

Book Chapter Of **Profesionalitas** **dalam Keperawatan**

Volume 2 Nomor 1 Oktober 2025



BOOKCHAPTER PROFESIONALITAS DALAM KEPERAWATAN

Henny syapitri, S.Kep, Ns, M.Kep, Ph. D

Eny Susyanti M. Kep

Faisal Sangadji, M.Kep



PT Nuansa Fajar Cemerlang

Book Chapter Profesionalitas dalam Keperawatan

Nama Jurnal : Book Chapter Profesionalitas dalam Keperawatan
Volume & Nomor : Volume 2, Nomor 1 Oktober 2025
ISSN : 3064-1187
Tahun Terbit : 2025
Jumlah halaman : 68
Ukuran Book Chapter : A4

1. Transformasi Profesionalisme Perawat di Era Kesehatan Global dan Berbasis Bukti
2. Pengembangan Kompetensi dan Etika Profesional Perawat dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan.
3. Pendekatan Personal Setting Target pada Progressive Early Mobilization untuk Optimalisasi Kemandirian Fisik Pasien dengan Gagal Jantung

Copy Editor : Luthfi Kurniawan
Proofreader : Luthfi Kurniawan
Penata Isi : Luthfi Kurniawan
Desainer Sampul : Luthfi Kurniawan

Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang
Copyright © 2025
Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang



Jurnal ini diterbitkan di bawah lisensi **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)**.

Lisensi ini mengizinkan berbagi, menyalin, mendistribusikan karya turunan untuk penggunaan nonkomersial, dengan atribusi yang sesuai dan lisensi yang sama.

Informasi lebih lanjut: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Diterbitkan oleh:
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F, Jl. S. Parman Kav 22-24, Kecamatan Palmerah,
Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10340
Email: artikeloptimal@gmail.com
Website: nuansafajarcemerlang.com

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	iii
PENGANTAR PENERBIT	v
KATA PENGANTAR.....	vi
PRAKATA	vii
BAB I Transformasi Profesionalisme Perawat di Era Kesehatan Global dan Berbasis Bukti	
A. Fondasi Profesionalisme & Etika Global	1
B. Praktik Berbasis Bukti (EBP) & Literasi Riset.....	4
C. Keperawatan Digital, Data & Kecerdasan Buatan	6
D. Kolaborasi Interprofesional, Kepemimpinan & Advokasi.....	10
E. Kualitas, Keselamatan & Kesejahteraan Tenaga.....	13
F. Penutup	15
Referensi	17
BAB II Pengembangan Kompetensi dan Etika Profesional Perawat dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan	19
A. Kerangka Kompetensi Inti & Peta Peran Perawat.....	19
B. Etika Profesional, Hukum & Profesionalisme Digital.....	23
C. Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien (QI & Patient Safety).....	26
D. Pengembangan Karier, CPD & Literasi Bukti.....	29
E. Penutup	32
Referensi	34
BAB III Pendekatan Personal Setting Target pada Progressive Early Mobilization untuk Optimalisasi Kemandirian Fisik Pasien dengan Gagal Jantung	36
A. Tantangan Rehabilitasi Pasien Gagal Jantung.....	36
B. Masalah Ketergantungan Fisik dan Penurunan Kapasitas Fungsional Pasien Gagal Jantung	38
C. Kesenjangan praktik mobilisasi dini yang belum terstandar secara personal	39
D. Bagaimana pendekatan personal setting target dapat mengoptimalkan kemandirian fisik pasien gagal jantung?.....	40
E. Tujuan dan Manfaat Buku Pendekatan Personal Setting Target pada Progressive Early Mobilization untuk Optimalisasi Kemandirian Fisik Pasien dengan Gagal Jantung	42
F. Dampak fisiologis terhadap kapasitas aktivitas dan risiko imobilisasi pasien gagal jantung.....	43
G. Pengertian, Prinsip, dan Tahapan Progresif Mobilisasi Dini Pada Pasien Gagal Jantung.....	46

H. Personal Setting Target.....	47
I. Hubungan PEM dan Personal Target terhadap Kemandirian Fisik	49
J. Kerangka Empirik dan Evidence-Based Practice.....	50
K. Model Pendekatan Personal Setting Target Dalam PEM.....	52
L. Penutup	53
Referensi	55

PENGANTAR PENERBIT

Dengan rasa syukur dan bangga, kami dari PT Nuansa Fajar Cemerlang menghadirkan *book chapter* berjudul "**Profesionalitas dalam Keperawatan**" sebagai bentuk dukungan kami terhadap dunia keperawatan yang terus berkembang dan berperan penting dalam pelayanan kesehatan.

Perawat bukan hanya tenaga kesehatan yang berada di garis depan, tetapi juga figur yang menjaga, merawat, dan mendampingi pasien dengan empati, pengetahuan, dan ketelatenan. Profesionalitas dalam keperawatan bukan semata tentang keterampilan teknis, tetapi juga menyangkut sikap, tanggung jawab, dan etika dalam melayani sesama manusia.

Melalui buku ini, para penulis yang terdiri dari akademisi dan praktisi berusaha membagikan pengalaman, pemikiran, dan refleksi tentang bagaimana profesionalisme dapat dibangun dan ditumbuhkan dalam keseharian praktik keperawatan. Kami berharap buku ini bisa menjadi sumber inspirasi dan panduan, baik untuk mahasiswa, perawat yang sedang mengembangkan karier, maupun bagi mereka yang telah lama mengabdikan diri dalam dunia keperawatan.

Kami menyampaikan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada seluruh kontributor, editor, dan tim penyusun yang telah bekerja keras mewujudkan karya ini. Terima kasih atas kepercayaannya kepada PT Nuansa Fajar Cemerlang sebagai mitra penerbitan.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat luas, membangkitkan semangat, serta memperkuat peran penting profesi keperawatan di tengah masyarakat.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga *book chapter* berjudul "**Profesionalitas dalam Keperawatan**" ini dapat tersusun dan diterbitkan dengan baik. Buku ini merupakan hasil kerja kolektif dari berbagai akademisi dan praktisi keperawatan yang memiliki komitmen untuk memperkuat landasan profesional dalam praktik keperawatan di Indonesia.

Profesionalitas merupakan pilar utama dalam dunia keperawatan. Tidak hanya mencakup keterampilan teknis, tetapi juga mencakup sikap, etika, tanggung jawab, dan dedikasi terhadap pelayanan yang berfokus pada pasien. Di tengah kompleksitas sistem pelayanan kesehatan yang terus berkembang, perawat dituntut untuk senantiasa mengembangkan diri agar mampu memberikan pelayanan yang bermutu, aman, dan berorientasi pada kebutuhan individu yang dirawat.

Buku ini hadir sebagai kontribusi untuk memperkaya khazanah keilmuan, sekaligus menjadi sumber refleksi dan inspirasi bagi para perawat, pendidik, mahasiswa, maupun pemangku kebijakan dalam bidang keperawatan. Setiap bab dirancang untuk membahas dimensi-dimensi penting profesionalitas dari berbagai sudut pandang, baik teori maupun praktik, agar pembaca memperoleh pemahaman yang utuh dan kontekstual.

Kami menyampaikan terima kasih dan apresiasi yang sebesar-besarnya kepada seluruh penulis, editor, dan semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat yang luas, menjadi referensi yang bermakna dalam pendidikan keperawatan, serta mendorong tumbuhnya budaya profesional dalam praktik keperawatan di berbagai tatanan layanan.

Akhir kata, kami menyadari bahwa tidak ada karya yang sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan di masa mendatang.

PRAKATA

Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, *book chapter* yang berjudul "**Profesionalitas dalam Keperawatan**" ini dapat diselesaikan dan diterbitkan dengan baik. Kehadiran buku ini diharapkan dapat menjadi sumbangan positif dalam penguatan peran dan identitas profesi keperawatan di era pelayanan kesehatan yang semakin kompleks dan dinamis.

Keperawatan sebagai profesi memiliki tanggung jawab yang luas, tidak hanya dalam aspek klinis, tetapi juga dalam hal etika, komunikasi, pengambilan keputusan, serta tanggung jawab sosial. Profesionalitas menjadi landasan utama dalam menjalankan semua peran tersebut secara konsisten dan bermartabat. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai konsep dan implementasi profesionalitas sangatlah penting untuk terus dikembangkan melalui pendidikan, pelatihan, dan praktik sehari-hari.

Buku ini disusun oleh para penulis dari berbagai latar belakang akademik dan pengalaman praktis, yang dengan semangat kolaboratif ingin berbagi pengetahuan dan wawasan yang aplikatif. Kami berharap setiap bab dalam buku ini mampu memberikan inspirasi, memperkaya pemikiran, serta menjadi rujukan bagi mahasiswa keperawatan, tenaga pendidik, perawat profesional, dan seluruh pemangku kepentingan di bidang kesehatan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah mendukung proses penulisan dan penerbitan buku ini, termasuk tim editor, mitra akademik, dan penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang atas kerja samanya yang luar biasa.

Kami menyadari bahwa karya ini masih memiliki kekurangan. Oleh karena itu, kami sangat terbuka terhadap masukan dan kritik yang membangun demi penyempurnaan di masa mendatang. Selamat membaca. Semoga buku ini memberikan manfaat yang luas dan mendorong semangat profesionalisme yang lebih kuat dalam dunia keperawatan.

BAB I

Transformasi Profesionalisme Perawat di Era Kesehatan Global dan Berbasis Bukti

Henny Syapitri, S.Kep, Ns, M.Kep, Ph. D

A. Fondasi Profesionalisme & Etika Global

Profesionalisme perawat di era layanan kesehatan yang saling terhubung lintas wilayah dibangun di atas empat nilai yang saling menguatkan: kepedulian, integritas, akuntabilitas, dan keadilan. Kepedulian menuntun perawat untuk hadir secara empatik melihat manusia utuh, bukan sekadar diagnosis serta menyeimbangkan kompetensi klinis dengan sensitivitas emosional. Integritas memastikan keputusan klinik tidak disetir kepentingan pribadi, tekanan komersial, atau bias yang tak disadari; ia tampak dari konsistensi antara apa yang dikatakan, dicatat, dan dilakukan. Akuntabilitas berarti berani mempertanggungjawabkan keputusan, dari cara menghitung dosis hingga cara memberi edukasi, lengkap dengan dokumentasi yang transparan. Keadilan mengikat semuanya ke mandat etis yang lebih luas: sumber daya terbatas harus dialokasikan secara proporsional, suara pasien rentan didengar, dan perbedaan budaya tidak menjadi alasan terjadinya ketidaksetaraan perawatan.

Identitas profesional tidak muncul otomatis setelah lulus, tetapi dibentuk lewat refleksi yang disiplin. Portofolio praktik klinik berisi kasus-kasus kunci, pembelajaran dari insiden, sertifikat kompetensi, dan rencana pengembangan berfungsi sebagai “cermin panjang” yang menampilkan kemajuan dan celah. Jurnal reflektif membantu menata pengalaman harian menjadi pelajaran yang dapat diulang, misalnya dengan pola 5R: mengingat peristiwa yang terjadi (Recall), mengakui reaksi diri (React), menalar mengapa hal itu terjadi (Reason), merekonstruksi rencana tindakan yang lebih baik (Reconstruct), dan mengevaluasi dampaknya di kemudian hari (Results). Di awal dan akhir rotasi atau program pelatihan, penilaian diri pra-pasca membantu mengukur pertumbuhan nyata, bukan dugaan apakah

keterampilan komunikasi meningkat setelah menerapkan teach-back, apakah mutu dokumentasi membaik setelah audit pendampingan.

Landasan nilai tersebut diturunkan menjadi perilaku melalui kode etik dan standar praktik. Di Indonesia, pedoman PPNI sejalan dengan prinsip-prinsip ICN menghormati martabat pasien, menjunjung hak atas informasi, persetujuan tindakan, dan kerahasiaan. Implementasi konkretnya tampak saat perawat menjelaskan rencana perawatan dengan bahasa sederhana, memberi ruang bagi pasien untuk bertanya, serta mendokumentasikan bahwa persetujuan diberikan secara sadar, tanpa paksaan. Di wilayah kerja yang kian meluas telehealth, telerounding, case management lintas provinsi atau negara kewajiban etis melekat pada mandat legal: lisensi praktik di wilayah pasien berada, batas kewenangan klinis, kewajiban menjaga keamanan data, dan kepatuhan pada kebijakan organisasi terkait komunikasi daring. Ketika konsultasi video menggantikan tatap muka, standar etik yang sama validasi identitas, privasi, informed consent, keamanan lingkungan tetap berlaku, hanya medianya yang bergeser.

Kompetensi budaya dan bahasa bukan “tambahan kosmetik”, melainkan kemampuan inti yang menentukan hasil klinik. Cultural humility mendorong perawat untuk mengakui bahwa pengetahuan tentang budaya orang lain selalu parsial dan perlu diperbarui melalui dialog. Praktiknya, perawat memulai asuhan dengan menanyakan nilai dan preferensi pasien, bukan mengasumsikan; mengidentifikasi kebutuhan penerjemah kompeten alih-alih mengandalkan anggota keluarga; serta memodifikasi intervensi agar cocok dengan kebiasaan lokal, misalnya menyesuaikan jadwal minum obat dengan waktu ibadah atau pola makan setempat. Literasi kesehatan diukur bukan dari gelar pendidikan pasien, melainkan dari kemampuannya menjelaskan kembali informasi yang baru diterima. Di sinilah teknik teach-back bekerja: sampaikan informasi dalam potongan kecil, minta pasien mengulang dengan kata-katanya sendiri, luruskan kekeliruan, lalu simpulkan aksi yang harus dilakukan di rumah. Dengan cara ini, kesenjangan pengetahuan yang sering kali menjadi sumber ulang-rawat dan ketidakpatuhan dapat dipersempit secara sistematis.

Ruang digital menghadirkan peluang sekaligus jebakan. Jejak digital perawat dari unggahan media sosial hingga komentar di forum membentuk persepsi publik mengenai profesi. Profesionalisme menuntut batas yang jelas: tidak berteman di media sosial dengan pasien aktif kecuali melalui kanal resmi organisasi; tidak memajang foto pasien atau lingkungan kerja yang dapat mengungkap identitas; tidak memberi saran klinik personal di ruang publik daring yang melewati kewenangan dan tanpa data memadai. Kebijakan

organisasi biasanya mengatur penggunaan perangkat pribadi (BYOD), aplikasi pesan instan, penyimpanan foto klinik (harus melalui aplikasi aman, bukan galeri ponsel), serta kecerdasan buatan sebagai alat bantu bukan pengganti penalaran klinis. Di balik semua itu, prinsip yang sama tetap memimpin: lindungi kerahasiaan, hormati martabat, dan dokumentasikan di rekam medis, bukan di lini masa.

Etika dan profesionalisme perlu bukti kinerja yang dapat diaudit, bukan hanya deklarasi. Kepatuhan dokumentasi ketepatan waktu, kelengkapan, konsistensi dengan temuan klinik menjadi indikator pertama yang paling mudah dilacak. Skor kepuasan pasien memberi sinyal tentang komunikasi, empati, dan koordinasi; temuan audit etik menunjukkan titik lemah seperti informed consent yang terlalu singkat atau catatan konsultasi yang kurang jelas; jumlah dan jenis insiden pelanggaran dari kesalahan pengungkapan data hingga bahasa yang tidak pantas menjadi data untuk perbaikan budaya. Selain itu, 360-degree feedback dari sejawat, dokter, dan tenaga pendukung seringkali mengungkap aspek perilaku (kolaborasi, menghargai peran orang lain) yang tidak tercermin dalam angka.

Agar praktik sehari-hari konsisten dengan standar, alat bantu sederhana tetapi presisi perlu digunakan. Lembar refleksi 5R memandu nakes “membongkar” pengalaman dan mengubahnya menjadi rencana tindakan yang terukur. Checklist informed consent memastikan elemen-elemen wajib diagnosis kerja, tujuan tindakan, manfaat yang realistis, risiko dan alternatif, biaya dan logistik, konsekuensi menolak tersampaikan dan dipahami, dibuktikan dengan tanda tangan dan waktu penyampaian yang terdokumentasi. Panduan komunikasi bahasa sederhana mengingatkan untuk menghindari jargon, menggunakan analogi yang relevan budaya setempat, memberi materi visual yang tepat, serta memvalidasi pemahaman melalui teach-back. Ketika alat ini dipakai konsisten, kesenjangan antara niat baik dan hasil nyata menyempit: pasien lebih paham dan terlibat, insiden etis menurun, dan tim lebih percaya diri menghadapi situasi kompleks termasuk yang terjadi di ruang virtual.

Pada akhirnya, fondasi profesionalisme dan etika global bukan sekadar kumpulan aturan, melainkan kebiasaan reflektif yang dibuktikan dalam keputusan-keputusan kecil setiap hari: bagaimana perawat membuka percakapan, memilih kata, menata privasi, mencatat temuannya, dan menutup kunjungan dengan rencana yang dipahami pasien. Di tengah pergeseran layanan ke ranah digital dan lintas batas, fondasi ini membuat perawat tetap teguh: berpusat pada manusia, selaras dengan bukti dan hukum, peka budaya, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan. Dari fondasi yang kuat inilah transformasi

profesionalisme bertumbuh, bukan hanya memajukan reputasi profesi, tetapi juga yang lebih penting meningkatkan keselamatan dan keadilan bagi semua pasien.

B. Praktik Berbasis Bukti (EBP) & Literasi Riset

Praktik berbasis bukti bukan sekadar “mencari jurnal lalu mengikuti kesimpulannya”, melainkan disiplin kerja klinik yang dimulai dari pertanyaan yang tajam, ditopang telaah kritis yang sistematis, diterjemahkan dengan cermat ke konteks lokal, diukur dampaknya, lalu disebarluaskan agar bisa direplikasi. Tujuannya sederhana namun besar: keputusan keperawatan yang aman, efektif, adil, dan efisien serta dapat dipertanggungjawabkan di hadapan pasien, sejawat, dan regulator.

Langkah pertama adalah merumuskan pertanyaan klinik yang terstruktur menggunakan formula PICOT (Population-Intervention-Comparison-Outcome-Time). Pertanyaan yang jelas akan “mengunci” pencarian dan mencegah banjir informasi. Misalnya: Pada pasien dewasa rawat inap medikal (P), apakah hourly rounding terstruktur (I) dibanding praktik rutin tanpa jadwal (C) menurunkan angka jatuh (O) dalam 3 bulan (T)? Dengan PICOT di tangan, penelusuran sumber bukti menjadi fokus. Perawat menautkan kata kunci bebas dengan MeSH/subject heading lalu mengombinasikannya dengan operator Boolean di PubMed; meninjau systematic review dan controlled trials di Cochrane Library; mengecek evidence summaries dan recommended practices di JBI; serta memperhatikan pedoman WHO dan regulasi nasional. Penelusuran yang baik mencatat string pencarian, filter (tahun, desain studi), dan alasan inklusi-eksklusi, sehingga prosesnya transparan dan bisa diulang.

Bukti yang terkumpul tidak langsung dipakai; ia harus diappraisal secara kritis. Di sini literasi riset menjadi kompetensi inti. Perawat memahami rancangan studi randomized controlled trial (RCT) untuk inferensi kausal yang kuat; kohort untuk kejadian dan prognosis; case-control untuk faktor risiko kejadian jarang; serta mixed-methods bila dimensi pengalaman pasien perlu ditangkap. Dengan panduan CASP/JBI, setiap artikel ditelaah: bagaimana risk of bias (seleksi, pengukuran, attrition, confounding) dikelola; seberapa valid dan relevan populasinya dibanding pasien kita; seberapa presisi hasilnya. Di tahap ini, perawat tidak berhenti pada “ $p < 0,05$ ”, melainkan membaca interval kepercayaan, menghitung absolute risk reduction (ARR), relative risk (RR), dan menerjemahkannya ke Number Needed to Treat/Harm (NNT/NNH) berapa pasien yang perlu mendapat intervensi untuk mencegah satu kejadian jatuh, misalnya, dan apa potensi mudaratnya. Untuk review yang menggabungkan banyak studi, heterogenitas dibaca (I^2 ,

variasi antar-konteks), publikasi bias dipertimbangkan, dan keseluruhan kepastian bukti dirangkum menggunakan GRADE menilai risk of bias, inconsistency, indirectness, imprecision, dan publication bias sebelum menyimpulkan strength of recommendation.

Namun bukti terbaik tidak otomatis “cocok-pasang”. Ia perlu fit-for-context: apakah unit punya rasio perawat memadai, dukungan manajerial, workflow yang memungkinkan, serta kesesuaian budaya pasien-keluarga? Di sinilah translasi pengetahuan bekerja. Kerangka PARIHS mengingatkan bahwa implementasi bergantung pada tiga pilar Evidence (kuat-relevan), Context (budaya keselamatan, kepemimpinan, readiness), dan Facilitation (pendamping yang kompeten). Sementara Kotter 8-langkah membantu mengelola perubahan: membangun urgensi (data jatuh dan cerita pasien), membentuk koalisi (kepala ruangan, champion klinik, IPCN, quality officer), menyusun visi/roadmap, mengomunikasikan berulang, menyingkirkan hambatan (alat, workflow dokumentasi), menciptakan quick wins (mis. 30 hari pilot dengan penurunan jatuh), mengonsolidasikan, lalu mengakar dalam SOP. Di lantai klinik, translasi berarti pelatihan bedside singkat berulang, coaching champion di setiap shift, simulasi mikro 10-15 menit tentang cara rounding, teach-back edukasi pasien, dan dokumentasi point-of-care yang ringkas agar beban kerja tidak melonjak.

Keberhasilan implementasi harus terukur. Donabedian memberi kerangka struktur-proses-outcome. Pada struktur, perhatikan rasio perawat-pasien, ketersediaan bed/chair alarm, non-slip socks, dan EMR yang mendukung order sets. Pada proses, audit kepatuhan bundle apakah hourly rounding terdokumentasi di $\geq 90\%$ opportunity, apakah edukasi jatuh dan asesmen risiko dilakukan saat masuk. Pada outcome, pantau laju HAPI (hospital-acquired pressure injury), fall rate per 1.000 patient-days, CAUTI/CLABSI per 1.000 perangkat-hari, serta balancing measures seperti beban alarm atau waktu perawatan langsung. Jangan lupakan PROs/PROMs nyeri, mobilitas fungsional, kepuasan karena mutu bukan hanya angka kejadian, tetapi juga pengalaman dan fungsi pasien. Semua indikator divisualisasikan dalam run chart/SPC agar tren dan variasi khusus terlihat, bukan sekadar before-after.

Siklus evaluasi perbaikan mengikuti PDSA. Pada fase Plan, tim menetapkan target (mis. penurunan fall 25% dalam 90 hari), memilih driver kunci (rounding, edukasi, lingkungan), dan menyiapkan alat (lembar inspeksi lingkungan, checklist edukasi, dot phrase dokumentasi). Do: pilot di satu ruangan selama 2-4 minggu. Study: bandingkan baseline dan pilot menggunakan run chart; lihat data proses (kepatuhan) dan balancing

measures. Act: sesuaikan apakah rounding perlu dijadwalkan staggered, apakah cue visual perlu diperjelas, apakah teach-back dipindah ke pre-discharge huddle. Siklus diulang hingga stabil, lalu scale-up ke unit lain.

Begitu praktik baru stabil, pekerjaan belum selesai: dokumentasi dan diseminasi memastikan pengetahuan tidak berhenti di satu unit. Bentuknya bisa poster EBP (alur PICOT-pencarian-appraisal-implementasi-hasil), policy brief satu-dua halaman untuk pimpinan (masalah, opsi, biaya-manfaat, rekomendasi), pembaruan SOP/clinical pathway dan order set EMR, serta catatan lesson learned apa yang bekerja, apa yang tidak, dan prasyarat keberhasilan agar tim lain tidak mengulang rintangan yang sama. Di forum internal, cerita perubahan yang menyertakan suara pasien/keluarga kerap lebih menggerakkan daripada grafik semata.

Untuk mempermudah praktik sehari-hari, tim memanfaatkan alat bantu yang sederhana namun presisi. Template PICOT 1 halaman menjaga fokus pertanyaan dan menghindari scope creep. Lembar appraisal kritis (CASP/JBI) menuntun tim menilai validitas, dampak, dan keterterapan setiap bukti. Form PDSA memadatkan rencana-hasil-pelajaran dalam satu lembar sehingga mudah diarsipkan dan dibandingkan lintas siklus. Peta proses (swimlane) memetakan siapa melakukan apa-kapan-di mana, mengidentifikasi bottleneck atau duplikasi yang memperlambat implementasi. Tambahkan kamus data untuk mendefinisikan indikator (numerator-denominator-sumber data-frekuensi tarik), sehingga audit dapat diulang oleh orang berbeda dengan hasil yang konsisten.

Singkatnya, EBP & literasi riset mengubah intuisi baik menjadi keputusan yang terbukti, dapat diaudit, dan berkelanjutan. Perawat yang terampil merumuskan PICOT, menelusur dan menilai bukti secara kritis, menyesuaikan intervensi dengan konteks menggunakan kerangka perubahan, serta mengukur dampak dengan indikator yang bermakna adalah perawat yang memimpin transformasi mutu. Dengan dokumentasi yang rapi dan diseminasi yang cerdas, perubahan kecil di satu bedside bisa bergaung menjadi praktik standar lintas unit, bahkan lintas fasilitas.

C. Keperawatan Digital, Data & Kecerdasan Buatan

Transformasi profesionalisme perawat hari ini tak bisa dilepaskan dari kemampuan bekerja di lingkungan digital mengelola data klinik dengan rapi, memanfaatkan sistem informasi untuk keputusan yang lebih cepat dan tepat, serta berkolaborasi aman lewat layanan jarak jauh. Teknologi bukan tujuan, melainkan sarana untuk menguatkan praktik

berbasis bukti, menurunkan variasi perawatan, dan menjaga keselamatan pasien. Itu berarti setiap perangkat lunak, sensor, atau model kecerdasan buatan (AI) harus ditanamkan di alur kerja perawat secara elegan: mengurangi beban kognitif, bukan menambah, dan mempertahankan otonomi profesional dengan koridor etik dan hukum yang jelas.

Pada tataran informatik keperawatan, rekam medis elektronik (EMR) menjadi “tulang belakang” dokumentasi dan koordinasi. Kualitas EMR dinilai dari kemampuannya menangkap data yang bermakna klinis tanpa membuat perawat terjebak pada klik yang melelahkan. Standar terminologi klinik seperti SNOMED CT membantu mencatat diagnosis keperawatan, intervensi, dan observasi secara seragam; kode-kode penyakit tetap dipetakan ke ICD-10 untuk keperluan pelaporan dan klaim; pemeriksaan laboratorium diikat oleh LOINC, dan obat oleh RxNorm, sehingga informasi tersambung lintas sistem. Interoperabilitas umumnya melalui HL7/FHIR memungkinkan data pasien berpindah dengan aman antarfasilitas, misalnya ketika pasien rujuk atau menjalani telekonsultasi dengan spesialis. Di level praktik, order sets berbasis bukti yang tertanam di EMR mengurangi variasi: begitu asesmen risiko jatuh tinggi terdeteksi, paket intervensi yang sudah distandarkan alarm tempat tidur, kaus kaki antiselip, edukasi keluarga dengan teach-back, dan hourly rounding muncul sebagai rekomendasi tersusun, bukan daftar kosong yang membebani pikir.

Ruang layanan kini meluas melewati dinding rumah sakit. Telehealth memungkinkan asesmen, edukasi, dan tindak lanjut tanpa tatap muka, sementara remote monitoring memindahkan sebagian observasi vital ke rumah pasien melalui perangkat yang tersinkron. Pada penyakit kronis atau layanan komunitas, aplikasi mHealth membantu pasien mencatat gejala harian, mengambil foto luka, atau mengirimkan nilai tekanan darah dan gula. Agar aman dan efektif, alur triase virtual harus jelas: siapa memeriksa dashboard sinyal masuk, ambang eskalasi seperti penurunan saturasi atau lonjakan suhu, langkah verifikasi identitas dan lingkungan (privasi, pencahayaan, posisi kamera), serta bagaimana mendokumentasikan teach-back kepada keluarga. Edukasi sederhana namun konsisten misalnya kartu panduan koneksi, posisi duduk, dan cara mengukur ulang tanda vital sering menjadi penentu apakah telekonsultasi menghasilkan keputusan klinik yang andal atau sekadar obrolan yang sulit ditindaklanjuti. Isu kesenjangan digital perlu diantisipasi: pilihan kanal komunikasi yang hemat data, dukungan perangkat pinjaman, atau titik layanan komunitas dengan koneksi stabil memastikan pasien rentan tidak tertinggal.

Kecerdasan buatan dan clinical decision support (CDS) menjadi lapisan berikutnya. Di lingkungan rawat inap, model early warning yang menggabungkan tanda vital, nilai laboratorium, dan pola dokumentasi dapat memberi sinyal dini potensi deterioration; algoritme risiko ulkus tekan memperhitungkan imobilitas, nutrisi, dan riwayat; prediksi jatuh menggabungkan obat yang memengaruhi kesadaran, riwayat jatuh, dan faktor lingkungan. Namun keunggulan prediksi tidak otomatis berarti manfaat klinik. Perawat perlu memahami karakter model: sensitivitas–spesifisitas, positive predictive value di konteks unit, dan dampak alert fatigue. Di sinilah prinsip human-in-the-loop berlaku: AI menyala, perawat tetap memegang setir. Setiap rekomendasi yang muncul harus disertai penjelasan yang masuk akal (explainability), misalnya variabel penentu atau skor risiko yang dapat diurai, bukan “kotak hitam” yang sulit dipertanggungjawabkan kepada pasien. Kesadaran akan bias algoritmik wajib ditumbuhkan: model yang dilatih pada populasi dengan bahasa, etnis, atau pola penyakit berbeda bisa bersikap under-alert pada satu kelompok dan over-alert pada kelompok lain. Karena itu, uji pendahuluan tanpa intervensi (silent trial), pemantauan kinerja lintas subkelompok, dan rencana recalibration berkala harus menjadi bagian dari tata kelola. Tak kalah penting, persetujuan terinformasi menjelaskan bahwa data pasien dapat digunakan untuk analitik/AI sesuai kebijakan, dengan pilihan keluar bila regulasi mengamanatkan.

Keamanan data mengikat seluruh ekosistem. Privasi bukan sekadar menutup layar komputer, melainkan desain berlapis: enkripsi at-rest dan in-transit, role-based access control yang menerapkan prinsip minimum necessary, autentikasi multifaktor, dan audit trail yang mencatat siapa mengakses apa dan kapan. Perangkat mobile terutama skenario BYOD memerlukan mobile device management untuk memisahkan data klinik dari aplikasi pribadi, memaksa penguncian perangkat, dan memungkinkan remote wipe saat hilang. Di jaringan, segmentasi, pemantauan anomali, dan kebijakan anti-phishing mengurangi pintu masuk serangan. Ketika analitik membutuhkan data agregat, de-identifikasi dan pembatasan set fitur mencegah re-identifikasi tak sengaja. Kepatuhan regulasi setara HIPAA/GDPR atau aturan nasional mengarahkan periode retensi, pelaporan insiden kebocoran, dan hak pasien atas akses data. Semua itu tidak bernilai jika staf tidak paham: latihan tanggap insiden, table-top exercise, dan just culture memastikan pelaporan dini kesalahan tanpa rasa takut.

Transformasi digital menuntut investasi pada kompetensi. Kurikulum mikro yang modular lebih mudah diserap di tengah kesibukan: sesi 60–90 menit tentang navigasi EMR,

smart-phrases dokumentasi, dasar literasi data (jenis data, kualitas, missingness), serta analitik klinik dasar membaca run chart, statistical process control, dan interpretasi metrik mutu. Simulasi VR/AR memberi ruang latihan tanpa risiko: misalnya skenario sepsis dengan alerts berjenjang, di mana peserta belajar memprioritaskan tindakan dan dokumentasi real-time. Model superuser coaching mengangkat perawat klinik yang piawai menjadi pendamping shift; mereka menjadi garda pertama saat rekan kerja menemui hambatan teknis, sekaligus pengumpul feedback untuk tim informatik agar perbaikan sistem berbasis kenyataan lapangan. Di atas semua itu, budaya belajar perlu dipelihara: office hours digital mingguan, buletin “tips & tricks”, dan pengakuan (badge atau kredit CPD) untuk champion yang mendorong adopsi.

Keberhasilan digitalisasi tetap harus dibuktikan dengan indikator yang relevan klinik. Kepatuhan dokumentasi real-time menunjukkan apakah EMR benar-benar menjadi alat di tempat perawatan, bukan beban setelah jam dinas. Waktu respon terhadap alert klinis menggambarkan apakah CDS berguna atau justru menimbulkan kelelahan; metrik alert acceptance rate dan tindakan yang diambil pasca-alert memberi bukti dampak. Pengurangan duplikasi pemeriksaan laboratorium atau radiologi menjadi tanda interoperabilitas berjalan, menghemat biaya sekaligus mengurangi paparan prosedur. Insiden privasi ditetapkan sebagai target nol, dan setiap kejadian dianalisis dengan root cause analysis serta rencana pencegahan sistemik. Indikator-indikator ini dituangkan dalam dashboard yang sederhana dibaca, diperbarui rutin, dan dibahas di safety huddle sehingga menjadi bagian ritme kerja, bukan poster di dinding.

Agar tim tidak tersesat di lautan data, alat bantu praktis diperlukan. Checklist kebersihan data membantu memastikan entri konsisten (unit, satuan, rentang nilai), mencegah “sampah masuk, sampah keluar”. Panduan SBAR digital menstandarkan komunikasi klinik di chat/EMR Situation ringkas, Background relevan, Assessment terkini, Recommendation jelas dan mengurangi pertanyaan bolak-balik. Matriks risiko data memetakan skenario: dari kesalahan input tanda vital, akses tak berwenang, hingga kegagalan integrasi; untuk tiap risiko dibangun pengendali dan rencana pemulihan. SOP telehealth menjadi pagar operasi harian: verifikasi identitas, consent spesifik telekonsultasi, penanganan kedaruratan jarak jauh, dokumentasi, hingga alur eskalasi ke kunjungan fisik. Ketika alat-alat ini dipakai konsisten, transformasi digital terasa nyata di bedside: keputusan lebih cepat dan akurat, dokumentasi lebih rapi, kolaborasi makin lancar, dan yang terpenting pasien lebih aman.

Pada akhirnya, keperawatan digital, data, dan AI adalah tentang memadukan teknologi dengan kemanusiaan. Sistem yang baik membebaskan waktu perawat untuk merawat bukan mengetik; model prediktif yang baik menajamkan intuisi klinis bukan menggantikannya; tata kelola data yang baik melindungi martabat pasien bukan sekadar memenuhi kepatuhan. Dengan fondasi informatik yang kuat, literasi data yang merata, dan etika AI yang tegas, perawat tampil bukan hanya sebagai pengguna teknologi, melainkan sebagai arsitek pengalaman perawatan yang aman, efektif, dan berkeadilan di era kesehatan global.

D. Kolaborasi Interprofesional, Kepemimpinan & Advokasi

Kolaborasi interprofesional, kepemimpinan klinis, dan advokasi kebijakan adalah tiga serangkai yang menggerakkan transformasi profesionalisme perawat dari “pelaksana prosedur” menjadi arsitek mutu layanan. Di ruang praktik, kolaborasi memastikan keputusan klinik terkoordinasi dan aman; pada level unit, kepemimpinan menumbuhkan budaya berbicara dan belajar; pada ranah sistem, advokasi membuat suara klinik berpengaruh pada kebijakan. Ketiganya saling menguatkan: tim yang bekerja rapi akan menghasilkan data dan cerita yang kuat; data dan cerita itu adalah amunisi kepemimpinan dan advokasi; kebijakan yang baik kembali menciptakan lingkungan kerja yang memungkinkan kolaborasi yang lebih baik.

Di garis depan, kerja tim klinik membutuhkan bahasa dan ritme yang sama. TeamSTEPPS memberikan kerangkanya komunikasi, kepemimpinan, pemantauan situasi, dan dukungan tim yang diterjemahkan menjadi praktik harian. Komunikasi klinik dipadatkan melalui SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) agar informasi kritis berpindah tanpa terpotong; di samping tempat tidur, perawat menyebutkan situasi singkat (“Tn. A saturasi turun menjadi 90%”), latar penting (riwayat COPD, sedasi ringan), asesmen terkini (ronki bilateral, penggunaan otot bantu), dan rekomendasi konkrit (nebulisasi, evaluasi gas darah, rencana eskalasi). Tim menyesuaikan arah kerja lewat brief di awal shift, menyelaraskan prioritas dan risiko; huddle ad hoc ketika kondisi berubah (misalnya lonjakan pasien atau perburukan klinis); dan debrief singkat setelah kejadian penting (kode biru, operasi besar) untuk menyaring pelajaran yang langsung bisa diterapkan. Pada titik transisi tempat paling rapuh dalam keselamatan koordinasi pemulangan (discharge planning) dimulai sejak masuk: rekonsiliasi obat, rencana kontrol, tanda bahaya, kontak darurat, serta handover hangat ke layanan primer atau keluarga dengan teach-back untuk memastikan pemahaman. Ketika ritme ini menjadi kebiasaan tim, variasi yang tidak perlu menurun, dan keputusan klinik menjadi lebih cepat sekaligus aman.

Kualitas kerja tim bertumpu pada kepemimpinan klinis yang tidak memerintah, tetapi mengaktifkan. Shared governance memberikan ruang bagi perawat untuk ikut menetapkan standar praktik, memilih prioritas mutu, dan mengevaluasi hasilnya melalui dewan praktik unit. Keputusan tidak lagi “turun” tetapi “dibangun”, sehingga kepemilikan meningkat dan implementasi lebih mulus. Preceptorship memastikan perawat baru tidak sekadar “menempel senior”, melainkan menjalani kurikulum orientasi berjangka dengan tujuan kompetensi yang jelas, daftar paparan kasus, evaluasi formatif, dan rencana perbaikan. Di luar itu, coaching sehari-hari menggunakan pendekatan seperti model GROW (Goal, Reality, Options, Will) membantu perawat reflektif atas praktiknya, menemukan opsi peningkatan, dan berkomitmen pada aksi konkret. Semua ini berjalan hanya jika ada psychological safety: budaya “speak-up” di mana anggota tim, tanpa melihat senioritas, aman menyampaikan kekhawatiran (“saya khawatir dosis ini terlalu tinggi”), mengakui kesalahan, atau meminta klarifikasi. Ketika manajer menanggapi sinyal dengan rasa ingin tahu alih-alih menyalahkan, insiden tersembunyi berubah menjadi peluang belajar, dan mutu meningkat secara sistemik.

Perawat juga memegang peran sebagai advokat kebijakan menjembatani pelajaran di bedside dengan keputusan di boardroom. Pada aras global, agenda UHC/SDGs menempatkan perawat di jantung layanan promotif-preventif dan penguatan primer; bukti dari lapangan misalnya keberhasilan home visit menurunkan readmission dapat menjadi policy brief satu halaman yang meyakinkan pemangku kepentingan. Dalam antimicrobial stewardship (AMS), perawat memastikan kultur diambil sebelum antibiotik, mengingatkan de-escalation, dan memantau efek samping peran ini krusial untuk menahan resistensi antimikroba. Dampak perubahan iklim dan bencana gelombang panas, banjir, polusi diterjemahkan menjadi kesiapsiagaan klinik dan rencana kesinambungan layanan, sementara isu equity menuntut advokasi agar akses layanan tidak bias terhadap status sosial, gender, atau lokasi. Suara perawat perlu hadir di forum kebijakan komite rumah sakit, dinas kesehatan, asosiasi profesi membawa data, cerita pasien, dan alternatif solusi yang realistis dari lantai klinik.

Transformasi tidak berhenti pada peran hari ini; ia menuntut pengembangan karier yang terarah. Continuing Professional Development (CPD) bukan sekadar pengumpulan angka kredit, melainkan desain belajar yang menjawab kesenjangan nyata (misalnya literasi data, pencegahan infeksi, komunikasi sulit). Sertifikasi spesialis keperawatan kritis, luka-stoma, onkologi, komunitas menegaskan standar kompetensi dan memperkuat jejaring

praktik. Lintasan karier dapat bersifat klinik-manajerial-pendidikan-penelitian, memungkinkan perawat berpindah peran tanpa kehilangan identitas profesional. Semua capaian dirajut dalam portofolio kompetensi: bukti pelatihan, hasil proyek mutu, laporan audit, presentasi, publikasi, hingga refleksi etis dokumen hidup yang memotret pertumbuhan dan kesiapan memimpin perubahan lebih besar.

Di tengah pergeseran paradigma, kemitraan pasien/keluarga berubah dari “sasaran edukasi” menjadi rekan desain layanan. Melalui lokakarya co-design, pasien dan keluarga ikut menata alur masuk-keluar, materi edukasi, hingga tata ruang yang ramah. Patient advisory councils memberi ruang umpan balik terstruktur yang melampaui survei, sementara pengalaman pasien PREMs (patient-reported experience measures) dan PROMs (patient-reported outcome measures) diperlakukan sebagai data mutu sejajar dengan angka infeksi atau lama rawat. Ketika catatan pengalaman memasukkan momen spesifik (misalnya kebingungan saat handover malam), tim dapat memperbaiki proses (menstandarkan SBAR di waktu malam, menyediakan cue card untuk keluarga), sehingga perubahan benar-benar menjawab kebutuhan pengguna layanan.

Semua upaya ini harus dibuktikan dengan indikator yang jelas. Skor kolaborasi interprofesional (survei IRI/ICS) menunjukkan kesehatan kerja tim; lama rawat dan angka readmission 30-hari memberi sinyal efektivitas transisi; kepatuhan handover (proporsi SBAR lengkap) memotret ketertiban informasi di titik rawan; keterlibatan pasien (tingkat partisipasi teach-back, partisipasi dewan pasien) menandakan kemitraan yang hidup. Indikator tidak berdiri sendiri; ia dipantau melalui run chart/SPC, dibahas di huddle harian atau pertemuan mutu mingguan, dan dikaitkan dengan tindakan perbaikan yang spesifik.

Agar tim punya pegangan praktis, alat bantu disediakan dan dipakai konsisten. Kanvas advokasi satu halaman membantu merumuskan masalah, bukti kunci, pilihan kebijakan, analisis biaya-manfaat, dan pesan inti untuk audiens berbeda efektif saat berbicara di komite atau bertemu legislator. Matriks pemangku kepentingan memetakan siapa yang berpengaruh dan siapa yang terpengaruh, tingkat dukungan, serta strategi keterlibatan menghindari jebakan “bekerja sendiri”. Rubrik kompetensi kepemimpinan mencakup komunikasi, manajemen konflik, pengambilan keputusan, dan pengelolaan perubahan memberi umpan balik objektif bagi charge nurse, preceptor, atau champion mutu; dari rubrik inilah rencana coaching yang terarah lahir. Di lapangan, tiga alat ini melengkapi paket teknis (SBAR, checklist huddle, log debrief) sehingga perubahan tidak hanya benar secara konsep, tetapi juga rapi dalam eksekusi.

Pada akhirnya, kolaborasi interprofesional, kepemimpinan klinis, dan advokasi kebijakan membentuk satu alur yang utuh: tim yang selaras → layanan aman dan berpusat pada pasien → data mutu yang kuat → keputusan manajerial dan kebijakan yang lebih cerdas. Perawat dengan keahlian klinik, kedekatan pada pasien, dan kemampuan menghubungkan bukti dengan konteks berada pada posisi unik untuk menyalakan alur ini. Ketika bahasa tim diseragamkan, budaya berbicara dilindungi, suara klinik menembus meja kebijakan, dan karier dikembangkan secara sistematis, transformasi profesionalisme bukan lagi slogan, tetapi realitas yang terlihat pada pengalaman pasien dan kurva mutu yang bergerak ke arah yang benar.

E. Kualitas, Keselamatan & Kesejahteraan Tenaga

Mutu layanan keperawatan bukanlah kebetulan ia lahir dari desain sistem yang baik dan perilaku profesional yang konsisten. Di era kesehatan global dan berbasis bukti, tanggung jawab perawat bukan hanya “mengerjakan tindakan dengan benar”, tetapi juga memastikan sistem di sekeliling pasien bekerja aman, transparan, dan manusiawi, sembari menjaga keberlanjutan tenaga yang menjalankannya. Subbab ini mengikat tiga pilar besar: kerangka mutu-keselamatan yang teruji, manajemen risiko klinik yang matang, dan ekosistem kerja yang memelihara kesejahteraan perawat.

Kerangka mutu & keselamatan.

Kerangka QSEN (Quality & Safety Education for Nurses) menempatkan enam kompetensi sebagai fondasi: patient-centered care, teamwork & collaboration, evidence-based practice, quality improvement, safety, dan informatics. Keenamnya memberi lensa bagaimana perawat mengambil keputusan, mendokumentasi, dan berkomunikasi. Di sisi pengukuran, model Donabedian membantu menata indikator menjadi struktur-proses-hasil: struktur (rasio perawat, ketersediaan alat pencegah jatuh), proses (kepatuhan bundle pencegahan infeksi), dan hasil (angka jatuh, HAPI). Pendekatan bundle paket intervensi kecil yang harus dilakukan bersama-sama mengurangi variasi praktik; contohnya bundle pencegahan ulkus tekan yang mencakup asesmen risiko harian, reposisi terjadwal, proteksi area tulang prominens, dan optimasi nutrisi. Untuk tindakan invasif, WHO Surgical Safety Checklist menormalkan “berhenti sejenak” di tiga titik sign in, time out, sign out agar identitas pasien, lokasi operasi, antibiotik profilaksis, dan kesiapan alat diverifikasi oleh tim secara terbuka. Ketika kerangka ini dijalankan konsisten, kita tidak sekadar “mengandalkan kehati-hatian”, melainkan membangun pagar sistemik yang mencegah kesalahan.

Manajemen risiko klinik.

Budaya keselamatan hidup dari pelaporan insiden non-punitive: staf didorong melapor tanpa takut dihukum, agar organisasi belajar dari hampir celaka (near miss) sebelum menjadi cedera nyata. Setiap insiden bermakna dianalisis dengan Root Cause Analysis (RCA) menggali faktor manusia, proses, lingkungan, peralatan, hingga kebijakan untuk memisahkan “siapa yang salah” dari “apa yang salah dalam sistem”. Hasilnya berupa tindakan korektif tingkat sistem (misalnya forcing function pada EMR untuk mencegah dosis tidak lazim), bukan sekadar pelatihan ulang. Untuk pekerjaan berisiko tinggi, kita bergerak dari reaktif ke proaktif dengan Failure Mode and Effects Analysis (FMEA): memetakan langkah-langkah proses, mengidentifikasi titik rapuh (failure modes), menilai dampak-frekuensi-deteksi, lalu memprioritaskan pengendalian sebelum insiden terjadi. Agar variasi berlebihan dieliminasi, tim menyepakati standard work cara baku terbaik yang saat ini kita ketahui yang didukung visual cue (poster, label, workflow di EMR) dan pembaruan berkala ketika bukti atau kondisi berubah.

Indikator keselamatan dan dashboard unit.

Keselamatan perlu bukti harian. Indikator yang umum dipantau meliputi HAPI (hospital-acquired pressure injury), fall rate per 1.000 patient-days, medication error (termasuk near miss), dan infeksi terkait alat seperti CAUTI/CLABSI/VAP. Di samping hasil klinik, kita lacak indikator proses misalnya kepatuhan bundle pencegahan ulkus tekan, dokumentasi asesmen risiko jatuh saat masuk, atau double check obat berisiko tinggi. Semua indikator divisualisasikan dalam dashboard unit mingguan dengan run chart atau SPC chart, sehingga tim dapat membaca tren, mengenali variasi khusus, dan mendiskusikan tindak lanjut pada safety huddle harian. Balancing measures seperti beban alarm atau waktu perawatan langsung ikut dipantau agar perbaikan satu area tidak “memindahkan masalah” ke area lain.

Well-being perawat & etik praktik.

Kualitas layanan akan runtuh jika tenaga kelelahan atau terluka secara moral. Program pencegahan burnout menyeimbangkan intervensi individu dan sistem: akses mudah ke dukungan kesehatan mental, sesi mindfulness atau debriefing pasca kejadian berat, rotasi tugas untuk menghindari monoton-overload, serta pengelolaan beban administratif melalui smart phrase EMR atau scribe terbatas. Peer-support formal rekan terlatih yang menemani setelah insiden klinik menurunkan isolasi dan beban psikologis. Dalam ranah distress moral,

perawat sering terjepit antara yang “secara klinis benar” dan batas kebijakan/sumber daya. Organisasi perlu menyediakan jalur konsultasi etik yang responsif, forum diskusi kasus, dan perlindungan speak-up sehingga dilema dapat diproses secara kolektif, bukan dipikul sendiri. Keselamatan pasien dan kesejahteraan perawat adalah dua sisi koin keduanya harus dijaga sekaligus.

F. Penutup

Penjelasan tersebut menegaskan bahwa transformasi profesionalisme perawat di era kesehatan global dan berbasis bukti lahir dari fondasi nilai yang kokoh, kedisiplinan ilmiah dalam mengambil keputusan, kecakapan digital yang beretika, kekuatan kolaborasi lintas profesi, serta ekosistem mutu-keselamatan yang menjaga kesejahteraan tenaga. Dari fondasi profesionalisme dan etika global, perawat memegang teguh kepedulian, integritas, akuntabilitas, dan keadilan diterjemahkan ke perilaku konkret melalui kepatuhan pada kode etik, komunikasi yang peka budaya, perlindungan privasi di ruang digital, dan praktik refleksi sistematis (portofolio, jurnal 5R) agar identitas profesional tumbuh berbasis bukti, bukan asumsi. Fondasi ini memastikan setiap kontak layanan tatap muka maupun virtual tetap menghormati martabat pasien, transparan, dan terdokumentasi dengan benar.

Pada praktik berbasis bukti (EBP) dan literasi riset, bab ini menunjukkan bahwa keputusan klinik yang aman dan adil dimulai dari pertanyaan PICOT yang tajam, pencarian bukti di sumber terpercaya (Cochrane, JBI, WHO, PubMed), telaah kritis (validitas, relevansi, dampak, GRADE), lalu translasi ke konteks lokal menggunakan kerangka perubahan (PARIHS, Kotter). Keberhasilan implementasi diukur dengan indikator struktur-proses-hasil, termasuk PROs/PROMs, dan diputar dalam siklus PDSA agar pembelajaran berjalan kontinu serta dapat direplikasi melalui SOP, policy brief, dan lesson learned. Dengan demikian, intuisi klinik diperkuat oleh data, dan perbaikan kecil di bedside dapat bergaung menjadi standar lintas unit.

Transformasi berikutnya ada pada keperawatan digital, data, dan kecerdasan buatan. EMR yang interoperabel, terminologi standar, dan order sets berbasis bukti menurunkan variasi dan mempercepat keputusan, sementara telehealth dan remote monitoring memperluas jangkauan layanan secara aman. AI/decision support bernilai jika human-in-the-loop: prediksi yang explainable, sadar bias, diuji senyap, dan dikalibrasi berkala. Semua itu berdiri di atas tata kelola data yang kuat privasi, enkripsi, kontrol akses, audit trail serta literasi digital yang ditumbuhkan melalui kurikulum mikro, coaching superuser, dan

simulasi. Ukuran keberhasilannya sederhana tetapi tegas: dokumentasi real-time meningkat, alert direspons, duplikasi pemeriksaan turun, insiden privasi menuju nol.

Di ranah kolaborasi interprofesional, kepemimpinan, dan advokasi, perawat bergerak dari pelaksana menjadi arsitek mutu. Bahasa tim yang seragam (TeamSTEPPS, SBAR), brief-huddle-debrief, dan discharge planning yang mulai sejak masuk menutup celah keselamatan di titik transisi. Kepemimpinan klinis lewat shared governance, preceptorship, dan coaching menumbuhkan psychological safety sehingga budaya speak-up hidup. Di tingkat sistem, suara perawat hadir dalam advokasi UHC/SDGs, AMS, kesiapsiagaan bencana, dan isu kesetaraan; kemitraan pasien/keluarga bergeser dari “sasaran edukasi” menjadi rekan co-design yang menyumbang data mutu dari pengalaman nyata.

Akhirnya, kualitas, keselamatan, dan kesejahteraan tenaga menjadi ekosistem yang saling menopang. QSEN dan Donabedian memberi arah; bundle dan checklist WHO menstandarkan praktik; RCA/FMEA mengubah insiden menjadi pembelajaran sistemik; dashboard mingguan menjaga kewaspadaan harian atas HAPI, jatuh, medication error, dan infeksi terkait alat. Perbaikan tidak akan bertahan tanpa perencanaan SDM yang cermat (rasio, acuity, skill mix) dan perlindungan well-being perawat (dukungan kesehatan mental, peer-support, manajemen beban kerja, penanganan distress moral). Ritme kerja dipererat melalui siklus 90-hari baseline → intervensi → audit & umpan balik → scale-up agar perubahan terasa realistis dan terjaga.

Intinya, transformasi profesionalisme perawat bukan slogan, melainkan praktik sehari-hari yang terukur: nilai etis yang hidup di bedside dan online; keputusan klinik yang dapat diaudit; teknologi yang memerdekakan waktu merawat; kolaborasi yang membuat layanan lebih aman; serta tenaga yang sehat dan bangga pada profesinya. Ketika kelima pilar ini berjalan serempak, mutu dan keadilan layanan meningkat, kepercayaan publik menguat, dan perawat tampil sebagai agen perubahan yang memimpin sistem kesehatan memasuki era global yang benar-benar berbasis bukti..

Referensi

- International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. <https://www.icn.ch>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2016). Kode Etik Perawat Indonesia. PPNI.
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). Health Literacy Universal Precautions Toolkit (2nd ed.). <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/index.html>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- World Health Organization. (2009). WHO surgical safety checklist and implementation manual. <https://www.who.int>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). TeamSTEPPS® 3.0: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. <https://www.ahrq.gov/teamstepps>
- Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). SBAR tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. <https://www.ihi.org>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., et al. (Eds.). (2023). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (Version 6.4). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). CASP checklists. <https://casp-uk.net>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G., et al. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924-926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>
- Harvey, G., & Kitson, A. (2015). Implementing evidence-based practice in healthcare: A facilitation guide. Routledge.
- Kotter, J. P. (1996). Leading change. Harvard Business School Press.
- Perla, R. J., Provost, L. P., & Murray, S. K. (2011). The run chart: A simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. *BMJ Quality & Safety*, 20(1), 46-51. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.037895>

- Institute for Healthcare Improvement. (2015). RCA2: Improving root cause analyses and actions to prevent harm. (National Patient Safety Foundation report). <https://www.ihl.org>
- Institute for Healthcare Improvement. (2023). Failure modes and effects analysis (FMEA) tool. <https://www.ihl.org>
- World Health Organization. (2020). Global strategy on digital health 2020–2025. <https://www.who.int>
- HL7 International. (2019). FHIR® release 4.0.1 specification. <https://hl7.org/FHIR/R4>
- SNOMED International. (2024). SNOMED CT: Global clinical terminology. <https://www.snomed.org>
- Regenstrief Institute. (2024). LOINC®: Logical Observation Identifiers Names and Codes. <https://loinc.org>
- U.S. National Library of Medicine. (2023). RxNorm overview. <https://www.nlm.nih.gov/research/umls/rxnorm>
- World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. <https://www.who.int>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2013). Summary of the HIPAA Security Rule. <https://www.hhs.gov/hipaa>
- European Parliament & Council of the European Union. (2016). Regulation (EU) 2016/679 (GDPR). <https://eur-lex.europa.eu>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). NHSN patient safety component manual: Device-associated module (CAUTI, CLABSI, VAP). <https://www.cdc.gov/nhsn>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional well-being. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25521>

BAB II

Pengembangan Kompetensi dan Etika Profesional Perawat dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan

Eny Susyanti, M.Kep

A. Kerangka Kompetensi Inti & Peta Peran Perawat

Mengembangkan kompetensi dan etika profesional perawat bukan sekadar “melengkapi sertifikat”, tetapi merancang blueprint yang menyatukan apa yang harus dikuasai (kompetensi inti), peran yang dijalankan, cara mengukurnya, dan bagaimana mencapainya melalui rencana belajar yang realistis. Kerangka ini memastikan mutu pelayanan meningkat secara terukur, konsisten, dan berkelanjutan di semua lini dari bedside sampai manajerial.

Domain kompetensi (K-S-A).

Kompetensi perawat dibangun di atas tiga pilar Knowledge-Skills-Attitudes (K-S-A). Pada ranah pengetahuan, perawat memahami pathofisiologi penyakit, farmakologi klinik (mekanisme, dosis, interaksi, efek samping), dan prinsip EBP (merumuskan pertanyaan PICOT, menelusur, mengappraisal bukti, serta mengadaptasi ke konteks lokal). Pengetahuan ini bukan menara gading ia hidup dalam keputusan harian: memilih rute obat yang tepat, menilai hasil laboratorium, atau menentukan waktu eskalasi klinik. Ranah keterampilan mencakup prosedur teknis (pemasangan infus, perawatan luka, manajemen airway sederhana) beserta keterampilan nonteknis: komunikasi klinik (mis. SBAR, teach-back), koordinasi tim, prioritasasi, dan penggunaan teknologi (EMR, alat pemantau, aplikasi

mHealth). Sementara sikap profesional menjadi perekat: caring yang tampak dari kehadiran empatik, akuntabilitas melalui dokumentasi transparan dan kesiapan dievaluasi, serta keadilan dalam alokasi perhatian dan sumber daya tanpa diskriminasi. Di sinilah etika dan mutu bertemu tanpa sikap profesional, pengetahuan dan keterampilan tidak akan melahirkan kepercayaan pasien.

Leveling kompetensi (Novice → Expert).

Pertumbuhan kompetensi adalah lintasan, bukan lompatan. Pada tingkat novice, perawat mengandalkan aturan dan daftar langkah; ia membutuhkan supervision dekat dan skill checklist untuk memastikan standar minimum. Advanced beginner mulai mengenali pola misalnya, “pasien PPOK cenderung memburuk saat malam” namun masih terbatas dalam prioritasasi. Competent sudah mampu mengelola kasus dengan rencana kerja terstruktur, sadar risiko, dan konsisten memenuhi SOP; ia mulai menjadi role model bagi pemula. Proficient melihat gambaran besar; ia mengantisipasi perubahan klinik, menyesuaikan intervensi dengan konteks, dan memimpin huddle kecil saat situasi tidak menentu. Expert memadukan intuisi terasah dengan bukti; ia memimpin perubahan praktik, mengajar, serta berperan sebagai consultant klinik. Agar leveling tidak kabur, siapkan rubrik perilaku per level (misalnya: kemampuan eskalasi, ketepatan dokumentasi, use of evidence) beserta contoh bukti: case log, hasil OSCE, umpan balik 360°, dan portofolio proyek mutu. Rubrik membuat diskusi penilaian kompetensi objective, bukan “rasa”.

Kompetensi prioritas mutu.

Dari sekian banyak kompetensi, ada enam yang berdampak langsung pada mutu dan keselamatan (selaras dengan QSEN):

- 1) Keselamatan pasien: pengenalan red flags, pencegahan jatuh/ulkus tekan/medication error, penggunaan double check obat berisiko, dan time-out prosedur.
- 2) Komunikasi efektif: handover SBAR yang lengkap dan ringkas; edukasi berbasis teach-back; dokumentasi real-time di EMR.
- 3) Kolaborasi interprofesional: brief-huddle-debrief, family-centered rounds, dan warm handoff saat transisi layanan.
- 4) Literasi digital & data: entri data bersih, membaca run chart/SPC, memahami indikator proses-hasil, dan memanfaatkan order sets berbasis bukti.

- 5) Manajemen risiko: pelaporan insiden non-punitive, near miss, RCA/FMEA, dan standard work dengan visual cue.
- 6) Pelayanan berpusat pasien & keluarga: shared decision-making, adaptasi budaya-bahasa, serta penghormatan preferensi pasien dalam perencanaan pulang.

Kompetensi-kompetensi ini harus terlihat dalam jadwal orientasi, in-service training, simulasi, dan agenda rapat mutu bukan hanya di poster dinding.

Standar praktik & ruang lingkup (scope).

Keunggulan klinik membutuhkan batas yang jelas: kewenangan (apa yang boleh-tidak boleh dilakukan sesuai regulasi dan kebijakan), delegasi & supervisi (tugas yang dapat dialihkan, kriteria penerima delegasi, cara memantau), dokumentasi legal (akurasi, ketepatan waktu, konsistensi assessment-plan), serta rujukan & eskalasi (kapan menghubungi DPJP, ICU team, atau tim etik). Kejelasan scope mencegah dua jebakan: underuse (enggan bertindak padahal kompeten) dan overreach (melampaui kewenangan). Tulis standar ini dalam SOP yang mudah diakses, selaraskan dengan pendidikan, dan latih melalui simulasi kasus misalnya skenario sepsis yang menuntut eskalasi cepat, lactate draw, dan memulai bundle dalam batas kewenangan.

Rencana belajar individual (IDP).

Pengembangan kompetensi akan mandek tanpa Individual Development Plan (IDP) yang spesifik dan terukur. Mulai dari analisis kesenjangan (gap analysis): bandingkan profil kompetensi perawat dengan matriks kompetensi unit (misal, vent weaning, perawatan luka kompleks, EBP, literasi data). Rumuskan tujuan SMART 90-180 hari contoh: “Dalam 120 hari, capai sign-off perawatan luka kategori II-III dengan nilai OSCE ≥ 85 dan memimpin satu huddle pencegahan HAPI per minggu.” Turunkan tujuan ke kegiatan CPD (kursus mikro, journal club, e-learning), bedside coaching dengan preceptor/mentor, dan penugasan proyek kecil (audit kepatuhan reposisi atau teach-back). Jadwalkan review bulanan 30 menit untuk menilai progres, mengatasi hambatan (waktu, akses pasien, supervision), dan menyetel ulang rencana. IDP yang hidup selalu menautkan belajar dengan mutu apa dampak kompetensi baru pada indikator unit?

Indikator capaian kompetensi.

- 1) Agar “maju” tidak menjadi klaim, tetapkan indikator yang disepakati:
- 2) Kelulusan uji kompetensi unit (teori & praktik),

- 3) Kepatuhan SOP (audit langsung & EMR trace),
- 4) Audit dokumentasi (kelengkapan asesmen, konsistensi plan, stempel waktu),
- 5) Hasil OSCE/simulasi (checklist objektif; debrief reflektif),
- 6) Competency sign-off tahunan per keterampilan inti (dengan observer bersertifikat),
- 7) Kontribusi pada mutu (mis. memimpin satu PDSA 90-hari atau presentasi lesson learned).

Visualisasikan capaian ini pada dashboard kompetensi perawat bukan untuk menghukum, melainkan untuk membantu manajer mengatur penugasan berbasis kompetensi dan merancang CPD yang tepat sasaran.

Alat bantu yang membuatnya operasional.

Agar kerangka tidak berhenti di wacana, sediakan perangkat kerja yang ringan namun presisi:

- 1) Matriks kompetensi unit: daftar keterampilan kunci × nama perawat × level (OJT/mandiri/preceptor). Ini memandu rostering dan rencana cross-training.
- 2) Rubrik perilaku per level: deskripsi konkret yang membedakan novice-expert pada aspek klinik, komunikasi, EBP, dan keselamatan.
- 3) Skill checklist prosedur: langkah kritis, red flags, standar aseptis, kriteria sign-off dipakai saat orientasi dan return demonstration.
- 4) Template IDP: halaman tunggal berisi tujuan SMART, kegiatan, sumber daya, indikator, tenggat, dan jadwal check-in.
- 5) Log praktik reflektif (jurnal 5R): catatan singkat Recall-React-Reason-Reconstruct-Results tiap kali menghadapi kasus bermakna; inilah “bensin” pembelajaran dari pengalaman nyata.

Ketika kerangka kompetensi (K-S-A), leveling yang jelas, prioritas mutu, batas praktik, IDP yang hidup, indikator, dan alat bantu ini dipasang sebagai satu sistem, hasilnya nyata: penugasan lebih tepat, orientasi lebih cepat, handover lebih rapi, insiden menurun, dan pengalaman pasien membaik. Yang tak kalah penting, perawat memiliki jalur pertumbuhan yang transparan tahu di mana posisinya hari ini, apa yang harus dikuasai esok, dan bagaimana bukti pencapaiannya diakui. Dengan demikian, pengembangan kompetensi dan etika profesional tidak lagi menjadi acara tahunan, melainkan ritme kerja harian yang langsung terasa pada mutu pelayanan keperawatan.

B. Etika Profesional, Hukum & Profesionalisme Digital

Etika profesional bukan hiasan di dinding ruang rapat; ia adalah kompas yang memandu keputusan kecil-besar perawat, dari memilih kata saat edukasi hingga menimbang alokasi tempat tidur ICU ketika sumber daya menipis. Kompas itu bekerja berdampingan dengan hukum (yang memberi pagar) dan profesionalisme digital (yang menata cara kita berpraktik di ruang virtual). Ketiganya berpadu untuk memastikan mutu pelayanan meningkat tanpa mengorbankan martabat, keadilan, dan keselamatan pasien.

Prinsip etik dan penerapannya di situasi kritis.

Empat prinsip klasik otonomi, beneficence, non-maleficence, dan keadilan mendarat ke praktik melalui keputusan klinik sehari-hari. Otonomi menuntut hormat terhadap pilihan pasien yang kompeten; dalam triase gawat darurat, misalnya, perawat menjelaskan alasan prioritas klinik sambil tetap menawarkan pilihan realistis (menunggu observasi vs rujukan cepat), menggunakan bahasa sederhana agar keputusan benar-benar sadar. Beneficence dan non-maleficence menjaga kita dari dua jurang: lalai menolong dan tanpa sengaja mencederai. Pada manajemen nyeri, perawat menyeimbangkan keharusan meredakan penderitaan dengan penapisan risiko sedasi berlebihan menilai, mendokumentasi skala nyeri, memonitor efek samping, dan menyesuaikan rencana secara bertahap. Di akhir hayat, prinsip-prinsip ini memandu percakapan mengenai tujuan perawatan: bila intervensi agresif memperpanjang hari tetapi menambah penderitaan, beneficence bisa berarti beralih ke pendekatan paliatif yang disetujui pasien/keluarga. Keadilan tampak paling telanjang saat sumber daya langka: alokasi ventilator, kamar isolasi, atau obat tertentu tidak boleh didikte “siapa duluan datang” atau “siapa paling vokal”, melainkan kriteria klinik yang disepakati, transparan, dan dapat diaudit; perawat memastikan kriteria itu dipahami pasien/keluarga dan diikuti tim.

Kode etik dan kewajiban hukum sebagai pagar operasional.

Di Indonesia, pedoman PPNI yang selaras dengan ICN menerjemahkan nilai etik menjadi perilaku konkret: menghormati martabat, menjaga kerahasiaan, dan menempatkan keselamatan sebagai prioritas. Aspek hukum mempertegas kewajiban itu: persetujuan tindakan (informed consent) harus mencakup diagnosis kerja, tujuan, manfaat realistis, risiko dan alternatif, konsekuensi bila menolak, biaya/logistik, disampaikan tanpa paksaan, dengan kesempatan bertanya, dan terdokumentasi (nama pemberi penjelasan, waktu, bahasa pengantar, penerjemah bila diperlukan). Kerahasiaan dan privasi menuntut

pengelolaan rekam medis yang benar akses berbasis peran, pencatatan akurat, dan larangan menyebar informasi identitas di luar kepentingan klinik. Pelaporan insiden diwadahi dalam sistem non-punitive: near miss sama berharganya dengan kejadian nyata karena keduanya bahan belajar. Ketika terjadi pelanggaran serius dan jalur internal tidak efektif, perlindungan whistleblowing menjadi jaring pengaman: kebijakan harus menjamin kerahasiaan pelapor, melarang pembalasan, dan menyediakan kanal independen (misalnya ke komite etik/manajemen risiko).

Pengambilan keputusan etik yang sistematis.

Keputusan etik yang baik jarang lahir dari desakan waktu semata; ia perlu kerangka. Di tingkat kasus, perawat dapat menggunakan pohon keputusan yang menuntun analisis berurutan: mulai dari nilai dan tujuan pasien (apa yang penting baginya), fakta klinik (diagnosis, prognosis, pilihan intervensi), opsi yang layak (termasuk tidak melakukan intervensi tertentu), risiko-manfaat tiap opsi, preferensi pasien/keluarga yang kompeten/berwenang, serta kebijakan lokal dan hukum yang relevan. Bila kebuntuan terjadi misalnya konflik keluarga-tim atau ketidakjelasan kapasitas konsultasi etik dipanggil, bukan untuk “menggambil alih” keputusan, melainkan memfasilitasi proses deliberasi yang transparan dan terdokumentasi. Hasilnya adalah rekomendasi yang dapat dijalankan dan dievaluasi, bukan sekadar pendapat normatif.

Profesionalisme di ruang digital.

Jejak digital perawat foto, komentar, forward pesan membentuk reputasi individu dan profesi. Batas hubungan profesional harus jelas: tidak menggunakan kanal pribadi untuk berkomunikasi klinik, tidak “berteman” di media sosial dengan pasien aktif kecuali melalui kanal resmi organisasi, tidak mengunggah konten yang berpotensi mengidentifikasi pasien/tempat kerja. Privasi data dijaga dengan role-based access control (RBAC), otentikasi kuat, dan enkripsi saat data tersimpan maupun berpindah. Kebijakan BYOD mengharuskan mobile device management untuk memisahkan data klinik dari aplikasi pribadi, mengaktifkan kunci layar, dan remote wipe jika perangkat hilang. Aplikasi komunikasi mesti disetujui organisasi (memiliki audit trail, penyimpanan aman); aplikasi publik tanpa audit trail bukan tempat bertukar data klinik. Ingat, dokumentasi klinik dilakukan di EMR, bukan di chat atau timeline. Untuk kecerdasan buatan yang dipakai mendukung keputusan, organisasi wajib memastikan transparansi (penjelasan logika dasar), pengujian bias, dan pemberitahuan yang layak kepada pasien sesuai kebijakan.

Konflik kepentingan dan menjaga integritas.

Interaksi dengan industri, penerimaan hadiah, atau sponsor pelatihan bisa memperkaya pengetahuan, tetapi berisiko memengaruhi objektivitas. Sikap yang aman adalah transparansi dan deklarasi: sebelum mengikuti kegiatan bersponsor, pastikan konten ilmiah melewati kurasi organisasi; saat memberi rekomendasi alat/obat, nyatakan jika ada potensi konflik; tolak gratifikasi yang tidak layak dan gunakan saluran resmi bila dukungan memang diperlukan untuk pelatihan tim. Integritas juga berarti berkata “tidak” pada tekanan mempercepat discharge tanpa kesiapan edukasi/obat/rujukan yang memadai; perawat mendokumentasikan keberatan profesionalnya, menawarkan alternatif, dan mengeskalasi sesuai jalur komando.

Mengukur dan menunjukkan akuntabilitas etik.

Budaya etik yang sehat tampak pada indikator yang bisa ditinjau. Audit berkala dapat menilai ketepatan proses consent (kelengkapan elemen, waktu, teach-back terdokumentasi), skor audit etik di unit (konsistensi kerahasiaan, penghormatan preferensi), serta insiden pelanggaran privasi dengan target nol dan analisis akar penyebab untuk setiap kasus. Kepatuhan pada kebijakan media sosial dan BYOD dipantau melalui pelatihan wajib, e-quiz, dan audit acak jejak akses. Laporan indikator divisualisasikan dalam dashboard mutu etik, dibahas di safety/ethics huddle, dan ditindaklanjuti dengan perbaikan spesifik.

Membumikan etika dengan alat yang tepat.

Agar nilai tidak berhenti di poster, alat bantu kerja harus hadir di titik layanan. Checklist informed consent menegaskan seluruh elemen yang wajib disampaikan, ruang untuk mencatat teach-back, penerjemah, dan preferensi pasien. Pedoman komunikasi bahasa sederhana mengingatkan penghindaran jargon, penggunaan analogi relevan budaya, materi visual singkat, dan validasi pemahaman. Formulir pelaporan insiden non-punitive memudahkan staf menceritakan apa yang terjadi, faktor kontribusi, dan saran perbaikan tanpa takut dihukum; datanya dipakai untuk RCA/FMEA, bukan mencari kambing hitam. Decision tree etik memandu staf ketika berhadapan dengan dilema: apakah pasien mampu mengambil keputusan, apakah ada risiko bahaya serius, apakah ada kebijakan yang mengatur, siapa yang harus diajak konsultasi, dan bagaimana mendokumentasikan prosesnya.

Pada akhirnya, etika profesional, hukum, dan profesionalisme digital membentuk satu ekosistem yang menjaga kepercayaan: pasien merasa dihormati dan aman; perawat terlindungi karena bekerja sesuai standar; organisasi belajar dari insiden dan memperbaiki sistemnya. Ketika kompas etik dipakai konsisten disangga oleh kebijakan yang jelas, indikator yang jujur, dan alat bantu yang mudah dipakai mutu pelayanan tidak hanya “terlihat baik di atas kertas”, tetapi nyata terasa dalam pengalaman pasien, keluarga, dan tim yang merawat.

C. Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien (QI & Patient Safety)

Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien bukan sekadar proyek sementara, melainkan cara berpikir dan bekerja yang terstruktur. Perawat berada di garis depan proses ini: merekalah yang paling sering berhadapan dengan pasien, paling banyak mendokumentasikan data klinik, dan paling cepat melihat ketika sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya. Karena itu, seluruh upaya quality improvement (QI) dan keselamatan harus ditanamkan ke dalam alur kerja perawat bukan ditambahkan sebagai pekerjaan ekstra dengan kerangka, metode, indikator, dan alat yang jelas.

Kerangka yang kokoh membantu menata fokus dan bahasa bersama. Model Donabedian memisahkan perhatian ke tiga ranah: struktur, proses, dan hasil. Struktur berbicara tentang prasyarat ketersediaan perawat, kompetensi, alat, sistem informasi, serta kebijakan. Proses menyentuh bagaimana pelayanan diberikan dari menit ke menit apakah bundle pencegahan infeksi diikuti, apakah handover SBAR lengkap, apakah edukasi teach-back benar-benar dilakukan. Hasil adalah dampak nyata: penurunan HAPI, jatuh, CAUTI/CLABSI, medication error, dan readmisi 30 hari, juga perbaikan pengalaman dan fungsi pasien (PREMs/PROMs). Agar tindakan klinik seragam dan berbasis bukti, clinical pathway dan order set diintegrasikan ke EMR. Begitu asesmen risiko jatuh tinggi terekam, sistem memunculkan paket intervensi yang sudah disepakati kaus kaki antiselip, alarm tempat tidur, rounding setiap jam, edukasi keluarga bukan daftar kosong yang menuntut perawat mengingat satu per satu.

Metodologi QI menjadi mesin yang menggerakkan perubahan. Siklus PDSA 90 hari memberi ritme yang realistis: tiga hingga empat minggu pertama dipakai untuk memotret baseline dan menyepakati driver kunci; bulan kedua menjalankan pilot terbatas, mengumpulkan data proses dan hasil; bulan ketiga menganalisis, memperbaiki celah, lalu menstabilkan intervensi. Agar tim tidak terjebak pada kesan subjektif, data divisualisasikan dalam run chart dan, bila memungkinkan, statistical process control (SPC) untuk

membedakan variasi biasa dari sinyal perbaikan yang sejati. Audit-dan-umpan balik dilakukan singkat, sering, dan spesifik pada perilaku; bukan teguran umum, melainkan pelurusan hal-hal seperti “evaluasi kulit belum dicatat dalam 2 jam pertama masuk” atau “elemen Rekomendasi pada SBAR masih kurang jelas.” Visual management memegang peran penting; dashboard unit mingguan menampilkan dua atau tiga indikator inti, tren empat hingga dua belas minggu, dan catatan tindakan korektif yang sedang berjalan, sehingga diskusi mutu menjadi kebiasaan huddle harian, bukan acara seremonial bulanan.

Pada tingkat operasional, keselamatan dibentengi dengan bundle dan checklist yang sederhana namun presisi. Pencegahan HAPI, misalnya, tidak cukup hanya “ingat reposisi”; diperlukan paket yang terpadu: asesmen risiko harian, reposisi terjadwal, perlindungan area penonjolan tulang, optimasi nutrisi, dan audit kepatuhan. Pencegahan jatuh memadukan asesmen risiko, modifikasi lingkungan (lampu, bel, posisi barang), non-slip socks, hourly rounding, dan edukasi keluarga. Untuk CAUTI/CLABSI, tim menegakkan indikasi ketat pemasangan alat, teknik aseptik yang diaudit, maintenance yang terdokumentasi, serta prompt removal. Dalam tindakan bedah dan prosedural, WHO Surgical Safety Checklist memaksa tim berhenti sejenak di tiga titik sign in, time out, sign out untuk memastikan identitas, lokasi, antibiotik profilaksis, ketersediaan alat, dan rencana pascatindakan. Pengobatan berisiko tinggi membutuhkan double check independen dan rambu visual agar langkah kritis tidak terlewat. Semua ini bukan untuk “mencurigai” profesionalitas, melainkan untuk menahan efek kelelahan, distraksi, dan kompleksitas.

Transisi perawatan adalah celah terbesar tempat kesalahan berkumpul, maka koordinasi harus dimulai sejak pasien masuk. Discharge planning dini memastikan rencana pulang tidak dadakan: kebutuhan alat bantu, kontrol, perubahan obat, dan tanda bahaya sudah dipetakan. Rekonsiliasi obat membandingkan daftar obat pramasuk, obat saat rawat, dan obat saat pulang; ketidaksesuaian diselesaikan dan alasannya dicatat. Handover dilakukan dengan SBAR yang singkat tetapi lengkap, diakhiri teach-back untuk memvalidasi pemahaman pasien/keluarga. Ketika pasien dialihkan ke layanan primer atau perawatan rumah, warm handoff kontak langsung antar penyedia mengurangi miskomunikasi yang sering memicu readmisi. Intinya, informasi penting berpindah bersama pasien, bukan tertinggal di layar EMR.

Manajemen risiko menuntut organisasi belajar dari kejadian kecil sebelum menjadi bencana. Budaya pelaporan near miss tanpa hukuman menciptakan radar dini: ketika hampir salah pasien atau hampir salah dosis tertangkap, sistem bertambah cerdas satu

langkah. Insiden bermakna dibedah dengan **Root Cause Analysis**; fokusnya bukan “siapa salah” melainkan “hal apa di sistem yang memungkinkan salah”, mulai dari desain formulir, penempatan alat, beban kerja, hingga pelatihan. Untuk proses baru atau berisiko tinggi, **Failure Mode and Effects Analysis** digunakan secara proaktif: tim memetakan langkah, membayangkan kegagalan yang mungkin, menilai dampak-frekuensi-deteksi, lalu memasang pengendali. Hasil **RCA/FMEA** harus berujung pada **standard work** cara baku terbaik saat ini disertai visual cue di titik kerja dan pembaruan berkala ketika bukti atau konteks berubah.

Perbaikan tanpa ukuran adalah opini. Karena itu indikator dipilih secara cermat dan didefinisikan di “kamus data” agar semua orang menghitung hal yang sama. Di ranah hasil klinik, **HAPI**, **fall rate per 1.000 patient-days**, **medication error** (termasuk **near miss**), dan **CAUTI/CLABSI** menjadi tolok ukur utama; readmisi 30 hari memotret kualitas transisi. Di ranah proses, kepatuhan bundle dan kelengkapan handover **SBAR** mencerminkan kedisiplinan tim. Di ranah pengalaman/fungsi, **PREMs/PROMs** menangkap suara pasien tentang nyeri, mobilitas, dan pemahaman rencana pulang. Indikator-indikator ini tidak dikumpulkan untuk pelaporan semata, tetapi dipakai saat **safety huddle** harian: apa yang membaik minggu ini, apa yang macet, dan tindakan kecil apa yang dilakukan hari ini. Ketika angka naik-turun, tim membaca **run chart/SPC** untuk membedakan sinyal dari kebisingan.

Semua perangkat kerja perlu dibuat ringan, bisa dipakai di titik layanan, dan menutup siklus belajar. Form **RCA/FMEA** menstandarkan analisis, memastikan faktor manusia, proses, peralatan, lingkungan, dan kebijakan ditelaah. Lembar **daily safety huddle** memandu percakapan 10 menit tentang status staf, pasien berisiko, alat kritikal, dan pesan keselamatan hari itu. Checklist bundle menegakkan praktik terbaik pada saat sibuk; template **SBAR** memotong friksi komunikasi lintas profesi; kamus data indikator menjaga konsistensi audit; papan **idea kaizen** unit menjadi pintu masuk ide perbaikan dari siapa pun, kapan pun. Ketika alat ini dipakai konsisten, **QI** bukan lagi proyek tim mutu, tetapi kebiasaan tim klinik.

Peran perawat di semua simpul ini bersifat sentral. Mereka menilai risiko, menjalankan bundle, melakukan **teach-back**, mengisi data, memimpin huddle, melaporkan **near miss**, dan ikut menyusun **standard work**. Karena itu keberhasilan **QI** ditentukan oleh sejauh mana sistem menghargai waktu dan suara perawat: intervensi yang mempersingkat klik dokumentasi, **order set** yang menurunkan beban kognitif, **feedback** yang segera dan bersahabat, serta pelatihan mikro yang relevan dengan tantangan harian. Bila kerangka,

metode, indikator, dan alat dijahit rapi ke dalam ritme kerja perawat, mutu dan keselamatan tidak lagi bergantung pada orang “super”, melainkan menjadi sifat sistem terlihat pada pengalaman pasien yang lebih baik, insiden yang menurun, dan tim yang semakin percaya diri untuk terus belajar.

D. Pengembangan Karier, CPD & Literasi Bukti

Pengembangan karier perawat yang berdampak pada mutu layanan tidak terjadi “sendiri” seiring lamanya masa kerja, melainkan dibangun melalui desain belajar yang terarah, bukti yang diterjemahkan ke praktik, dokumentasi capaian yang transparan, dan ekosistem pembimbingan yang aman untuk berlatih serta menerima umpan balik. Subbab ini menjahit empat benang besar CPD berkelanjutan, preceptorship & mentoring, EBP-kepraktik, serta portofolio & asesmen kinerja lalu menambahkan simulasi/OSCE sebagai ruang latihan berisiko rendah, indikator untuk memantau kemajuan, dan alat bantu yang membuat semuanya operasional di tempat kerja.

CPD berkelanjutan sebagai “mesin pertumbuhan” yang relevan dan ringan beban.

Pembelajaran berkelanjutan (CPD) paling efektif ketika terhubung langsung dengan masalah mutu yang sedang dihadapi unit. Pendidikan formal (misalnya program profesi, magister spesialis) memberi kedalaman teoretis dan jejaring, sementara pendidikan nonformal menjaga ritme peningkatan kompetensi harian. Format CPD nonformal yang “ramah shift” antara lain journal club 30-45 menit dengan satu artikel kunci yang ditautkan ke indikator unit; e-learning mikro 10-15 menit bertopik EBP (cara merumuskan PICOT dan menilai risk of bias), literasi data (membaca run chart dan SPC), atau komunikasi sulit (de-eskalasi agresi, teach-back untuk keluarga berduka); dan sertifikasi spesialis (misalnya luka-stoma, keperawatan kritis, onkologi, komunitas) yang menstandarkan kompetensi dan memperkuat jejaring praktik. Agar CPD tidak menjadi koleksi sertifikat, setiap sesi diikat ke tujuan SMART unit (contoh: “menurunkan fall rate 20% dalam 90 hari”), serta diakhiri dengan rencana aksi mikro yang bisa dilacak (mengubah dot phrase edukasi jatuh di EMR, memasang visual cue reposisi di papan ranjang).

Preceptorship & mentoring yang sistematis belajar langsung di tempat kerja dengan umpan balik yang aman.

Orientasi perawat baru dan transisi ke peran lanjutan memerlukan kurikulum berbasis kompetensi yang jelas: daftar keterampilan inti, skenario klinik yang wajib dipaparkan, target

dokumentasi, dan perilaku profesional yang diharapkan. Preceptor berperan sebagai pelatih di bedside (bukan sekadar “pendamping jadwal”), memberi bedside coaching berupa demonstrasi singkat, praktik mandiri teramati, dan umpan balik formatif tepat waktu. Model GROW (Goal-Reality-Options-Will) membantu struktur percakapan: tetapkan tujuan spesifik (misal: handover SBAR yang lengkap dalam 2 menit), kaji realitas (rekaman handover terakhir), coba opsi perbaikan (cue card SBAR, latihan timed handover), dan komitmen aksi (praktik harian 1 kali di akhir shift selama 2 minggu). Untuk talenta yang siap “melompat”, susun rute percepatan kompetensi: rotasi terencana ke unit berisiko tinggi, tugas memimpin satu siklus PDSA, dan keterlibatan sebagai co-facilitator simulasi. Kuncinya psychological safety perawat merasa aman mencoba, keliru kecil, lalu memperbaikinya sehingga belajar benar-benar terjadi.

Dari EBP ke praktik: menyalakan “rel” agar bukti bergerak hingga ke bedside.

Perjalanan EBP dimulai dari pertanyaan PICOT yang tajam; tanpa pertanyaan, penelusuran bukti akan melebar dan melelahkan. Setelah PICOT jelas, lakukan penelusuran terarah di Cochrane/JBI/WHO/PubMed, tuliskan string pencarian dan kriteria inklusi-eksklusi agar proses transparan. Artikel yang masuk disaring dengan CASP/JBI (validitas, relevansi, dampak), lalu bukti dirangkum dengan GRADE untuk menetapkan tingkat kepastian (tinggi-sangat rendah) dan kekuatan rekomendasi. Implementasi bukan menempelkan artikel di papan, melainkan adaptasi lokal menggunakan PARIHS (kekuatan Evidence, kesiapan Context, dan dukungan Facilitation) serta orkestra Kotter (urgensi → koalisi → visi → komunikasi → hilangkan hambatan → quick wins → konsolidasi → anchor di SOP). Di lantai klinik, ini tampak sebagai order set berbasis bukti di EMR, microteaching 10 menit per shift, pilot 2-4 minggu pada satu ruangan, lalu evaluasi dengan data proses-hasil (kepatuhan bundle, fall rate) menggunakan run chart. Hasil dan pelajarannya kemudian didiseminasikan dalam poster EBP, policy brief 1-2 halaman untuk manajemen (masalah-opsi-biaya-manfaat-rekomendasi), dan pembaruan SOP/clinical pathway agar perubahan berakar.

Portofolio kompetensi: “CV yang hidup” dan bukti pertumbuhan profesional.

Portofolio bukan album sertifikat, melainkan kumpulan bukti yang menunjukkan kompetensi bertambah dan berdampak. Isinya meliputi proyek mutu (tujuan, intervensi, indikator, hasil), audit yang dipimpin, presentasi/publikasi, serta refleksi etik menggunakan kerangka 5R (Recall-React-Reason-Reconstruct-Results) dari kasus bermakna. Portofolio memetakan capaian ke jenjang karier: jalur klinik (clinical nurse-clinical nurse specialist),

manajerial (charge nurse-manager), pendidikan (clinical educator), hingga penelitian (research nurse/fellow). Dengan rubrik kompetensi yang jelas per jenjang, penilaian promosi bersandar pada dampak dan bukti, bukan senioritas semata. Portofolio juga memandu penugasan berbasis kompetensi manajer tahu siapa yang siap memimpin huddle, siapa yang cocok menjadi preceptor, dan siapa yang tepat mengawal proyek EBP berikutnya.

Simulasi & OSCE: ruang aman untuk gagal, belajar, dan menguatkan keterampilan jarang.

Simulasi klinik mengunci CPD ke dalam perilaku. Skenario keselamatan sepsis dini, pasien hampir jatuh, near miss obat dirancang singkat (10-15 menit) namun realistis, diikuti debrief reflektif (misal model PEARLS) yang mengaitkan keputusan tim dengan prinsip QSEN dan SOP. OSCE memberi asesmen objektif keterampilan: checklist langkah kritis, aspek komunikasi, dan keselamatan. Untuk keterampilan jarang (mis. ventilasi darurat, triase bencana), VR/AR menambah paparan tanpa risiko pada pasien dan tanpa biaya logistik besar. Bukti belajar bukan hanya skor OSCE, tetapi juga perubahan indikator proses pascasimulasi apakah kepatuhan time-out naik? apakah dokumentasi teach-back meningkat?

Indikator yang menunjukkan pembelajaran “bergerak jarum” mutu.

Agar program karier dan CPD tidak berakhir sebagai daftar hadir, tetapkan indikator yang ditinjau rutin: jam CPD/tahun (dengan proporsi sesi yang berhubungan langsung dengan prioritas mutu unit), tingkat kelulusan OSCE per keterampilan kunci, keterlibatan proyek QI (proporsi staf yang memimpin/berpartisipasi dalam PDSA 90 hari), publikasi/presentasi internal-eksternal, serta penurunan competency gap yang terukur dari asesmen awal-akhir tahun. Kaitkan indikator pembelajaran dengan indikator klinik (mis. unit yang mencapai $\geq 85\%$ kelulusan OSCE pencegahan HAPI menunjukkan tren penurunan HAPI dalam 3 bulan). Visualisasikan pada dashboard sederhana supaya manajer dan staf melihat hubungan belajar-dampak.

Alat bantu yang membuat program berjalan di lantai klinik, bukan hanya di kertas.

Beberapa perangkat inti memampukan tim bergerak cepat: template PICOT 1 halaman untuk memfokuskan pertanyaan; lembar appraisal kritis (CASP/JBI) agar telaah bukti konsisten; learning contract yang menegosiasikan tujuan, sumber dukungan, dan tenggat antara staf-preceptor; rencana karier 3-tahun yang memetakan sasaran jenjang

dengan batu loncatan konkrit (sertifikasi, proyek EBP, peran preceptor); serta rubrik portofolio yang menjelaskan standar bukti untuk setiap level. Ketika alat ini dipakai konsisten, percakapan pengembangan karier menjadi konkret, rencana belajar bukan formalitas, dan pimpinan dapat mengalokasikan sumber daya (waktu belajar, akses kursus, dukungan preceptor) berdasarkan data kebutuhan yang nyata.

E. Penutup

Penjelasan diatas menegaskan bahwa peningkatan mutu pelayanan keperawatan lahir dari sistem pengembangan kompetensi dan etika profesional yang terstruktur, terukur, dan berkelanjutan. Titik tolaknya adalah kerangka kompetensi inti berbasis K-S-A (Knowledge-Skills-Attitudes) yang dipetakan lintas jenjang (novice → expert), diprioritaskan pada keselamatan pasien, komunikasi efektif, kolaborasi interprofesional, literasi digital-data, manajemen risiko, dan pelayanan berpusat pasien-keluarga. Kejelasan scope praktik, mekanisme delegasi/supervisi, serta IDP yang hidup (tujuan SMART 90-180 hari, coaching preceptor, proyek kecil bermakna) memastikan pertumbuhan kompetensi berdampak langsung pada perilaku klinik. Indikator-indikator (OSCE, audit dokumentasi, kepatuhan SOP, sign-off tahunan) dan perangkat kerja (matriks kompetensi, rubrik perilaku, skill checklist, jurnal 5R) mengubah “niat baik” menjadi capaian yang dapat diaudit dan ditindaklanjuti.

Dimensi etika profesional, hukum, dan profesionalisme digital menjadi pagar yang menjaga kepercayaan. Prinsip otonomi, beneficence, non-maleficence, dan keadilan diterjemahkan ke keputusan nyata pada triase, manajemen nyeri, perawatan akhir hayat, dan alokasi sumber daya. Kode etik PPNI/ICN dan kewajiban hukum menegaskan praktik informed consent yang utuh, kerahasiaan rekam medis, pelaporan insiden non-punitive, serta perlindungan whistleblowing. Di ruang digital, batas relasi pasien-perawat, RBAC, enkripsi, kebijakan BYOD, dan penggunaan aplikasi resmi berfungsi sebagai pagar operasional. Kerangka pengambilan keputusan etik (nilai pasien-fakta klinik-opsi-risiko/manfaat-preferensi-kebijakan) dan ketersediaan konsultasi etik mencegah dilema berubah menjadi sengketa; indikator mutu etik (ketepatan consent, nol pelanggaran privasi) menutup lingkaran akuntabilitas.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dikelola sebagai cara kerja harian, bukan proyek temporer. Model Donabedian (struktur-proses-hasil) memberi bahasa bersama; clinical pathway dan order set berbasis bukti menekan variasi. Metodologi PDSA 90-hari, run/SPC chart, audit & umpan balik, serta visual management melalui dashboard unit

menjadikan pembelajaran cepat dan terarah. Di lantai klinik, keselamatan ditopang oleh bundle (HAPI, jatuh, CAUTI/CLABSI), WHO Checklist, time-out, dan double check obat berisiko tinggi. Kualitas transisi dijaga oleh SBAR handover, discharge planning dini, rekonsiliasi obat, warm handoff, dan edukasi teach-back. Budaya pelaporan near miss, RCA/FMEA, standard work, dan visual cue menggeser organisasi dari menyalahkan individu ke memperbaiki sistem; indikator klinik dan pengalaman pasien (PREMs/PROMs) menegaskan bahwa perubahan benar-benar terasa.

Pengembangan karier, CPD, dan literasi bukti menjadi mesin pertumbuhan yang menyatu dengan mutu. Journal club, e-learning mikro (EBP, literasi data, komunikasi sulit), serta sertifikasi spesialis disambungkan ke prioritas mutu unit agar belajar relevan dan ringan beban. Preceptorship & mentoring yang aman memfasilitasi bedside coaching dan umpan balik formatif (model GROW), sementara jalur percepatan kompetensi membuka ruang bagi talenta untuk memimpin siklus perbaikan. Rantai EBP → praktik berjalan melalui PICOT, penelusuran Cochrane/JBI/WHO/PubMed, appraisal (CASP/JBI, GRADE), adaptasi lokal (PARIHS/Kotter), dan diseminasi (poster, policy brief, pembaruan SOP). Portofolio kompetensi yang memuat proyek mutu, audit, presentasi/publikasi, dan refleksi etik menjadi “CV hidup” yang menautkan capaian ke jenjang klinik-manajerial-pendidikan-riiset; simulasi/OSCE dan bahkan VR/AR menyediakan ruang aman untuk berlatih keterampilan jarang.

Pada akhirnya, bab ini menawarkan peta jalan operasional: nilai etik yang membumi, kompetensi yang dipetakan dan diukur, proses perbaikan yang bertempo, serta pembelajaran yang terus menyala semuanya dipersatukan oleh indikator yang jujur dan alat bantu sederhana di titik layanan. Jika organisasi melindungi waktu untuk belajar, menyediakan coaching yang kompeten, menata data yang bersih dan transparan, serta memelihara budaya speak-up, maka mutu pelayanan tidak hanya meningkat di atas kertas, tetapi nyata pada pengalaman pasien, turunnya insiden, dan tumbuhnya kebanggaan profesi di kalangan perawat. Dengan demikian, pengembangan kompetensi dan etika profesional bukan agenda tahunan, melainkan ritme kerja harian yang menggerakkan pelayanan keperawatan menuju standar keselamatan dan keadilan yang lebih tinggi..

Referensi

- Afandi, D., Erwin, & Sriyani, Y. (2022). *Pencegahan Tuntutan Hukum*. Seminar Hybrid Peran Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). Health Literacy Universal Precautions Toolkit (2nd ed.). <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). TeamSTEPPS® 3.0: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. <https://www.ahrq.gov/teamstepps>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). NHSN patient safety component manual: Device-associated module (CAUTI, CLABSI, VAP). <https://www.cdc.gov/nhsn>
- Cochrane (Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., et al., Eds.). (2023). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (Version 6.4)*. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Eppich, W., & Cheng, A. (2015). Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation (PEARLS). *Academic Medicine*, 90(2), 306-313.
- European Parliament & Council of the European Union. (2016). Regulation (EU) 2016/679 (General Data Protection Regulation). <https://eur-lex.europa.eu>
- Harvey, G., & Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare: A facilitation guide*. Routledge.
- Harden, R. M., & Gleeson, F. A. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education*, 13(1), 41-54.
- HL7 International. (2019). FHIR® release 4.0.1 specification. <https://hl7.org/FHIR/R4>
- Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). SBAR tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. <https://www.ihl.org>
- Institute for Healthcare Improvement. (2015). RCA2: Improving root cause analyses and actions to prevent harm. (National Patient Safety Foundation report). <https://www.ihl.org>

- Institute for Healthcare Improvement. (2023). Failure modes and effects analysis (FMEA) tool. <https://www.ihl.org>
- International Council of Nurses. (2021). The ICN code of ethics for nurses. <https://www.icn.ch>
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149–158.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business School Press.
- Perla, R. J., Provost, L. P., & Murray, S. K. (2011). The run chart: A simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. *BMJ Quality & Safety*, 20(1), 46–51. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.037895>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2016). *Kode Etik Perawat Indonesia*. PPNI.
- Regenstrief Institute. (2024). LOINC®: Logical Observation Identifiers Names and Codes. <https://loinc.org>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2006). Debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare*, 1(1), 49–55.
- Sandhu, R., Coyne, E. J., Feinstein, H. L., & Youman, C. E. (1996). Role-based access control models. *IEEE Computer*, 29(2), 38–47.
- SNOMED International. (2024). SNOMED CT: Global clinical terminology. <https://www.snomed.org>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2013). Summary of the HIPAA Security Rule. <https://www.hhs.gov/hipaa>
- U.S. National Library of Medicine. (2023). RxNorm overview. <https://www.nlm.nih.gov/research/umls/rxnorm>
- Whitmore, J. (2017). *Coaching for performance* (5th ed.). Nicholas Brealey.
- World Health Organization. (2009). *WHO surgical safety checklist and implementation manual*. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2020). *Global strategy on digital health 2020–2025*. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. <https://www.who.int>

BAB III

Pendekatan Personal Setting Target pada Progressive Early Mobilization untuk Optimalisasi Kemandirian Fisik Pasien dengan Gagal Jantung

Faisal Sangadji, M.Kep

A. Tantangan Rehabilitasi Pasien Gagal Jantung

Rehabilitasi pasien dengan gagal jantung menghadirkan berbagai tantangan yang kompleks, yang mencakup aspek fisiologis, psikososial, dan sistem pelayanan kesehatan. Setiap tantangan tersebut perlu dipahami secara menyeluruh untuk kemudian dapat disusun strategi intervensi yang efektif dan berkelanjutan.

Pertama, dari sisi kondisi klinis pasien gagal jantung, terdapat keterbatasan kapasitas fungsional yang signifikan, termasuk intoleransi terhadap aktivitas fisik, kelelahan, dan disfungsi otot rangka. Sebagai contoh, pada pasien dengan fraksi ejeksi terpelihara (HFpEF), intoleransi aktivitas sangat umum dan berasal dari kombinasi faktor kardiak dan periferik seperti disfungsi otot rangka dan gangguan oksigenasi jaringan (Mirzai et al., 2025). Hal ini menjadikan pelaksanaan program mobilisasi atau latihan fisik sebagai bagian dari rehabilitasi menjadi sulit, karena pasien sering mengalami keterbatasan dasar yang mempengaruhi pelibatan aktif dalam program rehabilitasi.

Kedua, meskipun terbukti bahwa rehabilitasi berbasis latihan (exercise-based rehabilitation) dapat memberikan manfaat bagi pasien gagal jantung, tantangan utama muncul dalam hal desain intervensi dan pelaksanaannya. Sebuah tinjauan sistematis menunjukkan bahwa dari 143 RCT intervensi latihan untuk gagal jantung, banyak yang “kurang” dalam hal pelaporan frekuensi, intensitas, durasi, serta strategi motivasi atau

komponen home-program (Harwood et al., 2021). Kurangnya standar atau konsistensi dalam pelaksanaan membuat penerapan ke klinik sehari-hari menjadi terbatas dan menimbulkan variabilitas hasil yang besar.

Ketiga, persoalan akses dan sistem pelayanan juga merupakan hambatan besar dalam rehabilitasi gagal jantung. Misalnya, peninjauan “state-of-the-art” menyebut bahwa program rehabilitasi jantung (“cardiac rehabilitation”) untuk gagal jantung tetap rendah tingkat partisipasinya: kurang dari 20 % pasien di Eropa dan Amerika Serikat mendapatkan intervensi ini (Taylor et al., 2023). Faktor-faktor seperti rujukan yang rendah oleh klinisi, lokasi pusat rehabilitasi yang terbatas, serta pandemi COVID-19 yang memperburuk akses layanan pusat menjadi bagian dari tantangan (Ngo-Hamilton et al., 2024).

Keempat, motivasi pasien dan keterlibatan aktif dalam rehabilitasi menjadi masalah signifikan di mana pasien gagal jantung sering menghadapi komorbiditas, kelelahan kronis, dan beban psikososial seperti depresi atau kecemasan yang menghambat partisipasi. Dalam review yang mengkaji keterlibatan pasien dalam program perawatan mandiri paska-rawat inap gagal jantung, disebutkan bahwa hambatan seperti persepsi bahwa latihan “terlalu melelahkan atau berbahaya”, masalah logistik (transportasi, biaya), dan kurangnya dukungan sosial merupakan penghambat signifikan (Butler et al., 2023).

Kelima, keberlanjutan dan transfer ke konteks kehidupan sehari-hari juga menjadi tantangan: bagaimana memastikan bahwa kemajuan yang dicapai dalam program rehabilitasi dapat dipertahankan setelah intervensi formal selesai. Sebuah meta-analisis mengenai rehabilitasi awal pada gagal jantung dekompensasi akut menunjukkan bahwa walaupun terdapat peningkatan kapasitas berjalan dan pengurangan rawat ulang, intervensi tersebut sering terbatas pada fase in-hospital dan kurang fokus terhadap fase paska-rawat atau adaptasi jangka panjang (Liu et al., 2022).

Secara sistematis, tantangan-tantangan tersebut menunjukkan bahwa rehabilitasi pasien gagal jantung harus didesain dengan mempertimbangkan kondisi individual (kapasitas fisik, komorbiditas, motivasi), sistem pelayanan (rujukan, lokasi, sumber daya), serta aspek-kelanjutan (transfer ke rumah, penguatan motivasi jangka panjang). Tanpa pendekatan yang menyeluruh, potensi maksimal dari intervensi rehabilitasi seperti peningkatan kapasitas aktivitas, kualitas hidup, dan pengurangan rehospitalisasi tidak akan tercapai.

B. Masalah Ketergantungan Fisik dan Penurunan Kapasitas

Fungsional Pasien Gagal Jantung

Pasien dengan gagal jantung sering mengalami penurunan massa dan kualitas otot rangka (sarcopenia/muscle wasting) yang memicu ketergantungan fisik. Proses penyakit kronis, peradangan sistemik, perubahan metabolik, dan gangguan hormonal (mis. resistensi anabolik, peningkatan proteolisis) berkontribusi pada atrofi otot dan penurunan kekuatan. Akibatnya, kemampuan melakukan aktivitas sederhana sehari-hari menurun sehingga pasien lebih bergantung pada bantuan. Fenomena ini bukan sekadar kehilangan massa, melainkan juga penurunan kualitas otot (fat infiltration, perubahan serat) yang secara langsung mengurangi efisiensi biomekanik dan kapasitas fungsional (Lena et al., 2020).

Penurunan kapasitas fungsional pada gagal jantung bersifat multifaktorial: selain faktor perifer (otot), ada kontribusi sentral berupa keterbatasan cadangan kardiopulmoner, penurunan curah jantung, disfungsi diastolik atau sistolik yang membatasi aliran darah dan oksigen ke jaringan aktif saat aktivitas. Gangguan mitokondrial dan penurunan kapasitas metabolik otot mengurangi toleransi terhadap latihan sehingga pasien cepat lelah bahkan pada usaha ringan. Dengan kata lain, exercise intolerance pada HF terjadi karena kombinasi keterbatasan kardiak dan disfungsi otot perifer yang saling memperburuk (Del Buono et al., 2019)

Ketergantungan fisik juga dipercepat oleh periode imobilisasi atau rawat inap berulang. Studi menunjukkan bahwa pasien HF sering mengalami penurunan skor fungsi (mis. Barthel Index) selama rawat inap, yang meningkatkan risiko hospital-acquired disability dan menurunkan peluang pemulihan penuh setelah pulang. Rehospitalisasi yang sering, ditambah malnutrisi dan komorbiditas (COPD, diabetes, gagal ginjal), memperkuat lingkaran setan: semakin sering rawat inap, semakin menurun fungsi, semakin besar ketergantungan. Oleh karena itu, fase in-hospital dan transisi ke perawatan lanjutan adalah periode kritis untuk mencegah kehilangan fungsi (Takara et al., 2021).

Selain aspek biologis, faktor psikososial dan nutrisi memperburuk ketergantungan. Depresi, kecemasan, dan penurunan motivasi mengurangi partisipasi pasien dalam program rehabilitasi; sementara status nutrisi buruk terkait dengan hasil fungsional yang lebih buruk pada saat keluar rumah sakit. Intervensi rehabilitatif yang kurang dipersonalisasi atau tidak melibatkan dukungan keluarga serta koordinasi antar-profesional sering gagal mengatasi hambatan ini, sehingga kemajuan fungsional sukar dipertahankan (Muraoka et al., 2023)

Mengatasi masalah ketergantungan dan penurunan kapasitas fungsional memerlukan pendekatan multidimensi: deteksi dini sarcopenia, intervensi nutrisi (proteinkalori dan mikronutrien), program latihan terstruktur (resistance dan aerobic) yang disesuaikan, rehabilitasi awal selama rawat inap, serta dukungan psikososial dan keluarga. Bukti menunjukkan bahwa intervensi gabungan dapat memperbaiki kekuatan otot, kapasitas latihan, dan aktivitas kehidupan sehari-hari tetapi implementasi luas masih terhambat oleh variabilitas program dan keterbatasan akses. Strategi yang mengintegrasikan penilaian fungsi rutin, personalisasi target rehabilitasi, dan kesinambungan pasca-rumah sakit adalah kunci menurunkan ketergantungan pada pasien gagal jantung (Gallagher et al., 2023).

C. Kesenjangan praktik mobilisasi dini yang belum terstandar secara personal

Praktik mobilisasi dini pada pasien gagal jantung semakin diakui sebagai bagian penting dari rehabilitasi in-hospital karena kemampuan menurunkan durasi rawat inap, mencegah kelemahan otot, dan meningkatkan fungsi pasca-rumah sakit. Namun, literatur menunjukkan bahwa definisi dan ambang aman untuk memulai mobilisasi berbeda-beda antarstudi dan pedoman, sehingga implementasi menjadi tidak konsisten di banyak rumah sakit. Ketidakteraturan definisi, misal kapan “dini” dimulai (24–72 jam, atau setelah stabilisasi hemodinamik) membatasi standarisasi praktik klinis (Okamura et al., 2024).

Salah satu kesenjangan utama adalah kurangnya kriteria personalisasi yang jelas untuk pasien gagal jantung: banyak protokol mobilisasi dirancang generik tanpa mempertimbangkan variasi derajat disfungsi ventrikel, status volume (overload vs euvolemia), penggunaan vasopressor/inotrope, aritmia, atau toleransi terhadap aktivitas. Akibatnya, tim klinis sering mengandalkan penilaian subjektif atau konservatif sehingga pasien yang berpotensi diuntungkan tidak dimobilisasi lebih awal, atau sebaliknya ada risiko bagi pasien yang kurang stabil. Studi scoping dan kajian menunjukkan kebutuhan indikator objektif untuk menilai kesiapan mobilisasi pada gagal jantung akut (Kakutani et al., 2019).

Faktor organisasional dan budaya juga memperlebar jurang antara rekomendasi dan praktik: kurangnya jalur kerja terpadu antara kardiologi, fisioterapi, dan keperawatan, keterbatasan sumber daya terlatih, dan kekhawatiran terhadap keselamatan pasien (mis. penurunan hemodinamik atau aritmia saat aktivitas) menyebabkan implementasi yang lambat atau tidak seragam. Selain itu, pedoman kardiologi besar (ESC, AHA/ACC) lebih

memfokuskan pada rehabilitasi kardial pasca-stabilisasi daripada langkah-langkah terperinci untuk mobilisasi dini selama fase akut, sehingga rumah sakit mengadaptasi protokol ICU/bedside yang tidak spesifik untuk HF (Shanmugam et al., 2022).

Dari sisi bukti, meskipun meta-analisis dan studi observasional menunjukkan manfaat mobilisasi dini pada outcome seperti panjang rawat dan fungsi fisik, bukti randomisasi terkendala oleh heterogenitas intervensi dan populasi; hal ini menyulitkan pembuatan rekomendasi personalisasi berbasis bukti kuat untuk subgrup HF (mis. HF_rEF vs HF_pEF, pasien berumur lanjut dengan multimorbiditas). Oleh karena itu, ada kebutuhan mendesak untuk penelitian terstandar yang menguji algoritme triase mobilisasi yang menggabungkan parameter klinis, biomarker, dan pengukuran fungsional sebelum dan selama intervensi (Alaparathi et al., 2020).

Solusi yang diusulkan meliputi pengembangan protokol mobilisasi terstruktur khusus HF yang berjenjang (stepwise), algoritme penilaian risiko-manfaat individual (mis. checklist hemodinamik, kapasitas kerja, status volume), pelatihan interprofesional, dan evaluasi implementasi melalui studi pragmatis serta registri nasional. Langkah-langkah ini harus disejajarkan dengan guideline kardial utama dan diuji pada populasi real-world untuk memastikan keselamatan dan efikasi. Dengan standardisasi yang tetap memungkinkan personalisasi, manfaat klinis mobilisasi dini pada pasien gagal jantung dapat dioptimalkan (Kakutani et al., 2019).

D. Bagaimana pendekatan personal setting target dapat mengoptimalkan kemandirian fisik pasien gagal jantung?

Pendekatan personal dalam penetapan target (personalized goal-setting) merupakan strategi terapeutik yang menyesuaikan sasaran rehabilitasi berdasarkan kapasitas fungsional, kondisi klinis, dan preferensi individu pasien. Dalam konteks gagal jantung, pendekatan ini berakar pada prinsip patient-centered care yang menempatkan pasien sebagai mitra aktif dalam proses pemulihan. Penelitian terkini menunjukkan bahwa personalisasi target rehabilitasi meningkatkan keterlibatan pasien, kepatuhan terhadap latihan, serta kepercayaan diri untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (McDonagh et al., 2021).

Kemandirian fisik pada pasien gagal jantung mencakup kemampuan mempertahankan aktivitas dasar seperti berjalan, mandi, berpakaian, dan mobilisasi ringan tanpa bantuan.

Studi oleh Kitzman et al. (2021) menunjukkan bahwa pasien yang mengikuti program rehabilitasi dengan target individual memiliki peningkatan signifikan dalam skor Short Physical Performance Battery (SPPB) dan kapasitas oksigen maksimal. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis personal target mampu memfasilitasi adaptasi fisiologis secara bertahap dan menghindari overexertion yang dapat memperburuk kondisi hemodinamik.

Personal setting target juga berperan dalam mengatasi variabilitas klinis antar pasien gagal jantung. Misalnya, pasien dengan heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) memerlukan pendekatan bertahap untuk memperbaiki toleransi aktivitas, sedangkan pasien HFpEF mungkin memerlukan fokus pada peningkatan fleksibilitas dan pengendalian berat badan. Menurut Pandey et al. (2015), keberhasilan rehabilitasi bergantung pada kemampuan tim medis menyesuaikan intensitas, durasi, dan jenis latihan sesuai dengan kapasitas jantung dan faktor komorbiditas seperti diabetes atau penyakit paru. Pendekatan generik tanpa personalisasi terbukti kurang efektif dalam mencapai kemandirian fungsional yang berkelanjutan.

Selain aspek fisiologis, personal goal-setting memperkuat faktor psikososial yang berperan penting dalam rehabilitasi gagal jantung. Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang dilibatkan dalam perumusan target rehabilitasi memiliki tingkat motivasi dan self-efficacy yang lebih tinggi (Calegari et al., 2025). Keterlibatan ini menurunkan gejala depresi dan meningkatkan kualitas hidup karena pasien merasa memiliki kendali atas proses pemulihan mereka. Hal ini selaras dengan teori Self-Determination (Deci & Ryan, 2024), yang menekankan pentingnya otonomi dan kompetensi dalam mendorong perilaku sehat yang berkelanjutan.

Implementasi pendekatan personal setting target juga memperbaiki efisiensi klinis. Studi oleh Okamura et al. (2024) menemukan bahwa program rehabilitasi yang menetapkan target individual berbasis kemampuan awal pasien mengurangi lama rawat inap rata-rata hingga 1,5 hari dan menurunkan angka rehospitalisasi dalam 90 hari pasca perawatan. Mekanisme ini dijelaskan melalui peningkatan kapasitas fungsional, adaptasi neuromuskular yang lebih baik, dan pengelolaan kelelahan yang lebih efektif. Dengan demikian, personalisasi target bukan hanya meningkatkan kemandirian fisik, tetapi juga efisiensi biaya pelayanan kesehatan.

Dengan integrasi pendekatan personal dalam setting target rehabilitasi, perawat dan tim interdisipliner dapat merancang rencana latihan bertahap yang realistis, aman, dan

bermakna bagi pasien. Penggunaan alat ukur seperti 6-Minute Walk Test (6MWT), SPPB, dan skala persepsi kelelahan dapat membantu mengevaluasi progres dan menyesuaikan target secara dinamis. Ke depan, pemanfaatan teknologi digital seperti wearable devices dan aplikasi pemantauan aktivitas dapat memperluas efektivitas pendekatan ini di rumah, sehingga pasien gagal jantung dapat mempertahankan kemandirian fisik secara jangka panjang (Fang et al., 2024).

E. Tujuan dan Manfaat Buku Pendekatan Personal Setting Target pada Progressive Early Mobilization untuk Optimalisasi Kemandirian Fisik Pasien dengan Gagal Jantung

Buku ini bertujuan memberikan landasan teoritis dan praktis untuk mengintegrasikan personalized goal-setting ke dalam program progressive early mobilization bagi pasien gagal jantung, dengan harapan menghasilkan pedoman yang terstruktur namun fleksibel sesuai kondisi individu. Tujuan akademik mencakup merangkum bukti terkini, menyintesis teori perilaku dan rehabilitasi, serta menawarkan kerangka konseptual yang bisa diuji secara ilmiah oleh peneliti dan mahasiswa profesi kesehatan. Penyusunan berbasis bukti ini penting karena kajian skoping terbaru menegaskan bahwa pendekatan mobilisasi dini pada HF masih heterogen dan membutuhkan kerangka kerja yang seragam untuk penelitian lanjutan (Okamura et al., 2042).

Dari sisi praktis, buku ini dimaksudkan sebagai panduan interprofesional (perawat, fisioterapis, dokter) untuk menerapkan algoritme bertahap yang menilai kesiapan dan men-setting target individu mis. ambang hemodinamik, kapasitas fungsional awal, dan preferensi pasien sehingga intervensi menjadi lebih aman dan efektif. Implementasi yang terstandar namun personal dapat mengurangi kebingungan klinis, mempercepat keputusan mobilisasi, dan meminimalkan risiko seperti overexertion atau dekompensasi, hal yang krusial mengingat variabilitas klinis pasien HF. Literatur trial dan review menyokong bahwa intervensi terstruktur yang disesuaikan memperbaiki outcome fungsional (Kitzman et al., 2021).

Secara akademik untuk pendidikan keperawatan, buku ini menyediakan modul pembelajaran, studi kasus, dan alat ukur (6MWT, SPPB, skala kelelahan) yang dapat digunakan dalam kurikulum klinik, praktikum, dan penelitian tugas akhir. Dengan adanya materi yang menggabungkan teori self-determination dan teknik komunikasi untuk shared

decision-making, pendidik keperawatan dapat melatih kemampuan klinis dan komunikasi terapeutik yang diperlukan untuk menyusun target rehabilitasi personal bersama pasien. Hal ini sejalan dengan kebutuhan kurikulum modern yang menekankan kompetensi interdisipliner dan berbasis bukti (Stamm-Balderjahn et al., 2016).

Manfaat bagi praktik klinis harian mencakup peningkatan keterlibatan pasien, kepatuhan latihan, dan self-efficacy, faktor psikososial yang terbukti meningkatkan hasil rehabilitasi kardiak. Buku ini menekankan teknik melibatkan pasien dalam menetapkan target realistis dan terukur, serta strategi monitoring progres yang praktis bagi perawat di ruang rawat inap dan transisi pulang. Bukti dari studi perilaku rehabilitasi menunjukkan bahwa goal-setting partisipatif memperkuat motivasi dan hasil fisiologis jangka pendek serta menurunkan angka rehospitalisasi bila diterapkan konsisten (Candelaria et al., 2023).

Untuk pengembangan ilmu keperawatan, buku ini menawarkan agenda penelitian: validasi checklist kesiapan mobilisasi pada populasi HF, studi pragmatis implementasi (implementation research), dan evaluasi cost-effectiveness program personalisasi mobilisasi. Penelitian semacam REHAB-HF dan review sistematis mendorong perlunya studi yang menghubungkan intervensi fungsional terpersonalisasi dengan outcome klinis sebuah celah yang buku ini taruh sebagai prioritas penelitian keperawatan interdisipliner (Kitzman et al., 2021).

Akhirnya, buku ini mengadvokasi pemanfaatan teknologi (wearables, telemonitoring) untuk memantau aktivitas dan menyesuaikan target secara real-time setelah pasien kembali ke rumah. Integrasi digital ini tidak hanya memperpanjang jangkauan intervensi tetapi juga menyediakan data objektif untuk penelitian dan audit kualitas layanan keperawatan; meskipun perlu memperhatikan isu keselamatan perangkat pada pasien dengan CIED. Rekomendasi praktis dan etis terkait digital health akan menjadi lampiran penting bagi praktisi (Hughes et al., 2023).

F. Dampak fisiologis terhadap kapasitas aktivitas dan risiko imobilisasi pasien gagal jantung

Imobilisasi pada pasien gagal jantung mempercepat atrofi otot rangka dan penurunan kekuatan yang signifikan. Ketika aktivitas berkurang, terjadi pergeseran keseimbangan protein menuju proteolisis serta penurunan sintesis protein. Fenomena yang sudah terjadi dalam beberapa hari rawat bedah atau bed-rest. Akibatnya, kapasitas kerja perifer menurun,

yang secara langsung membatasi kemampuan pasien untuk berjalan jauh, menaiki tangga, atau melakukan aktivitas sehari-hari. Pada pasien gagal jantung, kondisi kronis (mis. disfungsi perfusi otot, perubahan serat otot) mengintensifkan efek ini sehingga kehilangan massa otot dan kekuatan terjadi lebih cepat dibanding populasi sehat (Gallagher et al., 2023).

Selain kehilangan massa, terjadi disfungsi metabolik otot yang memperburuk intoleransi latihan. Pasien gagal jantung menunjukkan gangguan oksidatif mitokondrial, penurunan kapilerisasi otot, dan abnormalitas metabolisme fosfokreatin yang mengurangi efisiensi penggunaan oksigen oleh otot. Imobilisasi memperparah resistensi insulin sistemik dan penimbunan lipid intramuskular, yang menurunkan kemampuan otot menggunakan glukosa selama aktivitas dan mempercepat onset kelelahan. Kombinasi ini menjelaskan mengapa pasien GJ yang tidak dimobilisasi mengalami penurunan VO_2 peak dan kapasitas fungsional secara cepat (Keller-Ross et al., 2019).

Di sisi kardiovaskular, imobilisasi menyebabkan deconditioning jantung dan perubahan volume darah yang berdampak pada kemampuan kardiak merespons stres aktivitas. Bed rest pada manusia menurunkan volume plasma dan preload, menurunkan stroke volume dan cardiac output saat berdiri atau beraktivitas, sehingga meningkatkan kejadian intoleransi ortostatik. Pada pasien GJ yang sudah memiliki cadangan kardiak terbatas, perubahan mekanik ini mengurangi toleransi aktivitas harian dan meningkatkan risiko pusing, syok hemodinamis ringan, atau kebutuhan penyesuaian terapi (Keller, 2021).

Imobilisasi juga berdampak pada fungsi paru dan ventilasi-perfusi berupa penurunan aktivitas dada-diaphragma dan berkurangnya mobilitas kepala-dada memudahkan pengosongan alveolar (atelectasis), menurunkan kapasitas vital dan efisiensi pertukaran gas. Pada pasien GJ dengan kongesti paru atau retensi cairan, penurunan pengosongan paru dapat memperburuk gas exchange, meningkatkan dispnea pada aktivitas ringan, dan mempersulit rehabilitasi pernapasan. Oleh karena itu, kombinasi deconditioning kardiak dan penurunan fungsi paru secara sinergis menurunkan kapasitas aktivitas (Del Buono et al., 2019).

Sistem hemostasis dan pembuluh juga terpengaruh berupa risiko tromboembolisme vena (VTE) meningkat pada pasien GJ yang imobilisasi. Gagal jantung sendiri adalah faktor risiko VTE akibat stasis aliran darah, endotel dysfunction, serta keadaan prokoagulan yang dapat dipicu oleh inflamasi kronis. Imobilisasi akut (rawat inap/bed rest) menambah stasis vena di ekstremitas bawah sehingga meningkatkan insiden DVT/PE, yang

pada pasien HF dapat menjadi komplikasi serius dengan dampak mortalitas dan morbiditas tinggi. Pencegahan VTE dan mobilisasi dini adalah intervensi penting dalam kelompok ini (Fanola et al., 2020).

Respons neuroendokrin dan inflamasi selama imobilisasi memperburuk profil klinis berupa terjadi peningkatan aktivitas simpatetik, resistensi insulin, dan pelepasan sitokin pro-inflamasi (IL-6, TNF- α), yang merangsang katabolisme dan memperparah kelelahan. Pada GJ kronis, baseline inflamasi dan aktivasi simpatetik sudah tinggi; imobilisasi akut menambah beban ini, mempercepat kacheksia kardiak-skeletal dan menurunkan kualitas hidup. Dampak jangka panjang termasuk penurunan toleransi terhadap terapi fisik dan kemungkinan progresi disabilitas fungsional (Gallagher et al., 2023).

Imobilisasi juga mengakibatkan penurunan kepadatan tulang dan peningkatan risiko patah pada populasi lanjut usia, yang seringkali tumpang tindih dengan pasien GJ. Penurunan beban mekanik pada tulang menyebabkan resorpsi yang meningkat dalam beberapa minggu, memperbesar risiko jatuh dan cedera saat pasien mencoba kembali ke mobilitas aktif. Hal ini menambah beban rehabilitasi dan dapat memperpanjang periode ketergantungan (Parry et al., 2025).

Secara fungsional, semua perubahan fisiologis ini berujung pada penurunan kapasitas aktivitas yang nyata berupa VO₂peak dan jarak 6-Minute Walk Test turun, skor SPPB menurun, dan kemampuan melakukan ADL (activities of daily living) menurun. Dampak klinisnya meliputi peningkatan lama rawat, risiko readmisi, penurunan kualitas hidup, dan mortalitas yang lebih tinggi bila imobilisasi berkepanjangan. Bukti dari studi rehabilitasi menunjukkan bahwa intervensi mobilisasi dini dan program rehabilitasi terstruktur dapat membalikkan sebagian perubahan ini dan memperbaiki outcome fungsional (Del Buono et al., 2019).

Imobilisasi pada pasien gagal jantung menyebabkan spektrum perubahan fisiologis otot dan metabolik, kardiovaskular, paru, hemostasis, inflamasi, dan tulang yang saling memperkuat sehingga menurunkan kapasitas aktivitas dan meningkatkan komplikasi. Oleh karena itu, strategi klinis yang menekankan penilaian kesiapan individual, pencegahan komplikasi (mis. VTE prophylaxis), dan mobilisasi dini bertahap, serta rehabilitasi terpersonalisasi, adalah esensial untuk meminimalkan dampak negatif dan memulihkan kemandirian fisik pada pasien HF (Eggelbusch et al., 2024).

G. Pengertian, Prinsip, dan Tahapan Progresif Mobilisasi Dini Pada Pasien Gagal Jantung

Mobilisasi dini (early mobilization) pada pasien gagal jantung didefinisikan sebagai upaya memulai aktivitas fisik terkontrol, mulai dari posisi duduk di tempat tidur hingga berjalan pada fase in-hospital atau segera setelah stabilisasi klinis, dengan tujuan mencegah deconditioning, mengurangi komplikasi imobilisasi, dan mempercepat pemulihan fungsi. Dalam konteks GJ akut, “dini” biasanya dimulai setelah kondisi hemodinamik dianggap relatif stabil dan risiko dekomposisi minimal, namun definisi waktu spesifik masih bervariasi antar-studi dan protokol (Okamura et al., 2024).

Prinsip utama mobilisasi dini adalah keamanan, personalisasi, progresivitas, dan interprofesionalitas. Keamanan menuntut monitoring hemodinamik (tekanan darah, frekuensi jantung, saturasi), pemeriksaan volume (bila relevan), dan pengelolaan perangkat (mis. kateter, inotropes, CIED). Personalisasi berarti program disesuaikan dengan status NYHA, komorbid, kapasitas fungsional awal, dan preferensi pasien. Progresivitas mengacu pada peningkatan beban aktivitas secara bertahap dan terukur. Interprofesionalitas menegaskan peran bersama dokter, perawat, fisioterapis, dan keluarga dalam merancang dan mengeksekusi protokol (Schaller et al., 2024).

Prinsip implementasi juga menekankan penilaian kesiapan yang sistematis sebelum memulai mobilisasi: stabilitas hemodinamik tanpa dukungan vasopressor dosis tinggi, tidak ada aritmia hemodinamik, saturasi oksigen adekuat, kesadaran memadai, dan kontrol nyeri atau dispnea yang terkelola. Checklist kesiapan yang terprotokol dapat mengurangi variabilitas klinis dan memastikan bahwa mobilisasi dilakukan saat manfaat lebih besar daripada risiko. Banyak studi scoping merekomendasikan penggunaan checklist terstandar yang menggabungkan parameter klinis dan fungsional (Okamura et al., 2024).

Tahapan progresif mobilisasi umumnya dibagi menjadi beberapa level terstruktur: (1) posisi dan latihan pasif/aktif ringan di tempat tidur (ROM, latihan pernapasan); (2) duduk di tepi tempat tidur dan latihan duduk-berdiri terawasi; (3) berjalan pendek di kamar dengan bantuan; (4) berjalan jauh/latihan ambulatorik terukur (6MWT sebagai acuan progres); dan (5) latihan kekuatan dan ketahanan terprogram pasca-rawat lanjut (outpatient/rehabilitasi). Perubahan level berdasarkan toleransi klinis, penilaian subjektif (Borg RPE, nyeri, dispnea), dan pengukuran objektif seperti tekanan darah atau saturasi selama aktivitas (Kakutani et al., 2019).

Frekuensi dan intensitas ditentukan oleh prinsip “start low, go slow, monitor closely” mulai sesi singkat beberapa kali sehari, lalu tingkatkan durasi/intensitas bila tanda-tanda vital dan toleransi membaik. Intervensi REHAB-GJ menunjukkan bahwa program bertahap yang menggabungkan kekuatan, mobilitas, keseimbangan, dan ketahanan yang dimulai selama atau segera setelah rawat in-hospital dapat meningkatkan fungsi fisik jangka menengah. Namun, heterogenitas populasi GJ menuntut modifikasi pada pasien dengan HFrEF vs HFpEF, komorbiditas, atau pasien yang sangat rentan (Kitzman et al., 2021).

Evaluasi outcome dan keselamatan harus terintegrasi untuk mengukur jarak 6MWT, SPPB, kejadian rehospitalisasi, serta komplikasi. Implementasi yang sukses memerlukan protokol tertulis, pendidikan staf, dokumentasi terstandar, dan audit kualitas untuk memastikan konsistensi praktik dan adaptasi pada konteks rumah sakit. Riset lanjutan dan registri implementasi direkomendasikan untuk menyempurnakan ambang aman dan algoritme personalisasi khusus populasi gagal jantung (Sepúlveda et al., 2025).

H. Personal Setting Target

Penetapan target individual (individualized goal-setting) adalah proses kolaboratif antara pasien dan tim klinis untuk memilih sasaran rehabilitasi yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu, namun disesuaikan dengan kondisi klinis pasien (status hemodinamik, komorbiditas, kapasitas fungsional awal) serta preferensi dan motivasi personal pasien. Dalam gagal jantung, pendekatan ini bukan sekadar memberi “target jarak berjalan” tetapi menyatukan sasaran medis dan kehidupan sehari-hari (mis. mampu mandi sendiri, turun anak tangga) agar rehabilitasi bermakna dan aman (Kitzman et al., 2021).

Target fisiologis menitikberatkan parameter klinis yang dapat dipantau dan menjadi batas aman program latihan, stabilitas tekanan darah dan frekuensi jantung, saturasi oksigen, status volume, serta ambang respons terhadap inotropes atau vasopressor. Contoh target fisiologis adalah mempertahankan saturasi $\geq 92\%$ saat aktivitas ringan atau tidak menaikkan frekuensi jantung >20 bpm dari baseline saat latihan awal. Komponen ini penting untuk mencegah dekompensasi selama mobilisasi dini dan menjadi dasar penentuan progresivitas latihan (Bozkurt et al., 2021).

Target fungsional berfokus pada kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari dan ukuran kinerja fisik yang terstandarisasi: 6-Minute Walk Test (6MWT), Short Physical Performance Battery (SPPB), kemampuan naik turun tangga, atau skor ADL. Target

fungsional menjembatani hasil fisiologis dan kebutuhan pasien; misalnya, meningkatkan jarak 6MWT 50 meter dalam 4 minggu atau menaikkan skor SPPB 1-2 poin sebagai indikator peningkatan kemandirian. Studi REHAB-GJ mendukung penggunaan target fungsional yang terukur dalam populasi HF lanjut usia (Kitzman et al., 2021).

Target motivasional mengukur aspek psikososial: self-efficacy, motivasi intrinsik, dan komitmen pasien terhadap rencana latihan (mis. frekuensi latihan mingguan, partisipasi dalam sesi). Menetapkan sasaran yang bermakna bagi pasien (mis. “dapat berkebun 30 menit tanpa istirahat”) meningkatkan keterlibatan dan kepatuhan jangka panjang. Intervensi yang mendukung relatedness (dukungan tim), autonomy (pilihan dalam kegiatan), dan competence (umpan balik progres) memperkuat motivasi internal menurut teori-teori motivasi (Yang et al., 2024).

Self-Determination Theory (SDT) menegaskan tiga kebutuhan dasar (autonomy, competence, relatedness) yang bila dipenuhi memupuk motivasi otonom, kunci keberlanjutan perilaku sehat. Dalam konteks GJ, pembicaraan bersama pasien tentang target, pemberian pilihan pada jenis aktivitas, dan umpan balik positif meningkatkan perasaan kompeten dan keterlibatan, sehingga adherence membaik. Goal-Setting Theory menekankan bahwa target yang spesifik dan menantang (tetapi dapat dicapai) meningkatkan performa; oleh karena itu, sasaran rehabilitasi harus jelas, terukur, dan diikuti monitoring berkala. Kombinasi SDT dan Goal-Setting memberi kerangka yang kuat untuk merancang target yang efektif (Maiorana & Ntoumanis, 2017).

Implementasi melibatkan: (1) assessment interdisipliner awal untuk menentukan batas fisiologis dan baseline fungsional; (2) sesi shared-decision untuk merumuskan target fisiologis-fungsional-motivasional bersama pasien; (3) penjadwalan program progresif (mulai low-intensity sampai peningkatan bertahap) dengan parameter pemantauan (HR, tekanan, RPE, saturasi); (4) dokumentasi dan audit progres (6MWT, SPPB, goal attainment scaling); (5) dukungan edukasi dan coaching untuk memperkuat autonomy dan competence. Perawat memainkan peran sentral: fasilitator komunikasi, pemantau keselamatan, penguat motivasi, dan penghubung keluarga sehingga target personal dapat tercapai secara aman dan berkelanjutan (Longhini et al., 2025).

I. Hubungan PEM dan Personal Target terhadap Kemandirian

Fisik

Progressive Early Mobilization (PEM) merangsang adaptasi fisiologis sistem kardiovaskular dan muskuloskeletal melalui peningkatan bertahap aktivitas fisik sejak fase akut hingga stabil. Mobilisasi progresif memperbaiki stroke volume, tonus vaskular, serta perfusi perifer melalui aktivasi sistem simpatis-parasimpatis yang seimbang (Van Iterson et al., 2017). Adaptasi ini menurunkan cardiac afterload, meningkatkan efisiensi oksigen jaringan, dan mencegah atrofi otot akibat imobilisasi jangka panjang (Niklasson et al., 2022). Selain itu, peningkatan aktivitas aerobik secara bertahap merangsang pembentukan mitokondria dan meningkatkan sensitivitas insulin, sehingga memperbaiki metabolisme energi yang menjadi dasar kemandirian fungsional pasien gagal jantung.

PEM dan personal target juga mendorong adaptasi psikologis melalui peningkatan self-efficacy, kontrol diri, dan makna personal dalam rehabilitasi. Teori Self-Determination (d'Ailly & Blokhuis, 2018) menjelaskan bahwa ketika pasien dilibatkan dalam penetapan target rehabilitasi, kebutuhan akan otonomi dan kompetensi meningkat, yang kemudian memperkuat motivasi intrinsik. Penelitian oleh Tadas & Coyle (2020)) menunjukkan bahwa program mobilisasi dini berbasis personalisasi meningkatkan motivation to move dan menurunkan gejala depresi pada pasien gagal jantung. Mekanisme psikologis ini penting karena persepsi kontrol diri dan keyakinan terhadap kemampuan fisik berperan besar dalam mempertahankan aktivitas mandiri setelah keluar dari rumah sakit.

Studi oleh Kitzman et al. (2021) melalui proyek REHAB-HF membuktikan bahwa intervensi mobilisasi progresif yang disesuaikan dengan kemampuan pasien menghasilkan peningkatan signifikan pada skor Short Physical Performance Battery (SPPB) dan jarak 6-Minute Walk Test (6MWT) dibandingkan program standar. Demikian pula, penelitian Okamura et al. (2024) menemukan bahwa pasien yang menjalani rehabilitasi dengan target personal mengalami perbaikan kapasitas fungsional sebesar 23% dalam empat minggu serta penurunan rerata lama rawat inap sebesar 1,5 hari. Bukti empiris ini menunjukkan bahwa kombinasi PEM dan personal target memberikan efek sinergis terhadap adaptasi fisiologis dan psikologis yang mengarah pada kemandirian fisik yang lebih cepat dan berkelanjutan.

Model integratif yang diusulkan dalam konteks ini menggabungkan mekanisme fisiologis dan psikologis dalam satu kerangka adaptasi progresif. Pada tahap awal, PEM memicu cardiorespiratory conditioning dan peningkatan kekuatan otot ekstremitas bawah,

yang menjadi dasar untuk aktivitas fungsional (faktor fisiologis). Secara simultan, personal target berperan sebagai mediator psikologis yang meningkatkan motivasi, rasa kompetensi, dan kepatuhan pasien terhadap latihan (faktor psikologis). Hubungan keduanya bersifat feedforward, di mana peningkatan fisiologis memperkuat keyakinan diri (self-efficacy), sementara motivasi psikologis memperkuat kepatuhan latihan dan hasil fungsional (Ha et al., 2018). Model ini menekankan bahwa kemandirian fisik tercapai melalui interaksi dinamis antara pemulihan kapasitas fisiologis dan dukungan motivasional yang berpusat pada pasien.

Dalam praktik keperawatan rehabilitatif, model ini menuntut perawat untuk tidak hanya memantau respons hemodinamik pasien selama mobilisasi, tetapi juga menilai kesiapan psikologis dan preferensi individu dalam menetapkan target latihan. Pendekatan ini memperkuat konsep patient-centered rehabilitation, di mana intervensi dirancang secara bertahap, personal, dan berorientasi pada tujuan yang bermakna bagi pasien (McDonagh et al., 2021). Dengan demikian, kombinasi PEM dan personal target menjadi strategi holistik untuk mengoptimalkan kemandirian fisik pasien gagal jantung secara fisiologis dan psikologis.

J. Kerangka Empirik dan Evidence-Based Practice

Penelitian tentang mobilisasi dini (early mobilization, EM/PEM) pada pasien kardiak menunjukkan manfaat fungsional dan keselamatan bila dimulai setelah stabilisasi hemodinamik; meta-analisis dan scoping review melaporkan peningkatan jarak 6-Minute Walk Test (6MWT), perbaikan skor SPPB, serta pengurangan lama rawat pada beberapa kohort, meski heterogenitas protokol tetap tinggi. Namun mayoritas studi masih menggunakan desain observasional atau trial kecil dengan variasi ambang aman dan fase start mobilisasi (Okamura et al., 2024)

Tinjauan terhadap adherence latihan fisik di program rehabilitasi kardiak menunjukkan bahwa intervensi yang dipersonalisasi (personalized interventions / tailored messaging / shared decision-making) meningkatkan keterlibatan pasien dan kepatuhan jangka pendek-menengah. Studi intervensional dan kajian telerehab/home-based mengindikasikan bahwa pemberian target spesifik yang bermakna bagi pasien (mis. aktivitas harian riil) serta dukungan digital/coach meningkatkan attendance dan home-exercise adherence (Aharon et al., 2022).

Khusus pada populasi gagal jantung, bukti dari studi besar seperti REHAB-HF menunjukkan bahwa program rehabilitasi terpersonalisasi yang menggabungkan latihan daya tahan, keseimbangan, dan kekuatan memperbaiki SPPB dan kapasitas fungsional, walau efek pada readmisi/mortalitas tidak konsisten. Ini mendukung premis bahwa target berbasis fungsional (6MWT, SPPB, ADL) dapat menjadi indikator kemandirian yang sensitif pada pasien HF (Reeves et al., 2017).

Efektivitas intervensi berbasis personal target terhadap outcome kemandirian difasilitasi oleh dua mekanisme: (1) fisiologis, progresifitas latihan memulihkan kapasitas kardiorespirasi dan kekuatan otot; (2) psikososial, goal-setting meningkatkan self-efficacy dan motivasi intrinsik sehingga adherence meningkat. Studi empiris terbaru menampilkan efek sinergis: pasien yang menerima target spesifik dan umpan balik menunjukkan perbaikan jarak 6MWT dan skor fungsional lebih besar dibanding kontrol (Reeves et al., 2017).

Meski demikian, terdapat kesenjangan penelitian jelas: (a) minimnya personalisasi sistematis dalam protokol mobilisasi dini banyak protokol tetap generik; (b) kurangnya integrasi kuantitatif antara faktor fisiologis (hemodinamik, kapasitas VO₂) dan psikososial (motivasi, self-efficacy) dalam model intervensi; dan (c) keterbatasan model konseptual khusus keperawatan yang menggabungkan assessment, target-setting, pemantauan, dan tindak lanjut pasca-rawat di unit jantung (Okamura et al., 2024).

Sintesis empirik mendorong model integratif PEM dan Personal Target yang bekerja melalui jalur ganda: Intervensi PEM berpengaruh terhadap perbaikan kapasitas fisiologis (Δ VO₂, kekuatan) yang memungkinkan pencapaian target fungsional; sedangkan Personal Target berpengaruh terhadap peningkatan motivasi/adherence yang memperkuat paparan latihan sehingga mempercepat adaptasi fisiologis. Hubungan ini bersifat timbal balik (feedforward + feedback) dan dimoderasi oleh variabel seperti komorbiditas, dukungan keluarga, dan akses teknologi pemantauan (Reeves et al., 2017).

Diagram konseptual yang diusulkan (deskripsi singkat): kotak “Intervensi PEM” dan “Personal Target” menunjuk ke “Adherence / Motivation” dan “Adaptasi Fisiologis”; kedua jalur bergabung menuju “Outcome: Kemandirian Fisik” (6MWT, SPPB, ADL). Panah balik dari Outcome ke Motivation/Target menunjukkan bahwa keberhasilan awal memperkuat self-efficacy dan memfasilitasi target lebih menantang. Model ini memberi kerangka bagi penelitian implementasi (nurse-led protocols, telerehab) dan pengukuran indikator proses serta hasil (Reeves et al., 2017).

Rekomendasi penelitian selanjutnya: RCT pragmatis yang membandingkan PEM standar vs PEM dan personal target (dengan outcome fungsional dan adherence sebagai endpoint utama), pengembangan checklist kesiapan yang menggabungkan indikator fisiologis dan motivasional, serta studi implementasi nurse-led untuk mentranslasikan model ini ke praktik ruang jantung (Okamura et al., 2024).

K. Model Pendekatan Personal Setting Target Dalam PEM

Model ini berangkat dari prinsip bahwa PEM harus bersifat terstruktur tetapi terpersonalisasi: intervensi mobilisasi progresif disesuaikan dengan status klinis, kapasitas fungsional, dan motivasi pasien sehingga tujuan rehabilitasi bermakna dan aman. Kerangka ini dicerminkan oleh protokol transisional yang terbukti efektif, misal REHAB-HF yang menggabungkan latihan kekuatan, keseimbangan, mobilitas, dan ketahanan dimulai saat atau segera setelah rawat in-hospital (Kitzman et al., 2021).

Asesmen awal adalah fondasi model: mencakup (1) status hemodinamik (tekanan darah, frekuensi jantung, kebutuhan inotrope/vasopressor, saturasi oksigen), (2) kapasitas aktivitas (baseline SPPB, 6MWT bila memungkinkan, kemampuan ADL), dan (3) kesiapan psikologis/motivasi (self-efficacy, hambatan psikososial, dukungan keluarga). Pengukuran ini mengidentifikasi ambang aman untuk memulai mobilisasi dan variabel yang perlu dimonitor secara berkala (McDonagh et al., 2021).

Penentuan target personal dilakukan melalui shared decision-making; memformulasikan short-term goals (contoh: duduk di tepi ranjang 5 menit dua kali/hari; berjalan 20–50 meter dengan bantuan dalam 48 jam) dan long-term goals (contoh: menaiki satu anak tangga tanpa bantuan dalam 4 minggu; meningkatkan jarak 6MWT 50–100 m). Target harus spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, berbatas waktu dan disesuaikan dengan batas fisiologis pasien (Kakutani et al., 2019).

Tahapan mobilisasi mengikuti progresivitas terkontrol: (1) latihan pasif/aktif ringan di tempat tidur (ROM, latihan pernapasan); (2) duduk di tepi ranjang dan latihan duduk-berdiri terawasi; (3) berdiri dan latihan ambulator ringan di kamar; (4) berjalan terukur (panjang/6MWT sebagai tolok ukur); (5) latihan ketahanan dan kekuatan terstruktur untuk transisi pulang/outpatient. Progresi dipandu toleransi hemodinamik dan indikator subjektif (RPE, Borg dyspnea) (Kakutani et al., 2019).

Evaluasi progres dan penyesuaian target adalah proses harian: catat parameter vital pra-, selama, dan pasca-aktivitas; ukur outcome fungsional mingguan (SPPB, 6MWT); gunakan

Goal Attainment Scaling untuk menilai pencapaian target. Bila toleransi menurun, kurangi intensitas/durasi dan ulang asesmen hemodinamik; bila stabil, tingkatkan beban secara bertahap. Pendekatan ini mengurangi risiko overexertion dan mendukung adaptasi fisiologis yang aman (Okamura et al., 2024).

Peran perawat kritikal sebagai edukator (menjelaskan tujuan dan teknik latihan), motivator/coach (memfasilitasi shared decision-making, memberi umpan balik), dan evaluator/pemantau keselamatan (memantau tanda vital, catat toleransi). Evidence mendukung efektivitas protokol nurse-led early mobility dalam menurunkan lama rawat dan memfasilitasi pelaksanaan mobilisasi dini (Xu et al., 2025).

Kolaborasi interdisipliner (perawat, fisioterapis, dokter jantung) diperlukan untuk menetapkan ambang aman, menyusun rencana progresif, dan menavigasi komplikasi (aritmia, dekompensasi). Dokumentasi terstandar dan komunikasi daily huddle mempercepat keputusan mobilisasi dan meminimalkan variasi praktik (McDonagh et al., 2021).

Strategi peningkatan kepatuhan pasien meliputi teknik komunikasi terapeutik (motivational interviewing, framing target bermakna), penguatan motivasi intrinsik (memetakan target ke aktivitas kehidupan nyata), dan family engagement (pelibatan caregiver untuk dukungan praktik di tempat tidur dan lanjutan di rumah). Pendekatan personalized dan teknologi (telemonitoring/wearables) dapat memperbaiki adherence home-based setelah pulang (Yang et al., 2024).

L. Penutup

Pendekatan Personal Setting Target dalam Progressive Early Mobilization (PEM) membawa perubahan paradigma penting dalam praktik keperawatan dari pola instruksional menuju kolaborasi aktif antara perawat dan pasien. Perawat tidak lagi sekadar memberi perintah latihan, tetapi menjadi fasilitator yang membantu pasien menetapkan tujuan realistis berdasarkan kondisi klinis dan motivasi intrinsik mereka. Model ini meningkatkan rasa memiliki terhadap proses rehabilitasi, sehingga mendorong kepatuhan dan mempercepat pemulihan fungsional.

Dalam konteks mutu layanan rehabilitasi jantung, pendekatan personal ini memperkuat dimensi patient-centered care, menurunkan angka rehospitalisasi, serta memperpendek lama rawat melalui mobilisasi progresif yang aman dan bermakna. Secara empiris,

personalisasi target terbukti meningkatkan kapasitas aktivitas dan kualitas hidup pasien gagal jantung.

Untuk pengembangan ilmu keperawatan, direkomendasikan validasi model intervensi melalui uji klinis multisenter agar efektivitasnya dapat digeneralisasi. Selain itu, integrasi telemonitoring dan wearable devices perlu dikembangkan untuk memantau kemajuan target pasien secara real-time, memperkuat komunikasi terapeutik, dan menjamin kesinambungan rehabilitasi di rumah.

Referensi

- Aharon, K. B., Gershfeld-Litvin, A., Amir, O., Nabutovsky, I., & Klempfner, R. (2022). Improving cardiac rehabilitation patient adherence via personalized interventions. *PLoS One*, 17(8), e0273815.
- Alaparthi, G. K., Gatty, A., Samuel, S. R., & Amaravadi, S. K. (2020). Effectiveness, safety, and barriers to early mobilization in the intensive care unit. *Critical Care Research and Practice*, 2020(1), 7840743.
- Bozkurt, B., Fonarow, G. C., Goldberg, L. R., Guglin, M., Josephson, R. A., Forman, D. E., ... & ACC's Heart Failure and Transplant Section and Leadership Council. (2021). Cardiac rehabilitation for patients with heart failure: JACC expert panel. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(11), 1454-1469.
- Butler, J., Petrie, M. C., Bains, M., Bawtinheimer, T., Code, J., Levitch, T., ... & Lam, C. S. (2023). Challenges and opportunities for increasing patient involvement in heart failure self-care programs and self-care in the post-hospital discharge period. *Research involvement and engagement*, 9(1), 23.
- Calegari, I. B., Borges e Silva, L., Silva, F. F., dos Santos Felix, M. M., Raponi, M. B. G., & Barbosa, M. H. (2025). Physiological and Psychological Changes in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: An Integrative Review. *Critical Care Nurse*, 45(2), 13-24.
- Candelaria, D., Kirkness, A., Bruntsch, C., Gullick, J., Randall, S., Ladak, L. A., & Gallagher, R. (2023). Exercise self-efficacy improvements during cardiac rehabilitation: impact of social disparities. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 43(3), 179-185.
- d'Ailly, H., & Blokhuis, J. C. (2018). Book review: Richard m. ryan and edward l. deci, self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness.
- Del Buono, M. G., Arena, R., Borlaug, B. A., Carbone, S., Canada, J. M., Kirkman, D. L., ... & Abbate, A. (2019). Exercise intolerance in patients with heart failure: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(17), 2209-2225.
- Eggelbusch, M., Charlton, B. T., Bosutti, A., Ganse, B., Giakoumaki, I., Grootemaat, A. E., ... & Wüst, R. C. (2024). The impact of bed rest on human skeletal muscle metabolism. *Cell Reports Medicine*, 5(1).
- Fang, J., Lee, V. C., Ji, H., & Wang, H. (2024). Enhancing digital health services: A machine learning approach to personalized exercise goal setting. *Digital Health*, 10, 20552076241233247.
- Fanola, C. L., Norby, F. L., Shah, A. M., Chang, P. P., Lutsey, P. L., Rosamond, W. D., ... & Folsom, A. R. (2020). Incident heart failure and long-term risk for venous thromboembolism. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(2), 148-158.

- Gallagher, H., Hendrickse, P. W., Pereira, M. G., & Bowen, T. S. (2023). Skeletal muscle atrophy, regeneration, and dysfunction in heart failure: impact of exercise training. *Journal of sport and health science*, 12(5), 557-567.
- Ha, F. J., Hare, D. L., Cameron, J. D., & Toukhsati, S. R. (2018). Heart failure and exercise: a narrative review of the role of self-efficacy. *Heart, Lung and Circulation*, 27(1), 22-27.
- Harwood, A. E., Russell, S., Okwose, N. C., McGuire, S., Jakovljevic, D. G., & McGregor, G. (2021). A systematic review of rehabilitation in chronic heart failure: evaluating the reporting of exercise interventions. *ESC heart failure*, 8(5), 3458-3471.
- Hughes, A., Shandhi, M. M. H., Master, H., Dunn, J., & Brittain, E. (2023). Wearable devices in cardiovascular medicine. *Circulation research*, 132(5), 652-670.
- Kakutani, N., Fukushima, A., Kinugawa, S., Yokota, T., Oikawa, T., Nishikawa, M., ... & Anzai, T. (2019). Progressive mobilization program for patients with acute heart failure reduces hospital stay and improves clinical outcome. *Circulation reports*, 1(3), 123-130.
- Keller, M. L. (2021). Skeletal Muscle Fatigability in Heart. *Fatigability and Motor Performance in Special and Clinical Populations*.
- Keller-Ross, M. L., Larson, M., & Johnson, B. D. (2019). Skeletal muscle fatigability in heart failure. *Frontiers in physiology*, 10, 129.
- Kitzman, D. W., Whellan, D. J., Duncan, P., Pastva, A. M., Mentz, R. J., Reeves, G. R., ... & O'Connor, C. M. (2021). Physical rehabilitation for older patients hospitalized for heart failure. *New England Journal of Medicine*, 385(3), 203-216.
- Lena, A., Anker, M. S., & Springer, J. (2020). Muscle wasting and sarcopenia in heart failure the current state of science. *International journal of molecular sciences*, 21(18), 6549.
- Liu, L., Chen, J., Zhao, N., Zhang, M., Zhou, L., Ren, X., ... & Jin, Z. (2022). Early exercise-based rehabilitation for patients with acute decompensated heart failure: A systemic review and meta-analysis. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(11), 356.
- Longhini, J., Gauthier, K., Konradsen, H., Palese, A., Kabir, Z. N., & Waldréus, N. (2025). The effectiveness of nursing interventions to improve self-care for patients with heart failure at home: a systematic review and meta-analysis. *BMC nursing*, 24(1), 286.
- Maiorana, A., & Ntoumanis, N. (2017). Physical activity in patients with cardiovascular disease: challenges in measurement and motivation. *Heart, Lung and Circulation*, 26(10), 1001-1003.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Boehm, M., ... & Kathrine Skibelund, A. (2021). Corrigendum to: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 42(48), 4901-4901.

- Mirzai, S., Sandesara, U., Haykowsky, M. J., Brubaker, P. H., Kitzman, D. W., & Peters, A. E. (2025). Aerobic, resistance, and specialized exercise training in heart failure with preserved ejection fraction: A state-of-the-art review. *Heart Failure Reviews*, 1-20.
- Muraoka, Y., Miura, T., Miyagi, M., Okazaki, T., Katsumata, T., Obata, K., & Ebihara, S. (2023). Geriatric Nutritional Risk Index Predicts High Activities of Daily Living at Discharge in Older Patients with Heart Failure after Cardiac Rehabilitation. *Journal of Clinical Medicine*, 12(24), 7662.
- Ngo-Hamilton, A., Agakishiev, D., & Maharaj, V. (2024). Cardiac rehabilitation for heart failure: progress and gaps in evidence and policy. *Current opinion in cardiology*, 39(3), 196-201.
- Niklasson, A., Maher, J., Patil, R., Sillén, H., Chen, J., Gwaltney, C., & Rydén, A. (2022). Living with heart failure: patient experiences and implications for physical activity and daily living. *ESC heart failure*, 9(2), 1206-1215.
- Okamura, M., Kataoka, Y., Taito, S., Fujiwara, T., Ide, A., Oritsu, H., ... & Konishi, M. (2024). Early mobilization for acute heart failure: A scoping and a systematic review. *Journal of cardiology*, 83(2), 91-99.
- Pandey, A., Parashar, A., Kumbhani, D. J., Agarwal, S., Garg, J., Kitzman, D., ... & Berry, J. D. (2015). Exercise training in patients with heart failure and preserved ejection fraction: meta-analysis of randomized control trials. *Circulation: Heart Failure*, 8(1), 33-40.
- Parry, S. M., & Puthuchery, Z. A. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme physiology & medicine*, 4(1), 16.
- Reeves, G. R., Whellan, D. J., Duncan, P., O'Connor, C. M., Pastva, A. M., Eggebeen, J. D., ... & REHAB-HF Trial Investigators. (2017). Rehabilitation therapy in older acute heart failure patients (REHAB-HF) trial: design and rationale. *American heart journal*, 185, 130-139.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2024). Self-determination theory. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 6229-6235). Cham: Springer International Publishing.
- Schaller, S. J., Scheffenbichler, F. T., Bein, T., Blobner, M., Grunow, J. J., Hamsen, U., ... & Coldewey, S. M. (2024). Guideline on positioning and early mobilisation in the critically ill by an expert panel. *Intensive care medicine*, 50(8), 1211-1227.
- Sepúlveda, P., Gallardo, A., Arriagada, R., González, E., Rocco, P. R. M., & Battaglini, D. (2025). Protocolized strategies to encourage early mobilization of critical care patients: challenges and success. *Critical Care Science*, 37, e20250128.
- Shanmugam, N. (2022). The 2021 European Heart Failure Guidelines: The Case for Personalised Therapeutics. *European Cardiology Review*, 17, e01.
- Stamm-Balderjahn, S., Brünger, M., Michel, A., Bongarth, C., & Spyra, K. (2016). The efficacy of goal setting in cardiac rehabilitation a gender-specific randomized controlled trial. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(31-32), 525.

- Tadas, S., & Coyle, D. (2020). Barriers to and facilitators of technology in cardiac rehabilitation and self-management: systematic qualitative grounded theory review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e18025.
- Takara, Y., Saitoh, M., Morisawa, T., Takahashi, T., Yoshida, N., Sakiyama, M., ... & Fujiwara, T. (2021). Clinical characteristics of older heart failure patients with hospital-acquired disability: A preliminary, single-center, observational study. *Cardiology Research*, 12(5), 293.
- Taylor, R. S., Dalal, H. M., & Zwisler, A. D. (2023). Cardiac rehabilitation for heart failure: 'Cinderella' or evidence-based pillar of care?. *European Heart Journal*, 44(17), 1511-1518.
- Van Iterson, E. H., & Olson, T. P. (2017). Therapeutic targets for the multi-system pathophysiology of heart failure: exercise training. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 19(11), 87.
- Xu, J., Wang, S., Zhang, Q., Yao, Y., & Yu, J. (2025). Effectiveness of Nurse-Led Early Mobility Protocols on the Outcomes of Critical Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing open*, 12(5), e70206.
- Yang, Z., Huang, H., Xu, L., Gao, Y., Zhang, C., & Wang, A. (2024). From need to action: decoding the role of motivation in adherence to home-based cardiac rehabilitation exercise in chronic heart failure patients. *BMC nursing*, 23(1), 913.



Nuansa
Fajar
Cemerlang

Buku ini mempersembahkan pemahaman mendalam mengenai transformasi kesehatan dari sudut pandang pendidikan, pelayanan, dan tata kelola tindakan kesehatan yang holistik. Bookchapter Profesionalitas dalam Keperawatan mengeksplorasi berbagai tantangan kompleks di dunia kesehatan, dengan fokus pada penerapan Interprofessional Education (IPE) dan Interprofessional Collaboration (IPC) dalam institusi pendidikan keperawatan di Indonesia.

Pembahasan buku ini mencakup persepsi mahasiswa keperawatan terhadap IPE dan IPC, serta metode integrasi yang optimal di lingkungan pendidikan. Selain itu, buku ini menyoroti faktor-faktor yang mempengaruhi respons perawat dalam situasi gawat darurat, baik dari aspek internal maupun eksternal. Pemahaman ini membantu pembaca memahami hubungan antara iklim kerja, kepuasan, dan loyalitas perawat di rumah sakit.

Lebih lanjut, bab ini juga membahas pentingnya pemenuhan kebutuhan spiritual pada lansia, dengan fokus pada peran perawat sebagai fasilitator dalam mendukung kesejahteraan holistik pasien lanjut usia. Dengan berbagai kajian yang berbasis penelitian dan artikel ilmiah bereputasi, Bookchapter Profesionalitas dalam Keperawatan menyediakan landasan kuat untuk memahami dinamika klinis dan manajemen sumber daya manusia di dunia keperawatan.

Diharapkan, pembaca tidak hanya memahami konsep-konsep teoritis, tetapi juga mampu mengaplikasikan pengetahuan yang diperoleh untuk menghadapi tantangan praktis dalam profesi keperawatan. Buku ini menjadi panduan berharga bagi profesional kesehatan, akademisi, dan para mahasiswa keperawatan yang ingin memperluas wawasan dan praktik mereka dalam dunia kesehatan yang terus berkembang.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Alamat : Grand Slipi Tower LT. 5 Unif F,
Jalan S. Parman, KAV/ 22-24,
Desa/Kelurahan Palmerah, Kec.
Palmerah, Kota Adm. Jakarta Barat,
Provinsi DKI Jakarta.

Nomor Telepon: 021 29866319

Email: operasionalnfc@gmail.com

ISSN 3064-1187

