ISSN: 3064-1187

BAB V
Penalaran Klinis dan Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

Syaiful, S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kes

A. Pendahuluan

Keputusan keperawatan dimulai saat perawat menyusun data yang tersebar menjadi gambaran kondisi pasien. Keluhan, observasi, tanda vital, riwayat, respons terapi, dan keterangan keluarga dapat saling menguatkan atau tampak bertentangan. Perawat mengenali perubahan bermakna, mempertimbangkan penjelasan, menentukan prioritas, lalu menilai respons dan memperbarui pemahaman ketika data baru muncul. Model Tanner (2006) merangkum proses tersebut melalui noticing, interpreting, responding, dan reflecting, sedangkan tinjauan Griffits et al. (2023) menekankan pengumpulan petunjuk, pemahaman situasi, keputusan, serta pengaruh konteks kerja.

Penalaran klinis penting karena keputusan yang terasa benar berdasarkan kebiasaan belum tentu sesuai dengan kebutuhan pasien. Mahasiswa dapat menjalankan prosedur dengan benar, tetapi tetap perlu menjelaskan alasan prioritas dan kapan bantuan harus diminta. Berbagai strategi, seperti pembelajaran berbasis kasus, simulasi, pemetaan konsep, refleksi terarah, dan kerja kolaboratif, dapat mengembangkan penalaran dan pemecahan masalah (Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2024). Karena itu, kompetensi prosedural perlu dinilai bersama alasan tindakan, pemantauan respons, komunikasi, dan dokumentasi.

Praktik berbasis bukti atau evidence-based practice (EBP) memadukan bukti penelitian, keahlian klinis, serta nilai dan preferensi pasien dalam konteks pelayanan. Mahasiswa perlu menilai apakah suatu temuan relevan, layak, dan aman sebelum mengusulkannya kepada pembimbing. Jeong et al. (2024), dalam tinjauan sistematis dan meta-analisis pendidikan EBP, melaporkan manfaat pada kompetensi EBP, berpikir kritis, dan pemecahan masalah dengan heterogenitas tinggi. Temuan tersebut mendukung

pengajaran yang terstruktur, tetapi belum membuktikan bahwa suatu kerangka lokal tertentu meningkatkan keselamatan pasien.

Tantangan pendidikan ialah menghubungkan pencarian artikel dengan keputusan klinis. Tinjauan pengajaran EBP menyoroti perlunya rancangan yang memadukan isi, durasi, metode, konteks, kesiapan mahasiswa, dan kolaborasi pengajar (Wakibi et al., 2021). Literasi bukti perlu tumbuh bersama pembahasan kasus, bimbingan klinis, dan evaluasi tindakan. Mahasiswa perlu melihat kapan bukti membantu, bagaimana ketidakpastian disampaikan, serta kapan keputusan harus dikonsultasikan atau dieskalasikan.

Integrasi ini penting dalam pendidikan D.III Keperawatan yang menyiapkan lulusan untuk memberi asuhan langsung sesuai kompetensi dan kewenangannya. Mahasiswa menghadapi kondisi yang berkembang, informasi yang tidak selalu lengkap, serta kebutuhan bekerja dengan pembimbing dan tim kesehatan. Karena itu, pembelajaran perlu merangkai pengkajian, proses keperawatan, bukti, komunikasi, keterampilan, dan refleksi melalui kelas, laboratorium, simulasi, serta praktik klinik. Strategi aktif bermanfaat bila tujuan dan umpan baliknya jelas; supervisi mencegah mahasiswa bertindak melampaui kewenangan (Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2024; Jeong et al., 2024).

Kesenjangan yang dibahas artikel ini adalah keterpisahan antara tugas penelusuran artikel dan penalaran saat merawat pasien. Mahasiswa dapat menulis ringkasan penelitian tanpa menunjukkan kapan bukti digunakan, bagaimana preferensi pasien dipertimbangkan, atau mengapa perubahan kondisi harus segera dilaporkan. Artikel ini mengusulkan kerangka NALAR untuk membuat hubungan data, interpretasi, bukti, tindakan terawasi, dan evaluasi dapat diperiksa dalam satu rangkaian tugas.

Tujuan penulisan adalah menjelaskan landasan integrasi penalaran klinis dan EBP; menjabarkan lima tahap NALAR beserta batas kewenangan; memperagakan penerapannya melalui kasus dari pengkajian sampai evaluasi; serta mengusulkan pemetaan capaian dan asesmen dalam pendidikan DIII Keperawatan. Kontribusi artikel berupa rancangan pedagogis dan contoh operasional, bukan pelaporan efektivitas suatu intervensi pendidikan.

B. Pendekatan Penyusunan Artikel

Artikel ini menggunakan pendekatan telaah naratif konseptual. Literatur dipilih berdasarkan relevansinya terhadap proses penalaran, pengajaran EBP, simulasi, asesmen, dan keselamatan pasien. Landasan klasik pertimbangan klinis dipertahankan, sedangkan literatur pendidikan yang lebih baru digunakan untuk menelaah strategi pembelajaran dan keterbatasan bukti. Dokumen Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) dan Standar Profesi Perawat digunakan untuk memberi konteks pendidikan dan kompetensi di Indonesia.

Penelusuran tambahan dan pemeriksaan sumber pada 21 Oktober 2026 dilakukan melalui pencarian web ilmiah yang diarahkan ke PubMed, laman penerbit, serta situs resmi organisasi dan pemerintah. Istilah yang digunakan mencakup clinical reasoning, evidence-based practice education, nursing students, situation background assessment recommendation (SBAR), clinical deterioration, kurikulum Diploma III Keperawatan, dan standar profesi perawat. Pemeriksaan diarahkan pada kesesuaian judul, penulis, tahun, pengenal objek digital atau digital object identifier (DOI), serta dukungan sumber terhadap pernyataan yang digunakan. Penelusuran ini bukan pencarian basis data sistematis yang lengkap.

Sintesis disusun dengan menghubungkan konsep, implikasi pengajaran, dan perilaku yang dapat diamati. Artikel tidak melaporkan seleksi studi secara sistematis, penilaian risiko bias seluruh literatur, ataupun meta-analisis baru. Oleh karena itu, cakupan sumber dapat dipengaruhi pemilihan penulis dan tidak digunakan untuk mengklaim kepastian efek. Vinyet, rancangan kegiatan, pemetaan capaian, serta rubrik merupakan pengembangan pedagogis dalam artikel ini; semuanya dibedakan dari hasil penelitian yang dikutip.

C. Landasan Konseptual

1. Penalaran klinis dan keputusan keperawatan

Penalaran klinis, pertimbangan klinis, dan keputusan klinis saling berkaitan, tetapi memiliki fokus berbeda. Penalaran klinis mencakup pengumpulan dan penafsiran informasi, penyusunan kemungkinan penjelasan, perkiraan risiko, dan pertimbangan respons. Pertimbangan klinis merupakan kesimpulan profesional tentang hal yang paling penting bagi pasien, sedangkan keputusan klinis adalah pilihan tindakan yang mengikuti pertimbangan tersebut. Ketiganya berlangsung secara siklik dan dipengaruhi situasi kerja,

bukan sekadar kemampuan mengingat teori atau menjalankan prosedur (Griffits et al., 2023).

Perawat menalar melalui pengenalan pola dan analisis yang lebih lambat. Karena pengalaman mahasiswa dan perawat baru masih terbatas, mereka perlu menggunakan pertanyaan eksplisit: apa yang diketahui, apa yang belum diketahui, data apa yang berubah, dan apa akibat menunda respons. Kebiasaan ini mengurangi kecenderungan menyimpulkan penyebab dari satu tanda yang menonjol dan melatih hubungan antara temuan, interpretasi, prioritas, serta tindakan sambil tetap membuka kemungkinan penjelasan lain (Giuffrida et al., 2023).

Latihan penalaran perlu meminta mahasiswa mengungkap alasan, bukan hanya jawaban. Mahasiswa dapat memisahkan data subjektif dan objektif, menandai petunjuk penting, menyatakan tingkat keyakinan, serta menyebut informasi yang masih perlu dikonfirmasi. Pertanyaan seperti "temuan apa yang mendukung dugaan ini?" atau "data baru apa yang akan mengubah rencana?" membuat proses berpikir dapat diamati dan dikoreksi (Giuffrida et al., 2023; Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2024).

2. Lingkungan kerja dan kualitas penalaran

Lingkungan kerja memengaruhi tersedianya informasi, kesempatan memverifikasi temuan, dan keberanian menyampaikan kekhawatiran. Tinjauan Griffits et al. (2023) menempatkan konteks praktik sebagai bagian penting penalaran perawat. Mahasiswa yang memiliki pengetahuan memadai tetap dapat melewatkan perubahan apabila beban tugas, komunikasi, dan supervisi tidak mendukung. Tabel 1 menerjemahkan pengaruh tersebut menjadi situasi belajar dan respons organisasi yang diusulkan.

Tabel 1 Lingkungan kerja yang memengaruhi kualitas penalaran

Kondisi lingkungan	Mekanisme dan contoh	Dukungan yang diusulkan
Beban kerja dan interupsi tinggi	Pengukuran terputus atau tren tanda vital tidak ditinjau saat mahasiswa menerima banyak tugas.	Prioritas tugas disepakati; hasil abnormal segera disampaikan; tugas nonmendesak dialihkan.
Hierarki dan respons yang menghukum	Mahasiswa takut dianggap tidak mampu sehingga menunda pelaporan sesak yang bertambah.	Pembimbing menyambut laporan risiko dan menjelaskan jalur eskalasi alternatif.
Supervisi tidak jelas	Mahasiswa tidak mengetahui siapa yang memvalidasi pengkajian atau keputusan.	Satu penanggung jawab dan pengganti ditetapkan sebelum praktik.
Informasi atau alat tidak tersedia	Catatan awal sulit diakses atau oksimeter tidak berfungsi; interpretasi menjadi tidak lengkap.	Tim menyediakan akses catatan dan alat pengganti serta mencatat keterbatasan pengukuran.

Budaya belajar yang mendukung	Pertanyaan dan koreksi diterima sehingga asumsi lebih cepat diuji.	Konferensi kasus singkat dan refleksi menggunakan temuan spesifik tanpa mempermalukan mahasiswa.

Tabel 1 merupakan operasionalisasi pedagogis, bukan hasil observasi lingkungan kerja di Bima.

Dosen perlu menilai keadaan lahan praktik secara langsung sebelum menetapkan strategi. Ketika sumber daya terbatas, pengamanan pasien dan permintaan bantuan tetap menjadi prioritas; keterbatasan tidak menjadi alasan memperluas kewenangan mahasiswa.

3. Siklus praktik berbasis bukti dan pertanyaan klinis

Praktik berbasis bukti bukan pencarian artikel untuk membenarkan tindakan yang sudah dipilih. Pendekatan ini memadukan bukti penelitian terbaik yang tersedia, keahlian klinis, nilai dan preferensi pasien, serta konteks pelayanan. Keahlian membantu menafsirkan relevansi temuan, sementara pilihan pasien dan sumber daya mempengaruhi kelayakan rencana. Pertimbangan tersebut mencegah pengalaman pribadi menjadi satu-satunya dasar keputusan maupun penerapan hasil penelitian secara mekanis (Wakibi et al., 2021; Jeong et al., 2024).

Hierarki bukti membantu memilih sumber, tetapi peringkat desain tidak menggantikan penilaian mutu. Tinjauan sistematis dapat merangkum efek intervensi, sedangkan pertanyaan tentang pengalaman pasien atau pelaksanaan layanan mungkin lebih terjawab oleh bukti kualitatif dan evaluasi kontekstual. Pedoman klinis perlu diperiksa kemutakhiran, cakupan, populasi sasaran, dan kesesuaiannya dengan kebijakan setempat. Mahasiswa perlu menjelaskan alasan suatu sumber relevan, bukan hanya menyebutnya sebagai bukti dengan peringkat tinggi (Howard et al., 2022; Jeong et al., 2024).

Siklus EBP mencakup mengajukan pertanyaan, mencari bukti, menilai mutu dan kepentingan klinis, mengintegrasikan hasil dengan keahlian serta preferensi pasien, dan mengevaluasi penerapan. Pertanyaan intervensi dapat menggunakan patient or population or problem, intervention, comparison, dan outcome (PICO). Komponen tambahan time (T) membentuk PICOT apabila jangka waktu luaran perlu ditegaskan. Kerangka ini membantu fokus pencarian, tetapi pertanyaan pengalaman pasien memerlukan pendekatan yang sesuai dengan jenis pertanyaannya (Howard et al., 2022; Nielsen et al., 2024).

Tabel 2 Komponen PICO dan penerapannya pada kasus perburukan pasien

Unsur	Makna	Contoh pertanyaan belajar
P	Patient / Population / Problem yaitu pasien, populasi, atau masalah.	Pasien dewasa di ruang rawat yang menunjukkan perburukan klinis.
I	Intervention yaitu tindakan yang dinilai. Indicator atau exposure digunakan sesuai jenis pertanyaan.	Komunikasi eskalasi perawat menggunakan SBAR setelah pelatihan.
C	Comparison / Control yaitu pembanding yang relevan.	Komunikasi rutin sebelum penerapan SBAR.
O	Outcome yaitu hasil yang diukur.	Kelengkapan penyampaian informasi klinis dan kematian tidak terduga sebagai luaran yang berbeda.

Rumusan pertanyaannya adalah: "Pada pasien dewasa di ruang rawat yang mengalami perburukan, apakah komunikasi eskalasi menggunakan SBAR setelah pelatihan, dibandingkan komunikasi rutin, berkaitan dengan informasi yang lebih lengkap dan penurunan kematian tidak terduga?" Pertanyaan ini menghasilkan dua luaran yang perlu ditelaah terpisah. Kelengkapan komunikasi merupakan luaran proses, sedangkan kematian merupakan luaran pasien yang juga dipengaruhi kondisi penyakit dan mutu sistem respons. Kata berkaitan digunakan ketika menafsirkan studi sebelum dan sesudah tanpa randomisasi.

4. Proses keperawatan sebagai tempat penerapan bukti

Proses keperawatan menyediakan struktur asuhan, sedangkan praktik berbasis bukti memperkuat alasan dan pilihan di dalamnya. Bukti dapat digunakan sejak pengkajian dan perumusan masalah hingga perencanaan, implementasi, dan evaluasi untuk memilih data relevan, mempertajam pertanyaan, membandingkan pilihan, serta menentukan indikator pemantauan. Keduanya saling melengkapi, tetapi tidak identik karena pengkajian tetap memerlukan observasi dan interaksi langsung dengan pasien yang tidak dapat digantikan oleh pencarian literatur (Jeong et al., 2024; Wakibi et al., 2021).

Dokumentasi menunjukkan hubungan antara proses keperawatan, penalaran, dan bukti. Catatan yang baik membedakan temuan, laporan pasien, interpretasi, tindakan, komunikasi, dan respons sehingga dasar keputusan dapat ditelusuri. Bila pedoman atau bukti memengaruhi pilihan, rekam medis cukup memuat alasan klinis yang relevan, tindak lanjut, dan pihak yang dikonsultasikan; sumber ilmiah lengkap ditempatkan pada tugas akademik sesuai kebutuhan (Griffits et al., 2023).

Pengkajian menggunakan bukti untuk memilih parameter penting dan metode pengukuran. Diagnosis keperawatan memerlukan pengelompokan temuan serta kecocokan kriteria, bukan penetapan label dari satu angka. Perencanaan mengaitkan masalah prioritas dengan luaran yang dapat diamati, pilihan intervensi, persetujuan, dan kapasitas unit. Implementasi menjalankan rencana yang disahkan sambil memantau keamanan. Evaluasi membandingkan respons dengan indikator dan menentukan perlunya pengkajian ulang atau eskalasi. Contoh terperinci kelima tahap disajikan dalam Bagian E.

5. Bias kognitif dan ketidakpastian

Ketidakpastian merupakan bagian dari keputusan klinis, bukan kelemahan yang perlu disembunyikan. Hasil studi dapat tidak konsisten, populasi penelitian mungkin berbeda dari pasien, atau bukti untuk luaran klinis belum menjelaskan pengalaman pasien. Perawat dapat menyebutkan batas keyakinan, informasi yang masih kurang, dan pihak yang perlu dikonsultasikan. Keputusan kemudian ditinjau kembali ketika data berubah, alih-alih disampaikan seolah pasti; heterogenitas penelitian pendidikan EBP juga membatasi perbandingan langsung antarprogram (Jeong et al., 2024; Howard et al., 2022).

Bias kognitif dapat membuat seseorang memberi bobot berlebihan pada informasi tertentu atau berhenti mencari penjelasan alternatif terlalu cepat. Anchoring mempertahankan kesan awal meski data baru tidak sesuai; confirmation bias menonjolkan temuan yang mendukung dugaan; premature closure menghentikan pencarian terlalu dini. Bias merupakan risiko manusiawi yang dapat meningkat karena tekanan waktu, kelelahan, interupsi, atau keraguan untuk bertanya. Mahasiswa perlu mengenali situasi tersebut sebagai alasan untuk memeriksa ulang data dan meminta perspektif lain (Griffits et al., 2023; Elvén et al., 2023).

Langkah pengaman sederhana dapat dibangun ke dalam cara kerja tim. Mahasiswa dapat mengulang temuan abnormal, memeriksa tren dan waktu pengukuran, membandingkan laporan pasien dengan observasi, lalu bertanya “apa lagi yang mungkin menjelaskan situasi ini?”. Daftar periksa membantu mengingat komponen penting, tetapi tidak menggantikan penilaian dan tidak boleh dipakai untuk mengabaikan kekhawatiran klinis. Konsultasi dan komunikasi terstruktur mengurangi risiko bahwa informasi penting hilang ketika masalah diserahkan kepada pembimbing. Setiap strategi perlu disesuaikan dengan kebijakan fasilitas dan supervisi karena instruksi lokal menjadi acuan tindakan langsung (Griffits et al., 2023).

Refleksi setelah situasi klinis perlu berfokus pada proses, bukan menghakimi individu. Pembimbing dapat menanyakan informasi yang dikenali, pilihan yang dipertimbangkan, sumber keraguan, dan tindakan yang akan dilakukan lebih awal pada kesempatan berikutnya. Refleksi pascasimulasi yang terstruktur dapat mendukung pembelajaran, tetapi tidak ada satu metode yang selalu paling baik untuk semua tujuan; desain dan fasilitasi tetap menentukan (Niu et al., 2021; Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2024). Lingkungan yang aman mendorong mahasiswa meminta bantuan sebelum situasi memburuk.

6. Etika profesional dan batas kewenangan

Standar Profesi Perawat memuat area praktik etik, legal, peka budaya, praktik profesional, kepemimpinan, pendidikan, penelitian, dan pengembangan profesional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Area kompetensi lulusan tersebut tidak otomatis menjadi izin praktik mandiri bagi mahasiswa. Kegiatan mahasiswa ditentukan oleh capaian tahap pendidikan, kemampuan yang telah diverifikasi, persetujuan pasien, supervisi, perjanjian pendidikan klinik, dan prosedur fasilitas.

Mahasiswa dapat mengumpulkan data, mengidentifikasi perubahan, menyusun usulan diagnosis dan rencana, menyampaikan informasi, serta membantu tindakan yang telah diajarkan dan diizinkan di bawah supervisi. Pembimbing memvalidasi pengkajian, kelayakan tindakan, serta tingkat pengawasan yang diperlukan. Mahasiswa harus menyebut statusnya sebagai peserta didik, meminta persetujuan sesuai prosedur, dan menghentikan bagian kegiatan yang berada di luar kemampuannya sambil mencari bantuan.

Penetapan diagnosis medis, peresepan, perubahan obat atau dosis, serta keputusan tindakan invasif bukan keputusan mandiri mahasiswa. Pelaksanaan terapi kolaboratif hanya dilakukan apabila terdapat instruksi yang sah, kompetensi yang sesuai, izin fasilitas, dan supervisi. Artikel ilmiah tidak memberi otorisasi melakukan tindakan. Dalam keadaan darurat, mahasiswa segera mengaktifkan bantuan dan mengikuti prosedur kegawatdaruratan yang telah dilatihkan; pencarian referensi tidak boleh menunda pertolongan.

Kerahasiaan dan penghormatan terhadap martabat pasien berlaku di kelas, simulasi, konferensi klinik, maupun penulisan refleksi. Kasus nyata perlu disamarkan sesuai kebijakan dan tidak dibagikan melalui media pribadi atau tugas tanpa otorisasi. Vinyet dalam artikel ini bersifat rekaan sehingga tidak mewakili rekam medis seseorang. Pembiasaan menjaga identitas dan rincian yang dapat dikenali merupakan bagian dari budaya keselamatan dan integritas profesional (World Health Organization, 2021).

Komunikasi keselamatan menggunakan situation, background, assessment, recommendation (SBAR), yaitu situasi, latar belakang, penilaian, dan rekomendasi atau permintaan bantuan. Penyampaian assessment membedakan temuan pengkajian dari dugaan penyebab. Recommendation mahasiswa dapat berupa permintaan penilaian segera oleh pembimbing atau tim, bukan perintah terapi kepada tenaga lain. Konfirmasi penerimaan pesan dan tindak lanjut melengkapi komunikasi tersebut.

D. Kerangka NALAR dalam Pembelajaran

1. Rasional dan posisi kerangka

Kerangka NALAR mengorganisasikan lima operasi belajar agar dasar suatu keputusan dapat ditelusuri. Huruf N berarti Nyatakan masalah; A pertama berarti Analisis petunjuk; L berarti Lacak dan nilai bukti; A kedua berarti Ambil keputusan bersama pasien dan tim sesuai kewenangan; R berarti Review atau tinjau ulang respons, dokumentasi, dan refleksi. NALAR merupakan kerangka yang diusulkan dalam artikel ini dan belum menjadi model pendidikan yang tervalidasi.

Tanner (2006) menjelaskan pengenalan, interpretasi, respons, dan refleksi dalam pertimbangan klinis. NALAR mengadaptasi hubungan tersebut dengan membuat penelusuran dan penilaian bukti serta batas kewenangan terlihat dalam tugas mahasiswa. Nilai tambah yang diusulkan terletak pada format jejak keputusan untuk pembelajaran DIII, bukan penemuan mekanisme kognitif baru. Efektivitasnya tidak dapat disimpulkan hanya karena komponen penyusunnya memiliki dukungan literatur.

Tabel 3 Lima tahap NALAR dan keluaran yang dapat diperiksa

Tahap	Pertanyaan pemandu	Keluaran belajar
N : Nyatakan masalah	Apa yang berubah dan mengapa perlu diprioritaskan?	Satu pernyataan masalah dan urgensinya.
A: Analisis petunjuk	Temuan apa yang mendukung, bertentangan, atau belum diketahui?	Peta data, interpretasi tentatif, dan kebutuhan konfirmasi.
L Lacak dan nilai bukti	Pertanyaan apa yang belum terjawab dan sumber apa yang sesuai?	PICO, catatan pencarian, telaah bukti, dan batas keterterapan.
A Ambil keputusan	Pilihan apa yang aman dan siapa yang harus menyetujuinya?	Usulan rencana, preferensi pasien, serta catatan konsultasi.
R Review respons	Bagaimana respons pasien dan apa yang perlu diperbaiki?	Evaluasi indikator, dokumentasi, tindak lanjut, dan refleksi.

2. Tahap Nyatakan masalah

Tahap Nyatakan masalah meminta mahasiswa merumuskan masalah atau perubahan yang menjadi perhatian secara ringkas, konkret, dan berpusat pada pasien. Rumusan memuat apa yang berubah, kapan perubahan terlihat, dan mengapa hal itu relevan tanpa terlebih dahulu memastikan penyebab. Mahasiswa memisahkan laporan pasien, hasil observasi, informasi rekam atau keluarga, serta dugaan yang masih perlu diuji; prioritas dipilih berdasarkan urgensi, dampak potensial, dan perubahan dari kondisi dasar. Pertanyaan pemandu seperti "Apa masalah utama saat ini?", "Apa risiko bila diabaikan?", dan "Apakah pasien stabil atau memburuk?" membuat proses penalaran dapat ditelusuri (Griffits et al., 2023).

Keluaran tahap ini adalah pernyataan masalah awal dan alasan prioritas. Mahasiswa perlu memahami bahwa satu temuan abnormal belum selalu cukup untuk menetapkan kesimpulan, sedangkan gabungan gejala, tren, faktor risiko, dan laporan pasien dapat meningkatkan kewaspadaan. Dosen menilai penggunaan data yang relevan dan kemampuan mengenali informasi yang bertentangan. Dalam praktik, perubahan yang mengkhawatirkan harus segera dikomunikasikan kepada pembimbing tanpa menunggu pencarian bukti selesai (Griffits et al., 2023).

3. Tahap Analisis petunjuk klinis

Tahap Analisis petunjuk klinis mengajak mahasiswa menganalisis hubungan antarpetunjuk, bukan hanya membuat daftar panjang data. Mereka mengelompokkan temuan yang saling mendukung, mencari perubahan dari nilai sebelumnya, memperhatikan informasi yang tidak cocok, dan mempertimbangkan kondisi dasar pasien. Informasi yang belum tersedia diberi tanda sebagai pertanyaan, bukan diam-diam diisi dengan asumsi. Mahasiswa menyebutkan satu atau lebih penjelasan yang mungkin dengan bahasa tentatif dan mencari petunjuk pembeda yang dapat membantu memperjelas situasi. Cara ini mengurangi penutupan prematur serta memberi dasar untuk menentukan apakah perlu pengkajian lanjutan atau konsultasi (Griffits et al., 2023; Elvén et al., 2023).

Pertanyaan pemandu mencakup: "Data mana yang berubah?", "Apakah pengukuran perlu dikonfirmasi?", "Penjelasan apa yang mungkin?", dan "Apa yang belum diketahui?". Mahasiswa belajar melihat pola dari kombinasi temuan dan tren tanpa menjadikan proses tersebut sebagai latihan diagnosis mandiri di luar kewenangan. Keluaran tahap ini berupa peta petunjuk singkat berisi temuan pendukung, ketidakjelasan, risiko, dan kebutuhan

informasi tambahan. Kasus bertahap dan simulasi dapat digunakan untuk menilai kualitas pengumpulan informasi (Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2024; Theobald et al., 2021).

4. Tahap Lacak dan nilai bukti

Tahap Lacak dan nilai bukti dimulai dengan pertanyaan yang sesuai dengan masalah prioritas dan situasi pasien. PICO atau PICOT dapat membantu untuk pertanyaan intervensi, sedangkan pertanyaan tentang pengalaman pasien atau proses implementasi mungkin lebih sesuai menggunakan kerangka kualitatif. Mahasiswa menuliskan populasi dan kondisi, intervensi atau pendekatan yang ingin dipahami, pembanding bila relevan, serta hasil yang penting untuk pasien. Rumusan yang jelas mencegah pencarian terlalu luas dan membantu memilih sumber yang tepat. Dalam keadaan akut, tahap pencarian mendalam dilakukan setelah respons keselamatan dan konsultasi yang dibutuhkan; urgensi klinis menentukan seberapa cepat pencarian dilakukan (Howard et al., 2022; Jeong et al., 2024).

Pencarian bukti dimulai dari sumber tepercaya yang sesuai kebutuhan, seperti pedoman institusi, pedoman klinis mutakhir, ringkasan bukti, atau artikel penelitian. Mahasiswa berlatih memakai istilah utama, sinonim, dan operator pencarian serta mencatat basis data, tanggal pencarian, dan alasan pemilihan sumber. Untuk tugas belajar, beberapa sumber berkualitas yang ditelaah kritis lebih bermanfaat daripada daftar panjang yang tidak dibaca. Pengajar perlu menyediakan akses dan contoh pencarian yang sesuai dengan tujuan pembelajaran (Howard et al., 2022; Nielsen et al., 2024).

Penilaian kritis menilai kesesuaian desain dan keterpercayaan hasil. Mahasiswa memeriksa karakteristik peserta, intervensi, pembanding, luaran, lama pemantauan, risiko bias, serta keterbatasan. Mereka perlu membedakan kemaknaan statistik dari kemaknaan klinis dan memahami bahwa hubungan observasional tidak otomatis membuktikan sebab-akibat. Telaah yang baik menjelaskan apa yang dapat disimpulkan, apa yang belum terjawab, dan bagaimana hasil tersebut berkaitan dengan pertanyaan awal serta konteks pelayanan (Jeong et al., 2024; Wakibi et al., 2021).

Keluaran belajar tahap L bukan pernyataan bahwa artikel "membuktikan" suatu tindakan untuk semua pasien. Mahasiswa menyusun ringkasan beberapa kalimat: temuan utama, mutu atau keterbatasan, kesesuaian populasi, dan implikasi yang mungkin untuk diskusi dengan pembimbing. Bila sumber yang tersedia tidak cukup atau tidak langsung menjawab, mahasiswa menyatakan kekosongan bukti secara jujur. Keputusan tetap berlandaskan protokol yang berlaku, supervisi, pemeriksaan klinis, dan dialog dengan

pasien. Latihan ini membuat penggunaan bukti bersifat kritis dan proporsional, bukan mencari dukungan bagi tindakan yang telah dipilih sebelumnya (Howard et al., 2022; Nielsen et al., 2024).

5. Tahap Ambil keputusan bersama

Tahap Ambil keputusan bersama mengintegrasikan informasi pasien, penalaran, bukti, preferensi, sumber daya, dan batas kewenangan. Mahasiswa merumuskan pilihan yang dapat dibicarakan dengan pembimbing, menyatakan manfaat serta risiko yang diketahui, lalu menjelaskan alasan memilih atau mengusulkan tindakan. Bila kebutuhan melampaui peran mahasiswa, keluaran yang tepat adalah konsultasi atau eskalasi, bukan improvisasi. Dalam diskusi dengan pasien, bahasa perlu jelas dan keputusan harus mengikuti persetujuan serta kebijakan pelayanan. Model menempatkan tindakan sebagai hasil kolaborasi yang dapat ditelusuri, bukan hasil pencarian artikel seorang diri (Wakibi et al., 2021; Griffits et al., 2023).

Keputusan bersama memerlukan penjelasan yang dapat dipahami serta ruang bagi pasien untuk menyampaikan tujuan dan kekhawatiran. Mahasiswa dapat memeriksa pemahaman pasien, menjelaskan pilihan yang telah disetujui pembimbing, dan menyampaikan ketidakpastian secara jujur. Bila pasien belum dapat berpartisipasi, keterlibatan keluarga atau wakil mengikuti kebijakan dan kepentingan pasien. Pelibatan tersebut tidak memperluas kewenangan mahasiswa; keputusan klinis tetap berada pada tenaga yang berwenang (Wakibi et al., 2021).

6.Tahap Review respons dokumentasi dan refleksi

Tahap Review respons mengajak mahasiswa membandingkan respons pasien dengan tujuan atau indikator yang sebelumnya ditetapkan. Mereka memeriksa apakah kondisi membaik, menetap, atau memburuk; apakah efek yang tidak diharapkan muncul; dan apakah pemantauan berikutnya diperlukan. Bila hasil tidak sesuai, pertanyaan kembali ke masalah awal, kualitas data, kecocokan intervensi, faktor pasien, atau konteks pelaksanaan. Evaluasi ini melengkapi proses keperawatan dan menunjukkan bahwa keputusan adalah hipotesis kerja yang dapat disesuaikan. Pendidikan yang mengajarkan evaluasi hasil mendorong mahasiswa tidak berhenti setelah tindakan selesai, tetapi melihat konsekuensinya bagi pasien (Nielsen et al., 2024).

Dokumentasi memuat informasi relevan, waktu tindakan, komunikasi dengan tim, respons pasien, dan rencana tindak lanjut sesuai kebijakan rekam medis. Dalam tugas akademik atau refleksi, mahasiswa dapat menambahkan sumber bukti dan alasan

penggunaannya dengan tetap menjaga kerahasiaan. Refleksi bertujuan menemukan proses yang berjalan baik dan bagian yang perlu diperbaiki, misalnya informasi yang terlewat atau waktu meminta bantuan. Karena alat asesmen pertimbangan klinis beragam, penilaian sebaiknya dilakukan berulang pada beberapa konteks (Bussard et al., 2024).

7. Fasilitasi dan urutan pembelajaran

Fasilitator terlebih dahulu menyampaikan tujuan, peran, dan batas tindakan. Contoh satu sesi 120 menit terdiri atas orientasi keselamatan 10 menit, identifikasi dan analisis kasus 20 menit, penelusuran serta telaah bukti 30 menit, simulasi keputusan dan komunikasi 25 menit, refleksi pascasimulasi 25 menit, serta rencana perbaikan 10 menit. Pembagian ini merupakan rancangan pembelajaran yang dapat disesuaikan, bukan dosis pendidikan yang telah terbukti optimal.

Urutan lima tahap menjelaskan struktur belajar, bukan urutan kaku dalam keadaan darurat. Pada skenario perburukan, mahasiswa mengenali masalah, menganalisis tanda bahaya secara cepat, meminta bantuan, dan menjalankan respons terawasi. Penelusuran mendalam dilakukan setelah kebutuhan keselamatan ditangani. Fasilitator kemudian mengembalikan diskusi ke tahap L untuk menilai alasan respons dan peluang perbaikan. Dengan demikian, pencarian artikel tidak menjadi prasyarat memanggil bantuan.

Perangkat minimum untuk replikasi terdiri atas satu vinyet, lembar kerja NALAR lima langkah, akses pada pedoman atau ringkasan bukti serta artikel relevan, skenario komunikasi/eskalasi, rubrik performa, dan panduan refleksi. Dosen dapat mengganti topik klinis tanpa mengubah urutan proses. Teknologi tinggi bukan syarat utama; konsistensi tujuan, petunjuk kasus, keputusan mahasiswa, umpan balik, dan refleksi lebih menentukan nilai pedagogis simulasi, dan opsi berbiaya rendah tetap dapat digunakan secara terencana (Theobald et al., 2021; Alshehri et al., 2023; Frangi et al., 2025).

Fidelitas implementasi dijaga dengan mencatat jenis kasus, sumber bukti yang disediakan, waktu untuk tiap tahap, bentuk bantuan fasilitator, dan rubrik yang digunakan. Sebelum menjadi asesmen sumatif, institusi perlu melakukan uji coba untuk menilai kejelasan indikator, kesepakatan antarpenilai, kesesuaian kasus, dan beban mahasiswa. Dengan dokumentasi ini, dosen di institusi lain dapat mengadaptasi konteks tanpa mengubah komponen inti NALAR, sekaligus menguji apakah hasilnya konsisten pada populasi dan lahan praktik yang berbeda (Bussard et al., 2024; Chai et al., 2025; Nielsen et al., 2024).

8. Kontekstualisasi Bima dan refleksi etis

Aziz (2021) membahas Maja Labo Dahu sebagai falsafah budaya Bima dengan muatan pendidikan karakter. Artikel ini mengadaptasinya sebagai lensa refleksi tentang tanggung jawab, kejujuran, penghormatan pasien, dan keberanian mengakui keterbatasan. Adaptasi tersebut merupakan usulan pedagogis; penelitian budaya tersebut tidak menguji dampak Maja Labo Dahu pada penalaran klinis atau keselamatan pasien.

Pertanyaan refleksi dapat berupa: "Apakah saya menyampaikan perubahan kondisi dengan jujur?", "Apakah rasa sungkan membuat saya menunda meminta bantuan?", dan "Apakah saya menghormati pilihan pasien tanpa mengabaikan risiko?" Dosen menghindari penggunaan rasa malu untuk menghukum mahasiswa atau membungkam laporan insiden. Bahasa, keterlibatan keluarga, jarak rujukan, dan dukungan transportasi ditanyakan kepada setiap pasien, bukan diasumsikan seragam berdasarkan asal daerah.

E. Penerapan pada Vinyet Klinis

1 Mahasiswa menemukan perubahan kondisi

Vinyet ini sepenuhnya hipotetik dan bukan laporan kasus nyata. Tuan A, 60 tahun, dirawat karena pneumonia. Pukul 08.00 pasien sadar, berbicara dalam kalimat penuh, frekuensi napas 20 kali per menit, saturasi oksigen perifer 95% tanpa oksigen tambahan, nadi 92 kali per menit, dan tekanan darah 124/78 mmHg. Pukul 10.00, saat membantu kebutuhan dasar, mahasiswa melihat pasien berhenti berbicara untuk menarik napas. Pasien mengatakan sesaknya bertambah; keluarga menyatakan pasien lebih gelisah daripada sebelumnya.

Mahasiswa memeriksa kondisi pasien dan memperoleh frekuensi napas 30 kali per menit, saturasi 89% tanpa oksigen tambahan, nadi 116 kali per menit, tekanan darah 102/64 mmHg, serta suhu 38,5°C. Mahasiswa segera menyampaikan perubahan kepada perawat pembimbing sambil mengonfirmasi posisi sensor dan kualitas pembacaan tanpa menunda bantuan. Tindakan ini menunjukkan noticing yang berbasis perbandingan kondisi awal dan terkini, bukan sekadar membaca satu hasil pengukuran.

2 Pengkajian dan analisis prioritas

Mahasiswa mengelompokkan keluhan sesak sebagai data subjektif; frekuensi napas, saturasi, nadi, tekanan darah, suhu, serta kemampuan berbicara sebagai data objektif; dan perubahan perilaku sebagai laporan keluarga yang perlu diverifikasi. Riwayat penyakit paru, target saturasi yang telah ditetapkan tim, alergi, terapi berjalan, kesadaran, serta respons

intervensi sebelumnya ditinjau bersama pembimbing. Informasi yang belum diketahui dicatat sebagai kebutuhan data.

Pernyataan masalah awal adalah "Pasien mengalami perburukan pernapasan akut dibandingkan pukul 08.00 dengan peningkatan frekuensi napas, penurunan saturasi, dan perubahan kemampuan berbicara." Mahasiswa memprioritaskan kebutuhan penilaian serta respons segera terhadap gangguan oksigenasi. Ia tidak menyimpulkan bahwa semua perubahan pasti disebabkan kecemasan atau bahwa demam saja menjelaskan seluruh kondisi. Kemungkinan perburukan infeksi dan penyebab lain memerlukan penilaian tenaga berwenang.

Pedoman National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2007) menekankan pemantauan fisiologis dan respons terhadap skor peringatan atau kekhawatiran klinis. Dalam pembelajaran, mahasiswa menggunakan sistem peringatan dini yang disahkan fasilitas dan menyampaikan kekhawatiran meskipun skor belum selesai dihitung. Ambang aktivasi dan tim yang dipanggil mengikuti kebijakan unit; artikel ini tidak menetapkan protokol respons baru.

3 Diagnosis keperawatan dan perencanaan

Mahasiswa mengusulkan gangguan pertukaran gas sebagai diagnosis keperawatan prioritas untuk divalidasi pembimbing berdasarkan keseluruhan data dan kriteria yang berlaku. Frekuensi napas meningkat juga mengharuskan penilaian pola napas, tetapi diagnosis pola napas tidak efektif memerlukan kecocokan indikator tambahan. Bersihan jalan napas tidak efektif tidak langsung ditetapkan hanya karena pasien pneumonia; mahasiswa perlu mengkaji kemampuan batuk, sekret, dan temuan terkait. Pemilihan label tidak boleh menggantikan respons terhadap perburukan.

Rencana awal memuat penilaian segera oleh pembimbing atau tim, pemantauan ulang sesuai tingkat kegawatan, dukungan posisi yang aman bila sesuai kondisi, persiapan alat, serta bantuan pelaksanaan instruksi yang sah. Luaran operasionalnya adalah perubahan dikenali dan dikomunikasikan segera, respons klinis dimulai sesuai alur unit, serta parameter pernapasan dan kesadaran dipantau dengan waktu yang tercatat. Target fisiologis dan interval pemantauan ditetapkan oleh klinisi berdasarkan kondisi pasien dan protokol, bukan oleh mahasiswa secara mandiri.

Pasien diberi penjelasan singkat bahwa tim sedang dipanggil karena pernapasannya berubah. Mahasiswa menanyakan kenyamanan dan kekhawatiran tanpa memperpanjang

percakapan yang memberatkan napas. Preferensi posisi dan keterlibatan keluarga dipertimbangkan selama aman. Persetujuan, privasi, dan komunikasi sederhana tetap dijaga dalam keadaan mendesak.

4 Pertanyaan klinis dan pencarian bukti setelah respons awal

Setelah pasien ditangani tim, mahasiswa bersama pembimbing menelaah kualitas eskalasi yang telah dilakukan. Pertanyaan PICO pada Tabel 2 digunakan untuk menilai apakah komunikasi SBAR relevan bagi masalah komunikasi saat perburukan. Pertanyaan tersebut berfokus pada proses eskalasi; pertanyaan terapi pneumonia akan memerlukan pencarian lain. Mahasiswa tidak mencampurkan bukti komunikasi dengan klaim efektivitas obat atau terapi oksigen.

Contoh strategi pencarian untuk tugas adalah (SBAR OR "situation background assessment recommendation") AND ("clinical deterioration" OR "deteriorating patient") AND (nurs* OR "hospital ward"). Mahasiswa mencatat basis data atau mesin pencarian, tanggal, istilah, artikel yang dipilih, dan alasan pemilihan. Strategi tersebut merupakan contoh untuk dipraktikkan, bukan laporan pencarian sistematis dengan jumlah temuan tertentu.

5. Telaah penelitian dan batas penerapan

De Meester et al. (2013), dalam penelitian berjudul "SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study", mengevaluasi pelatihan SBAR pada 16 ruang rawat. Penelitian mencakup 37.239 admisi dan mencatat 207 kejadian tidak diharapkan serius. Dokumentasi keempat komponen SBAR meningkat dari 4% menjadi 35%; kematian tidak terduga menurun dari 0,99 menjadi 0,34 per 1.000 admisi setelah intervensi. Studi ini memberi contoh hubungan antara pelatihan komunikasi, dokumentasi, dan luaran pasien.

Mahasiswa menilai bahwa desain sebelum dan sesudah tanpa randomisasi tidak dapat memisahkan efek pelatihan dari perubahan sistem, komposisi pasien, atau faktor waktu. Populasinya ialah layanan dengan perawat yang telah bekerja, sehingga hasilnya bukan bukti langsung kompetensi mahasiswa DIII. Luaran dokumentasi juga tidak identik dengan mutu percakapan nyata. Peningkatan penerimaan ke perawatan intensif dalam studi perlu ditafsirkan dalam konteks pengenalan dan respons perburukan, bukan otomatis sebagai kegagalan intervensi.

Kesimpulan telaah mahasiswa adalah bahwa SBAR layak dilatihkan untuk mendukung kelengkapan eskalasi, dengan protokol, dukungan tim, dan evaluasi setempat. Penurunan kematian pada studi observasional tersebut tidak boleh dijanjikan sebagai hasil pasti penerapan NALAR. Penerapan pada Tuan A terbatas pada penyusunan informasi dan permintaan bantuan yang lebih jelas; keputusan penanganan tetap mengikuti penilaian tim.

6. Implementasi terawasi dan contoh komunikasi

Mahasiswa menyampaikan SBAR kepada pembimbing. Situation: "Saya mahasiswa yang mendampingi Tuan A. Pasien mengalami sesak yang bertambah sejak penilaian sebelumnya." Background: "Pasien dirawat karena pneumonia; pukul 08.00 frekuensi napas 20 dan saturasi 95% tanpa oksigen tambahan." Assessment: "Pukul 10.00 frekuensi napas 30, saturasi 89%, nadi 116, tekanan darah 102/64, dan pasien lebih gelisah serta sulit berbicara panjang. Saya khawatir kondisinya memburuk." Recommendation: "Mohon penilaian segera dan aktivasi respons sesuai protokol. Saya akan mendampingi pemantauan sambil menunggu bantuan."

Pembimbing mengonfirmasi informasi, menilai pasien, dan menentukan respons klinis. Mahasiswa membantu pengukuran, persiapan alat, atau tindakan lain yang sesuai kompetensi dan instruksi. Ia tidak mengubah obat, menentukan dosis, atau menaikkan terapi oksigen atas keputusan sendiri. Bila bantuan tidak datang atau keadaan memburuk, mahasiswa mengikuti jalur eskalasi alternatif yang telah disepakati. Aktivasi bantuan dilakukan segera; pengisian dokumen akademik menunggu keadaan memungkinkan.

7. Evaluasi dokumentasi dan refleksi

Mahasiswa mengevaluasi perubahan frekuensi napas, saturasi, kemampuan berbicara, kesadaran, kenyamanan, serta respons terhadap tindakan yang telah diputuskan tim. Evaluasi melaporkan nilai dan waktu aktual, target yang ditetapkan, dan kebutuhan tindak lanjut. Perbaikan sementara tidak mengakhiri pemantauan, sedangkan perburukan memerlukan laporan ulang. Vinyet ini tidak memberikan angka hasil terapi rekaan sebagai bukti keberhasilan NALAR.

Contoh catatan awal hipotetik adalah "10.00 pasien mengeluh sesak bertambah; frekuensi napas 30 kali/menit, saturasi 89% tanpa oksigen tambahan, nadi 116 kali/menit, tekanan darah 102/64 mmHg. Perubahan dilaporkan segera kepada perawat pembimbing melalui SBAR. Pembimbing diminta menilai pasien. Pemantauan dilanjutkan sesuai arahan." Catatan berikutnya harus memuat waktu penilaian tim, instruksi yang benar-benar

diterima, tindakan yang benar-benar dilakukan, dan respons yang diukur. Mahasiswa tidak menulis tindakan yang baru direncanakan seolah sudah dilaksanakan.

Refleksi menanyakan petunjuk yang pertama dikenali, alasan memilih prioritas, asumsi yang hampir menyesatkan, mutu sumber, ketepatan meminta bantuan, serta pengalaman pasien. Perilaku profesional tampak pada pengakuan keterbatasan, komunikasi tepat waktu, penghormatan pasien, pelaksanaan instruksi yang sah, dan dokumentasi jujur. Perbaikan konkret dapat berupa membandingkan tren tanda vital lebih awal atau menyampaikan permintaan bantuan secara lebih spesifik pada kesempatan berikutnya.

F. Integrasi Kurikulum dan Asesmen DIII Keperawatan

1 Pemetaan capaian dan mata kuliah

AIPViKI (2022) menerbitkan Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan Indonesia sebagai acuan pendidikan vokasi. Penerjemahan acuan ke kurikulum program studi tetap memerlukan dokumen yang disahkan institusi. Tabel 4 menyajikan usulan pemetaan capaian pembelajaran lulusan (CPL), capaian pembelajaran mata kuliah (CPMK), dan bukti asesmen untuk pembelajaran etika dan praktik profesional. Rumusan berikut merupakan operasionalisasi artikel ini, bukan kutipan verbatim atau penomoran CPL nasional maupun CPL resmi Prodi DIII Keperawatan Bima.

Tabel 4 Usulan pemetaan capaian etika praktik profesional dan penggunaan bukti

Ranah CPL yang didukung	Usulan CPMK yang dapat diamati	Kegiatan dan bukti asesmen
Etik legal dan peka budaya	Mahasiswa mampu menerapkan persetujuan, privasi, kejujuran, dan pengenalan batas kewenangan pada kasus.	Role play persetujuan dan audit kerahasiaan pada tugas kasus.
Asuhan keperawatan dan keselamatan	Mahasiswa mampu menganalisis data, mengusulkan masalah prioritas, dan mengevaluasi respons di bawah supervisi.	Kasus bertahap dan lembar proses keperawatan lengkap.
Komunikasi dan kerja sama	Mahasiswa mampu menyampaikan perubahan kondisi melalui SBAR serta meminta bantuan sesuai alur.	Simulasi eskalasi dan observasi langsung menggunakan rubrik.
Literasi ilmiah dan pemanfaatan bukti	Mahasiswa mampu menyusun PICO, menelaah artikel, dan menjelaskan batas penerapannya.	Tugas pencarian, telaah penelitian, dan usulan tindakan yang disetujui pembimbing.
Pengembangan profesional	Mahasiswa mampu merefleksikan keputusan dan menyusun satu rencana perbaikan yang terukur.	Portofolio refleksi dan tindak lanjut umpan balik.

Pengampu Etika Keperawatan atau Etika dan Praktik Profesional dapat menggunakan dilema persetujuan, pelaporan perubahan, dan kewenangan sebagai titik masuk. Pengampu Keperawatan Dasar atau Medikal Bedah menggunakan kasus yang sama untuk pengkajian, prioritas, intervensi, dan evaluasi. Pengampu metodologi penelitian atau literasi bukti membimbing pertanyaan PICO dan appraisal. Penamaan mata kuliah, kode CPL, semester, serta beban belajar harus mengikuti kurikulum institusi yang berlaku.

Kurikulum perlu menempatkan penalaran klinis dan penggunaan bukti sebagai capaian yang berkembang sepanjang program. Pada semester awal, mahasiswa belajar membedakan data dan interpretasi, merumuskan pertanyaan dasar, serta mencari sumber tepercaya pada kasus sederhana. Pada tahap lanjut, mereka menghubungkan beberapa masalah, menelaah bukti, mempertimbangkan preferensi pasien, dan menyampaikan prioritas kepada tim. Perkembangan tersebut memerlukan penyelarasan tujuan, strategi pembelajaran, dan asesmen secara eksplisit (Elvén et al., 2023).

Keselarasan kurikulum perlu tampak pada capaian yang dapat diamati. Pada kasus yang sama, mahasiswa dapat diminta menunjukkan perubahan yang dikenali, alasan prioritas, sumber bukti, komunikasi kepada tim, dan indikator evaluasi. Dukungan dibuat lebih terstruktur pada semester awal, lalu dikurangi secara bertahap ketika mahasiswa telah mampu memilih pertanyaan dan sumber dengan supervisi yang sesuai. Pengulangan lintas konteks mempertahankan perkembangan kompetensi tanpa menuntut kemandirian klinis di luar kewenangan (Elvén et al., 2023).

Integrasi lintas mata kuliah membantu mahasiswa melihat penggunaan bukti dalam perawatan dasar, keluarga, pencegahan infeksi, edukasi, dan pemantauan penyakit kronis. Dosen dapat memakai istilah serta format refleksi yang selaras dan mengembangkan satu kasus dari pengkajian hingga evaluasi lintas semester. Pengulangan bermakna ini menghubungkan metode aktif, termasuk simulasi dan pembelajaran berbasis kasus, dengan praktik (Silva et al., 2025).

Koordinator praktik dapat menetapkan tujuan bersama antara dosen dan pembimbing klinik agar pembelajaran tetap terpadu. Sebelum rotasi, mahasiswa menerima daftar capaian yang menjelaskan keterampilan klinis, penalaran, bukti, komunikasi, dokumentasi, dan batas kewenangan. Saat praktik, pembimbing menilai kinerja berdasarkan perilaku yang dapat diamati dan memberi kesempatan refleksi setelah kasus. Setelah rotasi, mahasiswa menghubungkan pengalaman dengan satu pertanyaan bukti untuk dibahas kembali di kelas. Kemitraan ini mendukung transfer belajar dan membantu dosen

memahami kondisi aktual lahan praktik (Wakibi et al., 2021; Kolcun et al., 2023; Hobenu et al., 2025).

2. Peran dosen pembimbing dan lahan praktik

Dosen perlu memodelkan proses berpikir agar mahasiswa melihat bagaimana teori digunakan dalam situasi yang tidak lengkap. Demonstrasi dapat menunjukkan cara memeriksa data, membandingkan penjelasan, mengenali risiko, dan menyampaikan batas keyakinan. Jawaban tidak selalu harus diberikan segera; pertanyaan pemandu dan waktu berpikir dapat digunakan untuk membangun alasan. Umpan balik sebaiknya berfokus pada perilaku dan keputusan yang dapat diperbaiki. Kombinasi strategi diperlukan karena setiap metode dapat menstimulasi aspek kompetensi yang berbeda (Giuffrida et al., 2023; Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2024).

Pembimbing klinik menjaga keselamatan sambil memberi ruang bagi mahasiswa untuk mencoba dalam batas supervisi. Kesepakatan sebelum kegiatan perlu menjelaskan tindakan yang boleh dilakukan, siapa yang mengawasi, bagaimana meminta bantuan, dan bagaimana perubahan kondisi dilaporkan. Pertanyaan singkat dapat diberikan pada waktu yang tepat, tetapi proses mengajar tidak boleh menghambat respons klinis; setelah kondisi terkendali, refleksi membantu mahasiswa menghubungkan alasan dan hasil. Kejelasan peran pembimbing merupakan komponen penting dalam kualitas pembelajaran klinik (Hobenu et al., 2025).

Lahan praktik yang mendukung pembelajaran menormalisasi pertanyaan dan komunikasi tentang risiko. Tim dapat menunjuk pembimbing yang jelas, menyediakan akses ke pedoman unit, dan menjadwalkan konferensi kasus singkat. Saat beban kerja tinggi, refleksi pascasituasi atau refleksi tertulis dapat digunakan pada waktu yang disepakati. Dukungan unit penting karena kemampuan individu tidak cukup bila sistem membuat mahasiswa ragu menyampaikan masalah; faktor organisasi juga memengaruhi penggunaan penalaran klinis (Griffits et al., 2023).

Kemitraan akademik–klinik dapat mengembangkan kumpulan kasus belajar yang aman, relevan, dan diperbarui ketika protokol berubah. Kasus disusun tanpa identitas, ditinjau klinisi, dan dirancang agar mahasiswa mempertimbangkan lebih dari satu kemungkinan sebelum memutuskan. Kumpulan skenario dapat mencakup rumah sakit, puskesmas, komunitas, serta transisi pulang sehingga variasi pengalaman klinik tidak menghilangkan kesempatan untuk melatih kompetensi inti yang sama (Kolcun et al., 2023; Hobenu et al., 2025).

3. Rubrik formatif dan bukti perilaku profesional

Ujian klinis terstruktur objektif atau objective structured clinical examination (OSCE), simulasi, diskusi kasus, dan portofolio menilai aspek kompetensi yang berbeda. Bussard et al. (2024) menunjukkan keragaman praktik asesmen pertimbangan klinis, sedangkan Chai et al. (2025) memetakan metode penilaian penalaran pada pendidikan keperawatan sebelum registrasi. Implikasi bagi NALAR adalah penggunaan beberapa tugas dan pengamatan berulang, bukan kesimpulan dari satu skor.

Tabel 5 mengusulkan rubrik formatif dengan delapan domain. Setiap domain diberi skor 0 sampai 3: skor 0 menunjukkan perilaku tidak tampak atau membahayakan; skor 1 menunjukkan pelaksanaan parsial dengan arahan intensif; skor 2 menunjukkan pelaksanaan sesuai tujuan dengan sedikit arahan; skor 3 menunjukkan pelaksanaan konsisten, alasan jelas, dan antisipasi tindak lanjut dalam batas supervisi. Deskriptor spesifik pada tabel membantu penilai menghindari kesan umum. Rubrik ini belum diuji validitas atau reliabilitasnya.

Tabel 5 Domain rubrik NALAR dan indikator performa

Domain	Indikator performa yang diamati
Pengenalan masalah	Membandingkan kondisi awal dan terkini serta menyatakan prioritas dengan alasan.
Analisis data	Memisahkan data, interpretasi, dan informasi yang belum diketahui; memeriksa petunjuk yang bertentangan.
Pertanyaan dan bukti	Menyusun PICO relevan, mencatat pencarian, menilai desain dan keterterapan sumber.
Keputusan aman	Mengusulkan tindakan dengan alasan; mengenali batas kemampuan dan meminta validasi pembimbing.
Komunikasi dan eskalasi	Menyampaikan SBAR yang spesifik dan menindaklanjuti bila respons belum diperoleh.
Etika dan pelibatan pasien	Menjaga persetujuan, privasi, bahasa yang dipahami, serta preferensi pasien.
Dokumentasi dan evaluasi	Mencatat waktu, tindakan aktual, respons terukur, dan tindak lanjut.
Refleksi profesional	Mengakui keterbatasan dan merumuskan perbaikan konkret tanpa menyalahkan pasien atau tim.

Skor maksimum adalah 24. Persentase deskriptif dapat dihitung sebagai skor diperoleh dibagi 24 dikalikan 100, tetapi batas kelulusan tidak ditetapkan sebelum penelaahan serta uji instrumen. Pelanggaran keselamatan kritis, seperti menunda pelaporan perburukan atau melakukan tindakan tanpa kewenangan, memerlukan penghentian bagian kegiatan yang berisiko dan remediasi terawasi, walaupun skor total tinggi. Penggunaan sumatif memerlukan kebijakan institusi, penetapan standar, dan pelatihan penilai.

4. Bukti pendidikan dan rencana evaluasi empiris

Jeong et al. (2024) meninjau 11 studi dan memasukkan delapan di antaranya dalam meta-analisis pendidikan EBP. Meskipun hasil mendukung beberapa luaran belajar, heterogenitas tinggi membatasi generalisasi. Nielsen et al. (2024), dalam overview berjudul "Interventions, methods and outcome measures used in teaching evidence-based practice to healthcare students", mencakup enam tinjauan sistematis dengan 39 studi primer; seluruh tinjauan dinilai bermutu metodologis rendah. Luaran pengetahuan, sikap, dan keterampilan lebih sering dinilai dibanding perilaku praktik dan manfaat pasien. Kedua sumber tidak mengevaluasi NALAR.

Evaluasi NALAR yang akan dilakukan dapat dimulai dengan telaah isi oleh ahli, uji keterbacaan bersama mahasiswa, serta penilaian kesepakatan antarpenilai menggunakan contoh performa yang sama. Studi kelayakan mencatat durasi, akses sumber, kepatuhan fasilitator pada komponen inti, beban mahasiswa, dan kejadian keselamatan pembelajaran. Tahap berikutnya dapat membandingkan NALAR dengan pembelajaran biasa menggunakan kasus setara dan penilai yang tidak mengetahui kelompok bila memungkinkan.

Rencana penelitian harus menetapkan luaran primer sebelum pengumpulan data, menjelaskan pemilihan peserta dan kebutuhan sampel, menyertakan kelompok pembanding yang sesuai, serta menilai retensi dan transfer ke praktik terawasi. Analisis memperhatikan skor awal, pengukuran berulang, kemungkinan pengelompokan mahasiswa dalam kelas, data hilang, serta interval kepercayaan dan ukuran efek. Evaluasi sebelum dan sesudah tanpa pembanding hanya memberikan indikasi perubahan, karena pengulangan tes, pengalaman klinik, dan intervensi lain dapat memengaruhi hasil.

Pernyataan efektivitas lokal memerlukan laporan penelitian yang dapat ditelusuri, data yang memadai, penjelasan instrumen dan analisis, serta penelaahan etik sesuai ketentuan. Sampai bukti tersebut tersedia, NALAR diposisikan sebagai kerangka yang layak diuji. Penilaian kepuasan atau persepsi mahasiswa tidak digunakan sebagai pengganti bukti peningkatan kompetensi maupun keselamatan pasien.

G. Keterbatasan dan Implikasi

Telaah naratif ini tidak mencakup seluruh publikasi yang relevan dan tidak menghasilkan estimasi efek baru. Sebagian sumber berasal dari pendidikan sarjana atau profesi kesehatan lain, sehingga penerapannya pada DIII memerlukan penyesuaian

kompleksitas, supervisi, dan kesiapan literasi bukti. Bukti strategi pengajaran tidak dengan sendirinya memvalidasi NALAR; penggabungan komponen dapat menambah beban kognitif atau waktu fasilitasi yang perlu diuji.

Vinyet menyederhanakan kompleksitas praktik dan tidak menunjukkan perjalanan pasien nyata. Rubrik serta pemetaan capaian merupakan usulan yang perlu diselaraskan dengan kurikulum dan kebijakan lahan. Adaptasi Maja Labo Dahu perlu melibatkan mahasiswa, pendidik, dan pihak yang memahami konteks budaya agar mendorong tanggung jawab serta komunikasi terbuka. Klaim manfaat harus dibatasi pada bukti yang tersedia, dengan membedakan luaran belajar, perubahan perilaku, dan luaran pasien.

Implikasi praktisnya adalah membangun satu jejak keputusan yang ringkas dan dapat ditinjau bersama pembimbing. Program studi dapat memulai dari satu kasus, satu pertanyaan bukti, dan satu observasi komunikasi, kemudian memperluasnya setelah uji kelayakan. Dukungan akses literatur, kejelasan supervisi, serta kesempatan refleksi menjadi syarat pelaksanaan yang perlu dipastikan sebelum memperbesar skala pembelajaran.

H. Kesimpulan

Integrasi penalaran klinis dan praktik keperawatan berbasis bukti menghubungkan pengkajian pasien dengan interpretasi, pilihan tindakan, komunikasi, serta evaluasi yang dapat dipertanggungjawabkan. Lima tahap NALAR menyediakan usulan struktur belajar yang membuat hubungan tersebut terlihat. Vinyet perburukan pernapasan menunjukkan bahwa keselamatan dan eskalasi didahulukan, sedangkan telaah bukti memperkuat alasan keputusan setelah kebutuhan segera ditangani.

Penerapan dalam pendidikan DIII Keperawatan memerlukan pemetaan CPL dan CPMK, supervisi, batas kewenangan yang eksplisit, pelibatan pasien, serta asesmen berdasarkan perilaku yang diamati. Konteks Bima dan Maja Labo Dahu dapat memperkaya refleksi etis tanpa menjadi dasar pengganti bukti klinis. NALAR belum terbukti efektif sebagai suatu kerangka utuh; pengujian validitas, kelayakan, reliabilitas asesmen, dan dampak pembelajaran diperlukan sebelum penggunaannya diperluas.

Referensi

Alshehri, F. D., Jones, S., & Harrison, D. (2023). The effectiveness of high-fidelity simulation on undergraduate nursing students' clinical reasoning-related skills: A systematic review. Nurse Education Today, 121, 105679. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105679

Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Vokasi Keperawatan Indonesia. (2022). Kurikulum pendidikan Diploma III Keperawatan Indonesia. https://books.aipviki.org/271/kurikulum-pendidikan-diploma-iii-keperawatan-indonesia/

Aziz, T. (2021). Nilai-nilai pendidikan karakter "Maja Labo Dahu" dalam pedagogi. Jurnal Pendidikan Karakter, 12(1), 88–100. https://doi.org/10.21831/jpk.v0i1.37444

Bussard, M. E., Jessee, M. A., El-Banna, M. M., Cantrell, M. A., Alrimawi, I., Marchi, N. M., Gonzalez, L. I., Rischer, K., Coy, M. L., Poledna, M., & Lavoie, P. (2024). Current practices for assessing clinical judgment in nursing students and new graduates: A scoping review. Nurse Education Today, 134, 106078. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106078

Chai, L. S., Lim, L., Yusoff, M. S. B., & Yusuf, A. (2025). Clinical reasoning assessment methods in prelicensure undergraduate nursing education: A scoping review. Nurse Education in Practice, 86, 104423. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104423

De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. Resuscitation, 84(9), 1192–1196. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016

Elvén, M., Welin, E., Wiegleb Edström, D., Petreski, T., Szopa, M., Durning, S. J., & Edelbring, S. (2023). Clinical reasoning curricula in health professions education: A scoping review. Journal of Medical Education and Curricular Development, 10, 23821205231209093. https://doi.org/10.1177/23821205231209093

Frangi, D., Bardacci, Y., Magi, C. E., El Aoufy, K., Longobucco, Y., Iovino, P., Amato, C., Balestri, C., Forciniti, C., Rasero, L., Iozzo, P., Lucchini, A., & Bambi, S. (2025). Exploring the use of low-cost simulation in nursing education: A scoping review. BMJ Open, 15(7), e099968. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099968

Giuffrida, S., Silano, V., Ramacciati, N., Prandi, C., Baldon, A., & Bianchi, M. (2023). Teaching strategies of clinical reasoning in advanced nursing clinical practice: A scoping review. Nurse Education in Practice, 67, 103548. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103548

Griffits, S., Hines, S., & Moloney, C. (2023). Characteristics and processes of registered nurses' clinical reasoning and factors relating to the use of clinical reasoning in practice: A scoping review. JBI Evidence Synthesis, 21(4), 713–743. https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00373

Hobenu, K. A., Adefuye, A. O., Naab, F., & Nyoni, C. N. (2025). Strategies to enhance clinical teaching and learning in undergraduate nursing education: A scoping review. PLOS ONE, 20(6), e0305789. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305789

Howard, B., Diug, B., & Ilic, D. (2022). Methods of teaching evidence-based practice: A systematic review. BMC Medical Education, 22, 742. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03812-x

Jeong, D., Park, C., Sugimoto, K., Jeon, M., Kim, D., & Eun, Y. (2024). Effectiveness of an evidence-based practice education program for undergraduate nursing students: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(5), 637. https://doi.org/10.3390/ijerph21050637

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat. https://jdih.kemkes.go.id/documents/keputusan-menteri-kesehatan-nomor-hk0107menkes4252020

Kolcun, K., Zellefrow, C., Karl, J., Ulloa, J., Zehala, A., Zeno, R., & Tornwall, J. (2023). Identifying best practices for virtual nursing clinical education: A scoping review. Journal of Professional Nursing, 48, 128–146. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.07.001

National Institute for Health and Care Excellence. (2007). Acutely ill adults in hospital: Recognising and responding to deterioration (Clinical guideline CG50). https://www.nice.org.uk/guidance/CG50/chapter/recommendations

Nielsen, L. D., Løwe, M. M., Mansilla, F., Jørgensen, R. B., Ramachandran, A., Noe, B. B., & Egebæk, H. K. (2024). Interventions, methods and outcome measures used in teaching evidence-based practice to healthcare students: An overview of systematic reviews. BMC Medical Education, 24, 306. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05259-8

Niu, Y., Liu, T., Li, K., Sun, M., Sun, Y., Wang, X., & Yang, X. (2021). Effectiveness of simulation debriefing methods in nursing education: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today, 107, 105113. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105113

Pérez-Perdomo, A., & Zabalegui, A. (2024). Teaching strategies for developing clinical reasoning skills in nursing students: A systematic review of randomised controlled trials. Healthcare, 12(1), 90. https://doi.org/10.3390/healthcare12010090

Silva, G. O., Aredes, N. D. A., Cecilio, J. O., Oliveira, F. S. E., Cavalcante, A. M. R. Z., & Campbell, S. H. (2025). Active methodologies in teaching the nursing process: Scoping review. Nurse Education in Practice, 83, 104274. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104274

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. Journal of Nursing Education, 45(6), 204–211. https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04

Theobald, K. A., Tutticci, N., Ramsbotham, J., & Johnston, S. (2021). Effectiveness of using simulation in the development of clinical reasoning in undergraduate nursing students: A systematic review. Nurse Education in Practice, 57, 103220. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103220

Wakibi, S., Ferguson, L., Berry, L., Leidl, D., & Belton, S. (2021). Teaching evidence-based nursing practice: A systematic review and convergent qualitative synthesis. Journal of Professional Nursing, 37(1), 135–148. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.06.005

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705