Suprayitna, S.Kep., Ners., M.Kep
Institut Kesehatan Yarsi Mataram

Pendahuluan

Laporan terbaru World Health Organization (WHO), diperkirakan > 3 miliar orang di seluruh dunia pada 2021 hidup dengan kondisi neurologis (WHO, 2024). Kondisi neurologis telah menjadi penyebab utama penyakit dan kecacatan di dunia — menyumbang sebagian besar “*years lived with disability* (YLDs)” dan “*disability-adjusted life years* (DALYs)”. Angka absolut penderita meningkat seiring pertambahan populasi dan penuaan — menunjukkan bahwa beban neurologis bukan sekedar masalah individual tetapi masalah kesehatan masyarakat global (WHO, 2024). Beban penyakit neurologis memberikan “biaya kesehatan & sosial” besar — banyak pasien memerlukan perawatan jangka panjang, rehabilitasi, pengawasan, serta dukungan keluarga.

Sistem saraf manusia (otak, sumsum tulang belakang, saraf tepi, sistem sensorik-motorik, sistem otonom) bersifat sangat kompleks, mengatur berbagai fungsi vital: motorik, sensorik, kognisi, refleks, koordinasi, kontrol otonom. Kerusakan di bagian mana pun bisa menghasilkan gejala yang sangat beragam dan kadang subtil (Harapap & Marlisa, 2025). Gangguan neurologis bisa datang acak, akut (misal stroke, cedera kepala) maupun kronis (neurodegeneratif, neuropati, demensia) dengan dinamika yang berbeda. Hal ini membuat

perawatan memerlukan penilaian, monitoring, dan intervensi yang terus menerus dan disesuaikan (Ramli, 2024). Keterbatasan dalam diagnosis (terkadang gejala tidak khas, variasi klinis) memerlukan keahlian perawat neurology untuk melakukan *neuro-assessment*, deteksi dini, pemantauan fungsional, serta kolaborasi multidisipliner untuk mendukung diagnosis dan perawatan.

Banyak kondisi neurologis memerlukan asuhan intensif di fase akut (misalnya stroke, cedera otak, kelainan saraf), pemantauan neuromonitoring, serta intervensi suportif & preventif (misalnya mencegah komplikasi, menjaga jalan napas, mobilisasi, perawatan kulit, rehabilitasi) (Ramli, 2024). Setelah fase akut banyak pasien membutuhkan rehabilitasi, dukungan jangka panjang, dan asuhan holistik: fisioterapi, terapi okupasi, perawatan ADL, edukasi pasien & keluarga, adaptasi lingkungan, dan pengawasan berkelanjutan. Tanpa perawat neurology yang kompeten, banyak aspek ini sulit terkelola. Karena kurangnya tenaga spesialis (dokter, ahli neurologi), terutama di negara dengan sumber daya terbatas, perawat neurologi bisa menjadi garda depan dalam memberikan asuhan, deteksi dini, pemantauan, serta bridging antara pasien, keluarga, dokter, rehabilitasi (WHO, 2025).

Definisi Keperawatan Neurologi

Keperawatan neurologi atau sering disebut *neuroscience nursing* adalah spesialisasi keperawatan yang menyediakan asuhan keperawatan bagi klien dengan gangguan sistem saraf pusat maupun perifer – termasuk kondisi seperti stroke, cedera otak/ medula, kejang/ epilepsi, tumor otak, penyakit neurodegeneratif, *traumatic brain injury*, dan lain-lain (Teixeira, 2024). Keperawatan ini tidak hanya menangani aspek fisik (motorik, sensorik, vital), tetapi juga aspek kognitif, psikososial, edukasi

pasien & keluarga, rehabilitasi, dan dukungan kontinuitas perawatan (Teixeira, 2024). Dengan meningkatnya kompleksitas kasus neurologis dan kebutuhan untuk perawatan berkelanjutan, keperawatan neurologi menjadi salah satu pilar penting dalam sistem kesehatan modern (Stievano et al., 2024).

Peran Perawat Neurologi

1. Kompetensi inti perawat *neuroscience*: termasuk komunikasi, empati, fleksibilitas, refleksi klinis, serta kemampuan membangun hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga, perawatan yang dipersonalisasi, dan kontinuitas perawatan (Stievano et al., 2024).
2. Perawat *neuroscience* diharapkan mampu melakukan pengkajian neurologis yang akurat dan mendalam, termasuk pemeriksaan status neurologis, kesadaran, fungsi kognitif, motorik, sensorik, serta monitoring neuro-fisikologi (neuro-monitoring) jika tersedia (Ibrahim et al., 2025).
3. Dalam konteks perawatan kritis (*neuro-critical care*), perawat harus mampu memantau parameter neurofisiologis, memberikan intervensi keperawatan, mengelola lingkungan (lighting, noise, posisi), serta mendukung stabilitas dan pencegahan komplikasi.
4. Selain keterampilan klinis, peran edukasi dan advokasi sangat penting membantu pasien & keluarga memahami kondisi, rehabilitasi, adaptasi, dan perawatan jangka panjang (Teixeira, 2024).

Fokus dalam Proses Keperawatan Neurologi

1. Pengkajian

Pengkajian neurologis lengkap: kesadaran, GCS/ *neurologic check*, fungsi kognitif, saraf kranial, status motorik & sensorik, refleks, *vital sign*, neuro-monitoring bila ada, dokumentasi baseline (Ibrahim et al., 2025).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa spesifik neurologis – seperti risiko peningkatan tekanan intrakranial, gangguan mobilitas, gangguan komunikasi, risiko cedera, gangguan perfusi serebral, gangguan integritas kulit, ketidakefektifan pola napas, kebutuhan edukasi, dan sebagainya. Berdasarkan hasil pengkajian neurologis.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan intervensi keperawatan yang sesuai: stabilisasi neurofisiologis, pemantauan neuro secara berkala, manajemen lingkungan, mobilisasi dan rehabilitasi, edukasi pasien dan keluarga, pencegahan komplikasi, perawatan suportif dan emosional. Studi literatur menunjukkan intervensi seperti mengelola parameter neuro, lingkungan, serta dukungan psikososial sangat penting.

4. Implementasi keperawatan

Melaksanakan intervensi sesuai rencana termasuk neuro-checks, repositioning, monitoring vital/ neuro, kolaborasi multidisipliner (terapi fisik, okupasi, rehabilitasi), edukasi dan komunikasi dengan pasien dan keluarga, mendokumentasikan perubahan dan respons.

5. Evaluasi keperawatan

Mengevaluasi hasil: perubahan neurologis, respons terhadap intervensi, komplikasi, pemulihan fungsi, kualitas hidup, kebutuhan edukasi lanjutan, rencana perawatan jangka panjang.

Tantangan dan Implikasi Praktis dalam Keperawatan Neurologi

1. Kompleksitas pengkajian neurologis

Pemeriksaan neurologis dianggap sulit oleh sebagian perawat, terutama bagi mereka yang tidak secara khusus dilatih *neuroscience*; ada “gap” antara kebutuhan melakukan pemeriksaan neurologis secara menyeluruh dan tingkat kompetensi saat ini (Ibrahim et al., 2025).

2. Akses terhadap neuromonitoring

Meskipun teknologi neuromonitoring (seperti EEG kontinu, monitoring tekanan intrakranial, pupillometri) telah diidentifikasi sebagai alat penting dalam care setting neurocritical, adopsinya bervariasi kuat antar negara dan fasilitas, terutama di negara dengan sumber daya terbatas.

3. Kebutuhan pelatihan berkelanjutan dan pengembangan kompetensi khusus

Perawat *neuroscience* harus terus memperbarui pengetahuan & keterampilan, serta mengembangkan kemampuan refleksi, komunikasi, dan adaptasi dalam perawatan *neuropatients* yang heterogen (Stievano et al., 2024).

4. Kolaborasi multidisipliner dan *continuity of care*

Perawatan pasien neurologis sering membutuhkan tim berisikan perawat, dokter, fisioterapis, terapis

okupasi, keluarga/pengasuh, sehingga perawat harus mampu berkoordinasi dan mendukung transisi asuhan (Teixeira, 2024).

Rekomendasi Implementasi dan Pengembangan Keperawatan Neurologi

1. Pendidikan dan pelatihan khusus *neuroscience nursing*

Misalnya *course*, *workshop*, magang di unit *neuro/neuro-intensive care*. Contoh: kursus “*neurocritical nursing*” seperti yang dikembangkan di beberapa institusi (Anonim, 2024).

2. Standar operasional dan panduan keperawatan neurologis.

Rumah sakit/ fasilitas kesehatan perlu mengadopsi pedoman standarisasi pengkajian neurologis dan intervensi keperawatan untuk gangguan neurologis (Anonim, 2025).

3. Kolaborasi multidisipliner

Perawat neurologi harus bekerja bersama dokter, fisioterapis, terapis okupasi, dan keluarga untuk menyediakan perawatan komprehensif dan berkelanjutan.

4. Peningkatan akses neuromonitoring & teknologi pendukung

Jika memungkinkan, fasilitas kesehatan harus menyediakan peralatan neuromonitoring serta pelatihan penggunaannya untuk meningkatkan kualitas pemantauan dan intervensi neurologis.

5. Evaluasi dan penelitian keperawatan neurologi lokal

Lakukan penelitian dan audit praktik keperawatan neurologi untuk menilai outcome, efektivitas

intervensi, dan kebutuhan pelatihan lebih lanjut sehingga bisa mengembangkan bukti lokal.

Konsep Pengkajian Sistem Neurologi

Pengkajian merupakan salah satu urutan/bagian dari proses keperawatan yang sangat menentukan keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan. Tanpa pengkajian yang baik, maka rentetan proses selanjutnya tidak akan akurat, demikian pula pada pasien dengan gangguan persarafan.

Gangguan persarafan dapat berentang dari sederhana sampai yang kompleks. Beberapa gangguan persarafan menyebabkan gangguan/hambatan pada aktifitas hidup sehari-hari bahkan berbahaya.

Komponen utama pengkajian persarafan adalah :

1. Riwayat kesehatan klien secara komprehensif
2. Pemeriksaan fisik yang berhubungan dengan status persarafan
3. Diagnostik test yang berhubungan dengan persarafan baik bersifat spesifik maupun bersifat umum.

Anamnesa

Wawancara berfungsi untuk mengumpulkan data terkait kesehatan pasien. Pengumpulan data ini bisa diperoleh dari pasien maupun dari pihak keluarga pasien. Aspek-aspek yang dikaji antara lain:

1. Riwayat Kesehatan

Tujuan diperolehnya riwayat kesehatan klien adalah menentukan status kesehatan saat ini dan masa lalu dan memperoleh gambaran kapan mulainya penyakit yang diderita saat ini. Riwayat kesehatan ini meliputi: data biografi, keluhan utama dan riwayat penyakit saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat keluarga, riwayat psikososial dan pemeriksaan sistem tubuh.

2. Data Biografi:

Termasuk diantaranya adalah identitas klien, sumber informasi (klien sendiri atau orang terdekat/significant other).

3. Keluhan utama:

Perawat memperoleh gambaran secara detail pada kondisi yang utama dialami klien. Memperoleh informasi tentang perkembangan, tanda-tanda dan gejala-gejala : onset (mulainya), faktor pencetus dan lamanya. Perlu menentukan kapan mulainya gejala tersebut serta perkembangannya.

4. Riwayat kesehatan masa lalu:

Mencakup penyakit yang pernah dialami sebelumnya, penyakit infeksi yang dialami pada masa kanak-kanak, pengobatan, periode perinatal, tumbuh kembang, riwayat keluarga, riwayat psikososial dan pola hidup. Penyakit saraf sering mempengaruhi kemampuan fungsi-fungsi tubuh. Perawat perlu menanyakan perubahan tingkat kesadaran, nyeri kepala, kejang-kejang, pusing, vertigo, gerakan dan postur tubuh.

5. Masalah kesehatan utama dan hospitalisasi:

Berbagai penyakit yang berhubungan dengan perubahan akibat gangguan persarafan misalnya diabetes mellitus, anemia pernisiiosa, kanker, berbagai penyakit infeksi dan hipertensi. Penyakit hati dan ginjal yang menahun akan mengakibatkan gangguan metabolisme misalnya gangguan keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa akan mempengaruhi fungsi mental.

Perawat juga akan memperoleh informasi mengapa klien dirawat di rumah sakit, kecelakaan atau pembedahan sehubungan dengan sistem persarafan seperti trauma kepala, kejang, stroke atau luka akibat kecelakaan.

6. Pengobatan:

Perawat akan memperoleh informasi sehubungan dengan obat-obatan yang diperoleh klien. Banyak obat-obat anti alergi dan pilek yang bisa dikonsumsi dapat mengakibatkan klien mengantuk.

Perawat harus mengkaji obat yang digunakan, jenis obat, efek terapisnya, efek samping yang ditimbulkan dan lamanya digunakan.

7. Riwayat keluarga:

Perawat akan menanyakan pada keluarga sehubungan dengan gangguan persarafan guna menentukan faktor-faktor resiko / genetik yang ada. Misalnya epilepsi, hipertensi, stroke, retardasi mental dan gangguan psikiatri.

8. Riwayat psikososial dan pola hidup:

Perawat mengajukan pertanyaan sehubungan faktor psikososial klien seperti yang berhubungan dengan latar belakang pendidikan, tingkat penampilan dan perubahan kepribadian. Perawat memperoleh informasi tentang aktifitas klien sehari-hari. Juga menanyakan adanya perubahan pola tidur, aktifitas olahraga, hobi dan rekreasi, pekerjaan, stressor yang dialami dan perhatian terhadap kebutuhan seksual.

Pengkajian Neurologik Berdasarkan 11 Pola Fungsi:

1. Health Perception – Health Management
 - a. Apakah klien pernah mengalami gangguan neurologik, terjatuh/trauma, atau pembedahan; termasuk kejang, stroke, trauma kepala, trauma spinal; infeksi, tumor, meningitis atau encephalitis
 - b. Apakah klien pernah mengalami masalah-masalah yang berhubungan dengan kemampuan pergerakan bagian-bagian tubuhnya. Uraikan
 - c. Apakah klien dapat berpikir dengan jelas. Uraikan
 - d. Apakah klien memiliki masalah yang berhubungan dengan penglihatan, pendengaran, pengecap, atau pembauan
 - e. Jika klien menjawab ya dari pertanyaan ini, bagaimana klien melakukan/mengatasi permasalahan tersebut
 - f. Apakah klien pernah melakukan tes diagnostik terkait dengan masalah neurologik, kapan dan untuk apa?
 - g. Apakah klien menjalani pengobatan kejang, sakit kepala, atau gangguan neurologik lainnya, jenis apa dan dosisnya.
 - h. Apakah klien menggunakan tembakau atau minum alkohol, jenisnya apa, seberapa banyak, sudah berapa lama?
2. Nutritional - Metabolic
 - a. Tanyakan tentang kebiasaan makan klien selama 24 jam. Apakah klien makan makanan dari semua golongan makanan atau tidak adakag makanan pantang bagi klien

- b. Apakah klien memiliki kesukaran mengunyah atau menelan
- 3. Elimination
 - a. Apakah klien mengalami perubahan pada kebiasaan B A K atau B A B
 - b. Apakah klien menggunakan laksatif, suppositoria, bantuan enema, jenis apa dan seberapa sering.
 - c. Apakah klien mampu berjalan ke kamar mandi dengan bantuan atau tanpa dibantu. Uraikan kebiasaan rutin klien
- 4. Activity – Exercise
 - a. Jelaskan jenis aktifitas klien selama 24 jam
 - b. Apakah klien memiliki kesulitan terhadap keseimbangan, koordinasi atau berjalan. Apakah klien menggunakan alat bantu jalan
 - c. Apakah klien mengalami kelemahan pada lengan atau kaki
 - d. Apakah klien mampu menggerakkan seluruh bagian tubuhnya
 - e. Jika klien kejang, apakah klien mampu mengidentifikasi faktor pencetusnya. Bagaimana perasaannya setelah kejang
 - f. Apakah klien memiliki pengalaman tremor/gemetar. Dimana bagian mana?
- 5. Sleep-Rest
 - a. Apakah masalah kesehatan ini memiliki pengaruh terhadap kemampuan tidur dan istirahat. Jika demikian, bagaimana ?
 - b. Apakah klien pernah memiliki nyeri yang timbul pada malam hari, Jelaskan

- c. Uraikan tentang tingkat energi. Apakah tidur dan istirahat menyimpan kekuatan dan energy
6. Cognitive-Perceptual
- a. Uraikan tentang pengalaman sakit kepala klien termasuk frekuensi, jenis, lokasi dan faktor pencetusnya
 - b. Pernahkah klien merasakan pingsan atau pusing. Pernahkah klien merasakan berada di ruangan pemintalan
 - c. Apakah klien pernah mengalami perasaan kebas, terbakar atau perasaan geli. Dimana areanya dan kapan
 - d. Apakah klien pernah mengalami masalah visual seperti penglihatan ganda, penglihatan seperti dibatasi embun
 - e. Apakah klien pernah mengalami masalah pendengaran
 - f. Apakah klien mengalami perubahan pada pengecapan dan pembauan
 - g. Apakah klien mengalami kesulitan mengingat
7. Self Perception-Self Concept
- a. Bagaimana masalah neurologik mempengaruhi perasaanmu tentang dirimu
 - b. Bagaimana masalah neurologik mempengaruhi perasaanmu tentang hidupmu
 - c. Bagaimana perasaanmu tentang kelemahan yang mungkin disebabkan dari masalah neurologic

8. Role-Relationship

- a. Adakah riwayat masalah neurologik keluarga seperti alzheimer disease, tumor otak, epilepsi
- b. Apakah klien sulit mengekspresikan dirinya.
- c. Apakah masalah neurologik berpengaruh terhadap perannya dalam keluarganya. Bagaimana
- d. Apakah masalah neurologik berpengaruh terhadap interaksi dengan anggota keluarga yang lain, dengan teman-temannya, pekerjaannya, dan aktifitas sosialnya
- e. Apakah masalah neurologik berpengaruh terhadap kemampuan kerjanya

9. Sexuality-Reproductive

- a. Apakah aktifitas seksual klien mengalami gangguan oleh adanya masalah neurologik
- b. Apakah klien pernah menerima informasi tentang cara lain dalam mengekspresikan aktifitas seksual jika klien mengalami gangguan neurologik
- c. Uraikan bagaimana masalah neurologik membuat klien merasakan dirinya laki-laki atau wanita

10. Coping-Stress

- a. Uraikan apa yang klien lakukan untuk mengatasi stress
- b. Bagaimana gangguan neurologik mempengaruhi cara klien mengatasi stress
- c. Apakah dengan stres yang meningkat semakin memperburuk masalah neurologik
- d. Siapa dan apa yang dapat membantu klien dalam mengatasi stres dengan masalah neurologic

11. Value-Belief

- a. Siapa orang terdekat, praktisi, atau aktifitas apa yang dapat membantu mengatasi stres dengan gangguan neurologik
- b. Apa yang dapat klien lihat yang dapat menjadi sumber kekuatan terbesar saat ini
- c. Apa yang klien rasakan/percayai untuk waktu mendatang dengan gangguan neurologik ini

Pengkajian Fisik

Pemeriksaan fisik sehubungan dengan sistem persarafan untuk mendeteksi gangguan fungsi persarafan. Dengan cara inspeksi, palpasi dan perkusi menggunakan refleksi hammer.

Pemeriksaan pada sistem persarafan secara menyeluruh meliputi: status mental, komunikasi dan bahasa, pengkajian saraf kranial, respon motorik, respon sensorik dan tanda-tanda vital.

Daftar Pustaka

- Anonim. (2024, July 13). 3262-NEUROCRITICAL NURSING Update Pelaksanaan Keperawatan Pada Kegawatan Kasus Neurologi. Kemenkes RI. <https://lms.kemkes.go.id/courses?search=3262-NEUROCRITICAL+NURSING+Update+Pelaksanaan+Keperawatan+Pada+Kegawatan+Kasus+Neurologi>
- Anonim. (2025). Pengamatan Neurologis. The Royal Children's Hospital Melbourne. https://www.rch.org.au/rchcpgh/hospital_clinical_guideline_index/Neurological_Observations/
- Ibrahim, N. M., Qalawa, S. A. A., Mohamed, N. A., & Ibrahim, A. M. (2025). An In-depth analysis of nurses' knowledge, practice, and attitude towards neurological examination and the challenges: "bridging the gap." *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02766-x>
- Harapap, S., & Marlisa. (2025). *Patofisiologi: Dasar Ilmu Penyakit dan Pendekatan Klinis*. BukuLoka.
- Ramli, Y. (2024, November 25). Stem cell: Harapan Baru untuk Penyakit Neurologi. Kemenkes RI. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/3846/stem-cell-harapan-baru-untuk-penyakit-neurologi
- Stievano, A., Caruso, R., Baroni, I., Magon, A., Bonacaro, A., Malfa, E. La, Minari, M., Sala, R. La, Artioli, G., & Cortese, F. (2024). Unveiling the Core Competencies in Neuroscience Nursing Within the Context of Italy: A Qualitative Phenomenological Analysis †. <https://doi.org/10.3390/healthcare>
- Teixeira, L. (2024). Nursing assessment and care for a patient with a neurological disorder. *British Journal of Nursing* Vol 33, 33(5), 252-255. <https://doi.org/10.1177/0269215514534276>
- WHO. (2024, March 14). Over 1 in 3 People Affected by Neurological Conditions, The Leading Cause of Illness and Disability Worldwide. WHO. <https://www.who.int/news/item/14-03-2024-over->

1-in-3-people-affected-by-neurological-conditions--
the-leading-cause-of-illness-and-disability-worldwide

WHO. (2025, October 14). 11 million lives lost each year:
urgent action needed on neurological care. WHO.
[https://www.who.int/news/item/14-10-2025-11-
million-lives-lost-each-year-urgent-action-needed-on-
neurological-care](https://www.who.int/news/item/14-10-2025-11-million-lives-lost-each-year-urgent-action-needed-on-neurological-care)

Profil Penulis



Marthilda Suprayitna, S.Kep., Ners., M.Kep

Marthilda Suprayitna, S.Kep., Ners., M.Kep., lahir di Praya, 29 Maret 1984. Saat ini penulis tinggal di Dusun Baru Desa Sukarara Kecamatan Jonggat Kab. Lombok Tengah. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari D-3 di Akademi Keperawatan Yarsi Mataram, S-1 di STIKES YARSI Mataram (lulus 2012), Pascasarjana di Universitas Muhammadiyah Jakarta (UMJ) dengan Magister Keperawatan (lulus 2017). Aktivitas penulis saat ini mengajar pada jenjang Diploma dan Sarjana Keperawatan di INKES YARSI Mataram. Jalin kerja sama dengan penulis via surel mathildasuprayitna@gmail.com

KEPERAWATAN HOLISTIK DAN KEPERAWATAN KOMPLEMENTER

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Keperawatan Holistik

Keperawatan holistik merupakan pendekatan dalam praktik keperawatan yang memandang manusia sebagai individu yang utuh dan terpadu. Pendekatan ini tidak hanya berfokus pada aspek fisik atau biologis semata, tetapi juga mencakup dimensi psikologis, sosial, dan spiritual klien. Perawat holistik memahami bahwa setiap dimensi tersebut saling berhubungan dan memengaruhi kondisi kesehatan seseorang. Secara umum, keperawatan holistik dapat didefinisikan sebagai pelayanan keperawatan yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan klien secara menyeluruh (bio-psiko-sosio-spiritual) dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah penyakit, mempercepat proses penyembuhan, serta meningkatkan kualitas hidup klien. Dalam praktiknya, perawat tidak hanya berperan sebagai pemberi asuhan fisik, tetapi juga sebagai pendamping, pendidik, dan fasilitator bagi klien dan keluarganya.

Konsep keperawatan holistik berakar dari pemikiran Florence Nightingale yang menekankan pentingnya lingkungan, perhatian, dan hubungan perawat dengan pasien dalam proses penyembuhan. Nightingale memandang pasien sebagai individu yang memiliki kebutuhan fisik, emosional, dan spiritual yang harus

diperhatikan secara bersamaan. Seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, praktik keperawatan pada awalnya lebih menitikberatkan pada pendekatan biomedis yang fokus pada penyakit. Namun, pendekatan ini dinilai belum sepenuhnya mampu menjawab kebutuhan klien secara menyeluruh. Hal tersebut mendorong munculnya kembali paradigma holistik dalam keperawatan, terutama sejak pertengahan abad ke-20, seiring dengan berkembangnya teori keperawatan, psikologi, sosiologi, dan spiritual care. Saat ini, keperawatan holistik semakin diakui sebagai bagian penting dalam pelayanan kesehatan modern. Pendekatan ini diintegrasikan dalam praktik keperawatan berbasis bukti (*evidence based nursing*), pelayanan berpusat pada pasien (*patient centered care*), serta pengembangan terapi komplementer yang aman dan sesuai dengan kompetensi perawat.

Keperawatan holistik adalah pendekatan pelayanan kesehatan komprehensif yang memandang dan merawat pasien sebagai manusia seutuhnya meliputi aspek biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual bukan hanya berfokus pada gejala atau penyakit yang dialami. Keperawatan holistik adalah cara berpikir dan praktik yang menempatkan pasien dalam konteks kehidupan mereka yang utuh, menggunakan landasan filosofis dan teori yang terintegrasi untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan yang optimal. Keperawatan holistik telah menjadi fokus banyak penelitian di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, karena potensinya untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dengan pendekatan yang komprehensif dan integratif. Efek pendekatan keperawatan holistik pada pasien dengan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi. Pasien yang menerima perawatan holistik melaporkan peningkatan signifikan dalam kualitas hidup, penurunan tingkat stres, dan kepuasan yang lebih tinggi terhadap

perawatan yang diterima dibandingkan dengan kelompok kontrol yang menerima perawatan tradisional. Pasien yang menerima intervensi keperawatan holistik menunjukkan peningkatan dalam pengendalian gula darah, kepatuhan terhadap pengobatan, serta kesejahteraan psikologis dan emosional. Penelitian di seluruh dunia dan di Indonesia menunjukkan bahwa keperawatan holistik memiliki banyak manfaat signifikan bagi pasien, termasuk peningkatan kualitas hidup.

Keperawatan holistik bertujuan untuk menyembuhkan seluruh pribadi, yang pada akhirnya menghasilkan luaran pasien yang lebih baik dan kepuasan pasien yang meningkat. Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik yang meliputi biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural. Hal tersebut menjadi prinsip dalam ilmu keperawatan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan terhadap pasien harus memperhatikan semua aspek tersebut. Klien yang dirawat di rumah sakit harus mendapat perhatian penuh dan bukan hanya pada aspek biologis semata akan tetapi juga terhadap aspek-aspek yang lain harus mendapat perhatian yang serius. Perawatan holistik memberikan pemahaman mendalam tentang pasien dan berbagai kebutuhan mereka terhadap perawatan dan memiliki konsekuensi penting dalam sistem perawatan kesehatan dan telah disebut sebagai jantung dari ilmu keperawatan. Perawatan holistik dapat berpengaruh pada kepuasan pasien dengan perawatan kesehatan dan membantu mereka untuk menerima dan mempunyai tanggung jawab diri. Ini juga akan menghasilkan pemahaman yang lebih baik tentang efek penyakit pada respons pasien dan kebutuhan mereka yang sebenarnya. Selama sakit, kebutuhan psikologis, sosial dan budaya yang kompleks mengganggu keseimbangan dan berdampak buruk terhadap kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.

Filosofi keperawatan holistik didasarkan pada pandangan bahwa manusia adalah makhluk yang unik, bernilai, dan memiliki potensi untuk mencapai keseimbangan serta kesehatan optimal. Kesehatan dipandang sebagai kondisi dinamis yang melibatkan keseimbangan antara tubuh, pikiran, emosi, sosial, dan spiritual.

Prinsip-prinsip utama dalam keperawatan holistik meliputi:

1. Keutuhan (*wholeness*): Klien dipandang sebagai satu kesatuan utuh, bukan sekadar kumpulan organ atau gejala penyakit.
2. Individualitas: Setiap klien memiliki kebutuhan, nilai, budaya, dan pengalaman hidup yang berbeda.
3. Hubungan terapeutik: Hubungan saling percaya antara perawat dan klien menjadi dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.
4. Keseimbangan dan harmoni: Asuhan keperawatan bertujuan membantu klien mencapai keseimbangan bio-psiko-sosio-spiritual.
5. Partisipasi aktif klien: Klien dan keluarga dilibatkan secara aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan.

Dimensi Keperawatan Holistik

Keperawatan holistik memandang klien sebagai individu yang utuh, sehingga asuhan keperawatan harus mencakup berbagai dimensi yang saling berkaitan. Dimensi-dimensi ini meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pemenuhan keempat dimensi tersebut diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup klien secara menyeluruh.

1. Dimensi Biologis

Dimensi biologis berkaitan dengan kondisi fisik dan fisiologis klien. Aspek ini mencakup fungsi tubuh, status nutrisi, aktivitas dan istirahat, eliminasi, serta respon tubuh terhadap penyakit dan tindakan medis. Dalam keperawatan holistik, pengkajian biologis tidak hanya berfokus pada gejala penyakit, tetapi juga memperhatikan kemampuan tubuh klien dalam beradaptasi dan mempertahankan keseimbangan. Intervensi keperawatan pada dimensi biologis meliputi pemantauan tanda-tanda vital, pemberian asuhan dasar, manajemen nyeri, pemenuhan kebutuhan nutrisi, serta dukungan terhadap proses penyembuhan. Perawat juga berperan dalam pencegahan komplikasi dan promosi kesehatan melalui edukasi gaya hidup sehat.

2. Dimensi Psikologis

Dimensi psikologis mencakup aspek emosi, perasaan, pikiran, persepsi, serta mekanisme koping klien dalam menghadapi masalah kesehatan. Kondisi psikologis yang tidak seimbang, seperti kecemasan, stres, atau depresi, dapat memengaruhi proses penyembuhan dan kualitas hidup klien. Dalam keperawatan holistik, perawat melakukan pengkajian terhadap respon emosional klien, tingkat stres, serta kemampuan koping yang dimiliki. Intervensi yang dapat dilakukan antara lain komunikasi terapeutik, pemberian dukungan emosional, edukasi, serta membantu klien mengembangkan strategi koping yang adaptif. Hubungan terapeutik yang baik menjadi kunci dalam pemenuhan dimensi psikologis ini.

3. Dimensi Sosial

Dimensi sosial berkaitan dengan hubungan klien dengan keluarga, masyarakat, lingkungan kerja, serta

sistem sosial dan budaya di sekitarnya. Faktor sosial seperti dukungan keluarga, status ekonomi, peran sosial, dan nilai budaya sangat memengaruhi perilaku kesehatan dan kepatuhan klien terhadap perawatan. Perawat holistik perlu memahami latar belakang sosial dan budaya klien agar asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dan dapat diterima. Intervensi pada dimensi sosial meliputi pelibatan keluarga dalam perawatan, kolaborasi dengan tim kesehatan dan sumber daya komunitas, serta advokasi bagi klien untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal.

4. Dimensi Spiritual

Dimensi spiritual berkaitan dengan makna hidup, keyakinan, nilai-nilai, serta hubungan klien dengan Tuhan atau kekuatan yang dianggap lebih tinggi. Aspek spiritual sering kali menjadi sumber kekuatan dan harapan bagi klien, terutama saat menghadapi penyakit kronis, kondisi kritis, atau akhir kehidupan.

Peran perawat dalam keperawatan holistik

Perawat perlu mengidentifikasi kebutuhan spiritual klien tanpa memaksakan keyakinan tertentu. Intervensi dapat berupa memberikan kesempatan kepada klien untuk menjalankan ibadah, mendengarkan keluhan dan harapan klien, serta memfasilitasi dukungan spiritual sesuai dengan kepercayaan yang dianut. Pemenuhan kebutuhan spiritual diharapkan dapat meningkatkan ketenangan batin dan mempercepat proses adaptasi klien terhadap kondisi kesehatannya.

Dalam keperawatan holistik, perawat memiliki peran yang sangat penting karena menjadi tenaga kesehatan yang paling dekat dan paling lama berinteraksi dengan klien. Peran perawat tidak hanya terbatas pada pemberian

tindakan fisik, tetapi juga mencakup pemenuhan kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual klien secara terpadu. Peran-peran tersebut dijalankan berdasarkan kompetensi profesional, etika keperawatan, serta pendekatan yang berpusat pada klien.

1. Perawat sebagai Caregiver

Sebagai caregiver, perawat memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan memperhatikan seluruh dimensi bio-psiko-sosio-spiritual. Perawat bertanggung jawab dalam melakukan pengkajian komprehensif, melaksanakan intervensi keperawatan, serta mengevaluasi respons klien terhadap asuhan yang diberikan. Dalam peran ini, perawat dituntut untuk bersikap empatik, menghargai martabat klien, dan memberikan perawatan yang aman serta bermutu.

2. Perawat sebagai Educator

Peran perawat sebagai educator diwujudkan melalui pemberian pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarganya. Edukasi yang diberikan meliputi pemahaman tentang penyakit, tindakan perawatan, pencegahan komplikasi, serta penerapan gaya hidup sehat. Dalam pendekatan holistik, edukasi tidak hanya bersifat informatif, tetapi juga disesuaikan dengan tingkat pendidikan, budaya, nilai, dan kesiapan klien sehingga dapat meningkatkan kemandirian klien dalam menjaga kesehatannya.

3. Perawat sebagai Counselor

Sebagai counselor, perawat membantu klien dalam mengatasi masalah psikologis dan emosional yang muncul akibat kondisi kesehatan yang dialami. Perawat memberikan dukungan emosional, membantu klien mengekspresikan perasaan, serta

memfasilitasi pengembangan mekanisme coping yang adaptif. Hubungan terapeutik yang dibangun dengan komunikasi efektif dan empati menjadi dasar keberhasilan peran perawat sebagai counselor.

4. Perawat sebagai Advocate

Perawat juga berperan sebagai advocate atau pembela kepentingan klien. Dalam peran ini, perawat membantu memastikan bahwa hak-hak klien terpenuhi, termasuk hak untuk memperoleh informasi, membuat keputusan terkait perawatan, serta mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil dan aman. Perawat bertindak sebagai penghubung antara klien, keluarga, dan tim kesehatan dalam menyampaikan kebutuhan dan keinginan klien.

5. Perawat sebagai Kolaborator

Keperawatan holistik menuntut adanya kerja sama yang baik antarprofesi kesehatan. Perawat berperan sebagai kolaborator dengan dokter, tenaga kesehatan lain, serta pihak terkait untuk memberikan asuhan yang terintegrasi dan berkesinambungan. Kolaborasi ini bertujuan untuk mengoptimalkan hasil perawatan dan memenuhi kebutuhan klien secara menyeluruh.

6. Perawat sebagai Role Model Profesional

Dalam praktik keperawatan holistik, perawat juga berperan sebagai role model profesional dengan menunjukkan sikap, perilaku, dan nilai-nilai profesionalisme. Perawat diharapkan mampu menerapkan etika keperawatan, meningkatkan kompetensi diri secara berkelanjutan, serta mengintegrasikan praktik berbasis bukti dalam pelayanan keperawatan.

Berpikir kritis/Critical Thinking dalam keperawatan menjadi aspek penting dalam asuhan keperawatan pada pasien. Perawatan pasien yang komprehensif atau holistik mempertimbangkan kebutuhan fisik, emosional, sosial, mental, dan spiritual pasien, selain bagaimana pasien merespons penyakit dan bagaimana hal itu mempengaruhi kapasitas pasien untuk merawat diri sendiri, kondisi ini membutuhkan kemampuan dalam meningkatkan kemampuan berpikir untuk melakukan asuhan. Berpikir kritis mendorong seseorang terlibat dalam pemikiran yang bijaksana, otonom, logis, dan jernih sambil secara sadar mengevaluasi kualitas proses berpikirnya sendiri. Untuk memenuhi seluruh kebutuhan tubuh, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual pasien, diperlukan pemikiran kritis. Setiap komponen holistik terkait dan terhubung satu sama lain. Memanfaatkan pemikiran kritis dapat membantu mencegah persyaratan yang tidak terpenuhi dalam satu elemen holistik yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan yang lainnya. Berpikir kritis menjadi dasar dalam melaksanakan asuhan keperawatan holistik dengan senantiasa berpegang pada prinsip dari perawatan holistik. Kemampuan mengolah prinsip perawatan tersebut akan membantu perawat mencapai hasil yang diinginkan dalam asuhan keperawatan.

Berpikir kritis dalam keperawatan holistik adalah proses kognitif yang mendalam dan objektif untuk menganalisis, mengevaluasi, dan mengambil keputusan berbasis bukti, yang mengintegrasikan aspek fisik, emosional, mental, dan spiritual pasien untuk memberikan perawatan yang komprehensif, aman, dan berpusat pada individu, mengatasi tantangan kompleks di lingkungan kesehatan modern. Ini melibatkan pengumpulan data,

identifikasi masalah, penalaran logis, dan refleksi untuk menemukan solusi inovatif yang melampaui pendekatan tradisional.

Komponen Kunci Berpikir Kritis dalam Keperawatan Holistik

- a. Analisis & Sintesis: Memecah informasi rumit menjadi bagian-bagian kecil dan menggabungkannya untuk memahami gambaran utuh kondisi pasien.
- b. Evaluasi & Inferensi: Menilai keandalan informasi dan menarik kesimpulan yang logis berdasarkan bukti dan pengalaman.
- c. Refleksi: Menganalisis proses berpikir sendiri untuk perbaikan berkelanjutan, memastikan objektivitas dan pemahaman yang lebih dalam.
- d. Penanya & Penyelidik: Mengajukan pertanyaan mendalam untuk menggali informasi lebih lanjut dan menantang asumsi.
- e. Penerapan & Pemecahan Masalah: Menggunakan pengetahuan dan penalaran untuk merancang dan menerapkan intervensi yang efektif dan kreatif.

Pentingnya Keperawatan Holistik:

- a. Perawatan Berpusat Pasien: Memungkinkan perawat melihat pasien sebagai pribadi utuh, bukan sekadar diagnosis atau penyakit.
- b. Keputusan Berbasis Bukti: Menjamin keputusan didasarkan pada teori, penelitian, dan bukti klinis terbaik.

- c. Keamanan & Efektivitas: Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan dengan mengidentifikasi potensi risiko dan solusi optimal.
- d. Menghadapi Perubahan: Membantu perawat beradaptasi dengan cepatnya perubahan teknologi dan prosedur dalam dunia kesehatan.
- e. Solusi Kreatif: Mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap pasien, bahkan ketika metode standar tidak cukup

Penerapan Praktis keperawatan holistik :

- a. Mengumpulkan data tidak hanya dari gejala fisik, tetapi juga dari riwayat, keyakinan, dan dukungan sosial pasien.
- b. Menilai informasi secara kritis (fakta vs. opini, asumsi) dan memeriksa bias pribadi.
- c. Merumuskan diagnosis keperawatan yang mencakup dimensi bio-psiko-sosial-spiritual.
- d. Merancang rencana perawatan yang komprehensif, melibatkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan.
- e. Mengevaluasi hasil intervensi dan merefleksikan pembelajaran untuk kasus serupa di masa depan.

Keperawatan Komplementer

Perkembangan pelayanan kesehatan modern menunjukkan meningkatnya minat masyarakat terhadap terapi komplementer sebagai pendamping pengobatan medis. Klien tidak hanya mengharapkan kesembuhan secara fisik, tetapi juga kenyamanan, ketenangan, dan

keseimbangan hidup. Kondisi ini menuntut perawat untuk memiliki pemahaman dan kompetensi dalam keperawatan komplementer sebagai bagian dari pendekatan holistik. Keperawatan komplementer hadir sebagai respons terhadap kebutuhan klien akan pelayanan kesehatan yang lebih manusiawi dan berpusat pada klien. Pendekatan ini tidak menggantikan terapi medis, tetapi melengkapinya untuk mencapai hasil asuhan keperawatan yang optimal. Keperawatan komplementer adalah praktik keperawatan yang memanfaatkan terapi komplementer sebagai intervensi pendukung dalam asuhan keperawatan. Terapi komplementer didefinisikan sebagai metode perawatan nonkonvensional yang digunakan bersama dengan pengobatan medis untuk meningkatkan kesejahteraan klien. Dalam konteks keperawatan, terapi komplementer digunakan secara bertanggung jawab, sesuai kompetensi perawat, dan berdasarkan kebutuhan serta preferensi klien. Pendekatan ini menekankan hubungan terapeutik, keterlibatan aktif klien, serta pemenuhan kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual.

Konsep keperawatan komplementer adalah pendekatan perawatan yang menggabungkan terapi non-konvensional (seperti meditasi, pijat, aromaterapi, atau musik) sebagai pelengkap pengobatan medis konvensional untuk mendukung penyembuhan holistik, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan mengaktifkan mekanisme penyembuhan alami tubuh, fokus pada pasien secara keseluruhan (pikiran, tubuh, jiwa), bukan sebagai pengganti perawatan utama. Perawat berperan penting dalam mengintegrasikan terapi ini untuk manajemen stres, nyeri, dan gejala lain.

Filosofi keperawatan komplementer berlandaskan pada pandangan bahwa tubuh memiliki kemampuan alami untuk menyembuhkan diri. Perawat berperan sebagai

fasilitator yang membantu mengoptimalkan potensi penyembuhan tersebut.

Prinsip utama keperawatan komplementer meliputi:

1. Pendekatan holistik terhadap klien
2. Berpusat pada klien (*client centered care*)
3. Keamanan dan etika praktik
4. Praktik berbasis bukti (*evidence based practice*)
5. Penghargaan terhadap nilai, budaya, dan keyakinan klien

Jenis-Jenis Terapi Komplementer dalam Keperawatan

Terapi komplementer dalam keperawatan merupakan berbagai metode nonfarmakologis yang digunakan sebagai pendamping terapi medis untuk meningkatkan kenyamanan, kesejahteraan, dan kualitas hidup klien. Pemilihan terapi komplementer harus disesuaikan dengan kondisi klien, kompetensi perawat, serta prinsip keamanan dan praktik berbasis bukti.

1. Terapi Relaksasi

Terapi relaksasi bertujuan membantu klien mencapai keadaan rileks secara fisik dan mental. Teknik relaksasi yang sering digunakan dalam keperawatan antara lain teknik napas dalam, relaksasi otot progresif, dan guided imagery. Terapi ini bermanfaat untuk menurunkan kecemasan, mengurangi stres, menurunkan nyeri, serta meningkatkan kualitas tidur klien.

Dalam praktik keperawatan, terapi relaksasi relatif mudah diterapkan, aman, dan dapat dilakukan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, baik rumah sakit maupun komunitas.

2. Terapi Sentuhan (*Touch Therapy*)

Terapi sentuhan melibatkan penggunaan sentuhan secara terapeutik untuk meningkatkan kenyamanan dan rasa aman klien. Bentuk terapi sentuhan dalam keperawatan meliputi pijat sederhana, sentuhan terapeutik (*therapeutic touch*), dan *healing touch*.

Terapi ini dapat membantu mengurangi nyeri, menurunkan kecemasan, serta meningkatkan hubungan terapeutik antara perawat dan klien. Perawat harus memperhatikan etika, persetujuan klien, dan sensitivitas budaya dalam penerapan terapi sentuhan.

3. Terapi *Mind-Body*

Terapi *mind-body* menekankan hubungan antara pikiran, emosi, dan kondisi fisik klien. Jenis terapi ini meliputi meditasi, *mindfulness*, yoga sederhana, dan teknik konsentrasi. Dalam keperawatan, terapi *mind-body* digunakan untuk membantu klien mengelola stres, meningkatkan kontrol diri, serta memperbaiki keseimbangan emosional. Terapi ini sangat bermanfaat bagi klien dengan penyakit kronis, gangguan kecemasan, maupun kondisi psikosomatik.

4. Terapi Spiritual

Terapi spiritual berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual klien sesuai dengan keyakinan dan nilai yang dianut. Bentuk terapi spiritual dalam keperawatan antara lain memfasilitasi ibadah, doa, membaca kitab suci, atau menghadirkan tokoh agama sesuai permintaan klien. Pemenuhan kebutuhan spiritual dapat memberikan ketenangan batin, meningkatkan harapan, dan membantu klien dalam proses penerimaan terhadap kondisi kesehatannya, terutama pada klien dengan penyakit terminal atau kronis.

5. Terapi Energi

Terapi energi didasarkan pada konsep keseimbangan energi dalam tubuh. Contoh terapi energi yang dikenal dalam keperawatan adalah therapeutic touch dan healing touch. Terapi ini bertujuan menyeimbangkan energi tubuh untuk meningkatkan relaksasi dan kesejahteraan klien. Penerapan terapi energi dalam keperawatan harus dilakukan oleh perawat yang telah mendapatkan pelatihan khusus dan tetap mempertimbangkan aspek *evidence based practice*.

6. Terapi Herbal dan Aromaterapi

Terapi herbal dan aromaterapi kadang digunakan sebagai terapi komplementer untuk meningkatkan kenyamanan dan relaksasi. Dalam konteks keperawatan, perawat tidak berwenang meresepkan obat herbal, namun dapat berperan dalam memberikan edukasi, pemantauan efek, serta memastikan keamanan penggunaan terapi tersebut. Perawat perlu memastikan bahwa penggunaan herbal atau aromaterapi tidak berinteraksi negatif dengan terapi medis yang sedang dijalani klien.

Peran Perawat dalam Keperawatan Komplementer

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam penerapan keperawatan komplementer karena perawat berinteraksi langsung dan berkesinambungan dengan klien. Peran perawat dalam keperawatan komplementer harus dilaksanakan secara profesional, etis, dan sesuai dengan kompetensi serta regulasi yang berlaku. Pendekatan ini bertujuan untuk melengkapi asuhan keperawatan konvensional dan meningkatkan kualitas hidup klien.

1. Perawat sebagai Caregiver

Sebagai caregiver, perawat memberikan asuhan keperawatan komplementer yang aman dan sesuai dengan kebutuhan klien. Perawat melakukan pengkajian menyeluruh untuk menentukan terapi komplementer yang tepat, melaksanakan intervensi seperti teknik relaksasi atau sentuhan terapeutik, serta mengevaluasi respons klien. Dalam peran ini, perawat harus memastikan bahwa terapi komplementer tidak bertentangan dengan terapi medis yang sedang dijalani klien.

2. Perawat sebagai Educator

Perawat berperan sebagai educator dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga mengenai terapi komplementer. Edukasi mencakup manfaat, tujuan, keterbatasan, serta kemungkinan risiko dari terapi komplementer yang digunakan. Melalui edukasi yang tepat, klien diharapkan mampu membuat keputusan yang informasional dan berpartisipasi aktif dalam perawatan kesehatannya.

3. Perawat sebagai Counselor

Dalam peran sebagai counselor, perawat membantu klien mengekspresikan perasaan, harapan, dan kekhawatiran terkait kondisi kesehatan serta pilihan terapi yang dijalani. Perawat memberikan dukungan emosional dan membantu klien memilih terapi komplementer yang sesuai dengan kebutuhan, nilai, dan keyakinannya. Hubungan terapeutik yang baik menjadi dasar keberhasilan peran ini.

4. Perawat sebagai Advocate

Perawat berperan sebagai advocate dengan melindungi hak dan keselamatan klien dalam

penggunaan terapi komplementer. Perawat memastikan bahwa klien memperoleh informasi yang benar, terhindar dari praktik yang tidak aman atau tidak terbukti secara ilmiah, serta mendapatkan pelayanan yang etis dan bertanggung jawab. Perawat juga berperan dalam menyampaikan kebutuhan dan preferensi klien kepada tim kesehatan.

5. Perawat sebagai Kolaborator

Keperawatan komplementer memerlukan kerja sama antarprofesi kesehatan. Perawat berperan sebagai kolaborator dengan dokter, terapis, dan tenaga kesehatan lain dalam merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan yang terintegrasi. Kolaborasi ini penting untuk menjamin kesinambungan perawatan dan keselamatan klien.

6. Perawat sebagai Profesional Berbasis Bukti

Dalam keperawatan komplementer, perawat dituntut untuk mengembangkan kompetensi dan menerapkan praktik berbasis bukti (evidence based practice). Perawat perlu mengikuti pelatihan, memperbarui pengetahuan, serta mengevaluasi hasil terapi komplementer secara ilmiah. Dengan demikian, keperawatan komplementer dapat diterapkan secara aman, efektif, dan dapat dipertanggungjawabkan secara profesional.

Aplikasi keperawatan komplementer dalam praktik merupakan upaya penerapan terapi komplementer secara nyata dan terintegrasi dalam asuhan keperawatan. Penerapan ini dilakukan sebagai pendamping terapi medis, dengan tujuan meningkatkan kenyamanan, kesejahteraan, dan kualitas hidup klien. Dalam pelaksanaannya, perawat harus memperhatikan aspek keselamatan, etika, kompetensi profesional, serta persetujuan klien

a. Aplikasi di Rumah Sakit

Di rumah sakit, keperawatan komplementer dapat diterapkan pada klien dengan kondisi akut maupun kronis. Perawat mengintegrasikan terapi komplementer ke dalam rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil pengkajian komprehensif.

Contoh aplikasi di rumah sakit antara lain penggunaan teknik relaksasi napas dalam dan guided imagery untuk mengurangi kecemasan preoperatif, terapi sentuhan untuk meningkatkan kenyamanan klien pascaoperasi, serta aromaterapi terbatas untuk membantu relaksasi dan kualitas tidur. Terapi komplementer ini dilakukan dengan pemantauan ketat dan tidak menggantikan terapi medis yang sedang dijalani klien.

b. Aplikasi di Pelayanan Kesehatan Komunitas

Dalam pelayanan kesehatan komunitas, keperawatan komplementer berfokus pada upaya promotif dan preventif. Perawat memanfaatkan terapi komplementer sebagai sarana edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam menjaga kesehatan secara mandiri. Aplikasi keperawatan komplementer di komunitas meliputi pelatihan teknik relaksasi untuk mengelola stres, edukasi mindfulness sederhana, serta pendampingan spiritual bagi individu dan keluarga.

Daftar Pustaka

- Dewi, N. L. & Puspawati, N. L. 2022. Perawatan Holistik pada Pasien Kronis. Penerbit NEM
- Dossey, B.M., & Keegan, L. 2016. Holistic Nursing: A Handbook for Practice. 7th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Filej, B., and B. M. Kaucic. 2013. Holistic nursing practice. South East Eur Health Sci J 3
- Giddens J.F, 2015. Concepts for Nursing Practice, Elsevier Health Sciences.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. 2016. Fundamentals of Nursing. 9th ed. St. Louis, MO: Elsevier.
- Purnell, L.D., & Paulanka, B.J. 2018. Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach. F.A. Davis Company.
- Samsualam. 2023. Buku Referensi Keperawatan Holistik.
- Smith, P. 2015. Cultural Competence in Nursing Practice: A Concept Analysis. Dissertation, University of South Carolina
- Sya'diyah, H., et al. 2023. Keperawatan Holistik: Pendekatan Komprehensif dalam Perawatan Pasien. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- West Jr, D. 2018. The 8 Dimensions of Holistic Wellbeing. Author and Creator of the Legacy Pyramid. [Preprint].

Profil Penulis



Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

Lahir di Trenggalek, 30 Desember 1965. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1988 s.d sekarang. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Yogyakarta 1987, Lulus IKIP PGRI Wates Bimbingan Konseling tahun 1994, Lulus S 1 Keperawatan PSIK FK UNPAD Bandung tahun 1997, Lulus S2 Kesehatan Ibu Anak FK UGM tahun 2002 dan Lulus S3 Promosi Kesehatan Pasca Sarjana UNS Surakarta tahun 2018. Menjadi dosen berprestasi terbaik 1 Poltekkes Poltekkes Kemenkes Yogyakarta tahun 2006, dosen berprestasi tingkat Nasional tahun 2006, dosen berprestasi terbaik 1 Poltekkes Kemenkes Yogyakarta tahun 2024 dan dosen berprestasi tingkat nasional Poltekkes kemenkes peringkat harapan 1 Tahun 2024. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi penguji eksternal Disertasi S3 Promosi Kesehatan UNS. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Vaksinator Covid 19, menjadi Yuri Podcast dan Yuri Poster. Menjadi Reviewer Internal Jurnal Caring Jurusan Keperawatan Poltekkes Yogyakarta, menjadi Reviewer Eksternal Jurnal Internasional Health Notion, Jurnal Internasional Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences Terindeks Scopus Q3, Jurnal Internasional Nursing Open, Jurnal Nasional Forikes Poltekkes Surabaya, Jurnal Nasional Surya Medika Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional Health Sciences and Pharmacy Journal Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional. Humanis Journal Of Community Empowerment Stikes Surya Global Yogyakarta, Journal Of Health And Cardiovascular Nursing Poltekkes Jakarta I dan Jurnal Nasional MIKKI Stikes Wira Husada Yogyakarta. Menjadi Reviewer Penelitian Eksternal Nasional, Reviewer Pengabdian Masyarakat nasional, Reviewer internal Penelitian dan reviewer internal pengabdian masyarakat tingkat Poltekkes Yogyakarta. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Afiliasi Reasearch Seameo Recfon. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku Keperawatan. Sudah menulis 83 Chapter Kesehatan

Email: atik.cahyo@yahoo.com

KEPERAWATAN MILITER

Dr. Laurentia Dewi, S.Kep, Ners, M.Kep
RSPAD Gatot Soebroto Puskesad

Pendahuluan

Perawat militer merupakan perawat profesional yang terdaftar di salah satu cabang militer, yang mengabdikan pada negara dengan memberikan perawatan medis kepada anggota militer dan keluarganya. Memiliki keterampilan berpikir kritis dalam situasi bertekanan tinggi, menangani keadaan darurat dengan tindakan cepat dan tegas. Perawat militer modern adalah



perawat karier yang telah memilih untuk mempraktikkan fungsi keperawatan profesional dan sebagai seorang prajurit yg harus mengabdikan pada prinsip-prinsip prajurit. Prinsip utama adalah bekerja saling mendukung, persahabatan, dan kerja tim. Perawat militer mencontohkan ketahanan, kemampuan beradaptasi, dan kasih sayang, untuk memberikan perawatan yang menyelamatkan nyawa, dedikasinya melampaui batas

negara dengan misi kemanusiaan. Komitmen ganda ini merupakan bukti rasa tanggung jawab dalam penyediaan perawatan kesehatan, layanan nasional, dan etos kemanusiaan.

Keterlibatan perawat militer dalam perang, operasi militer, dan misi kemanusiaan memiliki sejarah yang panjang. Perawat militer biasanya bekerja di klinik dan rumah sakit militer setelah memiliki gelar sarjana keperawatan, lisensi perawat terdaftar (RN), dan pelatihan militer, serta bergabung dengan komisi keperawatan militer. Pemerintah di banyak negara lebih memilih untuk mengerahkan kemampuan militer untuk kesehatan global. Perawat militer di seluruh dunia telah dikerahkan bersama tentara mereka untuk memberikan perawatan kesehatan selama konflik atau untuk memberikan bantuan kemanusiaan sebagai respons terhadap bencana, keadaan darurat publik, dan epidemi.

Secara historis, perawat militer sangat diperlukan selama perang, bencana, dan misi perdamaian Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), seperti yang dibuktikan oleh *Florence Nightingale* ketika merawat tentara yang terluka selama Perang Krimea. Perawat militer dikerahkan dalam menanggapi bencana alam atau epidemi untuk menyelamatkan nyawa manusia. Lingkup praktik seorang perawat militer bersifat ganda, yaitu sebagai seorang prajurit dan perawat profesional yang berpraktik dalam lingkungan perawatan kesehatan militer yang fluktuatif dan memenuhi persyaratan operasional militer yang menuntut, yang berbeda dari lingkungan keperawatan perawat sipil. Perawat militer sangat penting dalam menyelamatkan nyawa selama konflik, memberikan pertolongan pertama secara langsung dan menstabilkan cedera kritis, dan memastikan para korban luka menerima perawatan lanjutan.

Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari bab ini, pembaca mampu memahami keperawatan militer sebagai bagian dari keperawatan yang memiliki peran ganda.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari bab ini, pembaca mampu :

- a. Memahami sejarah singkat keperawatan militer
- b. Memahami perbedaan perawat sipil dan perawat militer
- c. Memahami peran dan tanggung jawab perawat militer
- d. Memahami standar kompetensi perawat militer
- e. Memahami kendala yang dihadapi perawat militer

Sejarah Singkat Keperawatan Militer

Secara historis, Perang Krimea sangat memengaruhi Perkembangan keperawatan pada tahun 1850-an Perawat terus merawat tentara yang terluka, mengobati penyakit baru seperti penyakit kaki parit dan infeksi. Zaman *Florence Nightingale* (1820 – 1910) praktik keperawatan di bawah rezim permusuhan, dekat medan perang, secara resmi dilakukan oleh laki-laki. Keterlibatan perawat Perempuan yang terlatih dengan baik terjadi selama perang Krimea tahun 1854 – 1856.

Sejarah keperawatan militer di Yunani adalah kisah gemilang tentang kepedulian dan pengabdian terhadap cita-cita nasional dalam keadaan yang kurang menguntungkan, serta memiliki prospek menjanjikan untuk masa depan. Diinisiasi oleh *Florence Nightingale* pada tahun 1860 yang telah mendirikan Sekolah Keperawatan di Rumah Sakit Saint Thomas di London.

Kemudian pada tahun 1861 Direktorat Pelayanan Kesehatan Angkatan Darat Yunani, mendirikan Sekolah Keperawatan dengan tujuan mendidik perawat berpengalaman untuk layanan perdamaian dan kampanye. Para prajurit yang berhasil mengikuti sekolah tersebut diberi spesialisasi perawat dan berperan sebagai perawat militer. Sedangkan Sekolah Keperawatan Perwira Militer di Athena didirikan pada tahun 1946.

Florence Nightingale dan *Mary Seacole* adalah pelopor keperawatan militer. Praktik klinik yang sampai dengan saat ini diterapkan adalah isolasi pasien infeksi dengan resistensi antibiotic, menghindari kontaminasi silang, general cleaning, teknik aseptik, ventilasi, dan mekanisme pembuangan limbah, serta hubungan terapeutik perawat dengan pasien. Sedangkan di negara Eropa awal keperawatan militer diinisiasi sukarelawan Palang Merah yang didirikan pada tahun 1864 oleh Henry Dunant. Tahun 1877 Palang Merah Yunani didirikan, dan pada tahun 1911 didirikan Sekolah Perawat, dimana lulusannya memelopori Gerakan kemanusiaan mendukung korban perang Balkan. Banyak perawat Perempuan menjadi sukarelawan. Muncul Putri Alice yang mengorganisir unit keperawatan dalam kampanye militer, dan Anna Papadopoulou dinobatkan sebagai ibu prajurit yang tanpa pamrih menawarkan jasanya sebagai perawat dalam serangkaian konflik militer.

Kelompok perawat sukarelawan Palang Merah Yunani dibentuk pada tahun 1939 dipimpin suster Kalliopi Lyka yang banyak menangani prajurit dengan radang dingin dan amputasi. Pelatihan untuk memperbanyak perawat dilakukan seiring meningkatnya kebutuhan perawatan korban tempur.

Sekolah Perawat Wanita Angkatan Darat didirikan pada tahun 1946, ketika akhir perang dunia ke dua, dengan tujuan melatih perawat untuk layanan keperawatan di rumah sakit militer dan mengisi Korps Perawat Wanita Angkatan Darat. Pada tahun 1984 ditetapkan alokasi perwira perawat pada tiga cabang Angkatan bersenjata.

Selama Perang Dunia II, peran perawat berkembang secara signifikan. Perawat wanita sangat dibutuhkan karena kekurangan yang parah di Korps Keperawatan Angkatan Darat, yang memiliki kurang dari 7.000 perawat. Pada tahun 1941, untuk bergabung, perempuan harus memenuhi persyaratan tertentu, seperti perawat terdaftar dan menjalani pelatihan tambahan di berbagai bidang seperti sanitasi, psikiatri, anestesi, dan kebugaran fisik, serta mempelajari keterampilan penting seperti mendirikan fasilitas medis lapangan. Para perawat bekerja lebih dekat ke garis depan daripada sebelumnya, Hal ini memungkinkan penanganan yang lebih cepat bagi yang terluka, tetapi juga membuat mereka terpapar kondisi yang sulit dalam keadaan darurat, dan kebutuhan improvisasi cepat. Beberapa bahkan membawa senjata api untuk perlindungan atau dilatih sebagai perawat penerbangan dan evakuasi.

Perawat Afrika-Amerika menghadapi berbagai hambatan tetapi pada akhirnya bertugas di semua medan konflik, membuktikan kemampuan mereka dalam kondisi ekstrem. Terlepas dari risiko menjadi tawanan perang, para perawat memprioritaskan penyelamatan nyawa dan pemberian perawatan kritis, menandai evolusi signifikan dalam peran perawat militer selama masa perang

Perbedaan Perawat Militer dengan Perawat Sipil



Keperawatan militer dan keperawatan sipil memiliki banyak kesamaan yang ditentukan oleh tujuan bersama untuk memberikan perawatan keperawatan kepada pasien dan untuk meningkatkan kesehatan. Namun, perbedaan antara keduanya adalah misi keperawatan militer yang memberikan pelayanan keperawatan dan kepemimpinan baik di masa damai maupun selama operasi darurat. Perawat militer dituntut untuk bekerja di dunia perawatan kesehatan yang dinamis dan untuk memenuhi persyaratan operasional militer.

Konteks keperawatan militer ditentukan oleh kondisi kerja yang berbeda karena perawat militer dapat bekerja di klinik militer, rumah sakit pangkalan militer, tenda, ambulans, pesawat terbang, kapal, atau bersama pasukan yang dikerahkan. Transisi dari perawat senior ke manajer perawat mungkin terjadi selama penugasan karena pangkat militer atau pengalaman klinis, menunjukkan pentingnya perwira perawat militer yang dibina untuk menjadi manajer dari tingkat unit hingga tingkat strategis.

Perawat militer sama seperti perawat sipil dalam memberikan perawatan langsung kepada pasien, mengevaluasi pasien, memelihara rekam medis, memberikan pengobatan, dan berkolaborasi dengan profesional perawatan kesehatan lainnya. Perbedaan antara keperawatan militer dan sipil terletak pada lingkungan kerja. Perawat militer dapat bekerja di lingkungan yang beragam dan menantang, termasuk zona pertempuran aktif, daerah bencana, atau rumah sakit militer. Lingkungan ini sering kali melibatkan kasus darurat dan trauma, seperti luka tembak, kehilangan darah, atau cedera anggota tubuh, yang memerlukan triase dan perawatan kritis dalam kondisi tekanan tinggi. Pekerjaan ini bisa menuntut secara fisik dan emosional, terutama saat memberikan layanan perawatan segera kepada tentara di garis depan.

Perawat militer menjalankan peran ganda yaitu mengerjakan peran rutin sehari – hari sebagai perawat profesional dan berpartisipasi dalam misi perawatan kesehatan militer yang membutuhkan lebih banyak kompetensi, terutama dalam situasi pertempuran. Kompetensi klinis tetap harus dijaga demikian juga dengan ketrampilan prajurit yang mumpuni, dan diharapkan maju dalam kepemimpinan di seluruh jenjang karier.

Dibandingkan dengan perawat sipil , dualism peran perawat militer menunjukkan perbedaan dalam lingkungan kerja, nilai – nilai kerja, misi, dan pendidikan mereka yang dapat mempengaruhi perkembangan identitas diri. Ketika beralih dari pekerjaan rutin di rumah sakit ke lingkungan yang tidak pasti dan dari lingkungan penugasan ke pekerjaan rumah tangga informal, sering mengalami tantangan secara profesional, fisik, mental, dan pribadi.

Identitas diri perawat militer bersifat ganda, berhubungan terhadap nilai-nilai profesional keperawatan serta nilai-nilai menjadi seorang perwira militer yang meliputi ketaatan, loyalitas, dan dedikasi. Melalui pelatihan militer, perawat terpisah dari kehidupan sipil dan mengembangkan hubungan yang kuat dengan budaya militer, dengan identitas loyalitas, integritas, keberanian, tekad, dan komitmen terhadap tugas, yang dikembangkan menjadi Perwira militer yang berani dan setia dengan iman yang kuat dan jiwa korsa yang tinggi.

Peran dan Tanggung Jawab Perawat Militer

Peran keperawatan semakin berkembang seiring dengan peningkatan profesionalisme. Perawat secara aktif berpartisipasi dalam pelayanan untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan mengurangi penderitaan sesuai dengan kode etik keperawatan; menunjukkan kemampuan mereka dalam manajemen krisis dan mengambil peran penting dalam pengambilan Keputusan. Perawat memiliki banyak peran dalam kesiapsiagaan dan respons bencana, misalnya, sebagai pemimpin, pendidik, dan peneliti. Perawat mengalami pengembangan pribadi dan profesional sambil menunjukkan kapasitas tim keperawatan. Penugasan merupakan kesempatan yang baik bagi perawat untuk memperluas keterampilan dan memperoleh pengalaman.

Perawat militer memiliki peran yang unik dan penting yang memadukan tuntutan penyediaan layanan kesehatan dengan tanggung jawab yang melekat pada angkatan bersenjata. Seperti halnya dengan perawat profesional lainnya, memiliki peran memberikan pelayanan kesehatan untuk prajurit dan keluarga. Peran utamanya adalah mendukung operasi militer, bertugas di daerah konflik, penanggulangan bencana, dukungan pada misi kemanusiaan, serta peran administrasi dan

manajemen kesehatan. Perawat militer memainkan peran penting dalam memberikan perawatan keperawatan berkualitas untuk memenuhi tuntutan pasien dan persyaratan sistem perawatan kesehatan yang terus berubah.

Perawat militer sering dikerahkan untuk kesehatan global. Dibandingkan dengan perawat sipil, perawat militer memiliki peran ganda berperan sebagai perawat klinis dan personel militer yang memikul beragam tanggung jawab, termasuk memberikan pelayanan keperawatan di rumah sakit dan dikerahkan ke medan perang dan keadaan darurat publik dalam waktu singkat. Selama penugasan, lingkungan kerja seringkali dinamis dan berisiko menimbulkan tantangan bagi perawat militer.

Perawat militer sangat diperlukan selama perang dan misi perdamaian Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Seringkali dibutuhkan untuk menanggapi bencana alam atau epidemi untuk menyelamatkan nyawa, dimana memainkan peran ganda sebagai perwira militer dan perawat. Perawatan medis yang efektif dan strategi evakuasi sangat penting dalam operasi militer. Peran penting pasukan darat dan tenaga medis dalam menstabilkan dan memberikan perawatan berkelanjutan kepada pasien sebelum dipindahkan ke fasilitas tingkat yang lebih tinggi. Perawat militer memberikan dukungan medis, menangani cedera tempur, dan mengoordinasikan transportasi, yang membutuhkan keterampilan komunikasi dan organisasi tingkat lanjut. Tim medis multidisiplin, terkoordinasi dengan baik, dan berlokasi strategis sangat penting untuk meminimalkan angka kematian dan mendukung operasi militer. Strategi-strategi ini menekankan pentingnya pelatihan berkelanjutan, kolaborasi antarprofesional, dan sistem

pendukung yang kuat untuk meningkatkan hasil dalam perawatan trauma di seluruh zona konflik.

Perawat militer juga memainkan peran penting dalam posisi manajemen dan kepemimpinan, seperti komandan kompi, kepala perawat, perwira eksekutif. Karena beragam tanggung jawab yang menunjukkan kompetensi komprehensif, perawat militer harus memenuhi persyaratan untuk memberikan perawatan selama penugasan militer. Lingkup praktik perawat militer tidak hanya mencakup tugas keperawatan rutin tetapi juga misi militer. Konteks keperawatan militer ditandai dengan perawatan yang berpusat pada trauma untuk pasien dari segala usia, serta kondisi yang keras, yang mencakup potensi bahaya fisik dan psikologis. Beban perawat militer meningkat dengan adanya ketidakstabilan lingkungan perawatan kesehatan dan tuntutan operasional yang berat. Perawat militer membutuhkan kompetensi untuk dapat berkembang di lingkungan ini. Pengetahuan dan keterampilan keperawatan militer mencakup perawatan korban pertempuran dan keterampilan militer. Kompetensi budaya, perawatan korban tempur taktis, perawatan di bawah tembakan, perawatan lapangan, dan perawatan evakuasi taktis, perawatan kesehatan di rumah sakit lapangan.

Persiapan yang matang memainkan peran penting bagi perawat militer untuk berhasil menyelesaikan tugas mereka. Secara profesional, perawat militer harus menguasai keterampilan keperawatan seperti perawatan darurat, perawatan intensif, perawatan trauma, dan perawatan penyakit menular dalam menanggapi berbagai situasi darurat selama penugasan. Secara fisik, lingkungan yang tidak terkendali, seperti kondisi cuaca ekstrem dan tempat kerja yang tidak pasti, harus dipertimbangkan dalam protokol persiapan. Secara pribadi, dukungan tim dan keluarga diperlukan untuk

mengurangi kecemasan perawat selama penugasan. Secara mental, perawat harus mengakui dan memahami kesulitan misi dan dengan demikian siap menghadapi segala macam tantangan selama penugasan.

Standar Kompetensi

Kompetensi adalah perilaku atau satu set kemampuan profesional yang mengkombinasikan pengetahuan (kognitif), ketrampilan (tehnis dan psikomotor), dan sikap yang terukur melalui pendidikan, mampu berfikir kritis dan analitik, serta memiliki wewenang dalam membuat keputusan sesuai standar, untuk meningkatkan kinerja yang efektif dan aman serta pengembangan profesional. Kompetensi merupakan sifat pribadi atau seperangkat kebiasaan yang mengarah pada kinerja pekerjaan yang lebih efektif atau unggul, dan memiliki lima komponen utama: pengetahuan, keterampilan, konsep diri dan nilai-nilai, sifat, dan motivasi. Pengetahuan dan keterampilan adalah persyaratan mendasar bagi seseorang untuk melakukan tugas atau pekerjaan tertentu. Konsep diri dan nilai-nilai mengacu pada identitas diri, yang mencakup sikap dan citra diri seseorang, sedangkan motivasi adalah inisiator yang mendorong orang untuk melakukan pekerjaan mereka, dan sifat mengacu pada kualitas pribadi.

Kompetensi keperawatan militer mencakup kompetensi keperawatan klinis, kompetensi keperawatan operasional, ketrampilan prajurit bertahan hidup, stress personel. Fisik, psikososial, kepemimpinan, dan dukungan administratif, integrasi serta identifikasi kelompok.

WHO menekankan pentingnya kompetensi seperti komunikasi efektif, kepemimpinan tim interprofesional, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan bersama, berpikir kritis dan resolusi konflik, serta keselamatan individu dan keluarga dengan memberikan

perawatan berbasis bukti. Ketrampilan non-teknis yang dibutuhkan untuk menanggapi krisis meliputi komunikasi interpersonal yang efektif, kemampuan memimpin tim, penyelesaian konflik, fleksibilitas, tanggung jawab, perawatan diri psikologis dan fisik, kolaborasi, dan koordinasi. Pendidikan interprofessional adalah model yang paling efektif untuk mengembangkan kemampuan kerja tim dan kolaborasi antar organisasi dalam sistem perawatan kesehatan yang bermanfaat dalam meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan di seluruh dunia. Pengalaman menunjukkan bahwa investasi kecil dalam koordinasi dan kerja tim, terutama antara militer dan organisasi lain, menghasilkan hasil yang lebih baik dalam manajemen krisis.

Penilaian kompetensi dan pengembangan kemampuan merupakan paradigma dasar keperawatan militer karena perawat militer dituntut untuk mempertahankan tingkat keahlian klinis dan kemampuan terkini yang tinggi untuk penugasan mendadak dalam misi kesehatan global. Selama penugasan, lingkungan kerja seringkali dinamis dan menuntut, dan ini menimbulkan tantangan bagi perawat militer. Perawat militer dituntut untuk mempertahankan tingkat keahlian klinis dan kemampuan terkini yang tinggi untuk penugasan mendadak dalam misi kesehatan global, penilaian kompetensi dan pengembangan kemampuan merupakan paradigma dasar keperawatan militer.

Standar kompetensi telah dirumuskan berdasarkan sebuah penelitian dan mengadopsi kerangka kompetensi NCS (Nurse Competency Scale); SECC (Self Evaluated Core Competencies); CIRN (Copetence Inventory for Registered Nurse, sebagai berikut:

1. Pengetahuan dan keterampilan perawat klinik
 - a. Pengetahuan dan ketrampilan dasar keperawatan

- 1) Prosedur keperawatan
- 2) Pengetahuan teoritis dasar keperawatan
- 3) Ketrampilan keperawatan dasar
- 4) Bantuan hidup dasar
- 5) Peralatan medis
- 6) Observasi dan penilaian fisik
- 7) Pencegahan dan pengendalian infeksi
- 8) Dokumentasi keperawatan
- b. Pengetahuan dan ketrampilan keperawatan spesialis
 - 1) Pengetahuan keperawatan khusus
 - 2) Ketrampilan keperawatan khusus
 - 3) Perawatan kritis
 - 4) Pengetahuan tentang obat – obatan umum dan pengobatan darurat
- c. Peraturan dan keselamatan pasien
 - 1) Peraturan perlindungan keselamatan kerja
 - 2) Penilaian keselamatan pasien dan manajemen risiko
 - 3) Standar kualitas kerja
 - 4) Hukum dan peraturan
2. Pengetahuan dan ketrampilan keperawatan militer
 - a. Perawatan dasar korban pertempuran
 - 1) Identitas dan penilaian korban
 - 2) Ketrampilan dasar keperawatan korban pertempuran
 - 3) Transfusi lapangan dan transfusi darah

- 4) Teknik penusukan dan kerjasama
- b. Perawatan komprehensif bagi korban pertempuran
 - 1) Berbagai jenis perawatan korban pertempuran
 - 2) Berbagai bagian tubuh dalam perawatan korban pertempuran
3. Kemampuan manajemen :
 - a. Perencanaan
 - 1) Kemampuan merumuskan rencana dan melaksanakan rencana
 - 2) Berpikir sistematis
 - b. Pengorganisasian
 - 1) Kemampuan organisasi dan koordinasi
 - 2) Kemampuan kerja tim
 - c. Memimpin
 - 1) Kemampuan melatih orang
 - 2) Peran kepemimpinan yang patut dicontoh
 - d. Pengendalian
 - 1) Kapasitas respon darurat
 - 2) Kesadaran akan kualitas dan keselamatan
4. Kualitas komprehensif
 - a. Kualitas militer
 - 1) Literasi politik
 - 2) Literasi fisik
 - 3) Dasar-dasar militer
 - 4) Bertahan hidup di alam liar

- b. Kualitas professional
 - 1) Identitas professional
 - 2) Rasa tanggungjawab
 - 3) Empathy
 - 4) Kehati-hatian
 - 5) Etiket dan citra professional
- c. Karakteristik kepribadian
 - 1) Penentuan
 - 1) Pengendalian diri dan ketahanan terhadap stress
 - 2) Kemampuan beradaptasi dan adaptasi
 - 3) Kemampuan inovasi
 - 4) Kemampuan eksekusi

Kepemimpinan adalah kompetensi inti bagi semua perawat militer, yang dapat dikembangkan secara bertahap dari tingkat unit hingga tingkat organisasi dan akhirnya ke tingkat strategis. Mereka didorong untuk mengeksplorasi konsep kepemimpinan dalam bidang perawatan kesehatan yang terus berubah. Dengan demikian, kompetensi manajemen perawat militer sedikit berbeda dari perawat sipil karena lingkungan yang beragam yang menyebabkan tekanan fisik dan psikologis. Harapan lain dari seorang manajer perawat militer termasuk memastikan kualitas dan keselamatan pasien dan personel dalam lingkungan kerja yang kompleks dan bertindak sebagai panutan yang memiliki dampak positif pada perawat junior dan mendorong tim untuk mengatasi tantangan.

Bekerja di militer sebagai manajer perawat wajib mempertahankan kinerja yang sangat baik di berbagai lingkungan militer dan perawatan kesehatan. Ketika

manajer perawat militer dikerahkan ke zona pertempuran atau lokasi penyelamatan bencana, harus berpikir cepat dan jelas dalam mengambil keputusan yang menyelamatkan nyawa. Dalam keadaan seperti itu, perlu meluangkan waktu untuk melepaskan tekanan sambil mengurangi stres anggota tim.

Keterampilan berpikir fundamental mengacu pada pelaksanaan visi, demonstrasi pengambilan keputusan berbasis bukti, dan pengembangan standar internal, etika, dan nilai-nilai, sedangkan keterampilan berpikir sistem mencakup pemahaman proses dan tujuan tingkat unit, serta menanggapi masukan yang berbeda untuk memilih praktik klinis terbaik. Penting bagi manajer perawat militer untuk memahami misi dan visi komandan serta mendasarkan tindakan mereka dalam memberikan perawatan yang berpusat pada prajurit dalam nilai-nilai militer dan etika keperawatan. Namun, loyalitas ganda dapat menyebabkan masalah etika, yaitu dilema antara memberikan perawatan keperawatan dan melaksanakan misi militer.

Selain berfokus pada pengembangan pribadi, manajer perawat militer juga harus berupaya dalam perencanaan suksesi, harus memotivasi perawat junior, menemukan potensi staf, dan mempersiapkan diri untuk tingkat kepemimpinan selanjutnya. Disiplin perjalanan pribadi dan perencanaan suksesi merupakan jaminan untuk manajemen tim keperawatan yang stabil dari tingkat unit hingga tingkat strategis. Kompetensi sebagai panutan terjadi ketika seorang manajer perawat militer menjadi panutan dengan berkomitmen pada tugasnya, sehingga mendorong anggota tim intinya untuk melihat bagaimana peran mereka berkontribusi pada efektivitas tim secara keseluruhan. Hal ini mirip dengan tindakan Florence Nightingale yang berhasil memimpin timnya selama Perang Krimea. Manajer perawat militer harus memimpin

dengan memberi contoh dalam memberikan perawatan keperawatan, terutama ketika menghadapi lingkungan kerja yang berbahaya, atau merawat pasien yang terinfeksi dengan menunjukkan tindakan berani dan profesional yang berlandaskan nilai-nilai militer dan etika keperawatan. Hal ini akan membantu para manajer untuk mendapatkan loyalitas dan kepercayaan dari anggota tim mereka, serta memotivasi tim untuk mengorbankan waktu dan energi mereka demi kepentingan orang lain. Ketika manajer perawat militer memimpin dengan memberi contoh, mereka juga harus memiliki keahlian klinis dengan kemampuan klinis yang beragam. Hal ini ditentukan oleh fakta bahwa mereka dihadapkan pada populasi pasien yang luas yang mungkin mengalami cedera parah, syok, patah tulang, atau luka bakar.

Sebagai pemimpin profesional di militer, perawat militer harus memenuhi standar militer seperti loyalitas, disiplin, dan mematuhi perintah atasan tanpa mempedulikan konsekuensinya.

Enam domain kompetensi manajer perawat militer :

1. Clinical expertise

Mencakup pengetahuan klinis, keterampilan klinis, keterampilan penilaian, standar praktik keperawatan, praktik pengendalian infeksi, praktik berbasis bukti, yang memberikan dasar untuk menyelesaikan tugas-tugas kompleks secara bersamaan. Salah satu aspek unik dari keahlian klinis dalam konteks keperawatan militer adalah keragaman klinis. Manajer perawat militer harus memiliki pengetahuan dan keterampilan keperawatan multidisiplin, bukan hanya berfokus pada satu spesialisasi. Keahlian klinis dapat memvalidasi peran kepemimpinan seorang manajer perawat, membantu manajer untuk mendapatkan rasa hormat, dan memengaruhi orang lain

2. Role model

Berikan teladan dan tunjukkan karakter yang baik (dedikasi, kepercayaan diri, integritas, loyalitas, semangat kerja, tanggung jawab sosial). Seorang pemimpin perawat diharapkan menjadi panutan bagi stafnya dalam memperlakukan pasien, anggota keluarga, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya dengan cara yang baik dan penuh perhatian. Istilah 'panutan' mengacu pada kepemimpinan melalui teladan dan menunjukkan karakter yang baik. Kepemimpinan melalui teladan mengharuskan manajer perawat militer untuk menunjukkan praktik keperawatan yang baik setiap saat, terutama ketika merawat pasien dengan banyak luka serius di lingkungan yang sulit. Tindakan mereka harus didasarkan pada nilai-nilai militer dan etika profesional dengan menunjukkan karakter yang baik seperti dedikasi, kepercayaan diri, integritas, loyalitas, semangat kerja, dan tanggung jawab sosial

3. Leadership competencies

Keterampilan berpikir dasar, disiplin perjalanan pribadi, kemampuan menggunakan pemikiran sistem, perencanaan suksesi, manajemen perubahan, dan manajemen stres. Kepemimpinan melibatkan mempengaruhi semua tingkatan personel untuk mencapai tujuan bersama, dan kepemimpinan yang efektif dapat berdampak positif pada hasil perawatan pasien. Manajer perawat militer harus memiliki keterampilan berpikir dasar, disiplin perjalanan pribadi, kemampuan untuk menggunakan pemikiran sistem, perencanaan suksesi, manajemen perubahan, dan manajemen stress. Secara detail, mereka harus memiliki kemampuan untuk memimpin tim, berkolaborasi dengan individu dan organisasi dalam mengembangkan visi, memotivasi orang lain,

membuat keputusan, menyelesaikan konflik, memecahkan masalah, mengelola perubahan dan stres, serta mampu beradaptasi

4. Human competencies

Kompetensi manusia mengacu pada kemampuan untuk bekerja secara efektif dalam kelompok medis dan untuk mengarahkan upaya kerja sama dalam tim. Kompetensi manusia mencakup dua komponen utama:

a. Komunikasi dan keterampilan interpersonal

Komunikasi dan keterampilan interpersonal dapat menumbuhkan lingkungan klinis yang positif bagi pasien dan pertumbuhan profesi serta memfasilitasi kerja tim dan keberhasilan tim. Kompetensi ini terdiri dari keterampilan komunikasi lisan dan tertulis, komunikasi interdisipliner, komunikasi di semua tingkatan, keterampilan interpersonal, membangun tim, dan menjaga lingkungan kerja yang positif. Sangat penting memiliki keterampilan komunikasi dan interpersonal yang baik serta kemampuan mengorganisir untuk memotivasi bawahan dan menetapkan tugas, terutama ketika menghadapi tantangan yang mengancam jiwa saat ditempatkan di zona pertempuran. Misalnya, petugas kesehatan yang bekerja di konflik bersenjata harus mengetahui pentingnya komunikasi internal di antara tim mereka dan juga mempertimbangkan konteks lokal untuk mencegah membahayakan tim. manajer perawat militer harus visioner dan inovatif, serta memiliki kompetensi dalam keterampilan komunikasi, keterampilan interpersonal, pengembangan staf, manajemen personalia, dan pengembangan profesional.

b. Pengorganisasian.

Pengorganisasian adalah kemampuan untuk merencanakan kegiatan dan mengalokasikan sumber daya termasuk manajemen personalia, pengembangan staf, dan pengembangan professional

5. Financial Competencies

Dalam penugasan di lingkungan konflik, manajer perawat militer mungkin diberikan sumber daya yang terbatas; oleh karena itu, manajemen keuangan merupakan kompetensi yang dibutuhkan. Kompetensi keuangan meliputi pengetahuan tentang praktik manajemen bisnis dasar (keuangan, persediaan, dan anggaran), penyusunan rencana bisnis strategis, keterampilan manajemen keuangan, analisis anggaran dan keterampilan manajemen, kemampuan analitis, dan praktik bisnis kedokteran militer. Manajer perawat militer memikul tanggung jawab untuk mengelola sumber daya selama penugasan, terutama di zona tempur, dan mereka perlu dididik dalam manajemen keuangan dengan mempelajari perencanaan keuangan, pemantauan keuangan, pengambilan keputusan keuangan, dan pengendalian keuangan

6. Deployment Competencies

Manajer perawat militer dilatih untuk memenuhi persyaratan operasional militer yang menuntut selama penanggulangan bencana, konflik, dan misi perdamaian. Kompetensi penugasan meliputi manajemen perawatan korban tempur, keterampilan militer, dan kompetensi budaya militer. Manajemen perawatan korban tempur diperlukan dalam merawat pasien trauma yang sangat kompleks seperti korban terorisme kimia, biologi, atau radiologi dan kombatan

yang terluka parah. Kompetensi perawatan korban tempur, keterampilan militer (pengetahuan tentang misi militer dan medan perang, kemampuan untuk berinteraksi sesuai dengan protokol militer, pengetahuan tentang peraturan militer, keterampilan bertahan hidup) dan kompetensi budaya militer. Kompetensi budaya militer mencakup keterampilan yang berkaitan dengan berinteraksi dengan pasien dari latar belakang budaya yang berbeda dan memfasilitasi kerja sama antara tiga angkatan bersenjata dan layanan sipil. Penting bagi manajer perawat militer untuk dapat merawat pasien dari berbagai latar belakang dan belajar bekerja sama dengan anggota dari berbagai institusi selama penugasan. Penting bagi manajer perawat militer untuk mempromosikan praktik keperawatan yang berpusat pada pasien yang efektif di antara konteks lintas budaya

Kendala yang dihadapi Perawat Militer

Dalam peperangan modern, seperti konflik di Irak dan Afghanistan, kemajuan dalam praktik medis dan tenaga medis tempur yang terampil telah meningkatkan tingkat kelangsungan hidup bagi prajurit yang cedera, dimana para prajurit tersebut mewujudkan Kredo Prajurit, menjunjung tinggi nilai-nilai seperti fokus pada misi, ketahanan, dan loyalitas kepada rekan seperjuangan. Sementara Perawat Militer menghadapi tantangan unik dalam menyeimbangkan peran ganda mereka sebagai petugas dan pengasuh, serta peran mereka yang lain. Perawat militer memprioritaskan misi sambil tetap menunjukkan rasa empati terhadap korban luka. Dipandu oleh komitmen terhadap pelayanan dan etos kerja tanpa pamrih, perawat militer menavigasi kompleksitas perang untuk memastikan tentara menerima perawatan terbaik yang mungkin. Latihan

simulasi medis yang terkoordinasi, sosialisasi prosedur standar dan strategi yang konsisten, serta pelatihan dan seminar berkelanjutan tentang taktik perawatan korban tempur terupdate akan meningkatkan kesiapsiagaan dan Kerjasama tim serta respon yang efektif selama konflik.

Lingkungan perawatan kesehatan yang terus berubah dan meningkatnya tuntutan perawatan kesehatan telah memberikan tekanan lebih besar pada perawat di garis depan. Dilaporkan bahwa perawat lebih cenderung mengalami kelelahan dan berhenti bekerja karena tekanan yang intens, beban kerja yang berat, shift kerja yang sering, dan waktu istirahat yang tidak memadai. Dibandingkan dengan perawatan rutin di layanan kesehatan primer atau rumah sakit, konteks keperawatan selama penugasan seperti perang, bantuan kemanusiaan, dan keadaan darurat publik menimbulkan lebih banyak tantangan bagi perawat. Tantangan ini biasanya ditandai dengan lingkungan yang berbahaya, beban kerja yang berat, dan pasien yang parah, sehingga perawat memiliki niat yang lebih tinggi untuk berhenti setelah penugasan.

Perawat militer memainkan peran penting dalam memberikan dukungan medis penting kepada personel yang terluka tetapi menghadapi tantangan seperti stres emosional, masalah logistik, dan sumber daya yang terbatas. Di medan perang, dalam situasi yang intens dan bertekanan tinggi, ada beberapa tantangan yang mungkin dihadapi oleh perawat yang ditugaskan. sambil memberikan intervensi dan implementasi keperawatan, karena mereka perlu berpikir kritis dan dengan cermat mempertimbangkan setiap tindakan yang perlu mereka ambil karena berbagai faktor yang ada.

Lingkungan operasi militer semakin kompleks. Operasi yang beragam mencakup berbagai hal, mulai dari peperangan hingga dukungan terhadap bencana kemanusiaan, termasuk kegiatan kerja sama sipil/

militer, seperti respons darurat global terhadap Covid-19. Masing-masing aktivitas operasional ini dikaitkan dengan berbagai tingkat risiko medis, yang perlu direncanakan dan dimitigasi. Mencapai konsensus tentang bagaimana perawat militer di seluruh dunia mempraktikkan dan menjalankan perannya merupakan tantangan yang berkelanjutan, dan sesuatu yang membutuhkan pemeriksaan lebih dekat terhadap prinsip-prinsip interoperabilitas untuk membantu mengatasinya.

Ketika dikerahkan di daerah bencana atau zona pertempuran, perawat militer memberikan tugas medis dalam lingkungan yang keras. Salah satu tantangan umum yang dihadapi perawat militer selama penugasan adalah beradaptasi dengan lingkungan berbahaya yang mengakibatkan rasa takut akan hal yang tidak diketahui. Perawat militer juga menghadapi dilema etis ketika menghadapi banyak pasien dan kekurangan persediaan. Hal ini semakin diperumit oleh fakta bahwa, terkadang, perwira perawat militer yang kurang berpengalaman selama penugasan diangkat menjadi kepala perawat misi medis karena pangkat militernya. Dalam operasi perang mampu beradaptasi dengan sarana pertolongan medis yang tidak memadai. Mencoba menyesuaikan ketrampilan klinis dengan kondisi dan tekanan mental (kelelahan, stress, kurangnya dukungan social. Menghadapi kendala yang ditimbulkan oleh misi militer (area operasi, keterbatasan sumber daya yang tersedia, pergerakan, jumlah pasien yang besar). Mampu beradaptasi dengan lingkungan lintas budaya yang berubah seperti di perbatasan Uni Eropa.

Sulit bagi perawat militer untuk beradaptasi dengan transisi dari perawatan sipil ke lingkungan yang tidak pasti, sementara reintegrasi dari lingkungan penugasan yang terstruktur ke lingkungan keluarga informal, dan dengan demikian, mereka akan lebih mungkin untuk

bertahan dalam penugasan melalui persiapan yang baik, dukungan, serta pencapaian pertumbuhan profesional dan pribadi. Karena perawat memikul tanggung jawab untuk menyediakan layanan perawatan kesehatan berkualitas dalam keadaan apa pun, kita harus mengeksplorasi bagaimana mempertahankan tim keperawatan yang kompeten, stabil, dan siap sambil mengurangi dampak negatif penugasan pada perawat. Perawat militer dipersiapkan secara memadai untuk tuntutan penugasan. Pendekatan terstruktur dan kolaboratif melalui pendidikan dan pelatihan keperawatan militer dapat mengatasi hambatan yang ada dan memastikan pemberian perawatan berkualitas tinggi dalam lingkungan operasional multinasional yang beragam.

Penutup

Perawat militer sangat membantu dalam perawatan kesehatan terutama ketika terjadi konflik bersenjata yang menimbulkan banyak korban, menjalankan peran ganda dan menuntut sebagai seorang perawat profesional yang mengikuti kode etik dan seorang prajurit yang mengikuti perintah militer dari atasannya. Misi utama perawat militer adalah menjaga moral prajurit tempur untuk memastikan mereka mampu bertempur dan melaksanakan perencanaan operasional.

Perawat militer berada di garis depan dalam menanggapi krisis alam dan buatan manusia dengan korban jiwa. Berhadapan pada situasi yang tidak dapat diprediksi dengan sumber daya perawatan yang terbatas dan pada saat yang sama mengalami tingkat stres psikologis yang tinggi. Diperlukan kompetensi khusus dalam menghadapi krisis yang terjadi, seperti komunikasi yang efektif, pengakuan dan kepercayaan timbal balik profesional, berbagi informasi, penetapan tujuan dan pengambilan

keputusan bersama, tanggung jawab kolektif bersama, resolusi konflik, pemecahan masalah, kepekaan etika, dan kemampuan kepemimpinan. Kesiapan dan respons efektif mereka merupakan faktor penting dalam menentukan jumlah kematian dan kemungkinan cedera dalam peristiwa kritis.

Dari perspektif universal, militer Perawat telah lama terlibat dalam bantuan kemanusiaan, pertempuran, dan operasi militer. Mereka melakukan tugas-tugas seperti triase selama perang atau konflik, menilai tingkat urgensi penanganan luka hingga Prioritaskan perawatan. Selama masa non-konflik, mereka merawat personel militer aktif dan purnawirawan.

Upaya kolaboratif, komunikasi yang efektif, pemahaman bersama, dan tindakan yang terkoordinasi memainkan peran signifikan dalam keberhasilan manajemen dan resolusi konflik. Setiap posisi memiliki keahlian dan keterampilan uniknya masing-masing, memastikan strategi komprehensif untuk mengatasi isu-isu konflik yang kompleks. Pentingnya persiapan strategis dan fleksibilitas dalam mengatasi hambatan logistik, hubungan interpersonal dalam tim, dan mengatasi terbatasnya personel.

Perawat militer akan menghadapi krisis yang dapat diprediksi dan tidak dapat diprediksi di tahun-tahun mendatang. Kemampuan menanggapi krisis ini merupakan penentu terpenting bagi kesehatan dan kualitas hidup. Pendidikan manajemen krisis berbasis pendekatan interprofesional menciptakan pengalaman baru bagi perawat militer dengan menyatukan kelompok profesional yang terlibat dalam krisis melalui interaksi yang konstruktif, dan dengan penekanan pada pembelajaran dari satu sama lain.

Dalam lingkungan penugasan, perawat militer dari berbagai negara diharapkan dapat bekerja sama dengan lancar dan saling berinteraksi. Tim medis yang dikerahkan mungkin terdiri dari personel dari berbagai negara, sehingga komunikasi yang efektif sangat penting dalam konteks memberikan standar perawatan pasien terbaik. Tidak ada ruang untuk kesalahpahaman dalam tim perawatan kesehatan yang dikerahkan. Membangun komunikasi yang jelas merupakan komponen vital dari perawatan pasien yang aman. Pendekatan komunikasi agar kerja sama tim dan kepercayaan dapat berkembang.

Pengembangan kerangka kompetensi yang kuat bagi perawat militer dapat digunakan dalam penilaian kompetensi melalui CBE (Competency-Based-Evaluation) untuk berbagai Tingkat perawat militer berdasarkan lima tingkatan kompetensi Patricia Benner (pemula, pemula Tingkat lanjut, kompeten, mahir, ahli); pengembangan kompetensi untuk meningkatkan kapasitas dan pelatihan kesiapan regular perawat militer, dan perekrutan personel. Tujuannya adalah mendukung pemberian perawatan keperawatan profesional untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit dan memastikan penyelamatan yang cepat dan ilmiah selama penugasan.

Daftar Pustaka

- Brockie, Hughes, Andrew, Stein, Auwera, Jamie, Bonet, Cotman, & Lamb. (2025). Military Nursing-Developing multinational interoperability. *International review of the Armed Forces Medical Services*.
- Daseh & Rababa. (2021). Military nurses perspectives towards research utilization barriers. *Heliyon*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.2021.e08181>
- Huijuan, Chihava, Jingjing, Zhang, Lei, Tan, & Luo. (2020). Competencies of Military Nurse Manager : A Scoping Review and Unifying Framework. *Journal of Nursing Management*. Vol 28, Issue 6 pp 1166-1176. <https://doi.org/10.1111/jonm.13068>
- Huijuan, Cheng, & Tan. (2020). Competency Development for Military Nursing : Developing the competency framework for global health. DOI: <http://doi.org/10.21203/rs.3.rs-468341/v1>.
- Huijuan, Huang, Deng, Zhang, Lu, Yang, & Luo. (2020). Eployment experience of military nurses : A systematic review and qualitative meta-syntesis. *Journal of Nursing Management*. Vol 29. Issue 5 pp.869-877. <http://doi.org/10.1111/jonm.13201>
- Huijuan, Lin, Zhang, Huang, Lu & Luo. (2021). Exploring competencies of military nurses in general hospital in China: a qualitative conten analysis. *BMC Nursing*. <http://doi.org/10.1186/s12912-121-00673-5>.
- Tsirvoulis & Antonakopoulos. (2022). A Brief History of Military Nursing in Greece. *International Journal of Caring Sciences*. Januari – April Vol 17/Issue 1/ Page 575
- Vafadar, Aghaei, & Ebadi. (2021). Military Nurses experiences of interprofessional education in cricis management: Qualitative content analysis. *Journal of Advances in Medical Education & Profesionalism*. *Journal of Advances in Medical Education &*

Professionalism.

DOI:

10.30476/jamp.2021.87653.1317.

Yoon & Lee. (2022). Factor influencing military nurses reporting of patient safety events in South Korea : A Structural equation modeling approach. Asian Nursing Research. <http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/4.0/>

Profil Penulis



Letkol Ckm (K) Dr. Laurentia Dewi, S.Kep, Ners, M.Kep

lahir di Banyuwangi adalah nurse officer yang berkarya di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Alumni D III Keperawatan Depkes RI Yogyakarta, kemudian bergabung dengan Perwira Karier pada 1998. Melanjutkan studi S1 Keperawatan ners di FIK UI pada tahun 2010, dan menyelesaikan pendidikan Manajemen Keperawatan di kampus yang sama pada tahun 2016. Akhir masa studinya adalah program doktoral di FIK UI dengan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Pada awal kariernya berdinasi sebagai perawat jaga IGD dan Instalasi Kamar Operasi di RS AK Gani Palembang, dan sebagai Kepala Bangsal di Rumah Sakit Tk IV 02.07.04 Bandar Lampung. Karier di RSPAD Gatot Soebroto diawali sebagai IPCN selama 10 tahun, kemudian menjabat sebagai Manajer Pemasaran. Pernah menjabat sebagai Direktur Akademi Kebidanan RSPAD Gatot Soebroto dan Kepala Bagian Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Pusat Kesehatan TNI AD. Karier saat ini di bidang keperawatan adalah sebagai Kepala Bagian Keperawatan di RSPAD Gatot Soebroto. Aktif sebagai trainer dan konselor HIV/AIDs, serta bimbingan teknis rumah sakit untuk mempersiapkan akreditasi. Pengalaman bekerjasama dengan US Pacom dalam penanggulangan Mers Cov dan USNS Mercy Hospital Ship dalam upaya recovery tsunami Aceh, Nias, Simelue, Tarakan, dan Kupang. Berpartisipasi aktif sebagai koordinator pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Lapangan penanggulangan Covid-19 di RSPAD Gatot Soebroto, dan penanganan bencana gempa bumi di Yogyakarta dan sekitarnya.

- 1 TREND DAN ISSUE GLOBAL KEPERAWATAN TERKINI
Yoga Kertapati
- 2 KEPERAWATAN DALAM INDUSTRI PARIWISATA DAN PERHOTELAN: KONSEP,
PRAKTIK DAN KESIAPSIAGAAN BENCANA DI ERA MODERN
Nuris Kushayati
- 3 KEPERAWATAN JIWA
Rina Hardiyanti
- 4 KEPERAWATAN KEOLAHRAGAAN
Hapsah Amir
- 5 PERAWAT DI PERUSAHAAN TRANSPORTASI
Eko Adi Rifanto
- 6 KEPERAWATAN KEPOLISIAN DAN FORENSIK
Apriyanti
- 7 KEPERAWATAN DALAM LINGKUP PEMASYARAKATAN (WBP)
Rezza Dwi Sulistya
- 8 KEPERAWATAN LUKA
Ferry Nur Nasyroh
- 9 KEPERAWATAN MANAJEMEN
Dewi Suryaningsi Hiola
- 10 KEPERAWATAN DALAM IBADAH HAJI
Ika Ariyanti
- 11 KEPERAWATAN DIALISIS
Dwiky Rizal Mahardika
- 12 KEPERAWATAN NEUROLOGI
Marthilda Suprayitna
- 13 KEPERAWATAN HOLISTIK DAN KEPERAWATAN KOMPLEMENTER
Atik Badi'ah
- 14 KEPERAWATAN MILITER
Laurentia Dewi

Editor:

Devanda Faiqh Albyn

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

