Nuansa Fajar Cemerlang

ISSN 3064-1187

Book Chapter Of Profesionalitas dalam Keperawatan

Volume 3 Nomor 1 Oktober 2026



BOOKCHAPTER PROFESIONALITAS DALAM KEPERAWATAN

Editor

Ns. Suryani Hartati, M.Kep.,Sp.Kep. Ma

Author

Yupi Supartini, S.Kp. M.Sc

Wittin Khairani,S.Pd, MPH

Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.Kp.,M.Kes

Dr. Mukhoirotin, S.Kep.,Ns., M.Kep

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

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Book Chapter Profesionalitas dalam Keperawatan

Nama Jurnal : Book Chapter Profesionalitas dalam Keperawatan
Volume & Nomor : Volume 3, Nomor 1 Oktober 2026
ISSN : 3064-1187
Tahun Terbit : 2026
Jumlah halaman : 125
Ukuran Book Chapter : A4

1. Etika, Integritas, dan Kepekaan Budaya dalam Praktik Keperawatan
2. Aspek Hukum, Kewenangan Dan Akuntabilitas Perawat
3. Pengembangan Kompetensi, Karier, dan Kesejahteraan Profesional Perawat
4. Kolaborasi Interprofesional dalam Pelayanan Kesehatan
5. Penalaran Klinis Dan Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

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

Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang
Copyright © 2026
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 ii
PENGANTAR PENERBIT v
KATA PENGANTAR vi
PRAKATA vii
BAB I Etika, Integritas, dan Kepekaan Budaya dalam Praktik Keperawatan 1
A. Etika dan Etika Keperawatan 1
B. Konsep Integritas dalam Keperawatan 6
C. Konsep Budaya dalam Praktik Keperawatan 9
D. Ethical Leadership sebagai penghubung antara budaya dan integritas 14
E. Hubungan Ketiga Konsep: Etika, Integritas dan Kepekaan Budaya 16
F. Penutup 19
Referensi 19
BAB II Aspek Hukum, Kewenangan Dan Akuntabilitas Perawat 21
A. Landasan Hukum dan Perlindungan Profesional dalam Praktik Keperawatan 21
B. Kewenangan Klinis Perawat Berbasis Kompetensi dan Credentialing 23
C. Akuntabilitas Profesional dan Tanggung Gugat Perawat 26
D. Integrasi Etika, Disiplin, Keselamatan Pasien, dan Perlindungan Hukum 28
E. Akuntabilitas Keperawatan pada Rekam Medis Elektronik, Telehealth, dan Kecerdasan Buatan 32
F. Penguatan Profesionalisme, Perlindungan Hukum, dan Akuntabilitas Perawat 33
G. Penutup 37
Referensi 38
BAB III Pengembangan Kompetensi, Karier, dan Kesejahteraan Profesional Perawat 39
A. Profesionalitas Keperawatan dalam Konteks Perubahan Pelayanan Kesehatan 39
B. Profesionalitas sebagai Fondasi Praktik Keperawatan 40
C. Pengembangan Kompetensi Perawat secara Berkelanjutan 41
D. Pengembangan Karier dan Jalur Profesional Perawat 44
E. Kesejahteraan Profesional Perawat 46
F. Integrasi Kompetensi, Karier, dan Kesejahteraan Profesional 48
G. Peran Pemangku Kepentingan dalam Pengembangan Profesional 53
H. Tantangan Kontemporer dan Strategi Penguatan di Masa Depan 56
I. Skenario Reflektif: Kompeten tetapi Mengalami Stagnasi Karier 57
J. Penutup 59
Profesionalitas yang Berkelanjutan 59

Referensi 60
BAB IV Kolaborasi Interprofesional dalam Pelayanan Kesehatan 63
A. Pendahuluan 63
B. Konsep Dasar Kolaborasi Interprofesional 65
C. Perbedaan Multiprofesional, Interprofesional, dan Transprofesional 65
D. Tujuan Kolaborasi Interprofesional 66
E. Landasan dan Prinsip Kolaborasi Interprofesional 67
F. Kompetensi Utama Kolaborasi Interprofesional 68
G. Struktur Tim Interprofesional 69
H. Peran Berbagai Profesi dalam Kolaborasi 69
I. Komunikasi dalam Kolaborasi Interprofesional 70
J. Kepemimpinan dalam Tim Interprofesional 71
K. Pengambilan Keputusan Interprofesional 72
L. Konflik dalam Tim Interprofesional 72
M. Hambatan Kolaborasi Interprofesional 72
N. Faktor yang Mendukung Kolaborasi Interprofesional 73
O. Interprofessional Education sebagai Fondasi Kolaborasi 74
P. Dampak Kolaborasi Interprofesional terhadap Mutu Pelayanan 74
Q. Penerapan Kolaborasi Interprofesional pada Berbagai Tingkat Pelayanan 75
R. Contoh Penerapan: Kolaborasi pada Pasien Stroke 76
S. Kolaborasi Interprofesional Berbasis Teknologi 76
T. Evaluasi Kolaborasi Interprofesional 77
U. Strategi Membangun Kolaborasi Interprofesional yang Efektif 77
V. Peran Institusi Pendidikan 78
W. Peran Organisasi Pelayanan Kesehatan 78
X. Implikasi bagi Keperawatan 79
Y. Implikasi bagi Pelayanan Kesehatan di Indonesia 79
Z. Model Konseptual Kolaborasi Interprofesional 80
AA. Tantangan Masa Depan 87
BB. Penutup 87
Referensi 88
BAB V Penalaran Klinis dan Praktik Keperawatan Berbasis Bukti 91
A. Pendahuluan 91
B. Pendekatan Penyusunan Artikel 93
C. Landasan Konseptual 93
D. Kerangka NALAR dalam Pembelajaran 99
E. Penerapan pada Vinyet Klinis 104

F. Integrasi Kurikulum dan Asesmen DIII Keperawatan 108
G. Keterbatasan dan Implikasi 112
H. Kesimpulan 113
Referensi 114

ISSN 3063-8711

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 mengabdi 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.

ISSN 3063-8711

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.

ISSN 3063-8711

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

ISSN 3064-1187

BAB I

Etika, Integritas, dan Kepekaan Budaya dalam Praktik Keperawatan

Yupi Supartini, S.Kp. M.Sc

A. Etika dan Etika Keperawatan

Etika (ethics) merupakan cabang filsafat yang membahas nilai, prinsip, dan standar moral yang digunakan untuk menentukan apakah suatu tindakan dapat dinilai benar, salah, baik, adil, atau bertanggung jawab. Dalam pelayanan kesehatan, etika menjadi landasan ketika tenaga kesehatan harus memilih tindakan di antara beberapa alternatif yang sama-sama memiliki konsekuensi (Tom L. Beauchamp dan James F. Childress (2019) dalam buku Principles of Biomedical Ethics, ed.8)

Prinsip yang paling sering digunakan dalam bioetika dan keperawatan meliputi autonomy (menghormati hak pasien menentukan pilihan), beneficence (melakukan kebaikan), non-maleficence (tidak menimbulkan bahaya), justice (keadilan), veracity (kejujuran), fidelity (menepati komitmen), confidentiality (menjaga kerahasiaan), serta accountability (bertanggung jawab atas keputusan dan tindakan). Sebagai contoh, anak usia 15 tahun dengan leukemia menolak suatu prosedur karena takut. Secara etis, perawat tidak cukup mengatakan, "orang tua sudah setuju." Perawat perlu menghargai perkembangan otonomi anak, menjelaskan prosedur sesuai tingkat pemahaman, mendengarkan kekhawatirannya, melibatkan orang tua, dan mengupayakan ass ent anak sesuai konteks klinis dan hukum yang berlaku.

Keperawatan adalah satu profesi yang menempatkan tanggung jawab etik sebagai satu komponen yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan praktek klinik yang dijalankan. Perawat secara terus menerus dihadapkan pada pengambilan keputusan yang dapat mempengaruhi privacy, otonomi, martabat/harga diri dan selalu berhubungan dengan kebutuhan asuhan klien yang aman . Lingkungan asuhan keperawatan dirasakan semakin kompleks karena meningkatnya perkembangan inovasi teknologi kasus kematian klien yang beragam,

hambatan sumber daya, pegambilan keputusan interprofesional dan semakin berkembgnya tuntutan kebutuhan klien dalam pelayanan kesehatan dalam hal asuhan yang berpusat pada klien. Sebagai konsekuensinya, pelaksanaan etik keperawatan professional tidak bisa hanya berdiri sendiri sebagai satu upaya untuk menjaga kepatuhan terhadap Kode Etik, perawat harus mengenal isu etik, mempertimbangkan nilai budaya klien dan melatih pengambilan keputusan dan bertindak dalam konteks perlindungan terhadap pasen dan meningkatkan kesejateraan meraka Kode Etik sebagai pantulan tertulis dari suasana etika yang menjiwai profesi tersebut dan setiap profesi mempunyai cita cita moral yang merumuskan bagaimana para anggotanya harus menjalani pekerjaannya dalam melayani masyarakat (Bertents, K. 2024)

Literatur terkini menjelaskan bahwa kompetensi etik sebagai kapasitas profesioanal multidisipli dan analisis teori dari kompetensi etik dalam keperawatan mengidentifikasi beberapa komponen termasuk didalamnya pengetahuan etik, kesadaran etik, sensitifitas terhadap aspek etik, pengambilan Keputusan etik, justifikasi moral, refleksi etik, pengambilan keputusan etik, dorongan moral, tindakan etis, dan perilaku tanggung jawab etik. Konsep ini semua menekankan bahwa kompetensi etik yang memperluas pengetahuan tentang prinsip etik dan menterjemahkan pemahaman etik ke dalam tindakan profesional dalam praktek.

Hubungan antara kompetensi etik dengan penampilan keperawatan profesional didukung oleh bukti ilmiah yang ada: Studi 2024 yang melibatkan 200 perawat klinik, menemukan hubungan negatif yang signifikan antara kompetensi moral perawat dengan missed nursing care dimana asuhan keperawatan tidak dilakukan dengan komprehensif (ada yang terabaikan), yang ditunjukkan dengan kompetensi moral yang tinggi berhubungan dengan kelalaian atau asuhan keperawatan yang tertunda. Bukti evidence tersebut penting karena asuhan keperawatan yang terabaikan berhubungan dengan tidak lengkapnya proses asuhan dan potensial mempengaruhi tujuan atau hasil asuhan keperawatan. Bukti evidence yang sama , penelitian yang mengkaji iklim di rumah sakit, Pola berpikir kritis dan penampilan tugas tugas keperawatan menunjukkan pentingnya lingkungan yang etis dan kemampuan kognitif perawat dalam memberi dukungan penampilan profesional yang efektif

Kompetensi etik juga sangat berhubungan dengan keamanan pasen (patient safety). Studi pada tahun 2025, yang dilakukan pada perawat Ruang Intensif menunjukkan adanya sensitifitas moral dalam hubungannya dengan perilaku terkait patient'safety dan memberi

penekanan pada pentinya sensitifitas moral dan nilai nilai etik dalam konteks respon perawat terhadaop tantangan akan keamanan pasen. Studi yang lain di tahun 2025 mengkaji adanya hubungan antara sensitifitas morel perawat dengan budaya keamanan pasen, lebih jauh memberikan dukungan adanya potensi hubungan antara kesadaran etik dengan praktek keamanan pada institusi. Temuan di tahun 2026 menunjukkan data bahwa tindakan etik dapat memediasi hubungan antara sensitifitas moral dan kompetensi patient safety diantara perawat ruang penyakit dalam, menunjukkan bukti untuk mekanisme penting melalui kesadaran diri yang ditunjukkan dengan kapasitas dalam menjaga keamanan.

Namun demikian, kompetensi etik tidak dapat berkembang sendiri baik dalam kontek professional ataupun secara organisasi, Beberapa referensi mengemukakan bahwa diperlukan iklim yang kondusif untuk pengembangan etik, karakteristik profesional, ketangguhan moral, pendidikan (edukasi) etik, dan kondisi organisasi yang dapat mempengaruhi kompetensi etik seorang perawat. Misalnya, bukti evidence dari penelitian terhadap beberapa kepala perawat menemukan adanya iklim etik yang positif dan ternyata berhubungan dengan ketangguhan moral sangat menentukan dalam hal ini. Studi di tahun 2026, yang melibatkan beberapa perawat di ruang perawatan jangka panjang juga ditemukan adanya hubungan yang positif antara kompetensi etik keperawatan, karakteristik profesional dan iklim rumah sakit yang kondusif untuk implementasi etik dan pendidikan terkait etik yang tuntas dimiliki perawat sangat bermakna menjadi variabel kompetensi etik keperawatan.Temuan temuan tersebut merekomendasikan etik profesi harus dipertimbangkan dalam konteks siatem yang luas dari kapasitas individu perawat, pengembangan profesional, kepemimpinan dan budaya organisasi

1.Konsep Etika dan Etika Keperawatan

American Nurses Association/ANA (2025). ANA mendefinisikan ethics sebagai cabang filsafat atau teologi moral yang melakukan refleksi terhadap moralitas, termasuk kajian formal mengenai moralitas dari perspektif normatif, analitis, epistemologis, maupun terapan. Dalam bahasa yang lebih sederhana dikatakan dinyatakan bahwa Etik adalah kajian sistematis mengenai nilai dan prinsip moral yang membantu seseorang menentukan apa yang benar atau salah, baik atau buruk, serta apa yang seharusnya dilakukan dalam suatu situasi.

International Council of Nurses/ICN menjelaskan Code of Ethics for Nurses sebagai pernyataan mengenai ethical values, responsibilities, dan professional accountabilities

perawat dan mahasiswa keperawatan yang mendefinisikan sekaligus mengarahkan praktik keperawatan etis dalam berbagai peran profesional. Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa Etika profesi keperawatan adalah seperangkat nilai etis, tanggung jawab, dan akuntabilitas profesional yang menjadi pedoman bagi perawat dalam mengambil keputusan dan memberikan pelayanan kepada pasien, keluarga, masyarakat, profesi, dan sesama tenaga Kesehatan (ICN, 2021)

Selanjutnya ICN memperbarui Definition of Nursing pada 2025 dan secara eksplisit menyatakan bahwa praktik keperawatan didasari kombinasi scientific disciplinary knowledge, technical capability, ethical standards, dan therapeutic relationships. Jadi, ethical standards bukan komponen tambahan, tetapi merupakan salah satu fondasi profesi keperawatan.

ANA Code of Ethics for Nurses 2025 menetapkan standar etik bagi profesi keperawatan dan memberikan pedoman bagi perawat untuk melakukan praktik serta mengambil keputusan secara etis. Kode Etik ini merupakan standar moral keperawatan yang berlaku pada berbagai setting praktik. ANA 2025 juga menegaskan bahwa perawat mempunyai otoritas terhadap praktik keperawatan serta responsibility dan accountability atas praktiknya dalam memenuhi kewajiban untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan memberikan pelayanan optimal.

Secara umum, etika profesi merupakan seperangkat prinsip dan standar perilaku yang wajib dipatuhi seseorang dalam menjalankan peran profesionalnya. Dalam kalimat yang lebih sederhata Etika profesi adalah seperangkat nilai, prinsip moral, dan standar perilaku yang menjadi pedoman bagi anggota suatu profesi dalam menjalankan tugas, mengambil keputusan, berinteraksi dengan orang lain, serta mempertanggungjawabkan tindakannya.

Etika keperawatan (nursing ethics) adalah penerapan nilai dan prinsip moral dalam hubungan perawat dengan pasien, keluarga, profesi, rekan kerja, organisasi, dan masyarakat. ICN menempatkan nilai seperti respect, dignity, compassion, justice, equity, privacy, confidentiality, advocacy, safety, competence, responsibility, accountability, dan integrity sebagai bagian penting dari landasan etis profesi (ICN, 2024). Definisi keperawatan ICN yang diperbarui pada 2025 juga menegaskan bahwa praktik keperawatan dibangun atas kombinasi pengetahuan ilmiah, kemampuan teknis, standar etik, hubungan terapeutik, asuhan yang berpusat pada klien dan asuhan yang aman dengan sensitive terhadap budaya klien (ICN, 2025)

2. Empat hubungan utama dalam etika keperawatan

Kerangka ICN dapat dipahami melalui hubungan hubungan sebagai berikut:

2.1. Perawat dengan pasien/orang yang membutuhkan pelayanan,

yang menuntut penghormatan terhadap martabat, pilihan, privasi, keselamatan, dan hak hak pasien.

2.2. Perawat dengan praktik,

dimana menuntut kompetensi, accountability, keselamatan, evidence-based practice, dan pemeliharaan kemampuan profesional.

2.3.Perawat dengan profesi,

adalah hubungan internal dimana perawat harus mempertahankan standar profesi, mengembangkan pengetahuan, pendidikan, penelitian, dan kepemimpinannya.

2.4.Perawat dengan global health/masyarakat.

Hal ini mencakup keadilan, kesetaraan (equity), hak asasi manusia, keberlanjutan, dan tanggung jawab sosial. (ICN, 2024)

Sebagai contoh penerapan di lapanga. Misalnya perawat melakukan kesalahan pemberian obat, tetapi pasien belum menunjukkan dampak klinis. Tindakan yang etis bukan menyembunyikan kesalahan tersebut. Perawat harus mengutamakan keselamatan pasien, melakukan assessment, melaporkan insiden melalui mekanisme yang berlaku, berkomunikasi sesuai kebijakan organisasi, dan ikut melakukan evaluasi agar kejadian tidak berulang. Di sinilah konsep etik bertemu dengan integrity dan accountability.

Penelitian Esmaeili, Parviniannasab, & Bijani (2026) terhadap perawat di instalasi gawat darurat menemukan hubungan negatif yang signifikan antara ethical climate dengan missed nursing care. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa workload dan work interruptions berhubungan dengan pelayanan yang terlewat, sementara ethical climate berperan dalam model hubungan tersebut. Implikasinya cukup jelas bahwa iklim yang positif akan mendukung pengambilan Keputusan etik yang tepat, mendukung integritas dan tanggung jawab perawat, menurunkan kejadian kesalahamn dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan kualitas dan keamanan pasen

B. Konsep Integritas dalam Keperawatan

1. Pengertian Integritas

Integritas profesional (professional integrity) dapat dipahami sebagai konsistensi antara nilai yang diyakini, standar profesi, perkataan, keputusan, dan tindakan, termasuk ketika tidak ada orang yang mengawasi. Dengan demikian: Ethics = mengetahui dan menilai apa yang benar. Integrity = tetap melakukan yang benar secara konsisten.

Seorang perawat dapat memiliki pengetahuan etika yang baik, tetapi belum tentu memiliki integritas yang kuat apabila perilakunya berubah ketika berada di bawah tekanan. Integritas perawat antara lain tercermin melalui kejujuran, konsistensi, accountability, keberanian moral, menjaga kerahasiaan, mempertahankan kompetensi, mengakui keterbatasan, tidak memalsukan dokumentasi, tidak menyembunyikan kesalahan, dan berani mengadvokasi keselamatan pasien.

Bukti evidence menunjukkan bahwa bahwa penampilan profesional dan etis dapat menurunkan kesalahan dalam praktek (Shamsi et.al, 2026). Hal ini penting karena kesalahan dalam praktek dapat mencakup hal-hal seperti monitoring, edukasi, mobilisasi, dan advokasi yang tidak dilakukan atau terlambat dilakukan. Makna bagi integritas perawat adalah bahwa penampilan etik yang lebih tinggi akan menurunkan tingkat kesalaahan dan pada akhirnya asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas dapat dicapai dengan baik. Perawat dengan integritas tinggi tidak mengabaikan observasi pasien hanya karena unit sedang sibuk atau alasan apapun dari diri perawat; bila tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien, ia melakukan komunikasi, delegasi, eskalasi, dan dokumentasi yang benar.

Penelitian lain yang dilakukan Öztürk et al. (2026) sangat menarik karena secara langsung menghubungkan perilaku etis dalam melindungi hak pasien dengan kompetensi memberikan patient-centred care. Penelitian ini melibatkan 397 perawat dari berbagai institusi pelayanan kesehatan di Türkiye. Peneliti mengukur Nurses' Ethical Behaviours for Protecting Patients' Rights dan Patient-Centred Care Competency. Temuannya mendukung adanya hubungan antara perilaku etis dalam perlindungan hak pasien dan kompetensi pelayanan yang berpusat pada pasien dan ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan integritas karena perlindungan hak pasien membutuhkan konsistensi antara nilai profesional dengan tindakan nyata perawat.

Dapat disimpulkan bahwa Integritas ditunjukkan dengan perilaku etis yang dapat ditunjukkan dengan perilaku menghargai hak hak pasen, kompetensi dalam melaksanakan

asuhan keperawatan yang berpusat pada pasen dan asuhan professional yang berkualitas. Contohnya, perawat yang menjelaskan tindakan sebelum melaksanakan prosedur, menghormati privasi, menjaga kerahasiaan, mendengarkan pilihan pasien dan melibatkan pasien dalam keputusan menunjukkan integritas sekaligus menjalankan patient-centredness.

Studi multicentre Li et al. (2026) secara khusus meneliti perilaku etis perawat ICU. Penelitian ini menempatkan ethical behaviour sebagai komponen penting yang berkaitan erat dengan patient safety dan quality of care, terutama karena ICU merupakan lingkungan berisiko tinggi yang membutuhkan keputusan cepat tetapi tetap harus sesuai standar etik. professional integrity juga menekankan bahwa integritas dan pertimbangan etis harus terintegrasi dalam pendidikan maupun praktik tenaga kesehatan. Beberapa perilaku etis/penampilan praktek etis perawat di ruang rawat intensif adalah: memberikan informasi dengan jujur;mempertahankan dignity pasien tidak sadar;menjaga confidentiality;mengikuti prinsip keselamatan obat; mendokumentasikan kondisi pasien secara akurat;melakukan advocacy ketika menemukan tindakan yang berpotensi membahayakan pasien.

Beberapa perilaku ini menunjukan penerapan konsep Integritas di lapangan

Contoh 1 – Dokumentasi

1. Perawat belum melakukan pengkajian nyeri tetapi hampir selesai shift.
2. Tidak berintegritas: menuliskan skor nyeri seolah-olah assessment sudah dilakukan.
3. Berintegritas: melakukan assessment terlebih dahulu dan mencatat hasil sebenarnya.

Contoh 2 – Medication error

1. Perawat menyadari bahwa ia memberikan dosis obat yang salah.
2. Tidak berintegritas: diam karena pasien tampaknya baik-baik saja.
3. Berintegritas: segera menilai kondisi pasien, mengambil tindakan keselamatan yang diperlukan dan melaporkan insiden sesuai prosedur.

Contoh 3 – Kompetensi

Perawat diminta melakukan prosedur yang belum pernah dilakukannya secara mandiri. Integritas bukan berarti “harus terlihat mampu”. Justru integritas profesional membuat perawat mengatakan bahwa ia membutuhkan supervisi karena patient safety lebih penting daripada mempertahankan citra diri.

Nazari et al. (2026) melakukan systematic review terhadap 13 penelitian mengenai moral sensitivity, moral distress, patient safety climate, dan missed nursing care. Hasilnya menunjukkan bahwa moral sensitivity dan patient safety climate merupakan faktor yang

berpotensi memengaruhi missed nursing care, meskipun hubungan antarvariabel tidak konsisten pada seluruh studi. Penulis merekomendasikan agar manajer keperawatan memperhatikan faktor-faktor tersebut untuk menurunkan missed nursing care dan meningkatkan kualitas pelayanan. Temuan ini memberi pelajaran penting bahwa integritas individual membutuhkan lingkungan organisasi yang memungkinkan perawat bertindak sesuai dengan nilai moral dan standar profesionalnya. Dengan kata lain, tidak cukup hanya meminta "perawat harus berintegritas". Rumah sakit juga harus menciptakan patient safety climate dan ethical climate yang mendukung integritas tersebut.

Xue et al. (2025) melakukan systematic review dan meta-analysis mengenai moral distress dan ethical climate pada perawat. Review tersebut menegaskan bahwa moral distress merupakan masalah penting karena berdampak terhadap kesejahteraan perawat, perkembangan karier, patient safety, dan penampilan organisasi, sedangkan ethical climate merupakan faktor organisasi yang dapat dimodifikasi dan berperan penting dalam mengurangi moral distress. Hal ini penting dalam pembahasan integritas karena perawat dapat mengetahui tindakan yang benar secara moral tetapi mengalami kesulitan melaksanakannya ketika sistem, hierarki, workload, atau kebijakan organisasi menghambat tindakan tersebut.

Bukti evidence lain yang menarik juga dapat dilihat dari arah sebaliknya, Ghobadi et al. (2026) melakukan penelitian kualitatif mengenai bagaimana manajer keperawatan menangani professional misconduct perawat. Penelitian tersebut menegaskan bahwa misconduct profesional dapat berdampak negatif terhadap keamanan pasen dan tentunya berdampak pada kualitas asuhan keperawatan yang dijalankan, sehingga kepercayaan dari pasen terhadap profesi perawat akan meningkat. Hal ini memperkuat argumentasi bahwa integritas bukan hanya masalah karakter pribadi, tetapi memiliki konsekuensi terhadap pasien dan reputasi profesi. Contohnya adalah falsifikasi dokumentasi, menyembunyikan kesalahan, mengabaikan kebutuhan pasien, atau melanggar confidentiality.

Bagaimana dengan kepuasan pasen? Apakah integritas perawat dalam bekerja juga akan menghasilkan kepuasan pasen atas pelayanan yang diberikan? Penelitian tahun 2026 mengenai kepatuhan terhadap prinsip etik keperawatan mencatat bahwa kepuasan pasen merupakan salah satu indikator penting ethical adherence, dan literatur yang ditelaah menunjukkan bahwa perilaku etis perawat khususnya penghormatan terhadap martabat pasen dan hak hak pasen (patient's rights) merupakan faktor penting dalam kepuasan pasien. Sebaliknya, kekurangan dalam penerapan prinsip etik dapat berhubungan dengan

keluhan, sengketa, menurunnya kepercayaan pasien, dan melemahnya hubungan professional (Hasani A, Khaninenzhad L. dan Rezaie S. (2025).

Jadi secara akademik, hubungan yang lebih aman dirumuskan dapat Integritas profesional perawat menghasilkan perilaku etik, menghargai dan jujur serta bertanggung jawab, menjaga kerahasiaan serta bertanggung jawab terhadap pasen, berdampak pada asuhan professional yang berorientasi pada pasen, hubungan terapeutik, menghasilkan kualitas asuhan yang aman bagi pasen dan mendatangkan kepuasan pasen yang tinggi

C. Konsep Budaya dalam Praktik Keperawatan

Dalam praktik keperawatan rumah sakit, budaya tidak boleh dipandang sebagai aspek tambahan. Budaya pasien/keluarga memengaruhi bagaimana pasien memahami sakit, mengambil keputusan, berkomunikasi, menerima tindakan, mengekspresikan nyeri, dan melibatkan keluarga. Sementara itu, budaya organisasi rumah sakit memengaruhi bagaimana perawat berkomunikasi, bekerja dalam tim, melaporkan kesalahan, mengambil keputusan etis, dan menjaga keselamatan pasien.

Secara konseptual keduanya bertemu pada satu titik: asuhan keperawatan yang aman, etis, individual, dan berpusat pada pasien serta keluarga.

1. Budaya pasien dan keluarga

Budaya mencakup nilai, keyakinan, norma, bahasa, kebiasaan, struktur keluarga, spiritualitas, pandangan mengenai sehat-sakit, serta praktik kesehatan yang memengaruhi cara seseorang memahami dan merespons pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengembangkan cultural competence/cultural humility dan culturally safe care, tetapi tetap mempertahankan prinsip etika dan keselamatan.

Dalam praktik keperawatan yang dijalankan di rumah sakit, budaya tidak boleh dipandang sebagai aspek tambahan. Budaya pasien/keluarga memengaruhi bagaimana pasien memahami sakit, mengambil keputusan, berkomunikasi, menerima tindakan, mengekspresikan nyeri, dan melibatkan keluarga. Sementara itu, budaya organisasi rumah sakit memengaruhi bagaimana perawat berkomunikasi, bekerja dalam tim, melaporkan kesalahan, mengambil keputusan etis, dan menjaga keselamatan pasien. Secara konseptual keduanya bertemu pada satu titik: asuhan keperawatan yang aman, etis, individual, dan berpusat pada pasien serta keluarga.

Dalam konteks kesehatan, budaya (culture) dapat dipahami sebagai sistem nilai, keyakinan, norma, kebiasaan, bahasa, simbol, praktik, dan pola hubungan sosial yang dipelajari dan dimiliki oleh individu atau kelompok serta memengaruhi cara seseorang berpikir, berperilaku, berkomunikasi, dan mengambil keputusan. Karena itu budaya pasien tidak hanya berarti suku atau etnis. Budaya dapat mencakup bahasa, agama/spiritualitas, struktur keluarga, tingkat pendidikan, nilai tentang kemandirian, gender, generasi, status sosial-ekonomi, pengalaman sebelumnya dengan pelayanan kesehatan, serta kepercayaan mengenai sehat dan sakit. Dalam keperawatan kita kemudian mengenal konsep culturally competent care, culturally congruent care, cultural humility, dan culturally safe care. Systematic review dan meta-analysis oleh Osmancevic et al. (2025) menekankan bahwa cultural competence diperlukan agar perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan yang berbeda pada pasien dari latar belakang budaya yang beragam dan memberikan pelayanan berkualitas serta culturally congruent.

Budaya pasien adalah nilai, kepercayaan, kebiasaan, pengalaman, dan praktik sosial-budaya yang memengaruhi bagaimana pasien memandang kesehatan, penyakit, pengobatan, tenaga kesehatan, dan keputusan tentang perawatannya. Hal ini dapat memengaruhi hampir seluruh proses keperawatan. Misalnya dua pasien dengan diagnosis dan kondisi klinis yang sama belum tentu memiliki kebutuhan keperawatan yang sama.

Patient A: menganggap nyeri harus disampaikan kepada perawat agar segera ditangani.

Patient B: dibesarkan dengan nilai bahwa seseorang yang kuat tidak seharusnya mengeluh sehingga ia mengatakan: “Tidak apa-apa, saya tahan.”

Jika perawat hanya bertanya “Apakah sakit?” lalu menerima jawaban “tidak”, kebutuhan pasien mungkin tidak teridentifikasi.

Karena itu pengkajian harus memperhatikan ekspresi non-verbal, keyakinan tentang nyeri, pengalaman sebelumnya, dan preferensi pasien, karena budaya pasen dapat mempengaruhi banyak hal dalam pelaksanaan pelayanan, seperti digambarkan dalam tabel berikut ini

Tabel 1.1. Dimensi Budaya Pasen dan Pengaruhnya terhadap pelayanan

Dimensi budaya pasen	Pengaruh dalam pelayanan
Kepercayaan sehat–sakit	Bagaimana pasien memahami penyebab penyakit
Bahasa	Kemampuan memahami informasi dan informed consent
Agama/spiritualitas	Diet, ibadah, keputusan terapi, end-of-life care
Persepsi nyeri	Cara pasien mengekspresikan atau menyembunyikan nyeri
Gender	Kenyamanan terhadap tenaga kesehatan laki-laki/perempuan
Pola komunikasi	Direct vs indirect communication
Kepercayaan tradisional	Penggunaan herbal/pengobatan tradisional
Makanan	Penerimaan diet rumah sakit
Privacy/modesty	Penerimaan pemeriksaan dan prosedur
Death and dying	Sikap terhadap resusitasi dan end-of-life care
Decision-making	Individual decision vs family decision
Health literacy	Pemahaman diagnosis, obat dan discharge planning

Dalam pelayanan keperawatan anak, kita tidak cukup memahami budaya anak sebagai pasien. Perawat juga harus memahami budaya keluarga. Budaya keluarga adalah nilai, kepercayaan, pola komunikasi, aturan, kebiasaan, struktur kekuasaan, pembagian peran, spiritualitas dan cara pengambilan keputusan yang berkembang dalam suatu keluarga. Misalnya dalam suatu keluarga ayah bertindak sebagai pengambil keputusan utama, sementara keluarga yang lain suami dan istri serta anak yang mengambil Keputusan sebagai pengambilan Keputusan Bersama (shared decision-making) Keluarga lain lagi mungkin melibatkan orang tua, kakek/nenek atau keluarga besar atau ada yang melibatkan tokoh agama dalam pengambilan Keputusan tentang Kesehatan anak yang sedang dirawat

Perawat tidak boleh langsung menilai model tertentu "salah". Yang diperlukan oleh perawat adalah memahami siapa yang penting bagi pasien dan bagaimana keputusan biasanya dibuat, sambil tetap mempertahankan hak pasien dan ketentuan hukum/professional yang berlaku. Hal ini sangat sesuai dengan konsep Family-Centered Care (FCC) Dimana menghargai martabat keluarga akan memberikan informasi penting, lalu keluarga berparisipasi aktif dan pada akhirnya terjalin kolaborasi yang bagus.

Berikut ini contoh situasi pelayanan di ruang anak Dimana perawat menghargai budaya keluarga.

Misalnya anak usia 10 tahun dirawat dengan dengan Thalassemia dan harus menjalani transfusi rutin. Orang tua mengatakan: "Kami ingin mencoba ramuan tradisional juga karena keluarga kami percaya ramuan ini dapat meningkatkan darah."

Respons yang tidak sensitive terhadap budaya pasen adalah: "Jangan percaya begitu. Itu tidak ilmiah." Respons seperti ini berpotensi merusak kepercatyaan pasen terhadap perawat dan membuat keluarga tidak terbuka mengenai pengobatan alternatif yang digunakan.

Maka pendekatan yang lebih tepat adalah Perawat menggali pemikiran keluarga terkait budaya, menganalisisnya, lalu menjelaskan prinsip prinsip Kesehatan yang harus dipegang dan melakukan negosiasi dengan keluarga sebagai bentuk kolaborasi dalam proses mengambil keputusan.

Perawat dapat menanyakan kalimat berikut: ""Boleh Ibu ceritakan ramuan apa yang digunakan dan apa yang keluarga harapkan dari ramuan tersebut?"Kemudian menilai kemungkinan interaksi/risiko, berkoordinasi dengan tim medis/farmasi, menjelaskan evidence secara sederhana, dan mencari pilihan yang tetap menghormati keluarga tanpa mengorbankan patient safety. Proses ini adalah titik temu antara Budaya + etik+ integritas + bukti evidence dan pada akhirnya dihasilkan praktek baik

Walaupun aspek budaya pasen dan keluarganya penting difahami dan dijadikan pertimbangan dalam pengambilan Keputusan, harus diingat bahwa Cultural competence bukan berarti mengikuti semua permintaan budaya pasen/keluarga. Menghormati budaya pasien tidak berarti perawat harus menerima seluruh praktik budaya pasien, karena pertimbangan etik tetap berlaku

Misalnya keluarga meminta tindakan tradisional yang diketahui berisiko membahayakan pasien, maka perawat perlu menghormati dengan cara mendengarkan dan memahaminya tetapi harus juga menjelaskan risiko jika praktek tersebut dilakukan, sehingga terjadi proses negosiasi untuk mencari alternatif aman. Bukan menghakimi dan memaksa atau menolak komunikasi, dan juga bukan:menerima praktik berbahaya atas nama menghormati budaya.

Systematic review dan meta-analysis Osmancevic et al. (2025) dalam International Journal of Nursing Studies menganalisis 17 penelitian, terdiri dari 3 RCT dan 14 studi pre-test/post-test.

Hasilnya menunjukkan bahwa pendidikan dan pelatihan cultural competence dapat meningkatkan cultural competence perawat, meskipun kepastian evidence dinilai rendah. Review tersebut juga menemukan bahwa bukti langsung terhadap patient-related outcomes, termasuk patient satisfaction, masih terbatas—hanya sedikit studi yang mengukurnya.

Ini penting secara akademik kita boleh mengatakan bahwa cultural competence membantu perawat mengidentifikasi kebutuhan pasien yang beragam dan memberikan culturally congruent care, tetapi jangan mengklaim bahwa pelatihan cultural competence sudah terbukti kuat secara kausal meningkatkan semua outcome pasien.

2. Budaya Organisasi dan Budaya Etik

Dimensi kedua sangat penting, yaitu organizational culture atau ethical culture. Ethical culture merupakan nilai, norma, kepemimpinan, kebijakan, dan kebiasaan organisasi yang mendorong anggotanya melakukan tindakan yang etis.

Budaya organisasi adalah nilai, keyakinan, norma, asumsi, kebiasaan dan pola perilaku bersama yang berkembang dalam organisasi dan memengaruhi bagaimana anggotanya bekerja serta mengambil keputusan. Secara sederhana dikatakan bahwa budaya organisasi merupakan cara mengimplementasikan pelayanan Kesehatan/keperawatan dengan pertimbangan lingkungan sekitar rumah sakit. Budaya organisasi menjawab pertanyaan "Apa yang dianggap penting di rumah sakit ini? Bagaimana orang berkomunikasi?Apa yang terjadi ketika seseorang melakukan kesalahan? Apakah staf boleh mempertanyakan keputusan atasan?Apakah keselamatan pasien benar-benar lebih penting daripada reputasi unit?Apakah perawat dihargai ketika melaporkan risiko?

Dalam sebuah rumah sakit setidaknya ada beberapa budaya yang saling berkaitan:

1. Budaya "Patient-safety dimana keselamatan pasien menjadi nilai utama.
2. Budaya /iklim Etik dimana organisasi mendukung keputusan dan perilaku etis.
3. Budaya Komunikasi dimana staf bebas menyampaikan masalah dan risiko.
4. Budaya Pembelajar Learning culture" dimana kesalahan digunakan untuk pembelajaran dan perbaikan sistem.
5. Budaya kerja tim dimana dokter, perawat, farmasi dan profesi lain bekerja kolaboratif.
6. Budaya adil (Just culture) dimana staf tidak otomatis dihukum karena human error, tetapi reckless behaviour tetap memiliki accountability.

7. Budaya Kepemimpinan dimana pemimpin memberi contoh dan menciptakan psychological safety.

Systematic review dan meta-analysis Kyriakeli et al. (2025) dalam The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety menunjukkan hasil penelitian yang menganalisis 21 studi terhadap 10.951 perawat rumah sakit. Overall patient safety culture score adalah: 3,341 (95% CI 3,221–3,460). Dimensi yang paling kuat adalah: Teamwork Within Units = 3,719 (95% CI 3,594–3,844). Sedangkan yang paling rendah: Staffing = 3,096 (95% CI 2,980–3,212). Review tersebut mengidentifikasi kekuatan pada teamwork within units, organizational learning–continuous improvement, dan dukungan supervisor/manager terhadap keselamatan. Sebaliknya, area seperti nonpunitive response to error, staffing, teamwork across units, serta handoffs/transitions memerlukan penguatan. Ini evidence penting bahwa budaya keselamatan bukan slogan rumah sakit tetapi memiliki komponen organisasi yang konkret.

D. Ethical Leadership sebagai penghubung antara budaya dan integritas

1. Peran kepemimpinan Etik

Pemimpin keperawatan mempunyai posisi sangat penting karena perilaku kepala ruang, nurse manager, supervisor, dan pimpinan organisasi memberikan contoh mengenai perilaku apa yang benar-benar dihargai organisasi. Sementara Kepemimpinan mengandung makna sebagai kemampuan seseorang atau pemimpin untuk memengaruhi, membimbing, menggerakkan, dan menginspirasi orang lain atau kelompok agar bekerja sama mencapai tujuan bersama yang telah ditentukan. Penelitian longitudinal multisentra yang melibatkan 1.218 perawat menemukan bahwa ethical leadership memprediksi lebih rendahnya nurse presenteeism; organizational climate dan professional identity berperan sebagai mediator dalam hubungan tersebut.

Penelitian 2024 terhadap 216 perawat juga menemukan hubungan antara bullying, burnout, ethical leadership, dan intention to stay, menunjukkan relevansi kepemimpinan etis terhadap lingkungan kerja keperawatan. Wiley Online Library, (2026). Kepemimpinan dalam keperawatan juga ternyata dapat membentuk budaya keselamatan pasen. Systematic review yang dilaksanakan oleh Althobaiti (2026) menegaskan bahwa gaya kepemimpinan keperawatan berperan dalam membentuk patient safety culture. Karena itu kepala ruang

dan nurse manager bukan hanya administrator tetapi juga sebagai role model budaya keselamatan. Pemimpin dapat membangun budaya: “Siapa yang salah?”atau budaya:“Apa yang terjadi, mengapa terjadi, bagaimana melindungi pasien, dan bagaimana mencegahnya terulang?” (Althobaiti, 2026). Perbedaan kecil dalam bahasa kepemimpinan tersebut dapat menghasilkan budaya organisasi yang sangat berbeda. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa Kepemimpinan dalam Etik akan mempengaruhi budaya Organisasi dalam menjalankan Etik Keperawatan, mempengaruhi integritas professional, mempengaruhi integritas professional perawat, mempengaruhi praktek keperawatan yang etis dan pada akhirnya mempengaruhi kualitas dan keamananan pasen yang dirawatnya. Namun hubungan tersebut tidak selalu linear karena dipengaruhi oleh aspek aspek staffing, beban tugas, kompetensi, distress moral,, kebijakan organisasi, kepemimpinan, dan sumber daya yang tersedia yang dapat digunakan.

2. Moral Distress

Konsep moral distress sangat penting dalam pembahasan etika keperawatan karena perawat sering berada pada posisi mengetahui tindakan yang secara moral benar, tetapi tidak dapat melaksanakannya karena berbagai hambatan. Konsep ini pertama kali diperkenalkan secara khusus dalam konteks keperawatan oleh Andrew Jameton pada 1984. Andrew Jameton (1984) adalah tokoh yang pertama kali memperkenalkan istilah moral distress dalam literatur etika keperawatan. Menurut Jameton, moral distress terjadi ketika seseorang mengetahui apa yang secara moral benar untuk dilakukan, tetapi hambatan institusional membuatnya hampir tidak mungkin melakukan tindakan tersebut. Jadi, ada tiga komponen penting dalam definisi klasik Jameton yaitu mengetahui tindakan yang benar, lalu ingin melakukan tindakan tersebut tetapi terhambat untuk melakukannya.

Definisi yang lebih modern memperluas konsep tersebut. Misalnya, kajian integratif terbaru menjelaskan moral distress sebagai pengalaman emosional moral, termasuk mengalami penyesalan ketika tenaga kesehatan terlibat dalam situasi pelayanan yang tragis atau berpotensi tidak adil tetapi tidak mampu bertindak lain karena faktor yang berada di luar kendalinya.

Moral dustress dapat terjadi pada perawat. Bukti evidence terbaru menunjukkan bahwa penyebabnya tidak hanya berasal dari individu perawat. Umbrella review tahun 2026, yang mengintegrasikan 19 systematic review, menunjukkan bahwa moral distress bersifat multidimensional dan berkaitan dengan faktor individual, interpersonal, organisasi,

serta sistem pelayanan kesehatan. Kejadiannya cenderung lebih tinggi di lingkungan dengan keputusan klinis dan etik yang kompleks seperti ICU, coronary care, dan oncology.

Untuk itu moral distress secara praktis penyebabnya dapat dikelompokkan sebagai berikut:

Tabel 1.2. Sumber Moral Distres dan Contohnya dalam praktek keperawatan

Sumber Moral Distres	Contoh dalam praktik keperawatan
Konflik nilai/etik	Perawat merasa terapi sudah tidak bermanfaat, tetapi terapi tetap dilanjutkan
Futile treatment	Pasien terminal terus mendapatkan tindakan invasif meskipun manfaatnya sangat kecil
Keterbatasan kewenangan	Perawat mengetahui tindakan tertentu lebih baik bagi pasien tetapi tidak mempunyai kewenangan mengambil keputusan
Hierarki profesi	Perawat takut menyampaikan ketidaksetujuan kepada dokter atau atasan
Kurangnya SDM	Jumlah perawat tidak mencukupi sehingga asuhan yang diberikan tidak sesuai standar
Keterbatasan sumber daya	Kekurangan tempat tidur, obat, alat, atau fasilitas
Konflik dengan keluarga	Keluarga meminta tindakan yang menurut tim tidak lagi memberikan manfaat
Komunikasi buruk	Pendapat perawat tidak didengar dalam pengambilan keputusan
Ethical climate buruk	Organisasi tidak memberikan ruang aman untuk mendiskusikan masalah etik
Kurangnya kompetensi etik	Perawat kesulitan mengidentifikasi atau menyelesaikan dilema etik

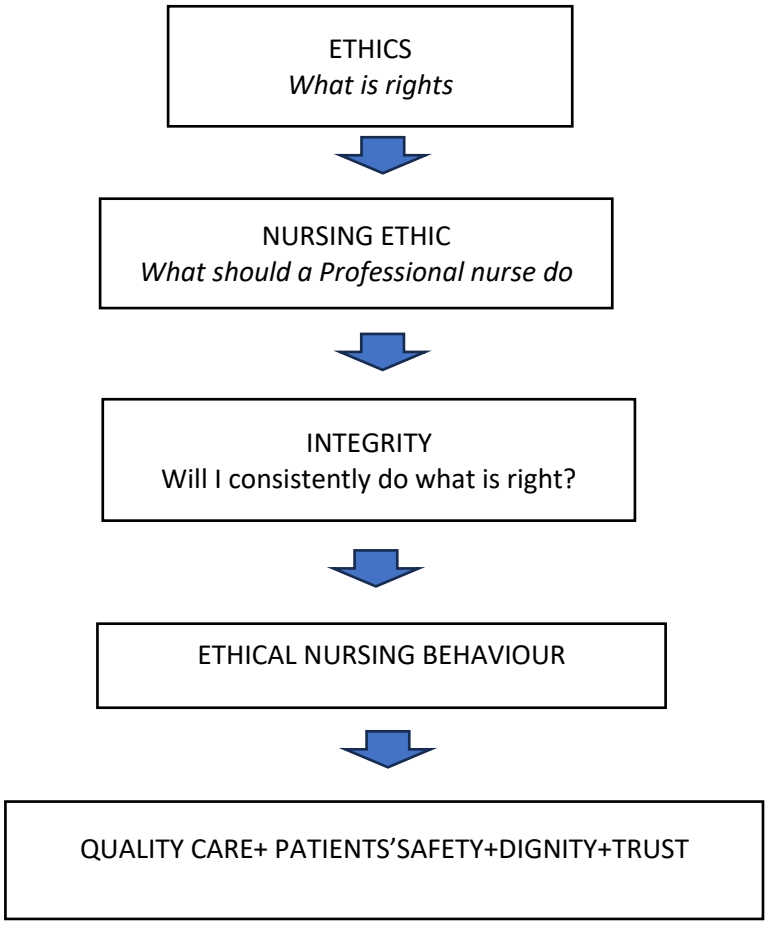
E. Hubungan Ketiga Konsep: Etika, Integritas dan Kepekaan Budaya

Dari aspek nilai nilai personal dan professional perawat Etik menjelaskan Apa yang benar. Lalu Etika Keperawatan menjelaskan apa yang harus dilakukan perawat profesional. Integritas akan menjelaskan apa yang harus secara konsisten dilakukan perawat. Sehingga

perilaku etik perawat menunjukkan hasil asuhan yang berkualitas, menjaga keamanan pasen, memiliki martabat dan kepercayaan dari orang lain, khususnya pasen

Keseluruhan proses tersebut adalam dalam konteks budaya pasen dan keluarga—budaya organisasi, iklim etik dan kepemimpinan etik

Uraian tersebut dapat digambarkan dalam flowchart sebagai berikut:



Dengan demikian, budaya dapat menjadi fasilitator atau sekaligus dapat menjadi barrier terhadap integritas dan praktik yang etis.

Contoh Kasus yang Terintegrasi

Misalnya seorang anak usia 14 tahun dengan penyakit kronis meminta perawat: "Jangan bilang kepada teman saya tentang penyakit saya." Kemudian teman anak tersebut bertanya kepada perawat mengenai diagnosis pasien. Kasus sederhana ini dapat dianalisis menggunakan empat konsep sekaligus:

Maka dapat digaris bawahi dari kasus singkat diatas setiap komponen yang dapat dianalisis adalah

1. Etika: confidentiality, autonomy, privacy, dignity, beneficence.
2. Etika keperawatan: perawat mempunyai kewajiban profesional melindungi informasi pasien.
3. Integritas: meskipun teman tersebut terus mendesak atau mengatakan sudah mendapat izin keluarga, perawat tetap mengikuti standar profesional dan aturan disclosure yang berlaku.
4. Budaya: perawat mempertimbangkan pola komunikasi keluarga, pandangan keluarga tentang penyakit, usia/perkembangan anak, serta nilai budaya tanpa otomatis mengabaikan hak dan kepentingan terbaik anak.

Inilah yang membuat konsep etika dapat lebih difahami, pertanyaan penting: "Apa prinsip etiknya?" dan "Apa tindakan perawat?" "Apa yang dilakukan jika nilai budaya berbeda?" "Apa yang dilakukan jika organisasi menekan perawat?" "Bagaimana integritas profesional dipertahankan?"

Tabel 1.3. Resume dari Konsep, Pertanyaan Utama dan Contoh perilaku etik

Konsep	Pertanyaan Utama	Contoh
Moral	Apa yang saya yakini baik/buruk	Perawat meyakini bahwa berbohong kepada pasien adalah salah
Etik	Apa yang benar/seharusnya dilakukan	Menimbang autonomy, beneficience, non malefisience dan justice
Etika Profesi	Apa yang seharusnya dilakukan seorang perawat	Bertindak sesuai kode etik dan standar profesi
Etika Keperawatan	Apa tindakan etis yang harus dilakukan seorang perawat	Menghormati martabat, menjaga confidentiality, melakukan advocacy
Integritas	Apakah saya konsisten melakukan yang benar	Tetap melaporkan medication eror meskipun tidak ada yang mengetahuinya
Akuntabilitas	Apakah saya bertanggung jawab atas Keputusan/tindakan saya	Mengakui tindakan, mendokumentasika, melaporkan dan melakukan tindak lanjut

F. Penutup

Etika memberikan arah dalam pelayanan keperawatan sementara integritas menjaga konsistensi pemberi layanan dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya, sementara budaya dapat membentuk lingkungan yang kondusif untuk terlaksananya pelayanan profesional dan etis. Selanjutnya kepemimpinan dapat memperkuat budaya yang dibangun bersama sama, dan semuanya diwujudkan dalam praktik keperawatan yang aman, bermartabat, adil, jujur, dan berpusat pada pasien. Prinsip prinsip Etik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi integritas profesionalnya, dan dengan kompetensi budaya etik, praktek keperawatan professional yang dijalankan akan terdampak baik sehingga Kualitas pelayanan/asuhan keperawatan akan dicapai dengan baik dan pada akhirnya keamanan pasen (patient's safety) dapat diwujudkan dalam praktek pelayanan/asuhan keperawatan dengan fasilitasi dari kepemimpinan etik dan sekaligus budaya Organisasi sebagai media

Dengan demikian, prinsip prinsip etik menjadi dasar pengembangan integritas professional perawat dan dengan kompetensi etik/budaya maka akan berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan/asuhan keperawatan yang professional dan aman dengan menggunakan kepemimpinan yg etis dan budaya organisasi sebagai media. Karena itu, budaya pasien/keluarga menentukan "bagaimana pasien ingin dan dapat menerima pelayanan", sedangkan budaya organisasi menentukan "bagaimana organisasi memungkinkan pelayanan tersebut diberikan."

Referensi

Althobaiti, F.M. (2026). The Effect of Leadership on Patient Safety Culture in Health Care: A Systematic Review. Springer Nature Link. Vol 25. Article Number 125.

Amini, F., & Kazemi, S. S. (2026). The role of organizational culture in nurse wellbeing and work-related psychosocial outcomes: A systematic review.Spriner Nature Link.

American Nurses Association (ANA). Code of Ethics for Nurses (2025) http://codeofethics.ana.org

Bertents K. (2024). Etika Keperawatan. Jakarta: PT Kanisius. E.ISBN.978-979-21-8046.6

Esmaeili, Parviniannasab, & Bijani (2026. Workload, missed nursing care, ethical climate, and work interruptions among emergency department registered nurses: A descriptive-analytical study. International of Nursing Advances.Vol.11. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2026.100562

Hasani, A, Khaninenzhad L. dan Rezaie S. (2026). Assess the Level of Adherence to Nursing Ethical Ethics and Humanities in Medicine. Vol 21. Article number 20. Springer Nature Link Principal among Nurses at Imam Khomeini Hospital in Saqqez. Philoshopie

Imani, H., Badin Dahesh, M., & Hashemi, N. (2025). Ethical culture and climate in nursing: A bibliometric review. Nursing Ethics, 32(7), 1998–2017. DOI: 10.1177/09697330251339415.

Kyriakeli, G., Georgiadou, A., Symeonidou, A., Tsimtsiou, Z., Dardavesis, T., & Kotsis, V. (2025). Patient Safety Culture Among Nurses in Hospital Settings Worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 51(5), 350–360. DOI: 10.1016/j.jcjq.2025.01.007.

Lie, et.al (2026). Analysis of the Current Status and Influencing Factors of ICU Nurses' Ethical Behaviour: A Multicentre Cross-Sectional Study. BACN Nursing in Critical Care. Vol 31. Issu 2. Hnicc.ttps://doi. Org/101111/nicc.70331

Nazari, A. M., et al. (2026). Investigating the relationship between moral sensitivity, moral distress, and patient safety climate with missed nursing care in clinical nurses: A systematic review. BMC Nursing, 25, 547. DOI: 10.1186/s12912-026-04697-7.

Osmancevic, S., Steiner, L. M., Großschädl, F., Lohrmann, C., & Schoberer, D. (2025). The effectiveness of cultural competence interventions in nursing: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies, 167, 105079. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2025.105079.

Öztürk et al. (2026). The relationship between nurses' ethical behaviours for protecting patients' rights and patient-centred care competencies: A cross-sectional study. Nursing Open, 13(8), e70744.

Shamsi, A., Hashemi, N., & Lohrasebi, F. (2026). Ethical performance predicts missed nursing care in critical and general care settings. Springer Nature. Scientific Reports, 16, 11043.

The International Council Nurses (ICN) of Code of Ethic for Nurses. Revised 2021. Genewa: ISBN: 978-92-95099-94-4

Xue, K., et al. (2025). Nurses' moral distress and ethical climate: A systematic review and meta-analysis. Nursing Ethics, 32(7), 1981–1997.

ISSN 3064-1187

BAB II
Aspek Hukum, Kewenangan Dan Akuntabilitas Perawat

Wittin Khairani,S.Pd, MPH

A. Landasan Hukum dan Perlindungan Profesional dalam Praktik Keperawatan

Keperawatan merupakan bagian strategis dari sistem pelayanan kesehatan karena perawat berada pada posisi yang dekat dengan pasien, keluarga, dan komunitas serta terlibat dalam pemantauan kondisi, pemberian asuhan, edukasi, koordinasi pelayanan, dan keselamatan pasien. World Health Organization (WHO, 2025) (menempatkan perawat sebagai kelompok tenaga kesehatan terbesar secara global dan menekankan pentingnya investasi pada pendidikan, pekerjaan, kepemimpinan, serta penyelenggaraan pelayanan keperawatan. Konsekuensinya, penguatan profesionalisme perawat tidak hanya menyangkut peningkatan kompetensi klinis, tetapi juga kepastian hukum, batas kewenangan, tata kelola profesi, dan akuntabilitas.

Dalam konteks Indonesia, kerangka hukum keperawatan mengalami perubahan penting setelah berlakunya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Undang-undang tersebut mencabut Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dan mengintegrasikan pengaturan sumber daya manusia kesehatan, hak dan kewajiban, pelayanan kesehatan, teknologi kesehatan, sistem informasi kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan ke dalam kerangka kesehatan yang lebih komprehensif (Republik Indonesia, 2023). Perubahan ini harus dipahami oleh perawat karena rujukan hukum praktik tidak lagi bertumpu pada UU Keperawatan 38/2014 sebagai undang-undang tersendiri.

Kerangka tersebut diperkuat oleh Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 sebagai peraturan pelaksanaan UU 17/2023. Pada tingkat pengelolaan sumber daya manusia kesehatan, Permenkes Nomor 13 Tahun 2025 menjadi regulasi penting yang mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, peningkatan mutu, dan kesejahteraan sumber daya manusia kesehatan. Perubahan regulasi tersebut menunjukkan bahwa praktik keperawatan harus dibaca sebagai bagian dari tata kelola sumber daya manusia kesehatan yang berbasis kompetensi, mutu, keselamatan, dan kebutuhan pelayanan.

Permasalahan yang muncul dalam praktik bukan hanya ketidaktahuan terhadap peraturan, tetapi juga kesenjangan antara kompetensi individual, kewenangan klinis yang diberikan fasilitas pelayanan kesehatan, pelaksanaan delegasi, kualitas dokumentasi, serta kemampuan perawat mengidentifikasi risiko hukum dan etik. Pada situasi tertentu, perawat dapat menghadapi permintaan untuk melakukan tindakan yang belum dikuasai, instruksi yang tidak jelas, keterbatasan tenaga, atau kondisi gawat darurat. Karena itu, perlindungan hukum tidak dapat dipisahkan dari kepatuhan terhadap standar profesi, standar pelayanan, prosedur operasional, etika profesi, dan kebutuhan pasien (Indonesia, 2025)

Pendekatan penulisan bab ini menggunakan telaah regulasi kesehatan Indonesia dan literatur keperawatan yang relevan, terutama mengenai kewenangan klinis, akuntabilitas profesional, keselamatan pasien, dokumentasi, etika, dan tata kelola profesi. Argumen utama bab ini adalah bahwa perlindungan hukum perawat akan semakin kuat apabila kewenangan diberikan berdasarkan kompetensi dan credentialing, setiap tindakan dilakukan sesuai standar, keputusan profesional didokumentasikan secara akurat, serta perawat mampu mempertanggungjawabkan keputusan klinis, etik, administratif, dan profesionalnya.

Tabel 1. Peta regulasi utama yang relevan dengan praktik keperawatan di Indonesia

Regulasi	Pokok pengaturan	Implikasi bagi perawat
UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan	Kerangka hukum kesehatan nasional; hak/kewajiban; SDM kesehatan; teknologi dan sistem informasi; pembinaan dan pengawasan.	Menjadi dasar hukum utama praktik setelah UU 38/2014 dicabut.
PP No. 28 Tahun 2024	Pelaksanaan UU 17/2023, termasuk kewenangan tenaga kesehatan, credentialing, delegasi, pelayanan, dan tata kelola.	Menegaskan hubungan kompetensi, kewenangan klinis, delegasi, dan tanggung jawab.

Permenkes No. 13 Tahun 2025	Pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.	Menjadi rujukan pengelolaan SDM kesehatan dan peningkatan mutu kompetensi.
Permenkes No. 24 Tahun 2022	Rekam medis, termasuk rekam medis elektronik.	Menguatkan kewajiban dokumentasi yang akurat, lengkap, dan dapat ditelusuri.
Permenkes No. 12 Tahun 2024	Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi.	Memberi konteks kelembagaan pembinaan, regulasi, dan disiplin profesi.

Sumber: Diolah dari Republik Indonesia (2023, 2024), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022, 2024, 2025).

B. Kewenangan Klinis Perawat Berbasis Kompetensi dan Credentialing

Kewenangan profesional merupakan ruang tindakan yang secara sah dan profesional dapat dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan kompetensi, kualifikasi, ketentuan regulasi, serta penetapan kewenangan klinis di fasilitas pelayanan kesehatan. Kewenangan tidak identik dengan kemampuan fisik untuk melakukan suatu prosedur. Seorang perawat mungkin pernah melihat atau membantu suatu tindakan, tetapi hal tersebut tidak otomatis membuktikan bahwa ia memiliki kompetensi dan kewenangan untuk melaksanakannya secara mandiri.

PP Nomor 28 Tahun 2024 menegaskan bahwa pelayanan harus diberikan sesuai kewenangan yang didasarkan pada kompetensi. Dalam konteks pelayanan langsung yang berdampak terhadap keselamatan pasien, kewenangan klinis berkaitan dengan proses credentialing dan penetapan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, kewenangan merupakan hasil pertemuan antara kompetensi individual, regulasi, kebutuhan pelayanan, dan tata kelola organisasi.

Konsep tersebut penting karena kesalahan dalam memahami kewenangan dapat menghasilkan dua ekstrem. Ekstrem pertama adalah over-practice, yaitu melakukan tindakan di luar kompetensi atau kewenangan. Ekstrem kedua adalah under-practice, yaitu menghindari tindakan yang sebenarnya menjadi kewenangan karena ketidakjelasan peran atau kekhawatiran hukum. Keduanya dapat berdampak pada mutu pelayanan. Oleh sebab

itu, fasilitas pelayanan kesehatan perlu memiliki daftar kewenangan klinis yang jelas, proses credentialing dan recredentialing, serta mekanisme supervisi dan evaluasi.

Delegasi juga harus dibedakan dari mandat. Dalam delegasi, tindakan tertentu dapat dialihkan kepada tenaga kesehatan lain sesuai ketentuan dan batas yang ditetapkan, sedangkan konsekuensi tanggung jawab bergantung pada bentuk hubungan penugasan tersebut. PP 28/2024 membedakan mandat dan delegasi serta menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pihak yang perlu menetapkan jenis pelayanan yang dapat didelegasikan. Dalam praktik keperawatan, instruksi delegasi sebaiknya jelas mengenai siapa pemberi dan penerima, tindakan yang dilakukan, kompetensi penerima, supervisi, dokumentasi, serta mekanisme pelaporan.

Tabel 2. Hubungan kompetensi, kewenangan klinis, delegasi, dan akuntabilitas

Komponen	Pertanyaan kunci	Tindakan profesional perawat
Kompetensi	Apakah saya memiliki pendidikan, pelatihan, pengalaman, dan kemampuan yang diperlukan?	Melakukan asesmen diri dan mengikuti peningkatan kompetensi.
Kewenangan klinis	Apakah tindakan ini termasuk kewenangan yang ditetapkan untuk saya?	Memeriksa penetapan kewenangan/credentialing fasilitas.
Instruksi/delegasi	Siapa yang memberi instruksi dan apa batas tanggung jawabnya?	Memastikan instruksi jelas, sesuai aturan, dan dapat ditelusuri.
Supervisi	Apakah tindakan memerlukan supervisi?	Meminta supervisi bila kompetensi atau situasi mengharuskannya.
Dokumentasi	Apakah tindakan, respons pasien, dan komunikasi sudah dicatat?	Mendokumentasikan secara lengkap, objektif, tepat waktu, dan akurat.
Evaluasi	Apakah hasil tindakan sesuai tujuan dan ada risiko lanjutan?	Melakukan evaluasi, eskalasi, dan rujukan bila diperlukan.

Kasus ilustratif: seorang perawat diminta melakukan prosedur yang belum pernah dilakukan secara mandiri karena unit sedang kekurangan tenaga. Respons profesional bukan sekadar menerima atau menolak secara spontan. Perawat perlu mengidentifikasi kondisi pasien, memastikan apakah prosedur tersebut berada dalam kewenangan klinisnya, menilai kompetensi aktual, meminta supervisi bila memungkinkan, serta mengkomunikasikan risiko kepada penanggung jawab pelayanan. Bila situasi merupakan kegawatdaruratan, kewajiban memberikan pertolongan pertama tetap harus dipahami

dalam kerangka ketentuan hukum yang berlaku, keselamatan pasien, dan kemampuan profesional yang dimiliki. Selanjutnya dari perspektif hukum, keterbatasan tenaga tidak secara otomatis menjadi alasan untuk mengabaikan kompetensi, standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional (SPO), dan etika profesi. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 273–274 memberikan perlindungan hukum kepada tenaga kesehatan ketika menjalankan praktik sesuai standar, sekaligus mewajibkan tenaga kesehatan memberikan pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi, SPO, etika profesi, dan kebutuhan kesehatan pasien.

Dalam kondisi tersebut, respons profesional perawat bukan sekadar menolak instruksi, melainkan melakukan komunikasi profesional kepada penanggung jawab unit mengenai keterbatasan pengalaman dan kompetensinya dalam melakukan prosedur tersebut secara mandiri. Perawat perlu memastikan apakah prosedur yang diminta termasuk dalam kewenangan klinisnya, apakah terdapat SPO yang berlaku, serta apakah tersedia mekanisme pelatihan, pendampingan, atau supervisi dari tenaga yang kompeten. Hal ini sejalan dengan Permenkes No. 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, yang menempatkan kompetensi dan kewenangan sebagai bagian penting dalam pengelolaan tenaga kesehatan, termasuk dalam perencanaan, pendayagunaan, dan peningkatan mutu sumber daya manusia kesehatan. Dengan demikian, kebutuhan organisasi akibat kekurangan tenaga seharusnya direspons melalui pengelolaan sumber daya dan pengaturan pelayanan yang tepat, bukan dengan menempatkan perawat pada tindakan yang tidak sesuai dengan kompetensinya.

Apabila prosedur tersebut memang dapat diberikan melalui penugasan atau pendelegasian kewenangan, pelaksanaannya harus tetap memperhatikan ketentuan yang berlaku, kompetensi penerima kewenangan, batas tindakan, serta mekanisme supervisi yang ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. PP No. 28 Tahun 2024 merupakan peraturan pelaksanaan UU No. 17 Tahun 2023 yang antara lain mengatur pengelolaan tenaga medis dan tenaga kesehatan serta penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pendelegasian tidak dapat dipahami hanya sebagai perintah untuk melakukan suatu tindakan, tetapi harus ditempatkan dalam kerangka kewenangan profesional dan keselamatan pasien. Dalam kasus ini, perawat dapat menyampaikan, misalnya: “Saya bersedia membantu pelayanan pasien, tetapi prosedur ini belum pernah saya lakukan secara mandiri. Mohon diberikan supervisi atau pendampingan dari tenaga yang kompeten

agar tindakan dapat dilakukan sesuai kewenangan dan untuk menjamin keselamatan pasien."

Dari perspektif akuntabilitas profesional, perawat bertanggung jawab terhadap keputusan dan tindakan yang dilakukannya. Oleh sebab itu, apabila perawat belum memiliki kompetensi untuk melakukan prosedur secara mandiri, pilihan profesional adalah meminta supervisi atau pendampingan, mengikuti proses pembelajaran yang sesuai, atau mengalihkan tindakan kepada tenaga yang memiliki kompetensi dan kewenangan, dengan tetap mempertimbangkan kondisi klinis pasien. Perawat juga berkewajiban membuat dan menyimpan catatan mengenai pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan. Kewajiban dokumentasi tersebut ditegaskan dalam UU No. 17 Tahun 2023 dan diperkuat melalui Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang sampai saat ini berstatus berlaku. Dokumentasi menjadi bagian penting dari kesinambungan pelayanan, komunikasi profesional, keselamatan pasien, dan pertanggungjawaban atas tindakan yang dilakukan.

Dengan demikian, kasus tersebut menunjukkan bahwa aspek hukum, kewenangan, dan akuntabilitas perawat merupakan tiga komponen yang saling berkaitan. Aspek hukum memberikan kerangka perlindungan sekaligus kewajiban profesional; kewenangan menentukan batas tindakan yang dapat dilakukan berdasarkan kompetensi; sedangkan akuntabilitas menuntut perawat mampu mempertanggungjawabkan keputusan dan tindakan profesionalnya. Prinsip utamanya adalah bahwa kekurangan tenaga tidak boleh menjadi alasan untuk mengabaikan batas kompetensi dan kewenangan perawat. Respons profesional justru ditunjukkan melalui kemampuan mengidentifikasi keterbatasan kompetensi, berkomunikasi secara asertif, meminta supervisi atau bantuan yang sesuai, serta mendahulukan keselamatan dan kepentingan pasien.

C. Akuntabilitas Profesional dan Tanggung Gugat Perawat

Akuntabilitas profesional berarti kesediaan perawat untuk menjelaskan, mempertanggungjawabkan, dan mengevaluasi tindakan serta keputusan profesional yang dibuat dalam proses pelayanan. (Krautscheid, 2014) menunjukkan bahwa akuntabilitas merupakan fondasi praktik keperawatan profesional, meskipun konsepnya memiliki dimensi yang kompleks. Akuntabilitas tidak berhenti pada pertanyaan apakah tindakan

telah dilakukan, tetapi mencakup alasan klinis, kesesuaian dengan standar, respons terhadap kondisi pasien, komunikasi, dokumentasi, dan tindak lanjut.

Tanggung gugat merupakan konsekuensi dari akuntabilitas. Perawat harus dapat menunjukkan dasar profesional ketika mengambil keputusan, termasuk mengapa suatu tindakan dilakukan, ditunda, dimodifikasi, atau dirujuk. Dalam konteks hukum kesehatan, kemampuan memberikan penjelasan yang konsisten dengan rekam medis dan standar pelayanan sangat penting. Dokumentasi yang baik bukan sekadar administrasi, tetapi bagian dari kesinambungan asuhan, keselamatan pasien, komunikasi antarprofesi, dan bukti profesional.

UU Nomor 17 Tahun 2023 menegaskan kewajiban tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, serta kebutuhan kesehatan pasien; memperoleh persetujuan sesuai ketentuan; menjaga kerahasiaan; membuat dan menyimpan catatan; serta melakukan rujukan kepada tenaga yang memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai. Norma tersebut menunjukkan bahwa akuntabilitas keperawatan mencakup dimensi klinis, etik, hukum, administratif, dokumentasi, dan keselamatan pasien (Republik Indonesia, 2023).

Tabel 3. Dimensi akuntabilitas profesional perawat

Dimensi	**Bentuk akuntabilitas**	**Contoh bukti**
Klinis	Keputusan dan tindakan sesuai kompetensi dan kebutuhan pasien.	Asesmen, diagnosis keperawatan, intervensi, evaluasi.
Etik	Menghormati martabat, otonomi, kerahasiaan, dan keadilan.	Informed consent, komunikasi terapeutik, perlindungan privasi.
Hukum	Mematuhi peraturan, standar profesi, SOP, dan batas kewenangan.	Credentialing, kepatuhan SOP, rujukan, pelaporan.
Dokumentasi	Mencatat pelayanan secara akurat dan dapat ditelusuri.	Rekam medis lengkap, objektif, tepat waktu.
Keselamatan pasien	Mengidentifikasi dan mengendalikan risiko.	Identifikasi pasien, komunikasi efektif, eskalasi kondisi.
Organisasional	Mematuhi kebijakan fasilitas dan berpartisipasi dalam perbaikan mutu.	Audit, incident reporting, evaluasi mutu.
Digital	Menjaga keamanan, kerahasiaan, dan integritas informasi kesehatan.	Akses akun pribadi, penggunaan sistem resmi, keamanan data.

Akuntabilitas juga memiliki dimensi kolektif. Sistem pelayanan yang baik tidak boleh membebankan seluruh risiko kepada individu perawat ketika akar masalah berada pada desain organisasi, beban kerja, staffing, komunikasi, atau sistem. Namun, faktor organisasi tidak menghapus tanggung jawab profesional individu. Karena itu, pendekatan yang seimbang diperlukan: organisasi harus menyediakan lingkungan yang aman dan mendukung, sedangkan perawat tetap berkewajiban mengenali batas kompetensi, mengeskalasi masalah, dan mendokumentasikan tindakan.

Temuan Lancaster et al. (2026) memperlihatkan bahwa professional governance dalam keperawatan berkaitan dengan otonomi, akuntabilitas, lingkungan praktik, dan luaran pasien maupun organisasi. Hal ini memperkuat gagasan bahwa akuntabilitas bukan hanya karakter pribadi perawat, melainkan juga perlu dibangun melalui tata kelola profesi yang memberi ruang bagi perawat untuk berpartisipasi dalam keputusan klinis dan perbaikan mutu.

D. Integrasi Etika, Disiplin, Keselamatan Pasien, dan Perlindungan Hukum

Hukum, etika, disiplin profesi, dan keselamatan pasien merupakan empat kerangka yang saling berkaitan tetapi tidak identik. Hukum menentukan norma yang mengikat secara formal; etika memberikan orientasi nilai tentang tindakan yang benar dan bermartabat; disiplin profesi menilai kepatuhan terhadap standar dan kewajiban profesional; sedangkan keselamatan pasien menekankan pencegahan cedera dan pengurangan risiko dalam sistem pelayanan. Perawat perlu memahami keempatnya agar tidak menganggap setiap masalah pelayanan semata-mata sebagai persoalan hukum.



Gambar 1 *Keterkaitan Integrasi Etika Disiplin Keselamatan Pasien dan Perlindungan Hukum*

Kode Etik Keperawatan ICN menempatkan nilai, tanggung jawab, dan akuntabilitas profesional sebagai dasar praktik keperawatan dalam berbagai peran. Dalam praktik, nilai tersebut tercermin dalam penghormatan terhadap martabat manusia, keselamatan, kerahasiaan, komunikasi yang jujur, dan tanggung jawab terhadap mutu pelayanan (International Council of Nurses, 2021). Dengan demikian, kepatuhan etik seharusnya berjalan bersama dengan kepatuhan hukum dan standar klinis.

Majelis Disiplin Profesi dan kelembagaan regulasi profesi menjadi bagian penting dalam sistem pembinaan profesional. Permenkes Nomor 12 Tahun 2024 mengatur mekanisme seleksi, pengangkatan, pemberhentian, serta tata kerja Konsil Kesehatan Indonesia, Kolegium Kesehatan Indonesia, dan Majelis Disiplin Profesi. Bagi perawat, perkembangan kelembagaan ini penting dipahami karena menunjukkan penguatan mekanisme regulasi dan disiplin profesi dalam kerangka UU 17/2023.

Dari perspektif keselamatan pasien, perawat perlu mengembangkan budaya pelaporan dan pembelajaran. Incident reporting tidak semestinya dipahami sebagai sarana mencari kesalahan individu, tetapi sebagai mekanisme untuk menemukan kelemahan sistem, memperbaiki proses, dan mencegah kejadian berulang. Pada saat yang sama, perawat tetap harus melakukan pelaporan secara jujur, segera melakukan eskalasi kondisi, dan mendokumentasikan fakta secara objektif.

Perlindungan hukum juga tidak berarti kekebalan hukum. Perlindungan diberikan ketika perawat menjalankan tugas sesuai standar profesi, standar pelayanan, SOP, etika, dan kebutuhan pasien. Sebaliknya, tindakan yang dilakukan di luar kewenangan, tanpa kompetensi yang memadai, dengan dokumentasi yang tidak benar, atau dengan mengabaikan hak pasien dapat meningkatkan risiko disiplin maupun hukum. Karena itu, prinsip yang tepat adalah perlindungan melalui praktik profesional yang dapat dipertanggungjawabkan.

Kasus ilustratif: seorang perawat mengunggah foto pasien ke grup percakapan informal untuk meminta pendapat rekan, tanpa memastikan apakah kanal tersebut merupakan media resmi dan tanpa menghilangkan identitas pasien. Walaupun tujuan awalnya adalah konsultasi, tindakan tersebut dapat menimbulkan persoalan kerahasiaan dan keamanan data. Respons yang lebih aman adalah menggunakan kanal konsultasi resmi, membatasi informasi sesuai kebutuhan, menjaga identitas pasien, serta mengikuti kebijakan fasilitas mengenai akses dan pertukaran informasi.

Selanjutnya dapat dijelaskan sebagai berikut: Seorang perawat menghadapi kondisi klinis yang memerlukan pendapat atau pertimbangan dari rekan sejawat. Untuk memperoleh masukan dengan cepat, perawat tersebut mengambil foto pasien dan mengunggahnya ke dalam grup percakapan informal. Foto tersebut memperlihatkan kondisi pasien secara jelas dan masih memuat identitas pasien. Perawat tidak terlebih dahulu memastikan apakah grup percakapan tersebut merupakan kanal komunikasi profesional yang resmi dan aman, serta tidak menghilangkan informasi yang dapat mengidentifikasi pasien.

Meskipun tujuan perawat adalah memperoleh pendapat profesional untuk membantu pelayanan pasien, tindakan tersebut menimbulkan persoalan hukum dan etik karena informasi mengenai kondisi kesehatan pasien merupakan informasi yang harus dijaga kerahasiaannya. Dalam konteks pelayanan kesehatan, penggunaan informasi pasien harus dilakukan secara hati-hati, sesuai kewenangan, tujuan pelayanan, dan ketentuan mengenai kerahasiaan serta perlindungan data pasien. UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan mewajibkan tenaga kesehatan untuk menjaga rahasia kesehatan pasien, sedangkan Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis mengatur penyelenggaraan rekam medis, termasuk perlindungan terhadap informasi yang terdapat di dalamnya.

Dari aspek hukum dan kewenangan, perawat harus memahami bahwa kewenangan profesional dalam memberikan pelayanan kepada pasien tidak secara otomatis memberikan kewenangan untuk menyebarluaskan informasi atau dokumentasi pasien melalui media komunikasi apa pun. Foto pasien yang mengandung identitas atau informasi mengenai kondisi kesehatannya merupakan informasi yang penggunaannya harus memiliki dasar dan tujuan yang sah. Oleh karena itu, sebelum membagikan foto atau informasi klinis melalui media digital, perawat perlu memastikan tujuan penggunaan informasi, kewenangan untuk mengakses dan membagikannya, keamanan media komunikasi, serta kebutuhan akan persetujuan sesuai ketentuan yang berlaku. Apabila konsultasi dengan sejawat memang diperlukan, komunikasi seharusnya dilakukan melalui mekanisme atau kanal resmi yang ditetapkan fasilitas pelayanan kesehatan, dengan membatasi informasi hanya pada data yang diperlukan untuk kepentingan pelayanan. Prinsip ini sejalan dengan kewajiban tenaga kesehatan untuk menjaga kerahasiaan pasien dan memberikan pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan, SPO, serta etika profesi.

Dari aspek akuntabilitas profesional, perawat bertanggung jawab bukan hanya terhadap tindakan klinis yang dilakukan secara langsung kepada pasien, tetapi juga terhadap cara

informasi pasien diperoleh, digunakan, disimpan, dan dikomunikasikan. Dengan demikian, alasan bahwa foto tersebut dibagikan hanya untuk meminta pendapat rekan sejawat tidak dengan sendirinya menghilangkan tanggung jawab profesional. Perawat seharusnya melakukan konsultasi melalui jalur komunikasi profesional yang telah ditetapkan, menggunakan prinsip minimum necessary information, serta menghilangkan identitas pasien apabila identitas tersebut tidak diperlukan untuk tujuan konsultasi. Dokumentasi atau komunikasi digital juga harus dilakukan secara aman dan sesuai kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini, akuntabilitas berarti perawat mampu mempertanggungjawabkan mengapa informasi dibagikan, kepada siapa informasi diberikan, melalui media apa, dan apakah tindakan tersebut diperlukan serta sesuai dengan ketentuan profesional.

Apabila perawat menyadari bahwa foto telah terlanjur diunggah ke grup informal, respons profesional berikutnya adalah segera menghentikan penyebaran informasi, meminta agar foto tidak diteruskan, menghapusnya dari kanal yang memungkinkan penghapusan, serta melaporkan kejadian tersebut melalui mekanisme internal fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kebijakan yang berlaku. Perawat juga perlu mengevaluasi bagaimana kejadian tersebut dapat terjadi dan mengikuti proses pembelajaran atau pembinaan yang diperlukan.

Pendekatan ini penting karena insiden terkait kerahasiaan dan keamanan informasi pasien tidak hanya berkaitan dengan perilaku individual, tetapi juga dengan tata kelola informasi, kebijakan organisasi, keamanan sistem, dan budaya keselamatan pasien. Penggunaan rekam medis elektronik dan teknologi komunikasi dalam pelayanan kesehatan memang memberikan manfaat bagi komunikasi dan kesinambungan pelayanan, tetapi sekaligus menuntut tenaga keperawatan memiliki literasi digital dan pemahaman yang kuat mengenai keamanan informasi pasien.

Dengan demikian, kasus tersebut menunjukkan bahwa aspek hukum, kewenangan, dan akuntabilitas perawat tetap berlaku dalam komunikasi digital sebagaimana dalam tindakan keperawatan secara langsung. Perawat harus memahami bahwa media sosial, aplikasi percakapan, atau grup informal bukan otomatis menjadi ruang yang aman untuk membagikan informasi pasien. Prinsip profesional yang harus dikedepankan adalah kerahasiaan pasien, pembatasan akses berdasarkan kebutuhan pelayanan, penggunaan kanal komunikasi resmi dan aman, serta pertanggungjawaban atas setiap informasi yang dibagikan. Profesionalisme perawat pada era digital tidak hanya ditunjukkan melalui

keterampilan klinis, tetapi juga melalui kemampuan menjaga privasi dan keamanan informasi pasien dalam setiap bentuk komunikasi profesional.

E. Akuntabilitas Keperawatan pada Rekam Medis Elektronik, Telehealth, dan Kecerdasan Buatan

Transformasi digital mengubah cara perawat mendokumentasikan, berkomunikasi, melakukan pemantauan, dan mengakses informasi pasien. Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis memberikan kerangka bagi penyelenggaraan rekam medis, termasuk rekam medis elektronik. Perubahan dari dokumentasi kertas ke sistem elektronik dapat meningkatkan keterlacakan dan integrasi informasi, tetapi juga menimbulkan tuntutan baru terkait keamanan akses, integritas data, autentikasi pengguna, dan penggunaan informasi secara tepat.

Tinjauan sistematis Wahyuni et al. (2024) menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan elektronik dapat memberikan pengaruh positif terhadap keselamatan pasien, mutu asuhan, dan kualitas dokumentasi, meskipun efektivitasnya bergantung pada sistem yang terstandar dan terstruktur. Temuan tersebut mengingatkan bahwa teknologi tidak otomatis menghasilkan dokumentasi yang baik. Kualitas tetap bergantung pada kompetensi pengguna, desain sistem, kepatuhan terhadap standar, dan budaya keselamatan.

Penggunaan telehealth juga memperluas konteks akuntabilitas. Ketika interaksi berlangsung melalui media digital, perawat tetap perlu melakukan identifikasi pasien, asesmen yang memadai sesuai keterbatasan media, menjelaskan tujuan dan keterbatasan layanan, menjaga kerahasiaan, mendokumentasikan komunikasi, serta menentukan kapan pasien harus diarahkan untuk pemeriksaan langsung. Media digital tidak menghilangkan kewajiban profesional; media hanya mengubah cara pelayanan diberikan.

Kecerdasan buatan atau artificial intelligence (AI) membawa tantangan tambahan. AI dapat digunakan untuk membantu pencarian informasi, analisis data, pengingat klinis, dokumentasi, atau pengambilan keputusan berbasis pola. Namun, penggunaan AI tidak boleh menggantikan clinical judgment dan tanggung jawab profesional perawat. Output AI perlu diverifikasi terhadap sumber yang dapat dipercaya, kondisi pasien, standar profesi, dan kebijakan institusi. Perawat tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan atas nama profesinya.

Prinsip kehati-hatian pada teknologi digital dapat diringkas menjadi lima langkah: verifikasi sumber, batasi akses, lindungi identitas, dokumentasikan penggunaan informasi yang relevan, dan eskalasi ketika informasi digital tidak memadai untuk menjamin keselamatan pasien. Pendekatan ini sejalan dengan kebutuhan membangun kompetensi digital sebagai bagian dari profesionalisme modern.

Tabel 4. Prinsip akuntabilitas perawat dalam lingkungan digital

Situasi digital	Risiko utama	Prinsip tindakan
Rekam medis elektronik	Kesalahan input, akses tidak sah, data tidak lengkap.	Gunakan akun sendiri, dokumentasikan tepat waktu, verifikasi data.
Pesan/komunikasi klinis	Salah penerima, kebocoran data, instruksi tidak terdokumentasi.	Gunakan kanal resmi dan dokumentasikan keputusan klinis.
Telehealth	Asesmen terbatas dan keterlambatan rujukan.	Kenali batas media dan lakukan eskalasi/rujukan.
Media sosial	Pelanggaran privasi dan reputasi profesional.	Jangan membagikan informasi pasien yang dapat diidentifikasi.
AI	Informasi salah, bias, dan automation bias.	Verifikasi output; AI membantu, bukan menggantikan judgment profesional.

Forde-Johnston et al. (2023) menunjukkan bahwa penggunaan electronic health records dapat memengaruhi kualitas interaksi dan komunikasi perawat-pasien. Karena itu, kompetensi digital harus disertai kompetensi komunikasi. Perawat tidak seharusnya membiarkan perhatian terhadap layar mengurangi keterlibatan dengan pasien. Prinsip patient-centered care tetap menjadi orientasi utama meskipun teknologi semakin dominan.

F. Penguatan Profesionalisme, Perlindungan Hukum, dan Akuntabilitas Perawat

Perubahan regulasi kesehatan Indonesia menempatkan praktik keperawatan dalam kerangka yang lebih luas dan terintegrasi. UU 17/2023, PP 28/2024, Permenkes 13/2025, dan regulasi terkait rekam medis serta disiplin profesi membentuk lingkungan baru yang menuntut perawat memahami bukan hanya tindakan klinis, tetapi juga tata kelola kewenangan, dokumentasi, keselamatan, teknologi, dan tanggung jawab profesional. Pada 2026, Perpres Nomor 13 Tahun 2026 tentang Pengelolaan Kesehatan juga memperkuat

kerangka pengelolaan kesehatan nasional dan mencabut Perpres 72/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Kesimpulan utama bab ini adalah bahwa kompetensi, kewenangan, dan akuntabilitas merupakan satu rangkaian. Kompetensi menjadi dasar pemberian kewenangan; kewenangan membatasi ruang tindakan; standar menjadi pedoman tindakan; dokumentasi menjadi bukti proses profesional; dan akuntabilitas menjadi mekanisme untuk menjelaskan serta mengevaluasi keputusan. Perlindungan hukum muncul ketika seluruh rangkaian tersebut dijalankan secara konsisten.

Ke depan, tantangan terbesar bukan hanya bertambahnya kompleksitas kasus klinis, tetapi juga perubahan pola pelayanan, tuntutan keselamatan pasien, digitalisasi, telehealth, penggunaan AI, mobilitas tenaga kesehatan, dan kebutuhan penguatan professional governance. WHO (2025) menekankan bahwa investasi pada pendidikan, pekerjaan, kepemimpinan, dan pelayanan keperawatan diperlukan untuk memperkuat sistem kesehatan. Dalam konteks Indonesia, investasi tersebut perlu diterjemahkan ke dalam peningkatan kompetensi, credentialing yang transparan, lingkungan kerja yang aman, serta tata kelola profesi yang mampu melindungi pasien dan tenaga keperawatan.

Berikut tabel rekomendasi penguatan praktik keperawatan:

No.	Rekomendasi Penguatan Praktik Keperawatan	Keterangan	Contoh Penerapan
1	Memperbarui pemahaman regulasi secara berkala	Perawat wajib mengikuti perkembangan regulasi, khususnya setelah diberlakukannya UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan aturan pelaksanaannya.	Puskesmas menyelenggarakan sosialisasi internal setiap ada perubahan regulasi; perawat membaca PP, Permenkes, dan kebijakan Dinkes terbaru.
2	Memastikan pemahaman kewenangan klinis	Setiap perawat harus mengetahui batas kewenangan yang ditetapkan fasilitas pelayanan kesehatan agar	Perawat ruang rawat memahami bahwa pemasangan kateter/infus mengikuti SOP dan kewenangan yang telah

		tidak melakukan tindakan di luar kompetensi.	ditetapkan rumah sakit atau Puskesmas.
3	Melaksanakan credentialing dan recredentialing secara objektif	Verifikasi kompetensi dilakukan berdasarkan bukti aktual, bukan hanya masa kerja atau jabatan.	RS menilai kompetensi perawat ICU melalui portofolio, observasi langsung, dan uji keterampilan sebelum memberikan kewenangan praktik.
4	Membangun mekanisme delegasi dan supervisi yang jelas	Delegasi tugas harus tertulis, dapat ditelusuri, dan disertai supervisi sesuai kompetensi penerima delegasi.	Kepala ruang mendelegasikan pemeriksaan gula darah kepada perawat yang telah terlatih, dengan catatan tugas dan evaluasi hasil pelaksanaan.
5	Meningkatkan mutu dokumentasi keperawatan	Dokumentasi yang lengkap, akurat, dan tepat waktu menjadi bukti asuhan serta mendukung keselamatan pasien dan perlindungan hukum perawat.	Perawat mencatat asesmen, intervensi, respons pasien, dan edukasi secara real-time pada rekam medis elektronik.
6	Mengintegrasikan etik, disiplin, hukum, patient safety, dan komunikasi profesional	Kompetensi tidak hanya mencakup keterampilan teknis, tetapi juga sikap profesional dan kemampuan berkomunikasi secara terapeutik.	Pendidikan keperawatan dan pelatihan internal memasukkan simulasi komunikasi dengan pasien, informed consent, dan penanganan konflik etik.
7	Mengembangkan budaya pelaporan	Insiden keselamatan pasien dilaporkan untuk	Perawat melaporkan hampir terjadinya kesalahan

	insiden berbasis pembelajaran	memperbaiki sistem, bukan semata-mata untuk menyalahkan individu.	pemberian obat melalui aplikasi pelaporan insiden; unit kemudian melakukan analisis akar masalah.
8	Meningkatkan literasi digital dan keamanan informasi kesehatan	Perawat perlu mampu menggunakan teknologi kesehatan, media komunikasi, dan AI secara etis serta menjaga kerahasiaan data pasien.	Perawat tidak membagikan foto luka atau data identitas pasien di media sosial; menggunakan aplikasi rekam medis sesuai hak akses yang diberikan.
9	Mendorong professional governance	Perawat dilibatkan secara aktif dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi praktik, mutu, dan keamanan pelayanan.	Perwakilan perawat ikut menyusun SOP pencegahan dekubitus, mengevaluasi indikator mutu keperawatan, dan memberi masukan dalam rapi mutu.
10	Membangun budaya profesional keperawatan	Perawat bertindak berdasarkan kompetensi, standar profesi, hak pasien, dokumentasi yang benar, dan tanggung jawab atas keputusan klinis.	Sebelum tindakan luka, perawat memastikan kompetensi, menjelaskan prosedur dan memperoleh persetujuan pasien, melaksanakan sesuai SOP, lalu mendokumentasikan hasilnya.

Dengan demikian, perlindungan hukum perawat sebaiknya dipahami sebagai hasil dari praktik profesional yang terstruktur, bukan sekadar perlindungan ketika sengketa telah terjadi. Perawat yang memahami batas kewenangannya, mampu mengambil keputusan berbasis kompetensi, menjaga etika, mendokumentasikan pelayanan secara benar, serta aktif dalam budaya keselamatan akan memiliki fondasi yang lebih kuat untuk memberikan

G. Penutup

Penguatan Profesionalisme Perawat melalui Kepastian Hukum dan Akuntabilitas

Praktik keperawatan saat ini berlangsung di tengah tuntutan pelayanan yang semakin kompleks. Perawat tidak hanya dituntut memberikan asuhan yang aman dan bermutu, tetapi juga menghadapi beban kerja, kebutuhan pelayanan yang tinggi, kemungkinan keterbatasan jumlah tenaga, serta tuntutan untuk terus memperbarui kompetensi. Pada saat yang sama, perawat perlu beradaptasi dengan perkembangan regulasi, penggunaan rekam medis elektronik, telehealth, dan kecerdasan buatan. Kondisi tersebut dapat meningkatkan tantangan dalam pengambilan keputusan klinis, komunikasi antarprofesi, dokumentasi, dan pemenuhan hak pasien. Oleh karena itu, kondisi kerja perawat perlu didukung oleh pembagian tugas yang jelas, jumlah dan distribusi tenaga yang sesuai kebutuhan pelayanan, supervisi yang memadai, fasilitas kerja yang aman, serta kebijakan organisasi yang mendukung keselamatan pasien dan tenaga kesehatan.

Dalam kondisi kerja tersebut, aspek hukum, kewenangan, dan akuntabilitas menjadi landasan penting bagi praktik profesional. Aspek hukum memberikan kerangka hak dan kewajiban, kewenangan klinis menentukan tindakan yang dapat dilakukan berdasarkan kompetensi dan penetapan fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan akuntabilitas menuntut setiap keputusan dan tindakan dapat dijelaskan serta dipertanggungjawabkan. Perawat tetap wajib bekerja sesuai standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, dan kebutuhan pasien. Namun, tanggung jawab profesional individu perlu diimbangi dengan tanggung jawab organisasi untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman, mengelola beban kerja, memperjelas alur delegasi dan supervisi, serta membangun budaya pelaporan insiden yang berorientasi pada pembelajaran.

Dengan demikian, penguatan profesionalisme perawat perlu dilakukan secara berkelanjutan melalui peningkatan kompetensi, pembaruan pemahaman regulasi, credentialing dan recredentialing kewenangan klinis, supervisi serta delegasi yang jelas, peningkatan kualitas dokumentasi, penguatan budaya keselamatan pasien, dan literasi digital. Perawat juga perlu dilibatkan dalam pengembangan tata kelola profesi dan evaluasi mutu pelayanan, sementara fasilitas pelayanan kesehatan perlu memastikan kondisi kerja yang memungkinkan perawat menjalankan kewenangannya secara aman dan bertanggung

jawab. Pada akhirnya, prinsip "berwenang karena kompeten, bertindak sesuai standar, menghormati hak pasien, mendokumentasikan secara benar, dan bertanggung jawab atas setiap keputusan profesional" perlu didukung oleh sistem kerja yang memadai agar praktik keperawatan dapat berlangsung secara aman, bermutu, profesional, dan memiliki perlindungan hukum yang kuat.

Referensi

(Indonesia, 2025)Forde-Johnston, C., Butcher, D., & Aveyard, H. (2023). An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (EHR) on the quality of nurse–patient interactions and communication. Journal of Advanced Nursing, 79(1), 48–67. https://doi.org/10.1111/jan.15484

Indonesia, K. K. R. (2025). Se At Se At. Jdih.Kemkes.Go.Id, 8(2), 1–356.

International Council of Nurses. (2021). THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES International Council of Nurses. In Code of Ethics for Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Krautscheid, L. C. (2014). Defining professional nursing accountability: A literature review. Journal of Professional Nursing. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.06.008?utm_source=chatgpt.com

Perkebunan, K. D., & Papua, P. (2024). Republik Indonesia. https://doi.org/https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9840846/#:~:text=Including%20partners%20in%20interventions%20to,an%20RCT%20testing%20the%20intervention.

Permenkes 24 Tahun,. (2022). Permenkes 24 Thn 2022. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, 151(2), 1–19.

Rahmad, Dewi, Mulyadi, Surahman, Sanusi, Dianasari, Alpen, Apriani, Yeni, Y. (2021). Republik Indonesia. 167–186.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023. (2023). Tentang Kesehatan. Undang-Undang, 187315, 1–300.

Wahyuni, E. D., Nursalam, N., Dewi, Y. S., Arifin, H., & Benjamin, L. S. (2024). Electronic nursing documentation for patient safety, quality of nursing care, and documentation: A systematic review. Journal of the Pakistan Medical Association, 74(9), 1669–1677. https://doi.org/10.47391/JPMA.9996

WHO. (2025). 2025. https://www-who-int.translate.goog/publications/i/item/9789240110236?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc

ISSN 3064-1187

BAB III

Pengembangan Kompetensi, Karier, dan Kesejahteraan Profesional Perawat

Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.Kp.,M.Kes

A. Profesionalitas Keperawatan dalam Konteks Perubahan Pelayanan Kesehatan

Keperawatan merupakan profesi yang menuntut perpaduan pengetahuan ilmiah, keterampilan klinis, penalaran etik, komunikasi, dan kepedulian terhadap pengalaman manusia. Perawat berinteraksi dengan pasien dan keluarga dalam situasi yang beragam, mulai dari promosi kesehatan dan pencegahan penyakit hingga perawatan akut, rehabilitasi, paliatif, dan dukungan pada akhir kehidupan. Perubahan demografi, peningkatan penyakit kronis, kompleksitas teknologi, serta tuntutan masyarakat terhadap pelayanan yang aman dan berpusat pada pasien membuat profesionalitas perawat tidak dapat dipahami sebagai kemampuan menjalankan prosedur semata. Profesionalitas perlu dipelihara melalui pembelajaran berkelanjutan, jalur karier yang bermakna, dan lingkungan kerja yang memungkinkan perawat memberikan asuhan bermutu .

Laporan global tentang tenaga keperawatan menegaskan bahwa perawat merupakan kelompok tenaga kesehatan terbesar, tetapi distribusi, kondisi kerja, kesempatan pendidikan, kepemimpinan, dan remunerasi masih berbeda antarnegara dan antarkawasan (WHO, 2025). Pertumbuhan jumlah perawat secara global belum otomatis menghapus ketimpangan akses terhadap tenaga yang kompeten. Dukungan kesehatan mental bagi perawat belum tersedia secara memadai di banyak negara, padahal kondisi kerja dan kesejahteraan berhubungan dengan retensi tenaga serta keberlanjutan sistem kesehatan (WHO, 2025). Dengan demikian, pengembangan profesional harus dilihat sebagai agenda individu sekaligus tanggung jawab organisasi dan kebijakan publik.

Di tingkat pelayanan, kompetensi yang baik membantu perawat mengenali perubahan kondisi pasien, mengantisipasi risiko, berkomunikasi secara tepat, dan menggunakan bukti ilmiah dalam pengambilan keputusan. Namun, kompetensi saja tidak cukup apabila perawat bekerja dalam kondisi kekurangan staf, tidak memiliki akses pelatihan, atau tidak memperoleh peluang karier yang adil. Sebaliknya, kesejahteraan yang baik tanpa dukungan pembelajaran juga berisiko membuat kompetensi tidak berkembang mengikuti perubahan praktik. Hubungan ketiga aspek tersebut bersifat timbal balik: kompetensi membuka peluang karier; karier yang jelas memperkuat motivasi dan makna kerja; kesejahteraan mendukung kemampuan belajar, kinerja, dan keberlanjutan karier.

Bab ini bertujuan membahas konsep profesionalitas keperawatan, strategi pengembangan dan pemeliharaan kompetensi, pilihan serta perencanaan karier, dimensi kesejahteraan profesional, risiko kerja, dan strategi penguatan yang dapat dilakukan oleh perawat, institusi pendidikan, organisasi pelayanan, organisasi profesi, serta pemerintah. Pembahasan juga mengintegrasikan ketiganya dalam kerangka yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien, serta menyertakan skenario reflektif untuk membantu pembaca menerapkan konsep pada situasi nyata.

B. Profesionalitas sebagai Fondasi Praktik Keperawatan

1. Profesionalitas, profesionalisme, dan akuntabilitas

Profesionalitas dapat dipahami sebagai kualitas pelaksanaan peran profesional yang tampak dalam kompetensi, perilaku, pertimbangan klinis, kepatuhan pada standar, dan tanggung jawab terhadap dampak tindakan. Profesionalisme merujuk pada nilai dan komitmen yang mendasari perilaku tersebut, termasuk integritas, penghormatan terhadap martabat manusia, keadilan, kerahasiaan, kompetensi, dan pengabdian kepada kepentingan pasien. Dalam praktik keperawatan, keduanya saling terkait: nilai profesional perlu diwujudkan melalui keputusan dan tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan, sedangkan keterampilan teknis harus dijalankan dalam batas kewenangan dan dengan kepekaan etik.

Perawat profesional bukan sekadar individu yang telah menyelesaikan pendidikan atau memiliki registrasi. Ia terus memelihara kompetensi, mengenali batas kemampuan, meminta bantuan ketika dibutuhkan, mendokumentasikan asuhan secara akurat, menyampaikan risiko, dan melaporkan insiden atau kondisi tidak aman melalui

mekanisme yang berlaku. Akuntabilitas tidak berarti menyalahkan individu untuk setiap hasil buruk. Akuntabilitas yang matang membedakan kesalahan manusia, perilaku berisiko, dan kegagalan sistem; organisasi perlu membangun budaya belajar agar pelaporan menjadi sarana perbaikan, bukan ancaman.

Mutu pelayanan dan keselamatan pasien dipengaruhi oleh pengetahuan perawat, kecukupan staf, dukungan pimpinan, komunikasi tim, serta rancangan sistem kerja. Meta-analisis (Li et al., 2024) menemukan hubungan antara burnout perawat dan mutu serta keselamatan pelayanan yang lebih rendah, disertai kepuasan pasien yang lebih buruk. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa profesionalitas tidak bisa dilepaskan dari konteks tempat kerja. Meminta perawat selalu tangguh tanpa memperbaiki kondisi sistem merupakan respons yang tidak memadai terhadap risiko keselamatan.

2. Kompetensi sebagai landasan profesionalitas

Kompetensi merupakan kapasitas terintegrasi untuk menggunakan pengetahuan, keterampilan, penalaran, sikap, dan perilaku dalam situasi praktik tertentu. Kompetensi bersifat kontekstual dan berkembang sepanjang karier. Seseorang dapat mahir melakukan prosedur yang rutin tetapi tetap membutuhkan dukungan ketika menghadapi kondisi kompleks, teknologi baru, dilema etik, atau situasi yang melibatkan banyak profesi. Oleh karena itu, penilaian kompetensi perlu mempertimbangkan bukan hanya pengetahuan deklaratif, tetapi juga penerapan, komunikasi, penilaian klinis, dan konsistensi perilaku.

Profesionalitas juga memerlukan kesediaan untuk menguji praktik terhadap bukti ilmiah. Praktik keperawatan berbasis bukti menggabungkan hasil penelitian terbaik, keahlian klinis, nilai dan preferensi pasien, serta konteks sumber daya. Tinjauan sistematis mengenai kompetensi evidence-based healthcare pada perawat praktik lanjut menempatkan kemampuan menilai bukti dan menerapkannya sebagai unsur penting bagi konsistensi pelayanan (Ylimäki et al., 2024). Dengan demikian, budaya profesional tidak cukup hanya mengandalkan kebiasaan atau senioritas; keputusan perlu ditelaah secara kritis dan diperbarui ketika bukti berubah.

C. Pengembangan Kompetensi Perawat secara Berkelanjutan

1. Kompetensi klinis dan nonklinis

Kompetensi klinis meliputi pengkajian, penetapan masalah keperawatan, perencanaan, pelaksanaan intervensi, evaluasi, edukasi, dokumentasi, dan deteksi dini

perburukan kondisi. Kompetensi nonklinis mencakup komunikasi, kolaborasi, kepemimpinan, manajemen waktu, literasi data, kemampuan mengajar, penelitian, refleksi, dan pengelolaan konflik. Keduanya tidak dapat dipisahkan: keputusan klinis yang tepat dapat kehilangan manfaat apabila disampaikan secara tidak jelas, dokumentasinya tidak lengkap, atau koordinasi antartim gagal.

Kompetensi etik dan legal meliputi persetujuan tindakan, kerahasiaan, perlindungan data, penghormatan terhadap pilihan pasien, pelaporan insiden, dan praktik sesuai kewenangan. Kompetensi keselamatan pasien mencakup identifikasi pasien, komunikasi efektif, penggunaan obat yang aman, pencegahan infeksi, pencegahan jatuh, serta pembelajaran dari kejadian nyaris cedera. Di era digital, perawat juga perlu memahami rekam medis elektronik, telehealth, keamanan siber, interoperabilitas data, serta keterbatasan alat pendukung keputusan. Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa kompetensi kesehatan digital perlu dikembangkan secara terencana karena tingkat kemampuan dan faktor pendukungnya bervariasi antarprofesi dan lingkungan kerja (Longhini et al., 2024); (Tischendorf et al., 2024).

Kompetensi penelitian mencakup kemampuan merumuskan pertanyaan klinis, mencari literatur, menilai mutu bukti, memahami indikator hasil, serta berpartisipasi dalam audit dan proyek peningkatan mutu. Tidak semua perawat harus menjadi peneliti utama, tetapi semua perawat perlu mampu mengenali bukti yang relevan dan mempertanyakan praktik yang tidak lagi efektif. Pada tingkat lanjut, perawat dapat mengembangkan keterampilan desain penelitian, analisis data, diseminasi hasil, dan implementasi inovasi.

2. Strategi pembelajaran dan pengembangan

Pendidikan formal dan pendidikan berkelanjutan memberikan fondasi konseptual sekaligus kesempatan memperdalam spesialisasi. Akan tetapi, keikutsertaan dalam seminar atau pelatihan tidak otomatis menghasilkan perubahan praktik. Program pengembangan perlu dimulai dari analisis kesenjangan kompetensi, menetapkan hasil belajar, menyediakan kesempatan menerapkan pengetahuan, serta mengevaluasi dampaknya terhadap perilaku dan hasil pelayanan. Hakvoort et al. (2022) menunjukkan bahwa kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan berbeda menurut tahap karier; perawat baru memerlukan dukungan transisi dan penerimaan tim, perawat berpengalaman membutuhkan akses sumber belajar dan dukungan manajerial, sedangkan perawat yang mengincar peran lanjut memerlukan kejelasan nilai serta ruang bagi peran tersebut.

Pelatihan berbasis simulasi berguna untuk melatih tindakan berisiko tinggi dalam lingkungan yang terkendali. Simulasi sebaiknya diikuti debriefing terstruktur yang mengajak peserta menelaah alasan di balik tindakan, komunikasi tim, titik keputusan, dan peluang perbaikan. Pembelajaran berbasis kasus membantu menghubungkan teori dengan kompleksitas klinis, sedangkan diskusi jurnal dan audit klinis memperkuat kebiasaan memeriksa bukti. Pelatihan perlu disesuaikan dengan kebutuhan unit; kebutuhan perawat ruang intensif berbeda dari perawat komunitas, layanan geriatri, kesehatan jiwa, atau perawatan paliatif (Eva et al., 2024).

Preceptorship membantu perawat baru menghubungkan pembelajaran akademik dengan praktik di tempat kerja melalui pendampingan terencana. Mentorship lebih luas dan dapat berfokus pada identitas profesional, pengembangan karier, kepemimpinan, dan pengelolaan tantangan kerja. Clinical supervision menyediakan ruang refleksi teratur terhadap keputusan, relasi terapeutik, dan pengalaman emosional dalam praktik. Agar efektif, pendamping perlu mendapat pelatihan, waktu yang terlindungi, kejelasan peran, dan pengakuan organisasi. Program pendampingan tidak boleh menjadi tambahan beban tanpa dukungan bagi mentor maupun peserta.

Pembelajaran sepanjang hayat juga dapat berlangsung melalui microlearning, modul daring, komunitas praktik, konferensi kasus, rotasi terencana, proyek peningkatan mutu, dan kolaborasi lintas profesi. Teknologi memperluas akses belajar, tetapi perlu mempertimbangkan ketersediaan perangkat, konektivitas, kemampuan digital, beban kerja, serta waktu belajar yang dilindungi. Program digital sebaiknya melengkapi, bukan menggantikan, pembelajaran klinis yang memerlukan observasi dan umpan balik langsung.

3. Evaluasi dan pemeliharaan kompetensi

Penilaian kompetensi sebaiknya menggunakan beberapa sumber bukti. Tes tertulis dapat menilai pengetahuan, simulasi menilai respons terhadap skenario, observasi langsung menilai pelaksanaan keterampilan, sedangkan audit dokumentasi dan umpan balik pasien dapat memberi informasi tentang konsistensi praktik. Penilaian 360 derajat dapat digunakan secara hati-hati untuk kompetensi komunikasi dan kolaborasi. Tidak ada satu instrumen yang memadai untuk menilai seluruh dimensi profesionalitas; hasil perlu ditafsirkan sesuai konteks dan standar yang telah disepakati.

Kredensial dan rekredensial perlu menghubungkan kualifikasi, kewenangan klinis, pengalaman, bukti kompetensi, dan kebutuhan pelayanan. Portofolio profesional dapat memuat riwayat pendidikan, sertifikat, refleksi kasus, hasil audit, kegiatan ilmiah, umpan

balik, kontribusi peningkatan mutu, dan rencana pengembangan individu. Portofolio bukan sekadar kumpulan sertifikat; nilainya terletak pada kemampuan menunjukkan perkembangan kompetensi dan dampak pembelajaran terhadap praktik.

Rencana pengembangan individu (Individual Development Plan/IDP) sebaiknya disusun bersama perawat dan atasan. Rencana ini menetapkan kompetensi prioritas, aktivitas belajar, dukungan yang diperlukan, indikator keberhasilan, serta jadwal evaluasi. Tujuan yang spesifik dan realistis lebih berguna daripada target umum seperti "meningkatkan kemampuan". Contohnya, perawat dapat menargetkan peningkatan akurasi serah terima dengan menggunakan format komunikasi terstruktur, kemudian menilai perubahan kelengkapan informasi melalui audit dalam tiga bulan.

D. Pengembangan Karier dan Jalur Profesional Perawat

1. Karier sebagai proses sepanjang kehidupan kerja

Karier profesional mencakup rangkaian peran, pengalaman, pembelajaran, kontribusi, dan tanggung jawab yang berkembang sepanjang kehidupan kerja. Karier tidak harus selalu bergerak ke posisi manajerial. Perawat dapat berkembang sebagai klinisi ahli, pendidik, peneliti, pemimpin mutu dan keselamatan, perawat komunitas, spesialis bidang tertentu, atau praktisi dengan kompetensi lanjut sesuai sistem regulasi dan kebutuhan layanan. Keragaman jalur memberi ruang bagi perawat untuk mengembangkan kekuatan tanpa memaksa semua orang meninggalkan praktik klinis demi memperoleh pengakuan.

Jenjang klinis umumnya mengaitkan peningkatan tingkat kompetensi dengan kompleksitas kasus, kemandirian pengambilan keputusan, kemampuan membimbing sejawat, kontribusi pada mutu, dan kepemimpinan klinis. Jalur manajerial berfokus pada pengelolaan tenaga, anggaran, mutu, budaya kerja, dan koordinasi layanan. Jalur akademik menekankan pendidikan, pengembangan kurikulum, pembimbingan, dan kegiatan ilmiah. Jalur penelitian menitikberatkan produksi dan penerapan pengetahuan, sedangkan jalur spesialisasi memperdalam kemampuan dalam populasi, kondisi, atau setting tertentu. Desain jenjang harus sesuai peraturan nasional dan kebijakan institusi; istilah serta persyaratan antarnegara tidak selalu dapat disamakan (Slagle et al., 2023).

Manfaat pengembangan karier tidak hanya dirasakan perawat. Organisasi memperoleh tenaga yang lebih kompeten, peluang suksesi kepemimpinan, serta retensi pengetahuan institusional. Pasien memperoleh manfaat ketika pengalaman dan kepakaran ditempatkan

sesuai kebutuhan pelayanan. Namun, jalur karier yang hanya formalitas, tanpa perbedaan peran, kewenangan, dukungan, atau penghargaan—dapat menimbulkan frustrasi dan mengurangi kepercayaan terhadap sistem.

2. Faktor yang mempengaruhi perkembangan karier

Perkembangan karier dipengaruhi kompetensi, pendidikan, pengalaman, motivasi, aspirasi, jejaring profesional, dan kemampuan mengakses kesempatan. Faktor organisasi sama pentingnya: ketersediaan posisi, transparansi kriteria promosi, dukungan atasan, beban kerja, pembiayaan pendidikan, kesempatan rotasi, serta budaya yang menghargai kepakaran klinis. Hakvoort et al. (2022) menyoroti hambatan berupa keterbatasan waktu, sumber daya, dukungan manajer, dan ketidakjelasan peran baru. Karena itu, kegagalan mengembangkan karier tidak boleh otomatis dipandang sebagai kurangnya ambisi individu.

Mentorship dapat membantu perawat memahami pilihan jalur, membangun jejaring, menyiapkan portofolio, dan menavigasi proses promosi. Namun, akses mentorship harus adil dan tidak bergantung semata pada kedekatan personal dengan pimpinan. Organisasi dapat menetapkan proses pencocokan mentor, sasaran pendampingan, durasi, mekanisme evaluasi, serta alternatif mentor apabila hubungan tidak berjalan baik. Sistem penghargaan juga perlu mencerminkan kontribusi klinis, pendidikan, penelitian, keselamatan, dan pengembangan sejawat, bukan hanya karena unsur senioritas atau administratif semata.

3. Perencanaan karier yang dapat ditindaklanjuti

Perencanaan karier dimulai dengan refleksi terhadap nilai profesional, minat, kekuatan, area yang perlu dikembangkan, kebutuhan kehidupan pribadi, dan peluang di lingkungan kerja. Setelah itu, perawat mengeksplorasi jalur karier yang tersedia, memeriksa persyaratan pendidikan dan kewenangan, serta berdiskusi dengan mentor atau pimpinan. Pemetaan karier perlu realistis dan fleksibel karena kebutuhan layanan, regulasi, serta kondisi pribadi dapat berubah.

Rencana karier yang baik memuat sasaran jangka pendek, menengah, dan panjang; kompetensi yang perlu dicapai; pengalaman yang harus diperoleh; sumber daya yang dibutuhkan; serta waktu peninjauan. Contoh sasaran jangka pendek ialah menyelesaikan pelatihan keselamatan obat dan memimpin audit kecil. Sasaran menengah dapat berupa menjadi preseptor atau koordinator proyek mutu, sedangkan sasaran jangka panjang dapat mencakup pendidikan spesialis, kepemimpinan klinis, atau peran akademik. Semua sasaran perlu diselaraskan dengan kesempatan nyata dan standar profesi (Eva et al., 2024).

Career mapping perlu disertai mekanisme evaluasi yang transparan. Organisasi sebaiknya memublikasikan kompetensi dan bukti yang diperlukan pada setiap jenjang, memberikan umpan balik berkala, dan menyediakan proses banding yang wajar. Remunerasi dan penghargaan sebaiknya mempertimbangkan tanggung jawab, kompetensi, risiko, kontribusi, dan kondisi kerja, dengan tetap mematuhi kebijakan serta peraturan yang berlaku. Sistem karier yang adil membantu mengurangi persepsi bahwa promosi lebih ditentukan oleh relasi personal daripada kinerja.

E. Kesejahteraan Profesional Perawat

1. Konsep dan dimensi kesejahteraan

Kesejahteraan profesional (professional well-being) merujuk pada kondisi ketika perawat mampu menjalankan peran dengan aman dan bermakna, memperoleh dukungan yang memadai, memiliki peluang berkembang, dan mempertahankan kehidupan di luar pekerjaan. Konsep ini beririsan dengan kesehatan fisik dan psikologis, tetapi tidak identik dengannya. Seorang perawat mungkin tidak memiliki gangguan klinis tertentu namun tetap mengalami kelelahan, kehilangan makna kerja, ketidakadilan, atau konflik nilai yang mengurangi kesejahteraan profesional. Sebaliknya, program kesehatan individu tidak akan menyelesaikan masalah struktural seperti kekurangan staf atau jadwal yang tidak terkendali.

Dimensi fisik mencakup pemulihan setelah kerja, kecukupan istirahat, ergonomi, pencegahan cedera, dan perlindungan dari paparan bahaya. Dimensi psikologis meliputi rasa aman, kemampuan mengelola tekanan, dukungan emosional, serta akses pada bantuan profesional. Dimensi sosial terkait hubungan dengan rekan, pimpinan, pasien, dan keluarga. Kesejahteraan finansial berkaitan dengan kecukupan dan kepastian pendapatan, keadilan kompensasi, dan kemampuan memenuhi kebutuhan hidup. Kepuasan kerja, keseimbangan kerja-kehidupan (work-life balance), rasa dihargai, otonomi, serta makna profesional melengkapi gambaran kesejahteraan (Almeida et al., 2024).

Kesejahteraan perlu dipahami sebagai pengalaman yang dinamis dan dipengaruhi fase karier serta konteks layanan. Perawat baru dapat menghadapi tekanan transisi dan keraguan diri; perawat berpengalaman dapat mengalami beban peran dan stagnasi; perawat dengan tanggung jawab keluarga mungkin menghadapi konflik jadwal; sedangkan pemimpin klinis menghadapi tuntutan koordinasi dan keputusan sulit. Kebijakan yang seragam belum tentu menjawab kebutuhan yang berbeda-beda.

2. Faktor risiko dan dampak terhadap pelayanan

Beban kerja berlebih, ketidakseimbangan jumlah staf dan kebutuhan pasien, jadwal yang tidak menentu, lembur berkepanjangan, kekerasan di tempat kerja, konflik interpersonal, minimnya otonomi, dan dukungan pimpinan yang lemah dapat mengikis kesejahteraan. Tinjauan sistematis mengenai staffing dan jadwal kerja menunjukkan pentingnya faktor organisasi dalam memahami turn-over perawat (Bae, 2024). Tinjauan determinan niat untuk bertahan juga menemukan bahwa kepuasan kerja dan komitmen organisasi merupakan faktor penting, dengan kebutuhan yang dapat berbeda menurut generasi dan tahap karier (Pressley & Garside, 2023).

Stres kerja merupakan respons terhadap tuntutan yang dirasakan melebihi sumber daya atau kendali yang tersedia. Burnout adalah fenomena terkait pekerjaan yang melibatkan kelelahan, jarak mental atau sinisme terhadap pekerjaan, dan penurunan efektivitas profesional. Meta-analisis Ge et al. (2023) menemukan beban burnout yang bermakna pada perawat di berbagai negara, meskipun estimasi berbeda menurut wilayah, spesialisasi, dan periode. Tinjauan Li et al. (2024) memperkuat pentingnya isu ini dengan menunjukkan asosiasi burnout dengan hasil mutu dan keselamatan yang lebih buruk. Temuan tersebut mendukung intervensi sistemik, bukan hanya pelatihan ketahanan individual.

Moral distress terjadi ketika perawat mengetahui tindakan yang dianggap benar secara etik tetapi mengalami hambatan untuk melakukannya, misalnya karena keterbatasan sumber daya, hierarki, atau keputusan organisasi. Tinjauan sistematis dan meta-analisis menunjukkan bahwa moral distress merupakan persoalan yang perlu diperhatikan dalam praktik keperawatan (Alimoradi et al., 2023; Salari et al., 2022). Jika berlangsung berulang tanpa ruang diskusi dan tindak lanjut, pengalaman ini dapat menurunkan kepuasan kerja dan kepercayaan pada organisasi. Compassion fatigue juga dapat muncul ketika paparan berulang terhadap penderitaan pasien dan keluarga tidak diimbangi dukungan, pemulihan, dan supervisi yang memadai.

Strategi individual seperti mindfulness, dukungan sebaya, konseling, dan pelatihan pengelolaan stres dapat membantu sebagian perawat. Namun, tinjauan strategi individual untuk menurunkan burnout perlu dibaca bersama bukti mengenai faktor organisasi: intervensi personal tidak menggantikan kebutuhan memperbaiki staffing, beban, jadwal, kepemimpinan, dan akses istirahat (Hsu et al., 2024; Lee & Cha, 2023). Penguatan struktural dan dukungan psikososial harus berjalan bersamaan.

3. Membangun lingkungan kerja yang sehat

Lingkungan kerja yang sehat memiliki staffing yang memadai, kepemimpinan yang responsif, komunikasi yang terbuka, kolaborasi interprofesional, kesempatan belajar, otonomi sesuai kompetensi, dan kebijakan anti-kekerasan. Perawat perlu dilibatkan dalam keputusan yang mempengaruhi praktik sehari-hari karena mereka memiliki pengetahuan langsung mengenai kebutuhan pasien dan alur kerja. Partisipasi yang bermakna dapat meningkatkan rasa memiliki sekaligus membantu organisasi mengenali risiko yang tidak tampak dari tingkat manajemen (Cohen et al., 2023).

Organisasi dapat memulai dengan memantau indikator seperti lembur, absensi, turnover, insiden keselamatan, penggunaan cuti, hasil survei kesejahteraan, dan akses pelatihan. Data harus ditafsirkan secara kontekstual dan tidak digunakan untuk menghukum unit atau individu tanpa analisis akar masalah. Forum debriefing setelah kejadian kritis, peer support, akses konseling rahasia, serta prosedur rujukan profesional dapat memberi dukungan setelah pengalaman traumatis (Li et al., 2024). Program tersebut harus disertai kejelasan kerahasiaan dan perlindungan dari stigma.

Dukungan finansial dan penghargaan profesional juga merupakan bagian dari kesejahteraan. Remunerasi yang transparan, kompensasi yang sesuai dengan tanggung jawab, akses beasiswa, dukungan

untuk sertifikasi, dan pengakuan atas kontribusi peningkatan mutu menunjukkan bahwa organisasi menghargai keahlian perawat. Penghargaan tidak selalu berbentuk uang; kesempatan memimpin proyek, menyampaikan inovasi, menjadi mentor, atau mengikuti konferensi dapat memperkuat perkembangan profesional. Namun, bentuk nonfinansial tidak boleh dipakai untuk membenarkan kompensasi yang tidak adil.

F. Integrasi Kompetensi, Karier, dan Kesejahteraan Profesional

Kompetensi, karier, dan kesejahteraan sebaiknya diperlakukan sebagai satu ekosistem. Kompetensi meningkatkan kemampuan perawat menangani situasi klinis dan memperluas pilihan peran. Pengakuan terhadap kompetensi melalui jalur karier yang jelas dapat meningkatkan rasa bermakna dan motivasi belajar. Pada gilirannya, kesejahteraan yang terjaga membantu perawat mempertahankan perhatian, refleksi, kreativitas, dan keterlibatan dalam pembelajaran. Sebaliknya, burnout dan stagnasi karier dapat mengurangi energi untuk belajar serta meningkatkan keinginan meninggalkan pekerjaan

(Kanaskie & Reynolds, 2020; Kiptulon et al., 2024). Adapun gambaran skema visual integrasi kompetensi, karier, dan kesejahteraan profesional perawat dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 1. Integrasi Kompetensi, Karier, dan Kesejahteraan Profesional Perawat

1. Skema Visual siklus saling menguatkan (synergistic closed-loop)

Deskripsi Skema Visual hubungan siklus saling menguatkan atau synergistic closed-loop dimana ketiga pilar utama saling bertumpu untuk mencapai pusat tujuan:

a. **Pengembangan Kompetensi**: Berfokus pada penguasaan keterampilan klinis, keterlibatan dalam *Evidence-Based Practice (EBP) Fellowship*, serta peningkatan otonomi praktik profesional.
b. **Pengembangan Karier**: Berfokus pada struktur Jenjang Karier Klinis (*Clinical Ladder* Level I–IV), keterlibatan dalam *Shared Governance*, serta program *Reward & Recognition*.
c. **Kesejahteraan Profesional (Emerald Green)**: Berfokus pada pembentukan budaya organisasi yang positif (*Positive Organizational Culture*), mitigasi stres

kerja (*Work-Related Stress*) dan *burnout*, serta penegakan budaya keselamatan (*Culture of Safety*).

d. **Pusat Integrasi (*Central Hub*)**: Ketiga pilar ini bermuara pada peningkatan **Kualitas Pelayanan Pasien** dan **Retensi Tenaga Keperawatan**

2. **Integrasi Multi-Dimensi Keperawatan**

Integrasi komponen, mekanisme organisasi, indikator evaluasi, serta bentuk keterkaitan antar-pilar secara terstruktur ditampilkan pada tabel 1.

Tabel 1. Integrasi Multi Dimensi Keperawatan

Dimensi Utama	Fokus & Komponen Kunci	Mekanisme Implementasi Organisasi	Indikator Keberhasilan & Alat Ukur	Sinergi Integrasi Antar-Pillar
Pengembangan Kompetensi	• Peningkatan kapasitas klinis berjenjang (*Novice to Expert*). • Pelatihan *Evidence-Based Practice (EBP)* & inovasi klinis. • Otonomi klinis & pembuatan keputusan berbasis bukti.	• Penyelenggaraan *EBP Fellowship Program* (3 hari imersi & mentorship). • Penyediaan *Innovation Award* untuk proyek keselamatan pasien. • Fasilitasi pendidikan berkelanjutan (*continuing education*).	• Hasil audit praktik klinis berbasis bukti. • Luaran keselamatan pasien (penurunan *pressure ulcer*, kesalahan medis). • Tingkat penyelesaian proyek EBP & publikasi.	**Memperkuat Karier & Kesejahteraan:**Kompetensi yang tinggi menjadi syarat utama kenaikan jenjang karier klinis serta meningkatkan efikasi diri (*personal accomplishment*) yang menekan *burnout*.
Pengembangan Karier	• Jenjang Karier Klinis (Clinical Ladder Level I–IV). • Partisipasi dalam Shared Governance (Dewan Keperawata	• Pembentukan Professional Nursing Practice Council yang dipimpin perawat klinis. • Evaluasi portofolio tahunan, narasi klinis,	• Persentase perawat di Level III (Proficient) & IV (Expert). • Tingkat keterlibatan (staff engagement) dalam	**Memperkuat Kompetensi & Kesejahteraan:Struktur karier yang transparan memotivasi perawat memperdalam kompetensi, sementara pengakuan profesional meningkatkan job satisfaction dan menurunkan stres.**

	n Unit & Departeme) • Sistem penghargaa n (Reward, Recognitio n & Scholarship)	dan peer review. • Jam kerja teralokasi (paid time) untuk rapat dewan dan kepemimpina n.	pembuatan keputusan. • Evaluasi kepemimpi nan perawat.	
Kesejahte raan Profesion al	• Budaya Organisasi Positif (Positive Culture & Climate) • Mitigasi Stres Kerja (Work-Related Stress) & Burnout • Kepemim pinan Autentik (Authentic Leadership) & Dukungan Manajerial.	• Pengaturan beban kerja yang fleksibel dan kecukupan staf (staffing) .• Penerapan Patient Safety Culture tanpa kebijakan punitif. • Intervensi psikologis pencegahan burnout jangka panjang.	• Penguk uran burnout menggun akan Maslach Burnout Inventory (MBI) (EE, DP, PA). • Instrumen lingkungan kerja keperawatan (seperti CNPE-S atau PES-NWI). • Penurunan tingkat turnover & absenteeism	**Memperkuat Kompetensi & Karier:Lingkungan kerja yang aman dan sejahtera secara psikologis mencegah kelelahan emosional (emotional exhaustion), menjaga daya tahan (retention) perawat untuk meniti karier jangka panjang.**

Rangkaian tersebut bukan merupakan hubungan linier yang otomatis. Lingkungan kerja, kepemimpinan, beban kerja, regulasi, dukungan keluarga, dan ketersediaan sumber daya mempengaruhi setiap mata rantai. Kesejahteraan yang baik juga memungkinkan pembelajaran, sehingga hubungan antarkomponen bersifat dua arah (Kanaskie & Reynolds, 2020).

Tabel 2. Integrasi Komponen Kompetensi, Karier, Kesejahteraan, dan Hasil Pelayanan dalam uraian mekanisme pengaruh disertai contoh indikator

Komponen	Mekanisme pengaruh	Contoh indikator
Kompetensi	Pengetahuan dan keterampilan meningkatkan penalaran, kemandirian, dan ketepatan tindakan.	Hasil asesmen, kepatuhan standar, audit praktik, kontribusi pada mutu.
Karier	Jalur yang transparan memberi arah, pengakuan, dan kesempatan memanfaatkan kepakaran.	Kejelasan kriteria jenjang, akses pelatihan, promosi, mobilitas peran.
Kesejahteraan	Pemulihan, dukungan, otonomi, dan rasa dihargai membantu keberlanjutan kinerja.	Burnout, absensi, lembur, kepuasan kerja, niat bertahan.
Hasil pelayanan	Kompetensi dan kondisi kerja yang mendukung meningkatkan peluang pelayanan aman dan berpusat pada pasien.	Insiden, pengalaman pasien, mutu dokumentasi, hasil audit keselamatan.

Keterangan:

Sumber: (Chang et al., 2022)

Implikasi penting dari model tersebut adalah organisasi tidak seharusnya memisahkan program pelatihan, promosi, dan kesejahteraan ke dalam kebijakan yang tidak saling terhubung. Misalnya, pelatihan spesialisasi perlu disertai perencanaan penempatan, kewenangan, dukungan praktik, dan pengakuan terhadap kompetensi yang diperoleh. Program karier juga perlu mempertimbangkan beban kerja agar perawat tidak harus mengorbankan istirahat atau kehidupan keluarga untuk memenuhi syarat pengembangan. Investasi pendidikan akan kurang efektif jika lulusan tidak diberi kesempatan menerapkan kompetensinya (Rizzo et al., 2023).

3. Analisis Keterkaitan dan Sinergi Integrasi

Integrasi ketiga aspek keperawatan ini bekerja secara berkesinambungan:

a. **Kompetensi ke Karier**: Perawat yang mengikuti *EBP Fellowship* dan mengembangkan inovasi klinis menyusun portofolio narasi klinis untuk naik ke Jenjang *Clinical Ladder* Level III atau IV (Kanaskie & Reynolds, 2020).

b. **Karier ke Kesejahteraan**: Keterlibatan aktif dalam *Shared Governance* memberi perawat kontrol atas praktik mereka (*control over practice*), yang diakui sebagai salah satu faktor budaya positif utama penghilang stres dan penikmat kepuasan kerja (*job satisfaction*) (Kiptulon et al., 2024).

c. **Kesejahteraan ke Keberlanjutan Sistem**: Lingkungan kerja yang minim gesekan (*non-conflictual*) dan didukung oleh kepemimpinan autentik secara langsung menekan angka *emotional exhaustion* dan *depersonalization*. Hal ini menciptakan kondisi mental yang stabil bagi perawat untuk terus belajar meningkatkan kompetensinya tanpa mengalami kelelahan berlebih (Rizzo et al., 2023).

Integrasi juga menuntut penggunaan data yang seimbang. Jika organisasi hanya mengukur jumlah sertifikat, peningkatan kompetensi mungkin tampak tinggi meskipun praktik tidak berubah. Jika hanya mengukur promosi, kualitas lingkungan kerja dapat terabaikan. Jika hanya menilai kepuasan, masalah keselamatan atau kesenjangan akses karier mungkin tidak terlihat. Indikator pembelajaran, kemajuan karier, kesejahteraan, dan hasil pasien perlu dianalisis bersama, dengan perhatian pada variasi ant unit dan kelompok tenaga.

G. Peran Pemangku Kepentingan dalam Pengembangan Profesional

1. Peran individu perawat

Perawat memiliki tanggung jawab untuk mengenali kebutuhan belajar, melakukan refleksi, memelihara kompetensi, mencari umpan balik, dan menjaga praktik dalam batas kewenangan. Self-directed learning dapat dilakukan dengan menetapkan pertanyaan klinis, menelaah pedoman, berdiskusi dengan sejawat, dan mengevaluasi perubahan praktik. Refleksi profesional bukan sekadar menuliskan pengalaman, tetapi menelaah asumsi, respons emosional, bukti yang digunakan, konsekuensi tindakan, serta alternatif yang mungkin dilakukan (Hsu et al., 2024). Perawat juga perlu merencanakan karier dengan mempertimbangkan tujuan, kemampuan, dan kebutuhan hidup .

Pengembangan jejaring profesional melalui organisasi profesi, komunitas praktik, seminar, dan kolaborasi penelitian memperluas akses pada gagasan dan dukungan. Perawat perlu aktif melaporkan kondisi tidak aman dan berpartisipasi dalam perbaikan mutu. Pada saat yang sama, tanggung jawab individual harus disertai akses yang wajar terhadap pelatihan, waktu belajar, supervisi, dan sumber daya. Kegagalan sistem menyediakan kesempatan tidak dapat diselesaikan hanya dengan meminta perawat lebih proaktif.

2. Peran institusi pendidikan

Institusi pendidikan bertanggung jawab membekali lulusan dengan fondasi klinis, etik, komunikasi, literasi digital, penalaran ilmiah, dan kemampuan belajar sepanjang hayat. Kurikulum perlu responsif terhadap kebutuhan layanan, perubahan teknologi, kesehatan masyarakat, dan praktik berbasis bukti. Simulasi, pembelajaran interprofesional, pengalaman klinis yang terstruktur, dan asesmen autentik dapat membantu menghubungkan pengetahuan dengan praktik. Pendidikan juga perlu menumbuhkan kemampuan refleksi dan keberanian menyampaikan kekhawatiran keselamatan secara profesional (Slagle et al., 2023).

Kolaborasi pendidikan–pelayanan penting agar capaian pembelajaran selaras dengan kebutuhan lapangan. Rumah sakit, puskesmas, layanan komunitas, dan institusi pendidikan dapat menyusun program transisi lulusan, preceptorship, penelitian terapan, dan proyek peningkatan mutu bersama. Program pascasarjana atau spesialisasi perlu dirancang dengan mempertimbangkan kebutuhan tenaga dan peluang penerapan hasil belajar. Hubungan ini sebaiknya bersifat dua arah: praktik memberi masukan untuk kurikulum, sementara perguruan tinggi membantu pelayanan mengakses bukti dan evaluasi.

3. Peran organisasi pelayanan kesehatan

Organisasi pelayanan perlu mengembangkan sistem kredensial, peta karier, penilaian kompetensi, mentorship, preceptorship, dan dukungan pendidikan yang transparan. Manajer keperawatan memiliki peran kunci dalam mengidentifikasi kebutuhan pengembangan, memberi umpan balik, merencanakan staf, dan menciptakan iklim yang aman untuk bertanya serta melaporkan kesalahan. Pemimpin yang baik tidak hanya menuntut pencapaian, tetapi menghilangkan hambatan belajar dan memastikan tenaga memiliki kapasitas untuk memberikan asuhan yang aman.

Organisasi pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan, tingkat pelayanan, dan bentuk penyelenggaraannya (Papanicolas et al., 2022).

Berdasarkan jenis pelayanan: terdapat 1) Organisasi pelayanan promotif dan preventif; 2) Organisasi pelayanan kuratif; 3) Organisasi pelayanan rehabilitatif; 4) Organisasi pelayanan paliatif dan perawatan jangka panjang.

Berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan, terdapat :

Tingkat	Karakteristik	Contoh di Indonesia
Primer	Pelayanan kontak pertama, komprehensif, dan berkesinambungan	Puskesmas, klinik pratama, praktik mandiri dokter
Sekunder	Pelayanan spesialistik, umumnya melalui rujukan atau sesuai ketentuan akses	Rumah sakit dengan pelayanan spesialis
Tersier	Pelayanan spesialistik dan subspesialistik yang kompleks	Rumah sakit dengan layanan subspesialis dan pusat rujukan kompleks

Berdasarkan penyelenggara

Jenis	Karakteristik	Contoh
Pemerintah	Diselenggarakan oleh pemerintah pusat atau daerah	Puskesmas dan rumah sakit pemerintah

Swasta	Diselenggarakan oleh badan atau pihak swasta sesuai ketentuan	Rumah sakit swasta dan klinik swasta
Organisasi sosial atau nirlaba	Mengutamakan misi sosial dan pelayanan kepada masyarakat sesuai tujuan organisasinya	Lembaga sosial yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan

Klasifikasi penyelenggara tersebut tidak selalu menentukan jenis layanan. Organisasi pemerintah maupun swasta dapat memberikan pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif sesuai izin serta kemampuan pelayanannya (Papanicolas et al., 2022)

Organisasi pelayanan kesehatan tersebut di atas juga berperan dalam pertanggung jawaban terhadap kesehatan dan keselamatan kerja, beban kerja, jadwal, perlindungan dari kekerasan, mekanisme pengaduan, dan dukungan setelah kejadian kritis. Penetapan kebijakan kesejahteraan perlu didasarkan pada konsultasi dengan perawat dan evaluasi data. Kesejahteraan tidak seharusnya menjadi program seremonial tahunan; ia perlu masuk ke dalam perencanaan sumber daya manusia, pengukuran mutu, dan akuntabilitas pimpinan.

4. Peran organisasi profesi dan pemerintah

Pemerintah dan regulator menetapkan kerangka hukum, standar pendidikan, registrasi, kewenangan praktik, serta perlindungan tenaga dan pasien. Kebijakan harus mendukung distribusi perawat yang lebih adil, pengembangan kompetensi sesuai kebutuhan wilayah, pengakuan terhadap peran spesialis, dan kesempatan kepemimpinan. Laporan WHO (2025) menekankan perlunya investasi berkelanjutan dalam pendidikan, pekerjaan, kepemimpinan, remunerasi, kondisi kerja, dan dukungan kesehatan mental. Organisasi profesi dapat membantu melalui standar praktik, pendidikan berkelanjutan, advokasi, jejaring ilmiah, dan panduan etik (Rizzo et al., 2023).

Dalam konteks Indonesia, implementasi kebijakan harus merujuk pada peraturan yang berlaku mengenai praktik keperawatan, jabatan fungsional, pendidikan, registrasi, serta kewenangan klinis. Ketentuan dan nomenklatur dapat berubah; karena itu, institusi perlu melakukan verifikasi terhadap sumber hukum resmi sebelum menyusun persyaratan jenjang atau kredensial. Pengembangan karier perlu dirancang dengan memperhatikan perbedaan kapasitas antar wilayah dan jenis fasilitas agar peluang tidak hanya terkonsentrasi di rumah sakit besar atau kota utama.

H. Tantangan Kontemporer dan Strategi Penguatan di Masa Depan

1. Transformasi digital dan kompleksitas pelayanan

Digitalisasi membuka peluang untuk dokumentasi yang lebih terintegrasi, telehealth, pemantauan jarak jauh, analitik klinis, dan pembelajaran daring. Namun, teknologi dapat menambah beban apabila sistem tidak ramah pengguna, data harus dimasukkan berulang, atau alur kerja tidak dirancang bersama pengguna. Perawat perlu memiliki literasi digital sekaligus kemampuan menilai validitas informasi, menjaga privasi, mengidentifikasi bias, dan memahami bahwa keputusan klinis tetap membutuhkan penilaian profesional. Pendidikan digital sebaiknya mencakup penggunaan teknologi yang aman, etis, inklusif, dan berorientasi pada pasien.

Penuaan populasi, multimorbiditas, kebutuhan kesehatan jiwa, serta pergeseran perawatan ke komunitas meningkatkan kebutuhan kompetensi yang lebih beragam. Perawat perlu menguasai koordinasi perawatan, edukasi pasien, dukungan keluarga, dan kerja lintas profesi. Sementara itu, kekurangan dan ketimpangan distribusi tenaga mengharuskan kebijakan retensi dan pengembangan peran disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Laporan WHO (2025) menegaskan bahwa ketimpangan tenaga tetap menjadi tantangan meskipun jumlah global meningkat.

2. Retensi, mobilitas, dan perubahan ekspektasi karier

Mobilitas tenaga keperawatan dapat memperluas pengalaman dan pendapatan individu, tetapi juga dapat memperlebar kekurangan tenaga pada wilayah yang kehilangan staf. Respons kebijakan perlu menggabungkan kesempatan karier yang layak, kondisi kerja aman, remunerasi adil, akses pendidikan, dan jalur mobilitas yang transparan. Retensi tidak semata-mata dicapai melalui ikatan dinas atau insentif sementara; perawat perlu melihat masa depan profesional di tempat kerja dan merasa bahwa kontribusinya diakui (Bakken & Dreisbach, 2022).

Perbedaan generasi dan tahap kehidupan mempengaruhi cara perawat memandang fleksibilitas, pengembangan, pengakuan, dan keseimbangan hidup. Organisasi tidak perlu membuat stereotip berdasarkan usia, tetapi menyediakan pilihan yang wajar, komunikasi terbuka, dan akses kesempatan yang adil. Fleksibilitas jadwal, dukungan pengasuhan bila tersedia, jalur klinis bagi ahli, dan peluang pendidikan dapat membantu tenaga dengan kebutuhan yang berbeda. Kebijakan semacam ini harus tetap memperhatikan kesinambungan layanan dan keselamatan pasien.

3. Agenda strategi penguatan

Strategi masa depan perlu menggabungkan delapan arah. Pertama, pengembangan kompetensi berbasis analisis kebutuhan dan risiko pelayanan, bukan hanya kalender pelatihan. Kedua, career pathway yang transparan dengan kriteria dan penghargaan yang jelas. Ketiga, mentorship, preceptorship, dan kepemimpinan klinis yang memiliki sumber daya. Keempat, budaya organisasi yang mendukung pembelajaran, pelaporan, dan refleksi. Kelima, lingkungan kerja sehat dengan perhatian pada staffing, jadwal, keselamatan, dan kesehatan mental. Keenam, pemanfaatan teknologi untuk pembelajaran dan praktik tanpa mengabaikan keamanan data. Ketujuh, kebijakan retensi dan kesejahteraan yang melibatkan perawat dalam perancangan. Kedelapan, penguatan praktik berbasis bukti melalui akses literatur, audit, dan kolaborasi penelitian.

Pelaksanaan strategi dapat dimulai dengan pemetaan kondisi dasar, pemilihan indikator, uji coba pada unit prioritas, dan evaluasi berkala. Setiap program sebaiknya memiliki penanggung jawab, anggaran, jadwal, serta mekanisme umpan balik. Organisasi perlu menilai apakah kesempatan pengembangan menjangkau perawat kontrak, perawat di wilayah terpencil, perawat dengan tanggung jawab keluarga, dan kelompok yang secara historis memiliki akses lebih terbatas. Pemerataan kesempatan merupakan bagian dari profesionalitas dan keadilan organisasi (Kiptulon et al., 2024).

I. Skenario Reflektif: Kompeten tetapi Mengalami Stagnasi Karier

Kasus berikut merupakan skenario pembelajaran ilustratif, bukan laporan penelitian. Seorang perawat berpengalaman di unit rawat inap dikenal memiliki keterampilan klinis baik, komunikasi yang empatik, dan dokumentasi yang tertib. Ia sering membantu rekan baru dan beberapa kali mengidentifikasi risiko keselamatan pasien. Namun, selama beberapa tahun ia tidak memperoleh kesempatan mengikuti pelatihan lanjutan atau terlibat dalam proyek mutu. Kriteria kenaikan jenjang tidak dipahami secara jelas, sementara tugas tambahan sebagai pembimbing dilakukan tanpa pengurangan beban kerja atau pengakuan formal. Jadwal lembur yang sering dan sulitnya menukar shift membuat keseimbangan kehidupan pribadi terganggu. Perawat mulai merasa tidak dihargai, kurang bersemangat mengikuti pembelajaran, dan mempertimbangkan pindah kerja.

1. Analisis masalah

Pertama, masalah kompetensi tidak harus berarti bahwa perawat tersebut tidak kompeten. Kasus menunjukkan risiko stagnasi kompetensi karena akses pengembangan terbatas dan tidak adanya rencana belajar yang terstruktur. Perawat masih membutuhkan asesmen kebutuhan untuk menentukan apakah ada kompetensi baru yang relevan, misalnya kepemimpinan klinis, pembimbingan, audit mutu, atau spesialisasi. Organisasi perlu mengakui kompetensi yang telah dimiliki dan memberi kesempatan untuk memperbaruinya.

Kedua, hambatan karier muncul dari ketidakjelasan kriteria jenjang, terbatasnya akses pelatihan, tugas pembimbing yang tidak diakui, dan lemahnya dukungan manajerial. Hambatan ini bersifat organisasional, bukan semata kurangnya inisiatif. Ketiga, kesejahteraan terdampak oleh lembur, kontrol yang terbatas atas jadwal, beban tambahan, dan persepsi kurangnya penghargaan. Kombinasi tersebut berpotensi meningkatkan kelelahan dan burnout, yang dalam literatur berhubungan dengan mutu serta keselamatan pelayanan yang lebih rendah (Li et al., 2024).

2. Rencana intervensi

Pada tingkat individu, perawat dapat melakukan refleksi terstruktur, menyusun portofolio bukti kompetensi, mendiskusikan aspirasi karier dengan mentor, dan merancang IDP dengan sasaran yang terukur. Ia dapat mengidentifikasi pilihan jalur klinis, pendidikan, kepemimpinan mutu, atau mentorship, kemudian menentukan kompetensi dan pengalaman yang dibutuhkan. Perawat juga perlu memanfaatkan mekanisme dukungan psikososial yang tersedia dan mendiskusikan batas beban kerja secara profesional.

Pada tingkat organisasi, kepala unit dan manajer keperawatan perlu menjadwalkan percakapan karier, menjelaskan kriteria promosi, mengakui peran pembimbing, dan menyediakan akses pelatihan yang adil. Beban kerja serta lembur perlu ditelaah dengan data staffing dan kompleksitas pasien. Jika tugas mentorship menjadi tanggung jawab formal, waktu dan kapasitas kerja perlu disesuaikan. Organisasi dapat menawarkan proyek mutu sebagai kesempatan menerapkan kompetensi, sekaligus mengevaluasi dampaknya. Dalam tiga hingga enam bulan, indikator yang dapat ditinjau meliputi penyelesaian sasaran IDP, kejelasan rencana karier, distribusi pelatihan, jam lembur, kepuasan kerja, dan niat bertahan.

Kasus tersebut memperlihatkan bahwa profesionalitas adalah hasil interaksi kemampuan individu dan kondisi sistem. Perawat tetap memiliki tanggung jawab untuk belajar dan menyampaikan kebutuhan, tetapi organisasi wajib menyediakan jalur yang adil dan lingkungan yang memungkinkan praktik aman. Jika intervensi hanya berupa motivasi atau pelatihan manajemen stres, akar masalah karier dan beban kerja akan tetap ada. Sebaliknya, kombinasi asesmen kompetensi, perencanaan karier, pengakuan, dan perbaikan lingkungan kerja dapat menguatkan retensi sekaligus mutu pelayanan.

J. Penutup

Profesionalitas yang Berkelanjutan

Pengembangan kompetensi, karier, dan kesejahteraan profesional merupakan tiga pilar yang saling bergantung dalam membangun profesionalitas keperawatan. Kompetensi menjadi fondasi bagi penalaran klinis, tindakan aman, komunikasi, kolaborasi, dan praktik berbasis bukti. Pengembangan karier memberi arah bagi pembelajaran serta kesempatan untuk menggunakan kepakaran dalam jalur klinis, manajerial, akademik, penelitian, atau spesialisasi. Kesejahteraan profesional memungkinkan perawat mempertahankan energi, makna kerja, hubungan yang sehat, dan komitmen terhadap profesi.

Tantangan kontemporer, mulai dari transformasi digital, meningkatnya kompleksitas pasien, ketimpangan distribusi tenaga, hingga risiko burnout—menunjukkan bahwa pengembangan profesional tidak dapat diserahkan kepada individu semata. Institusi pendidikan perlu menyiapkan kompetensi yang relevan dan berkolaborasi dengan pelayanan. Organisasi kesehatan perlu membangun sistem karier transparan, dukungan pembelajaran, staffing dan jadwal yang aman, kepemimpinan responsif, serta program kesejahteraan yang berkelanjutan (Aronsson et al., 2017). Organisasi profesi dan pemerintah perlu memastikan regulasi, perlindungan, pemerataan, dan investasi tenaga keperawatan.

Arah ke depan adalah mengembangkan ekosistem profesional yang menyatukan pembelajaran, pengakuan, kesejahteraan, dan mutu pelayanan dalam satu perencanaan. Keberhasilan tidak cukup diukur dari jumlah pelatihan atau sertifikat, tetapi juga dari perubahan praktik, kesempatan karier yang adil, kondisi kerja, retensi, dan hasil keselamatan pasien. Profesionalitas perawat pada akhirnya bukan hanya kemampuan untuk bekerja dengan baik, melainkan juga tersedianya kondisi yang memungkinkan

perawat terus berkembang, bekerja secara bermartabat, dan memberikan asuhan yang aman serta bermakna.

Referensi

Alimoradi, Z., Jafari, E., Lin, C. Y., Rajabi, R., Marznaki, Z. H., Soodmand, M., Potenza, M. N., & Pakpour, A. H. (2023). Estimation of moral distress among nurses: A systematic review and meta-analysis. Nursing Ethics, 30(3), 334–357. https://doi.org/10.1177/09697330221135212

Almeida, D., Figueiredo, A. R., & Lucas, P. (2024). Nurses' Well-Being at Work in a Hospital Setting: A Scoping Review. Healthcare (Switzerland), 12(2), 1–15. https://doi.org/10.3390/healthcare12020173

Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. BMC Public Health, 1–13. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7

Bae, S. H. (2024). Assessing the impacts of nurse staffing and work schedules on nurse turnover: A systematic review. International Nursing Review, 71(1), 168–179. https://doi.org/10.1111/inr.12849

Bakken, S., & Dreisbach, C. (2022). Informatics and data science perspective on Future of Nursing 2020 À 2030 : Charting a pathway to health equity. Nursing Outlook, 70(6), S77–S87. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.04.004

Chang, Y. C., Chang, H. Y., & Feng, J. Y. (2022). Appraisal and evaluation of the instruments measuring the nursing work environment: A systematic review. Journal of Nursing Management, 30(3), 670–683. https://doi.org/10.1111/jonm.13559

Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. BMJ Open, 13(6), 1–23. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203

Eva, G., Amo-setién, F., César, L.-C., Oncepción, S., Roberto, M., & Jesus, M. J. (2024). Effectiveness of intervention programs aimed at improving the nursing work environment :

A systematic review. International Nursing Review, 71(November 2021), 148–159. https://doi.org/10.1111/inr.12826

Ge, M.-W., Hu, F.-H., Jia, Y.-J., Tang, W., Zhang, W.-Q., & Chen, H.-L. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. Journal of Clinical Nursing, 01. https://doi.org/10.1111/jocn.16708

Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Nieuwenhuyzen, K. M. van, van der Schaaf, M., & Schuurmans, M. (2022). Factors that influence continuing professional development over a nursing career: A scoping review. Nurse Education in Practice, 65(October), 103481. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103481

Hsu, H. C., Lee, H. F., Hung, H. M., Chen, Y. L., Yen, M., Chiang, H. Y., Chow, L. H., Fetzer, S. J., & Mu, P. F. (2024). Effectiveness of Individual-Based Strategies to Reduce Nurse Burnout: An Umbrella Review. Journal of Nursing Management, 2024. https://doi.org/10.1155/2024/8544725

Kanaskie, M. L., & Reynolds, K. A. (2020). Sustaining the Development of Clinical Nurses Within a Magnet Organization. Nursing Clinics of NA, 55(1), 109–120. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.10.008

Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Limungi, G. M., Simon, K., Tóth, L., Horvath, E., Szőllősi, A., Galgalo, D. A., Maté, O., & Siket, A. U. (2024). Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. BMC Health Services Research, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12913-024-12003-x

Lee, M., & Cha, C. (2023). Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis. Scientific Reports, 13(1), 1–12. https://doi.org/10.1038/s41598-023-38169-8

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Network Open, 7(11). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

Longhini, J., Rossettini, G., & Palese, A. (2024). Digital health competencies and affecting factors among healthcare professionals: additional findings from a systematic review. Journal of Research in Nursing, 29(2), 156–176. https://doi.org/10.1177/17449871241226899

Papanicolas, I., Rajan, D., & Karanikolos, M. (2022). Health system performance assessment: a framework for policy analysis.

Pressley, C., & Garside, J. (2023). Safeguarding the retention of nurses: A systematic review on determinants of nurse's intentions to stay. Nursing Open, 10(5), 2842–2858. https://doi.org/10.1002/nop2.1588

Rizzo, A., Yıldırım, M., Öztekin, G. G., Carlo, A. De, Nucera, G., Szarpak, Ł., Zaffina, S., & Chirico, F. (2023). Nurse burnout before and during the COVID-19 pandemic: a systematic comparative review. Frontiers in Public Health, 11(1). https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1225431

Salari, N., Shohaimi, S., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Bazrafshan, M. R., & Mohammadi, M. (2022). The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 17(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s13010-022-00126-0

Slagle, A., Wakim, N., & Gray, S. E. (2023). A global examination of clinical ladder programs – A synthesis of commonalities and opportunities for standardization. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 20(1), 56–63. https://doi.org/10.1111/wvn.12622

Tischendorf, T., Hasseler, M., Schaal, T., Ruppert, S. N., Marchwacka, M., Heitmann-Möller, A., & Schaffrin, S. (2024). Developing digital competencies of nursing professionals in continuing education and training – a scoping review. Frontiers in Medicine, 11(June), 1–10. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1358398

WHO. (2025). State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery.

Ylimäki, S., Kääriäinen, M., Oikarinen, A., Pölkki, T., & Mikkonen, K. (2024). Advanced practice nurses evidence-based healthcare competence and associated factors: A systematic review. Journal of Clinical Nursing, 33. https://doi.org/10.1111/jocn.17075

ISSN 3064-1187

BAB IV
Kolaborasi Interprofesional dalam Pelayanan Kesehatan

Dr. Mukhoirotin, S.Kep.,Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan pada era modern semakin kompleks karena pasien tidak lagi selalu datang dengan satu masalah kesehatan yang dapat diselesaikan oleh satu profesi. Peningkatan penyakit kronis, multimorbiditas, populasi lanjut usia, kebutuhan rehabilitasi, masalah kesehatan mental, serta faktor sosial yang memengaruhi kesehatan menyebabkan kebutuhan pasien sering kali melampaui batas kompetensi satu disiplin. Dalam kondisi tersebut, pelayanan yang terfragmentasi berdasarkan batas profesi dapat menimbulkan duplikasi tindakan, kesenjangan informasi, keterlambatan pelayanan, dan kesulitan dalam mempertahankan kesinambungan asuhan. Tim interprofesional sebagai salah satu fondasi penting dalam penyelenggaraan pelayanan primer bermutu karena kebutuhan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas seringkali membutuhkan kombinasi kompetensi dari berbagai profesi (McCauley et al., 2021).

Kolaborasi interprofesional (interprofessional collaboration/IPC) berkembang sebagai pendekatan untuk mengintegrasikan pengetahuan, keterampilan, perspektif, dan tanggung jawab berbagai tenaga kesehatan. Dalam praktiknya, dokter, perawat, bidan, apoteker, ahli gizi, fisioterapis, tenaga kesehatan masyarakat, psikolog, pekerja sosial, serta profesi lain dapat berkontribusi terhadap tujuan pelayanan yang sama sesuai kompetensi masing-masing. WHO menempatkan kolaborasi interprofesional sebagai salah satu pendekatan penting untuk memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam merespons kebutuhan masyarakat (World Health Organization, 2010).

Konsep kolaborasi interprofesional juga perlu dibedakan dari sekadar kerja multiprofesional. Dalam kerja multiprofesional, beberapa profesi dapat memberikan pelayanan kepada pasien yang sama tetapi bekerja secara relatif paralel dengan koordinasi yang terbatas. Sebaliknya, kolaborasi interprofesional menekankan interaksi aktif antarpersonel, pertukaran informasi, perencanaan bersama, pengambilan keputusan bersama, serta integrasi kontribusi berbagai profesi dalam mencapai tujuan pelayanan. Dengan demikian, keberadaan banyak profesi dalam satu unit pelayanan belum secara otomatis menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional telah berjalan secara efektif (Wei et al., 2022).

Perkembangan bukti ilmiah dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan bahwa dampak kolaborasi interprofesional perlu dipahami secara kontekstual. Tinjauan sistematis pada pelayanan primer yang menganalisis 65 artikel mengenai 61 intervensi menemukan bahwa sebagian besar penelitian pada pasien dengan risiko kardiovaskular menunjukkan efek positif terhadap luaran yang berpusat pada pasien, sementara bukti pada kelompok lansia, pasien dengan polipatologi, serta pasien dengan gangguan mental atau fisik masih lebih heterogen. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional merupakan pendekatan yang menjanjikan, tetapi implementasinya perlu disesuaikan dengan kebutuhan pasien, struktur organisasi, mekanisme koordinasi, dan karakteristik sistem pelayanan (Bouton et al., 2023).

Oleh karena itu, pemahaman tentang kolaborasi interprofesional tidak cukup hanya membahas definisi dan manfaatnya. Pembahasan perlu mencakup landasan konseptual, tujuan, prinsip, komponen kompetensi, struktur tim, komunikasi, kepemimpinan, pengambilan keputusan, mekanisme penyelesaian konflik, hambatan dan faktor pendukung, penerapan pada berbagai tingkat pelayanan, evaluasi, serta strategi implementasinya. Pemahaman yang komprehensif tersebut penting bagi mahasiswa dan tenaga kesehatan agar kolaborasi tidak berhenti sebagai konsep normatif, tetapi dapat diterjemahkan menjadi perilaku profesional dan sistem kerja yang nyata (Wei et al., 2022).

Penulisan materi ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai konsep dan penerapan kolaborasi interprofesional dalam pelayanan kesehatan, meliputi prinsip, kompetensi, komunikasi, koordinasi, kepemimpinan, pengambilan keputusan bersama, serta strategi membangun kerja sama antarprofesi yang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien, mutu pelayanan, kesinambungan asuhan, dan luaran kesehatan yang berpusat pada pasien.

B. Konsep Dasar Kolaborasi Interprofesional

Kolaborasi interprofesional adalah proses ketika tenaga kesehatan dari dua atau lebih profesi bekerja bersama dengan pasien, keluarga, dan/atau komunitas untuk memberikan pelayanan yang terkoordinasi dan berorientasi pada kebutuhan kesehatan. Inti konsep tersebut adalah adanya interaksi antarpihak, pengakuan terhadap keahlian masing-masing profesi, tujuan bersama, komunikasi yang efektif, dan tanggung jawab kolektif terhadap proses serta hasil pelayanan (Wei et al., 2022).

Dalam perspektif praktik klinis, kolaborasi berarti setiap profesi tidak kehilangan identitas profesionalnya, tetapi menggunakan kompetensi spesifiknya untuk memperkuat kompetensi tim. Seorang perawat tetap bertanggung jawab terhadap kompetensi keperawatan, dokter terhadap kompetensi medis, apoteker terhadap pengelolaan obat, ahli gizi terhadap aspek nutrisi, dan profesi lainnya terhadap area keahliannya. Kolaborasi terjadi ketika kompetensi tersebut dihubungkan melalui komunikasi, koordinasi, dan pengambilan keputusan bersama untuk memenuhi kebutuhan pasien secara komprehensif (Alnaami et al., 2023).

Dengan demikian, kolaborasi interprofesional dapat dipahami sebagai integrasi kompetensi profesi dalam suatu sistem kerja tim untuk mencapai tujuan pelayanan yang tidak dapat dicapai secara optimal oleh satu profesi saja. Definisi operasional ini menekankan tiga aspek penting, yaitu keberadaan lebih dari satu profesi, adanya proses interaksi dan koordinasi, serta adanya tujuan pelayanan yang disepakati bersama (Wei et al., 2022).

C. Perbedaan Multiprofesional, Interprofesional, dan Transprofesional

Pemahaman terminologi sangat penting karena istilah multidisciplinary, interdisciplinary, interprofessional, dan transprofessional sering digunakan secara bergantian meskipun memiliki penekanan yang berbeda. Pada pendekatan multiprofesional, beberapa profesi memberikan kontribusi terhadap pasien yang sama tetapi masing-masing dapat bekerja dengan tingkat interaksi yang relatif terbatas. Pada pendekatan interprofesional, interaksi, komunikasi, koordinasi, dan pengambilan keputusan bersama menjadi bagian integral dari proses pelayanan (Wei et al., 2022).

Pendekatan interprofesional juga berbeda dari pendekatan transprofesional. Kolaborasi transprofesional dapat melibatkan perluasan atau pembagian fungsi tertentu di antara profesi sesuai kebutuhan sistem, kompetensi, regulasi, dan konteks pelayanan. Namun, perluasan peran tersebut harus tetap memperhatikan keselamatan pasien, kompetensi, kewenangan profesional, regulasi, dan mekanisme akuntabilitas (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

Tabel 7.1 Perbandingan Pendekatan Kerja Profesi (Wei et al., 2022)

Aspek	Multiprofesional	Interprofesional	Transprofesional
Jumlah profesi	≥2 profesi	≥2 profesi	≥2 profesi
Interaksi	Dapat terbatas	Intensif dan terstruktur	Intensif
Tujuan	Dapat berjalan paralel	Tujuan bersama	Tujuan bersama dan fleksibilitas fungsi
Pengambilan keputusan	Cenderung berdasarkan profesi	Bersama	Bersama
Pembagian peran	Spesifik profesi	Spesifik tetapi terintegrasi	Dapat lebih fleksibel
Akuntabilitas	Individu/profesi	Individu dan tim	Individu dan sistem/tim

Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa peningkatan jumlah profesi yang terlibat tidak selalu identik dengan peningkatan kualitas kolaborasi. Yang lebih penting adalah kualitas hubungan kerja, integrasi informasi, koordinasi, kejelasan peran, dan kemampuan tim dalam menghasilkan keputusan yang berorientasi pada kebutuhan pasien.

D. Tujuan Kolaborasi Interprofesional

Tujuan utama kolaborasi interprofesional adalah memberikan pelayanan yang aman, bermutu, efektif, efisien, berkesinambungan, dan berpusat pada pasien. Kolaborasi memungkinkan masalah kesehatan dilihat dari berbagai perspektif sehingga keputusan pelayanan tidak hanya didasarkan pada satu dimensi klinis. WHO menempatkan kemampuan kolaborasi sebagai salah satu kompetensi penting tenaga kesehatan dalam kerangka kompetensi untuk mencapai universal health coverage (WHO, 2022).

Tujuan berikutnya adalah meningkatkan koordinasi pelayanan. Pasien yang berpindah dari IGD ke ruang rawat, dari rumah sakit ke fasilitas kesehatan primer, atau dari pelayanan akut ke rehabilitasi membutuhkan kesinambungan informasi dan rencana pelayanan. Kolaborasi yang baik membantu mengurangi kesenjangan komunikasi antarunit dan

antarpemberi pelayanan sehingga tujuan terapi dapat dipertahankan sepanjang perjalanan pelayanan pasien (Kaiser et al., 2022).

Kolaborasi juga bertujuan meningkatkan keselamatan pasien. Kesalahan komunikasi, informasi yang tidak lengkap, ketidakjelasan tanggung jawab, serta keputusan yang tidak terkoordinasi merupakan kondisi yang dapat meningkatkan risiko terjadinya insiden keselamatan. Oleh karena itu, sistem komunikasi tim yang baik, pembagian tanggung jawab yang jelas, dan mekanisme cross-check merupakan komponen penting dalam membangun pelayanan yang aman (Labrague et al., 2022).

E. Landasan dan Prinsip Kolaborasi Interprofesional

1. Berpusat pada Pasien

   Prinsip pertama adalah *patient/person-centred care*. Pasien bukan sekadar objek pelayanan, tetapi merupakan mitra dalam menentukan tujuan dan keputusan pelayanan. Dalam pendekatan ini, kebutuhan, nilai, preferensi, kondisi sosial, kemampuan mengambil keputusan, serta tujuan hidup pasien dipertimbangkan dalam perencanaan pelayanan (WHO, 2022).

   Pelayanan yang berpusat pada pasien juga mencegah tim terjebak pada kepentingan atau perspektif profesi masing-masing. Misalnya, suatu intervensi yang secara klinis sesuai belum tentu dapat diterapkan jika tidak mempertimbangkan kondisi sosial, kemampuan ekonomi, literasi kesehatan, budaya, atau preferensi pasien. Karena itu, keputusan interprofesional harus mengintegrasikan bukti ilmiah dengan konteks individual pasien (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

2. Saling Menghormati

   Kolaborasi memerlukan penghargaan terhadap kontribusi setiap profesi. Penghormatan profesional bukan berarti semua profesi memiliki fungsi yang sama, tetapi setiap profesi dipandang memiliki kontribusi yang relevan sesuai kompetensinya. Budaya saling menghargai memungkinkan anggota tim menyampaikan pendapat, mengemukakan kekhawatiran, dan mengoreksi keputusan secara profesional tanpa takut direndahkan (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

3. Kejelasan Peran dan Tanggung Jawab

   Setiap anggota tim harus memahami batas kompetensi, kewenangan, tanggung jawab, serta kontribusi profesi lain. Ketidakjelasan peran dapat menyebabkan pekerjaan terduplikasi, tugas terabaikan, atau munculnya konflik mengenai siapa yang bertanggung

jawab terhadap suatu keputusan. IPEC memasukkan *roles and responsibilities* sebagai salah satu dari empat domain utama kompetensi kolaborasi interprofessional (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

4. Komunikasi Efektif

   Komunikasi merupakan mekanisme utama yang menghubungkan berbagai profesi. Komunikasi interprofesional bukan hanya pertukaran informasi, tetapi mencakup kemampuan menyampaikan informasi secara jelas, mendengarkan secara aktif, melakukan klarifikasi, mengonfirmasi pesan penting, dan memberikan umpan balik secara konstruktif (Watson, 2024).

5. Pengambilan Keputusan Bersama

   Pengambilan keputusan interprofesional dilakukan berdasarkan integrasi informasi dari berbagai profesi. Setiap profesi menyampaikan penilaian berdasarkan kompetensinya, kemudian tim mengintegrasikan informasi tersebut untuk menentukan rencana pelayanan. Model ini tidak berarti seluruh keputusan harus dibuat melalui konsensus absolut, tetapi keputusan harus mempertimbangkan informasi yang relevan dan menjelaskan siapa yang memiliki kewenangan akhir sesuai konteks klinis dan regulasi (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

F. Kompetensi Utama Kolaborasi Interprofesional

IPEC melalui Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice Version 3 tahun 2023 mengelompokkan kompetensi ke dalam empat area utama, yaitu Values and Ethics, Roles and Responsibilities, Communication, serta Teams and Teamwork. Versi 2023 terdiri atas 33 pernyataan subkompetensi dan memperluas perhatian pada isu seperti kepemimpinan bersama, determinan sosial kesehatan, kerendahan hati budaya, keadilan sosial, serta kesetaraan Kesehatan (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

Tabel 7.2. Empat Kompetensi Utama IPEC (Interprofessional Education Collaborative, 2023)

Kompetensi	Makna dalam pelayanan
Values and Ethics	Membangun nilai bersama, etika, rasa hormat, dan tanggung jawab profesional
Roles and Responsibilities	Memahami peran sendiri dan kontribusi profesi lain
Communication	Menyampaikan dan menerima informasi secara jelas, bertanggung jawab, dan penuh hormat

Teams and Teamwork	Membangun dan mempertahankan kerja tim yang efektif

Keempat kompetensi tersebut saling berkaitan. Komunikasi yang baik sulit dicapai tanpa rasa saling menghormati; pembagian peran tidak akan efektif tanpa pemahaman kompetensi profesi; dan kerja tim tidak akan berfungsi apabila anggota tidak memiliki nilai bersama. Oleh karena itu, pendidikan interprofesional perlu mengembangkan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan perilaku secara simultan (Watson, 2024).

G. Struktur Tim Interprofesional

Tim interprofesional dapat dibentuk secara permanen maupun berdasarkan kebutuhan kasus. Tim permanen dapat ditemukan pada unit seperti ICU, ruang rawat, pusat rehabilitasi, pelayanan primer, dan pelayanan kesehatan komunitas. Tim berbasis kasus dapat dibentuk untuk pasien dengan kebutuhan kompleks, misalnya pasien stroke, kanker, diabetes dengan komplikasi, gangguan geriatri, atau pasien yang membutuhkan rehabilitasi multidimensional (Bouton et al., 2023).

Komposisi tim harus ditentukan berdasarkan kebutuhan pasien, bukan semata-mata berdasarkan struktur organisasi. Misalnya, pasien stroke dapat memerlukan dokter, perawat, fisioterapis, terapis okupasi, ahli gizi, apoteker, psikolog, pekerja sosial, dan keluarga sesuai kebutuhan klinis dan sosial. Pendekatan ini membuat komposisi tim menjadi dinamis sehingga dapat berubah mengikuti fase penyakit dan kebutuhan pasien (Bouton et al., 2023).

H. Peran Berbagai Profesi dalam Kolaborasi

1. Dokter

Dokter memberikan kontribusi pada diagnosis medis, penentuan terapi medis, pemantauan kondisi klinis, serta pengambilan keputusan sesuai kompetensi dan kewenangannya. Dalam tim interprofesional, kontribusi dokter perlu diintegrasikan dengan informasi dari profesi lain agar keputusan klinis mempertimbangkan seluruh kondisi pasien (McCauley et al., 2021).

2. Perawat

Perawat memiliki posisi strategis karena intensitas interaksi dengan pasien dan keluarga sering kali tinggi serta berlangsung sepanjang waktu pelayanan. Perawat dapat berperan

dalam pengkajian berkelanjutan, pemantauan respon pasien, edukasi, koordinasi, komunikasi perubahan kondisi, pelaksanaan intervensi keperawatan, serta advokasi pasien (Labrague et al., 2022).

3. Apoteker

Apoteker memberikan kontribusi dalam pemilihan, penggunaan, keamanan, dan pemantauan terapi obat. Dalam kolaborasi interprofesional, apoteker dapat membantu mengidentifikasi masalah terkait obat, interaksi obat, duplikasi terapi, kepatuhan, dan kebutuhan edukasi pasien. Kolaborasi dalam pengelolaan obat menjadi semakin penting pada pasien dengan polifarmasi dan penyakit kronis (Gotterson & Manias, 2020).

4. Ahli Gizi

Ahli gizi berperan dalam pengkajian status gizi, diagnosis masalah gizi, penyusunan intervensi nutrisi, pemantauan respons, serta edukasi pasien. Kontribusi tersebut menjadi penting pada pasien dengan diabetes, penyakit ginjal, kanker, malnutrisi, penyakit kritis, dan kondisi lain yang memerlukan modifikasi nutrisi (WHO, 2022)

5. Fisioterapis dan Terapis Okupasi

Fisioterapis berkontribusi pada aspek mobilitas, kekuatan, keseimbangan, fungsi motorik, dan rehabilitasi fisik, sedangkan terapis okupasi dapat berfokus pada kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, adaptasi lingkungan, dan kemandirian fungsional. Kolaborasi dengan profesi lain memungkinkan target rehabilitasi diselaraskan dengan tujuan medis, keperawatan, nutrisi, psikososial, dan tujuan pasien (Bouton et al., 2023).

6. Psikolog dan Pekerja Sosial

Masalah psikologis dan sosial dapat memengaruhi kepatuhan, kemampuan adaptasi, kualitas hidup, serta keberhasilan program terapi. Psikolog dan pekerja sosial dapat memberikan perspektif yang tidak selalu terlihat dalam pengkajian klinis rutin sehingga memperluas pemahaman tim mengenai konteks kehidupan pasien (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

I. Komunikasi dalam Kolaborasi Interprofesional

Komunikasi interprofesional yang efektif harus memenuhi prinsip jelas, relevan, tepat waktu, akurat, terstruktur, dan dapat diverifikasi. Informasi penting mengenai perubahan kondisi pasien, hasil pemeriksaan, respons terhadap terapi, risiko keselamatan, atau

perubahan rencana pelayanan harus disampaikan kepada anggota tim yang relevan (Watson, 2024).

Dalam praktik klinis, komunikasi dapat dilakukan melalui handover, konferensi kasus, ronde interprofesional, rekam medis elektronik, diskusi tim, konsultasi, maupun komunikasi langsung. Sistem komunikasi harus dirancang agar informasi penting tidak bergantung hanya pada ingatan individu. Pendekatan berbasis sistem menjadi semakin penting karena pelayanan pasien sering melibatkan banyak profesi dan perpindahan antarunit (Sirimsi et al., 2023).

Salah satu prinsip penting adalah closed-loop communication, yaitu pesan tidak dianggap selesai hanya setelah disampaikan, tetapi setelah penerima memahami dan mengonfirmasi informasi tersebut. Pada kondisi klinis berisiko tinggi, konfirmasi dapat mencegah kesalahpahaman mengenai instruksi, perubahan terapi, atau tindakan yang harus dilakukan (Alzate-Moreno et al., 2025).

J. Kepemimpinan dalam Tim Interprofesional

Kepemimpinan interprofesional tidak selalu identik dengan satu orang yang mengendalikan seluruh tim. Dalam model kolaboratif, kepemimpinan dapat bersifat shared leadership, yaitu kepemimpinan yang diberikan sesuai kebutuhan, kompetensi, situasi, dan tahap pelayanan. Profesi tertentu dapat memimpin diskusi ketika masalah berada dalam area keahliannya, sedangkan anggota lain tetap berkontribusi terhadap Keputusan (Zhang et al., 2025).

Pendekatan tersebut sangat relevan pada kasus kompleks karena tidak ada satu profesi yang menguasai seluruh dimensi kebutuhan pasien. Kajian tahun 2025 mengenai kolaborasi interprofesional pada pasien dengan penyakit kronis menunjukkan pentingnya memahami hubungan antara kepemimpinan dan followership dalam membangun kolaborasi pada pelayanan primer (Zhang et al., 2025).

Kepemimpinan yang efektif juga harus menciptakan lingkungan yang memungkinkan anggota tim menyampaikan kekhawatiran. Budaya kerja yang terlalu hierarkis dapat membuat anggota tim enggan mengemukakan pendapat meskipun melihat potensi risiko terhadap pasien. Sebaliknya, kepemimpinan yang terbuka memungkinkan pertanyaan, klarifikasi, dan koreksi dilakukan sebagai bagian normal dari keselamatan pasien (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

K. Pengambilan Keputusan Interprofesional

Pengambilan keputusan interprofesional dimulai dengan pengumpulan informasi dari berbagai perspektif. Setiap profesi mengidentifikasi masalah sesuai bidang keahliannya, kemudian informasi tersebut disatukan untuk membentuk gambaran pasien secara holistik. Proses ini memungkinkan tim mengenali masalah yang mungkin tidak terlihat apabila pasien hanya dinilai dari satu perspektif profesi (McCauley et al., 2021).

Sebagai contoh, pada pasien stroke, dokter dapat memfokuskan perhatian pada diagnosis dan terapi medis, perawat pada kondisi dan respons pasien serta kebutuhan perawatan, fisioterapis pada fungsi motorik dan mobilitas, ahli gizi pada kebutuhan nutrisi, apoteker pada terapi farmakologis, dan pekerja sosial pada dukungan keluarga serta keberlanjutan pelayanan. Integrasi informasi tersebut dapat menghasilkan rencana pelayanan yang lebih komprehensif dibandingkan keputusan yang dibuat secara terpisah. (Bouton et al., 2023)

L. Konflik dalam Tim Interprofesional

Konflik merupakan kemungkinan yang wajar dalam tim karena anggota memiliki latar belakang pendidikan, pengalaman, nilai, prioritas, dan cara berpikir yang berbeda. Konflik tidak selalu bersifat negatif; perbedaan pendapat yang dikelola secara konstruktif dapat memperkaya proses pengambilan keputusan dan membantu tim mengidentifikasi risiko yang sebelumnya belum dipertimbangkan (Wei et al., 2022).

Konflik menjadi masalah ketika berubah menjadi kompetisi antaprofesi, komunikasi agresif, penghindaran masalah, dominasi satu profesi, atau perilaku yang menghambat keselamatan pasien. Oleh karena itu, konflik perlu dikelola melalui komunikasi terbuka, klarifikasi masalah, identifikasi kepentingan bersama, penggunaan data atau bukti, dan pencarian solusi yang berorientasi pada kebutuhan pasien (Wei et al., 2022).

M.Hambatan Kolaborasi Interprofesional

Hambatan pertama adalah hierarki profesional. Struktur hierarki yang terlalu kuat dapat menyebabkan kontribusi anggota tim tidak seimbang karena profesi tertentu dianggap memiliki otoritas lebih besar tanpa mempertimbangkan relevansi kompetensi

terhadap masalah yang sedang dibahas. Kondisi ini dapat mengurangi komunikasi dua arah dan menghambat speaking up (Wei et al., 2022).

Hambatan kedua adalah ketidakjelasan peran. Apabila anggota tim tidak memahami siapa melakukan apa, kapan harus berkonsultasi, siapa yang mengambil keputusan, dan siapa yang melakukan tindak lanjut, koordinasi dapat menjadi tidak efektif. Karena itu, kejelasan peran merupakan elemen dasar dalam kompetensi interprofessional (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

Hambatan ketiga adalah keterbatasan komunikasi dan sistem informasi. Informasi yang terfragmentasi, dokumentasi yang tidak konsisten, keterbatasan akses terhadap rekam medis, serta komunikasi informal yang tidak terdokumentasi dapat mengganggu kesinambungan pelayanan. Pengembangan sistem informasi terintegrasi menjadi salah satu pendekatan untuk memperkuat koordinasi (Akbar et al., 2025).

Hambatan keempat adalah sistem pembiayaan dan organisasi. Tinjauan tahun 2025 menunjukkan bahwa mekanisme pendanaan tertentu, khususnya pola fee-for-service, dapat kurang mendukung pelayanan terintegrasi karena sistem tersebut cenderung mempertahankan pola pelayanan yang terpisah berdasarkan profesi. Dengan demikian, penguatan kolaborasi tidak cukup dilakukan melalui pelatihan individu tetapi juga membutuhkan perubahan organisasi dan system (Archer et al., 2025).

N. Faktor yang Mendukung Kolaborasi Interprofesional

Faktor pendukung pertama adalah budaya organisasi yang kolaboratif. Organisasi harus memberikan ruang bagi komunikasi, diskusi kasus, pembelajaran bersama, serta penyampaian masalah keselamatan tanpa ketakutan terhadap hukuman yang tidak proporsional. Budaya tersebut membangun kepercayaan dan meningkatkan keterlibatan anggota tim (Wei et al., 2022).

Faktor kedua adalah kejelasan struktur dan proses kerja. Tim membutuhkan mekanisme yang jelas mengenai rapat tim, ronde interprofesional, handover, konsultasi, dokumentasi, eskalasi masalah, dan evaluasi. Struktur tersebut membuat kolaborasi menjadi bagian dari sistem pelayanan, bukan bergantung pada inisiatif individual (Sirimsi et al., 2023).

Faktor ketiga adalah pendidikan interprofesional. Pendidikan interprofesional (interprofessional education/IPE) memberikan kesempatan kepada mahasiswa atau tenaga kesehatan dari berbagai profesi untuk belajar bersama, memahami perspektif profesi lain, dan mengembangkan kemampuan bekerja dalam tim. IPE dapat meningkatkan sikap terhadap profesi lain, rasa saling menghargai, pengetahuan interprofesional, serta aspek praktik kolaboratif, walaupun implementasinya perlu mempertimbangkan desain pembelajaran dan konteks institusi (Saragih et al., 2024).

O. Interprofessional Education sebagai Fondasi Kolaborasi

IPE merupakan proses pendidikan ketika peserta dari dua atau lebih profesi belajar bersama, tentang satu sama lain, dan dari satu sama lain dengan tujuan meningkatkan kemampuan berkolaborasi. IPE penting karena perilaku kolaboratif tidak selalu muncul secara otomatis ketika seseorang memasuki lingkungan kerja; kemampuan tersebut perlu dipelajari, dilatih, diamati, diberikan umpan balik, dan dievaluasi (van Diggele et al., 2020).

IPE dapat dilakukan melalui diskusi kasus, simulasi, bedside teaching, konferensi interprofesional, case-based learning, problem-based learning, praktik lapangan, proyek komunitas, dan kegiatan reflektif. Desain pembelajaran sebaiknya memberikan kesempatan nyata kepada peserta untuk mengalami situasi yang membutuhkan komunikasi, pembagian peran, pengambilan keputusan, dan penyelesaian konflik (Alnaami et al., 2023).

P. Dampak Kolaborasi Interprofesional terhadap Mutu Pelayanan

Kolaborasi interprofesional dapat memengaruhi mutu pelayanan melalui beberapa jalur, yaitu peningkatan koordinasi, pertukaran informasi, pengambilan keputusan yang lebih komprehensif, pengurangan fragmentasi pelayanan, dan peningkatan keterlibatan pasien. Tinjauan sistematis mengenai pelayanan rawat inap menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional dikaji dalam kaitannya dengan patient-reported outcomes, meskipun kualitas dan konsistensi bukti antarpenelitian masih bervariasi (Kaiser et al., 2022).

Pada pelayanan primer, bukti menunjukkan hubungan yang cukup menjanjikan antara kolaborasi interprofesional dan luaran pasien, terutama pada kelompok dengan risiko kardiovaskular. Namun, heterogenitas hasil pada kelompok lansia, polipatologi, dan

gangguan mental menunjukkan bahwa keberhasilan kolaborasi dipengaruhi oleh karakteristik populasi dan cara intervensi diterapkan (Bouton et al., 2023).

Kolaborasi juga dapat berhubungan dengan lingkungan kerja tenaga kesehatan. Penelitian pada perawat menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional berperan dalam hubungan antara lingkungan kerja, keselamatan pasien, dan kepuasan kerja, sehingga kualitas kolaborasi tidak hanya relevan bagi pasien tetapi juga bagi tenaga kesehatan dan organisasi (Labrague et al., 2022).

Q. Penerapan Kolaborasi Interprofesional pada Berbagai Tingkat Pelayanan

1. Pelayanan Primer

Pelayanan primer merupakan lingkungan yang sangat membutuhkan kolaborasi karena pasien dapat memiliki masalah kesehatan yang berkaitan dengan kondisi medis, perilaku, sosial, ekonomi, lingkungan, dan keluarga. Tim interprofesional memungkinkan masalah tersebut ditangani melalui kombinasi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi, edukasi, dan dukungan sosial (McCauley et al., 2021).

2. Rumah Sakit

Di rumah sakit, kolaborasi dapat diterapkan melalui multidisciplinary atau interprofessional rounds, konferensi kasus, discharge planning, konsultasi, handover, dan tim khusus. Kompleksitas pasien rawat inap membuat koordinasi antardisiplin penting untuk memastikan bahwa rencana diagnostik, terapi, keperawatan, nutrisi, rehabilitasi, dan pemulangan pasien saling mendukung (Kaiser et al., 2022).

3. Intensive Care Unit

ICU merupakan salah satu lingkungan dengan kebutuhan kolaborasi yang tinggi karena kondisi pasien dapat berubah dengan cepat dan keputusan pelayanan sering melibatkan banyak profesi. Tinjauan sistematis tahun 2025 menunjukkan bahwa sesi klinis bersama memberikan kesempatan bagi dokter dan perawat untuk berinteraksi dan meningkatkan komunikasi dalam konteks pelayanan intensif (Alzate-Moreno et al., 2025).

4. Pelayanan Komunitas

Pada tingkat komunitas, kolaborasi tidak hanya melibatkan tenaga kesehatan tetapi juga dapat melibatkan keluarga, kader, sekolah, organisasi masyarakat, pemerintah lokal,

dan sektor lain. Pendekatan tersebut penting karena determinan kesehatan sering berada di luar fasilitas pelayanan kesehatan (WHO, 2022).

R. Contoh Penerapan: Kolaborasi pada Pasien Stroke

Pasien stroke merupakan contoh kondisi yang membutuhkan kolaborasi karena masalah yang muncul dapat meliputi gangguan neurologis, mobilitas, komunikasi, menelan, nutrisi, aktivitas sehari-hari, psikologis, keselamatan, dan kebutuhan dukungan keluarga. Oleh sebab itu, pelayanan idealnya melibatkan profesi yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan fase penyakitnya (Bouton et al., 2023).

Tabel 7.3. Contoh Kolaborasi Interprofesional Pada Pasien Stroke (Interprofessional Education Collaborative, 2023)

Profesi	Fokus kontribusi
Dokter	Diagnosis, terapi medis, pemantauan kondisi
Perawat	Pengkajian, pemantauan, keselamatan, edukasi, asuhan keperawatan
Fisioterapis	Mobilitas, kekuatan, keseimbangan, rehabilitasi
Terapis okupasi	Aktivitas sehari-hari dan kemandirian
Terapis wicara	Komunikasi dan gangguan menelan
Ahli gizi	Status dan kebutuhan nutrisi
Apoteker	Keamanan dan optimalisasi terapi obat
Psikolog	Adaptasi psikologis
Pekerja sosial	Dukungan sosial dan keberlanjutan pelayanan
Keluarga	Dukungan, perawatan lanjutan, dan pengambilan keputusan bersama

Dalam kasus tersebut, kolaborasi tidak berarti seluruh profesi harus melakukan intervensi pada waktu yang sama. Yang lebih penting adalah adanya rencana pelayanan terpadu, informasi yang saling dibagikan, tujuan yang konsisten, dan evaluasi bersama terhadap perkembangan pasien.

S. Kolaborasi Interprofesional Berbasis Teknologi

Digitalisasi pelayanan kesehatan membuka peluang baru bagi kolaborasi interprofesional melalui rekam medis elektronik, telehealth, sistem komunikasi klinis, dashboard pasien, dan sistem informasi terintegrasi. Teknologi dapat mempermudah akses informasi lintas profesi dan fasilitas sehingga keputusan pelayanan dapat dibuat berdasarkan informasi yang lebih lengkap (WHO, 2022).

Namun, teknologi tidak otomatis menghasilkan kolaborasi. Sistem digital yang tidak terintegrasi, terlalu banyak notifikasi, dokumentasi yang tidak standar, atau keterbatasan

interoperabilitas dapat justru meningkatkan beban komunikasi. Karena itu, teknologi harus dirancang berdasarkan alur kerja tim dan kebutuhan pengguna, bukan hanya berdasarkan kemampuan teknis system (Akbar et al., 2025).

T. Evaluasi Kolaborasi Interprofesional

Evaluasi diperlukan untuk menentukan apakah kolaborasi benar-benar menghasilkan perubahan pada proses maupun luaran pelayanan. Evaluasi dapat dilakukan pada beberapa tingkat, mulai dari kompetensi individu, dinamika tim, proses pelayanan, pengalaman pasien, hingga indikator klinis dan organisasi. Pendekatan evaluasi yang komprehensif penting karena perubahan pada sikap atau komunikasi belum tentu secara langsung menghasilkan perubahan pada luaran klinis (InstituteofMedicine, 2015).

Tabel 7.4. Contoh Indikator Evaluasi (Wei et al., 2022)

Tingkat	Contoh indikator
Individu	Pengetahuan, sikap, kompetensi komunikasi
Tim	Kejelasan peran, kepercayaan, koordinasi
Proses	Kelengkapan handover, konferensi kasus, kepatuhan rencana
Pasien	Kepuasan, pengalaman pasien, keterlibatan
Klinis	Komplikasi, lama rawat, readmisi, indikator penyakit
Organisasi	Efisiensi, keselamatan, kepuasan tenaga kesehatan

Evaluasi sebaiknya menggunakan kombinasi indikator kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif dapat menunjukkan perubahan indikator klinis atau proses, sedangkan data kualitatif dapat menjelaskan bagaimana dan mengapa kolaborasi berhasil atau mengalami hambatan. Pendekatan tersebut penting karena kolaborasi merupakan fenomena kompleks yang dipengaruhi faktor individu, tim, organisasi, dan system (Wei et al., 2022).

U. Strategi Membangun Kolaborasi Interprofesional yang Efektif

Beberapa strategi untuk membangun kolaborasi interprofessional yang efektif , diantaranya (Alzate-Moreno et al., 2025; Interprofessional Education Collaborative, 2023; Saragih et al., 2024):

1. Membangun tujuan bersama.
   Tim harus mengetahui apa yang ingin dicapai dan bagaimana keberhasilan akan diukur. Tujuan sebaiknya berorientasi pada pasien, spesifik, realistis, dan dipahami oleh seluruh anggota tim.
2. Memperjelas peran dan tanggung jawab.

Pada awal pembentukan tim atau awal perawatan pasien kompleks, anggota perlu memahami kompetensi masing-masing dan mekanisme konsultasi. Kejelasan ini mengurangi tumpang tindih dan membantu anggota mengetahui kapan mereka harus mengambil tindakan atau meminta bantuan.

3. Membentuk mekanisme komunikasi rutin.
   Ronde interprofesional, *case conference*, handover terstruktur, dan diskusi singkat dapat menjadi mekanisme untuk mempertahankan kesinambungan informasi.
4. Mengembangkan kepemimpinan bersama.
   Pemimpin tim perlu menciptakan ruang bagi seluruh profesi untuk berkontribusi dan memastikan bahwa keputusan tidak didominasi oleh satu profesi tanpa alasan klinis atau organisatoris yang jelas.
5. Mengintegrasikan IPE dan pelatihan teamwork dalam pendidikan tenaga kesehatan. Kompetensi kolaborasi perlu dilatih sejak pendidikan karena pembentukan budaya profesional dimulai sebelum seseorang memasuki praktik klinis. Meta-analisis tahun 2024 memberikan dukungan terhadap manfaat IPE terhadap aspek pengetahuan, sikap, dan praktik kolaboratif.

V. Peran Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan memiliki tanggung jawab strategis dalam menyiapkan calon tenaga kesehatan yang mampu bekerja lintas profesi. Kurikulum perlu memberikan kesempatan kepada mahasiswa dari berbagai program studi untuk berinteraksi dalam pembelajaran yang memiliki tujuan interprofesional, bukan sekadar mengikuti kegiatan secara bersamaan (Alnaami et al., 2023).

Pembelajaran dapat dirancang menggunakan kasus pasien kompleks yang mengharuskan mahasiswa mengidentifikasi peran profesi masing-masing, berkomunikasi, menyusun rencana bersama, mengatasi konflik, dan melakukan refleksi. Dengan pendekatan tersebut, mahasiswa tidak hanya mengetahui definisi kolaborasi, tetapi mengalami proses kolaborasi secara langsung (van Diggele et al., 2020).

W. Peran Organisasi Pelayanan Kesehatan

Organisasi pelayanan kesehatan harus menyediakan struktur yang memungkinkan kolaborasi berlangsung secara konsisten. Hal tersebut dapat dilakukan melalui kebijakan, standar prosedur operasional, sistem dokumentasi, struktur tim, waktu untuk konferensi kasus, pengembangan kompetensi, dan indikator mutu yang memasukkan aspek kolaborasi (Wood et al., 2026).

Organisasi juga perlu menyelaraskan sistem penghargaan dan pembiayaan dengan tujuan kolaboratif. Apabila sistem organisasi hanya menghargai produktivitas profesi secara individual, anggota tim dapat terdorong untuk memprioritaskan pekerjaan profesinya sendiri daripada tujuan pelayanan terpadu. Tinjauan mengenai pendanaan pelayanan primer dan allied health menunjukkan bahwa model pembiayaan dapat memengaruhi kemampuan sistem dalam mempertahankan pelayanan yang terintegrasi (Archer et al., 2025).

X. Implikasi bagi Keperawatan

Kolaborasi interprofesional memiliki implikasi penting bagi profesi keperawatan karena perawat sering berada pada posisi yang berinteraksi secara intensif dengan pasien, keluarga, dan berbagai profesi. Perawat perlu memiliki kemampuan komunikasi klinis, koordinasi, advokasi, pengambilan keputusan, edukasi, dan kepemimpinan situasional agar dapat berkontribusi secara efektif dalam tim (Labrague et al., 2022).

Perawat juga perlu memahami kompetensi profesi lain tanpa mengambil alih kewenangan profesi tersebut. Pemahaman terhadap peran profesi lain memungkinkan perawat mengetahui kapan harus melakukan kolaborasi, konsultasi, rujukan, atau eskalasi masalah. Dengan demikian, kolaborasi bukan berarti menghilangkan batas profesional, tetapi menggunakan batas tersebut sebagai dasar untuk menghubungkan kompetensi secara aman (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

Y. Implikasi bagi Pelayanan Kesehatan di Indonesia

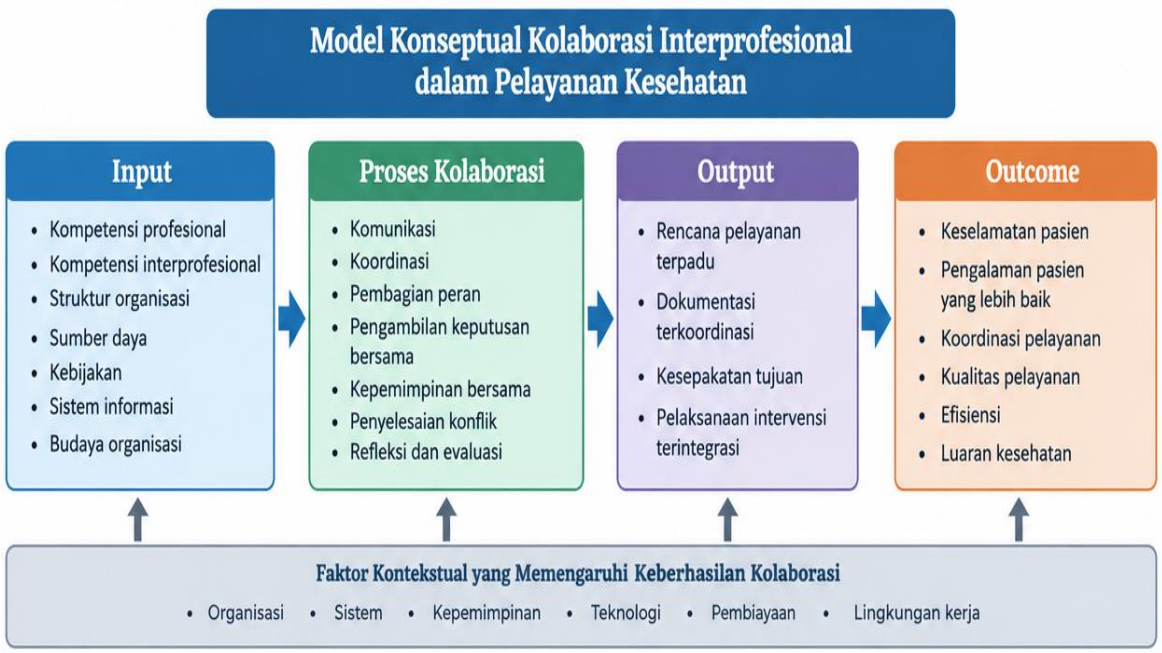
Dalam konteks Indonesia, kolaborasi interprofesional relevan pada pelayanan primer, rumah sakit, pelayanan komunitas, program penyakit kronis, kesehatan ibu dan anak, geriatri, rehabilitasi, serta berbagai program kesehatan masyarakat. Sistem pelayanan yang melibatkan banyak tingkat dan profesi membutuhkan mekanisme komunikasi dan rujukan yang jelas agar pasien tidak kehilangan kesinambungan pelayanan ketika berpindah antarlevel pelayanan (WHO, 2022).

Studi kualitatif di Indonesia mengenai pengalaman tenaga kesehatan dalam kolaborasi interprofesional menggunakan sistem informasi terintegrasi untuk pengelolaan penyakit tidak menular menunjukkan bahwa teknologi informasi dapat menjadi bagian dari proses

koordinasi antarprofesi. Temuan semacam ini memperlihatkan pentingnya mengembangkan kolaborasi tidak hanya melalui kompetensi individu, tetapi juga melalui dukungan sistem informasi dan organisasi (Akbar et al., 2025).

Z. Model Konseptual Kolaborasi Interprofesional

Secara konseptual, kolaborasi interprofesional dapat dipahami sebagai suatu rangkaian, yaitu: Input → Proses Kolaborasi → Output → Outcome (Gambar 7.1).



Gambar 7.1. Model Konseptual Kolaborasi Interprofesional dalam Pelayanan Kesehatan (Institute of Medicine, 2015; Interprofessional Education Collaborative, 2023; Reeves et al., 2017; Wei et al., 2022; World Health Organization, 2010).

Model konseptual kolaborasi interprofesional dalam pelayanan kesehatan menggambarkan hubungan antara faktor masukan (input), proses kolaborasi, hasil langsung (output), dan dampak pelayanan (outcome). Model ini menjelaskan bahwa keberhasilan kolaborasi tidak hanya ditentukan oleh kompetensi masing-masing profesi, tetapi juga oleh struktur organisasi, sumber daya, kebijakan, sistem informasi, budaya organisasi, serta kualitas komunikasi dan pengambilan keputusan bersama. Kolaborasi interprofesional merupakan proses ketika tenaga kesehatan dari berbagai profesi bekerja secara terintegrasi untuk mencapai tujuan pelayanan yang berpusat pada pasien. Literatur menunjukkan bahwa struktur dan proses kerja tim dapat memengaruhi koordinasi pelayanan, praktik

profesional, pengalaman pasien, serta berbagai luaran pelayanan kesehatan (Reeves et al., 2017; Wei et al., 2022).

Model ini merupakan sintesis konseptual dari berbagai literatur tentang interprofessional education dan interprofessional collaborative practice, bukan reproduksi satu model dari satu sumber tertentu. Karena itu, komponen dalam model dapat digunakan sebagai kerangka berpikir untuk menjelaskan bagaimana kondisi awal organisasi dan kompetensi profesional diubah melalui proses kolaborasi menjadi pelayanan yang terintegrasi dan pada akhirnya diharapkan berkontribusi terhadap keselamatan pasien, kualitas pelayanan, pengalaman pasien, efisiensi, dan luaran kesehatan (Institute of Medicine, 2015; Interprofessional Education Collaborative, 2023; World Health Organization, 2010).

1. INPUT (Masukan Kolaborasi)

Input adalah berbagai kondisi, kapasitas, dan sumber daya yang tersedia sebelum proses kolaborasi interprofesional berlangsung. Input menjadi fondasi yang memungkinkan tenaga kesehatan bekerja secara efektif sebagai sebuah tim. Apabila kompetensi, sumber daya, sistem organisasi, dan kebijakan tidak mendukung, proses kolaborasi dapat mengalami hambatan meskipun setiap profesi memiliki kompetensi klinis yang baik.

a. Kompetensi profesional

Kompetensi profesional merupakan pengetahuan, keterampilan klinis, kemampuan penalaran, etika profesi, dan tanggung jawab yang dimiliki setiap tenaga kesehatan sesuai bidang keahliannya. Kompetensi profesional menjadi dasar agar setiap anggota tim mampu memberikan kontribusi yang aman dan sesuai kewenangan. Kolaborasi yang efektif memerlukan kombinasi kompetensi profesional dan kompetensi kolaboratif, bukan hanya penguasaan keterampilan individual.

b. Kompetensi interprofesional

Kompetensi interprofesional adalah kemampuan bekerja dengan profesi lain secara efektif. Kompetensi ini mencakup nilai dan etika bersama, pemahaman peran dan tanggung jawab, komunikasi interprofesional, serta kemampuan bekerja dalam tim. IPEC mengelompokkan kompetensi inti interprofessional collaborative practice

ke dalam empat domain utama tersebut dalam Core Competencies Version 3 (Interprofessional Education Collaborative, 2023).

c. Struktur organisasi

Struktur organisasi menentukan bagaimana hubungan kerja, kewenangan, alur koordinasi, pembagian tugas, dan mekanisme pelaporan dibentuk. Struktur yang mendukung kolaborasi akan mempermudah komunikasi lintas profesi dan memperjelas siapa yang bertanggung jawab terhadap aspek tertentu dalam pelayanan.

d. Sumber daya

Sumber daya meliputi tenaga kesehatan, waktu, fasilitas, anggaran, peralatan, teknologi, dan dukungan administratif. Keterbatasan sumber daya dapat meningkatkan beban kerja dan mengurangi kesempatan tenaga kesehatan untuk berkoordinasi. Oleh sebab itu, dukungan sumber daya merupakan bagian penting dari lingkungan yang memungkinkan kolaborasi berjalan.

e. Kebijakan

Kebijakan organisasi dan regulasi pelayanan kesehatan memberikan batasan sekaligus dukungan terhadap kolaborasi. Kebijakan yang jelas dapat mengatur kewenangan, komunikasi, rujukan, dokumentasi, keselamatan pasien, konferensi kasus, dan mekanisme pengambilan keputusan bersama.

f. Sistem informasi

Sistem informasi kesehatan mendukung pertukaran informasi secara tepat waktu dan akurat. Rekam medis terintegrasi, sistem komunikasi klinis, dan akses informasi yang sesuai kewenangan dapat membantu anggota tim memahami kondisi pasien dan mengurangi fragmentasi informasi.

g. Budaya organisasi

Budaya organisasi menggambarkan nilai, norma, kebiasaan, dan pola hubungan yang berkembang dalam organisasi. Budaya yang menghargai keterbukaan, saling menghormati, keselamatan pasien, dan pembelajaran bersama akan lebih mendukung kolaborasi dibandingkan budaya yang sangat hierarkis, tertutup, atau kompetitif.

2. PROSES KOLABORASI

Proses kolaborasi merupakan rangkaian aktivitas interaksi antarprofesi yang mengubah berbagai input menjadi tindakan pelayanan yang terkoordinasi. Pada tahap ini, anggota tim saling bertukar informasi, menegosiasikan peran, menyusun tujuan, mengambil keputusan, mengelola perbedaan, dan melakukan evaluasi bersama. Kualitas proses kolaborasi sangat menentukan apakah sumber daya dan kompetensi yang tersedia dapat menghasilkan pelayanan yang terintegrasi (Reeves et al., 2017; Schot et al., 2020; Wei et al., 2022).

a. Komunikasi

Komunikasi merupakan fondasi kolaborasi karena memungkinkan informasi klinis, kebutuhan pasien, perubahan kondisi, dan rencana pelayanan dipertukarkan antarprofesi. Komunikasi yang jelas, tepat waktu, terstruktur, dan saling menghargai dapat mengurangi kesalahpahaman dan mendukung keselamatan pasien.

b. Koordinasi

Koordinasi adalah proses menyelaraskan berbagai aktivitas tenaga kesehatan agar pelayanan tidak berjalan secara terpisah. Koordinasi mencakup pengaturan waktu, urutan tindakan, rujukan, konsultasi, tindak lanjut, dan pertukaran informasi sehingga pelayanan pasien berlangsung secara berkesinambungan.

c. Pembagian peran

Pembagian peran berarti setiap profesi memahami kontribusi, kewenangan, batas tanggung jawab, serta tugas anggota profesi lain. Kejelasan peran mencegah duplikasi pekerjaan, kekosongan tanggung jawab, dan konflik kewenangan. Pemahaman terhadap peran profesi lain merupakan salah satu domain kompetensi inti IPEC.

d. Pengambilan keputusan bersama

Pengambilan keputusan bersama berarti keputusan pelayanan tidak hanya ditentukan berdasarkan perspektif satu profesi, tetapi mempertimbangkan kompetensi berbagai profesi serta kebutuhan, nilai, dan preferensi pasien. Proses ini dapat dilakukan melalui diskusi tim, konferensi kasus, ronde interprofesional, atau mekanisme koordinasi lainnya.

e. Kepemimpinan bersama

Kepemimpinan bersama menempatkan kepemimpinan sebagai fungsi yang dapat dibagi sesuai kebutuhan dan keahlian, bukan semata-mata berdasarkan hierarki. Pada kondisi tertentu satu profesi dapat memimpin berdasarkan kompetensi yang paling relevan, sementara profesi lain memberikan kontribusi dan dukungan.

f. Penyelesaian konflik

Perbedaan pendapat dapat muncul karena perbedaan perspektif profesional, prioritas, pengalaman, kewenangan, atau interpretasi informasi. Konflik perlu dikelola melalui komunikasi terbuka, fokus pada masalah pasien, penggunaan bukti, penghormatan terhadap profesi lain, dan pencarian solusi yang dapat diterima tim.

g. Refleksi dan evaluasi

Refleksi dan evaluasi dilakukan untuk menilai apakah proses kolaborasi telah berjalan sesuai tujuan. Tim dapat mengevaluasi komunikasi, koordinasi, pembagian tugas, pengambilan keputusan, kepatuhan terhadap rencana pelayanan, serta pengalaman pasien. Hasil evaluasi menjadi dasar perbaikan kolaborasi berikutnya.

3. OUTPUT (Hasil Langsung)

Output adalah hasil langsung yang dapat terlihat setelah proses kolaborasi berlangsung. Output menunjukkan bahwa berbagai profesi telah menghasilkan bentuk pelayanan yang lebih terintegrasi. Output belum sama dengan outcome karena output menggambarkan hasil proses kerja tim, sedangkan outcome menggambarkan dampak yang lebih luas terhadap pasien, pelayanan, dan organisasi.

a. Rencana pelayanan terpadu

Rencana pelayanan terpadu merupakan rencana yang disusun dengan mempertimbangkan kontribusi berbagai profesi dan kebutuhan pasien secara menyeluruh. Rencana tersebut dapat mencakup tujuan klinis, intervensi, edukasi, pemantauan, rehabilitasi, rujukan, dan tindak lanjut.

b. Dokumentasi terkoordinasi

Dokumentasi terkoordinasi menunjukkan bahwa informasi penting dari berbagai profesi tercatat secara konsisten dan dapat digunakan oleh anggota tim yang berwenang. Dokumentasi yang baik membantu kesinambungan pelayanan dan mempermudah pelacakan keputusan serta tindakan yang telah dilakukan.

c. Kesepakatan tujuan

Kesepakatan tujuan berarti anggota tim memiliki pemahaman yang sama mengenai hasil yang hendak dicapai. Tujuan dapat berupa stabilisasi kondisi pasien, pencegahan komplikasi, peningkatan fungsi, peningkatan kepatuhan, pemulangan yang aman, atau tujuan kesehatan lain yang relevan.

d. Pelaksanaan intervensi terintegrasi

Intervensi terintegrasi terjadi ketika tindakan dari berbagai profesi saling melengkapi dan tidak berjalan sendiri-sendiri. Integrasi ini memungkinkan pasien memperoleh pelayanan yang lebih berkesinambungan dan mengurangi fragmentasi pelayanan.

4. OUTCOME (Dampak Pelayanan)

Outcome merupakan dampak yang diharapkan muncul dari proses kolaborasi dan output pelayanan yang terintegrasi. Outcome dapat mencakup aspek keselamatan, pengalaman pasien, koordinasi, kualitas, efisiensi, dan status kesehatan. Bukti sistematis menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional dapat berhubungan dengan berbagai luaran pelayanan dan pengalaman pasien, walaupun besarnya efek dapat berbeda menurut konteks, jenis intervensi, setting pelayanan, dan cara kolaborasi diterapkan (Bouton et al., 2023; Kaiser et al., 2022).

a. Keselamatan pasien

Kolaborasi yang baik dapat mendukung keselamatan melalui komunikasi yang lebih baik, koordinasi tindakan, klarifikasi tanggung jawab, dan deteksi masalah secara lebih dini. Keselamatan pasien perlu dipandang sebagai tanggung jawab bersama seluruh anggota tim.

b. Pengalaman pasien yang lebih baik

Pelayanan yang terkoordinasi dapat membuat pasien memperoleh informasi yang lebih konsisten, memahami rencana pelayanan, dan merasakan kesinambungan pelayanan. Keterlibatan pasien dan keluarga juga penting dalam menentukan tujuan dan keputusan pelayanan.

c. Koordinasi pelayanan

Outcome ini menggambarkan tingkat keterhubungan pelayanan antarprofesi dan antarunit. Koordinasi yang baik membantu mengurangi duplikasi tindakan, keterlambatan, kehilangan informasi, serta kesenjangan dalam tindak lanjut.

d. Kualitas pelayanan

Kolaborasi dapat mendukung kualitas pelayanan melalui integrasi pengetahuan dan keterampilan berbagai profesi. Kualitas mencakup aspek efektivitas, keamanan, kesinambungan, ketepatan, dan pelayanan yang berpusat pada pasien.

e. Efisiensi

Kolaborasi yang terkoordinasi berpotensi mengurangi pekerjaan yang tumpang tindih, penggunaan sumber daya yang tidak perlu, dan keterlambatan proses pelayanan. Namun, efisiensi harus dicapai tanpa mengurangi keselamatan dan mutu pelayanan.

f. Luaran kesehatan

Luaran kesehatan merupakan perubahan yang dialami pasien sebagai hasil pelayanan, misalnya perbaikan kondisi, peningkatan kemampuan fungsional, pengendalian faktor risiko, pencegahan komplikasi, atau peningkatan kualitas hidup. Hubungan antara kolaborasi dan luaran kesehatan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor lain sehingga interpretasinya perlu mempertimbangkan konteks pelayanan.

5. Hubungan Antarbagian Model

Hubungan dalam model dapat dijelaskan sebagai suatu alur sistem. Input menyediakan kapasitas dan lingkungan yang diperlukan untuk kolaborasi. Input tersebut kemudian digunakan dalam proses komunikasi, koordinasi, pembagian peran, pengambilan keputusan, kepemimpinan, penyelesaian konflik, serta evaluasi. Proses yang baik menghasilkan output berupa rencana pelayanan terpadu, dokumentasi terkoordinasi, kesepakatan tujuan, dan intervensi terintegrasi. Selanjutnya, output tersebut berkontribusi terhadap outcome pelayanan dan kesehatan.

Hubungan ini bersifat dinamis dan tidak selalu linear. Outcome yang belum optimal dapat menjadi dasar untuk melakukan evaluasi terhadap proses dan input. Misalnya, apabila terjadi masalah keselamatan pasien, tim dapat menilai kembali kualitas komunikasi, pembagian peran, sistem informasi, beban kerja, kebijakan, atau budaya organisasi. Dengan demikian, model dapat digunakan sebagai kerangka evaluasi dan perbaikan berkelanjutan.

AA. Tantangan Masa Depan

Tantangan kolaborasi interprofesional pada masa mendatang semakin kompleks karena pelayanan kesehatan bergerak menuju pendekatan berbasis populasi, digitalisasi, pelayanan jarak jauh, integrasi data, peningkatan penyakit kronis, dan kebutuhan terhadap pelayanan yang berorientasi pada kesetaraan kesehatan. Kompetensi kolaborasi harus berkembang mengikuti perubahan tersebut.

Kepemimpinan juga akan semakin penting karena tim kesehatan masa depan kemungkinan menjadi semakin fleksibel dan tidak selalu bekerja dalam satu lokasi fisik. Kolaborasi virtual membutuhkan keterampilan komunikasi digital, pembagian informasi, koordinasi lintas fasilitas, dan mekanisme pengambilan keputusan yang lebih terstruktur.

BB. Penutup

Kolaborasi interprofesional merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, berkesinambungan, dan berpusat pada pasien. Kolaborasi tidak sekadar bekerja bersama, tetapi membutuhkan komunikasi yang efektif, koordinasi, pembagian peran yang jelas, pengambilan keputusan bersama, kepemimpinan, serta kemampuan mengelola konflik dan melakukan evaluasi secara berkelanjutan.

Keberhasilan kolaborasi dipengaruhi oleh kompetensi tenaga kesehatan sekaligus dukungan organisasi. Struktur tim yang jelas, kebijakan dan SOP, sistem informasi, dokumentasi, forum komunikasi, serta budaya kerja yang saling menghargai menjadi pondasi penting dalam membangun kolaborasi yang efektif.

Kolaborasi yang berjalan baik dapat mendukung keselamatan pasien, meningkatkan kualitas dan kesinambungan pelayanan, memperbaiki pengalaman pasien, serta meningkatkan efisiensi pelayanan. Namun, pencapaian tersebut bergantung pada kualitas proses kolaborasi dan konteks organisasi tempat pelayanan diberikan.

Interprofessional Education (IPE) menjadi salah satu dasar penting untuk mempersiapkan tenaga kesehatan agar mampu memahami peran profesi lain, berkomunikasi secara efektif, bekerja dalam tim, dan mengambil keputusan secara kolaboratif. Kompetensi tersebut perlu terus dikembangkan melalui pendidikan, praktik klinik, refleksi, dan evaluasi.

Dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, penguatan kolaborasi interprofesional semakin diperlukan seiring meningkatnya kompleksitas masalah kesehatan dan perkembangan teknologi. Oleh karena itu, kolaborasi perlu dibangun sebagai sistem yang terintegrasi, mulai dari input berupa sumber daya dan kompetensi, proses kolaborasi, output pelayanan, hingga outcome bagi pasien dan organisasi.

Dengan demikian, kolaborasi interprofesional bukan hanya strategi untuk meningkatkan kerjasama antarprofesi, tetapi merupakan pendekatan penting untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, berkesinambungan, dan berpusat pada pasien. Keberhasilannya memerlukan kompetensi profesional, komunikasi yang terbuka, tujuan bersama, dukungan organisasi, serta komitmen berkelanjutan dari seluruh anggota tim kesehatan.

Referensi

Akbar, M. A., Sukemi, S., Wabula, L. R., Kurniawan, D., & Amir, H. (2025). Healthcare Providers' Interprofessional Collaboration Experience with Integrated Information System for Non-Communicable Disease Management at Primary Care in Indonesia: A Qualitative Study. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 13(3), 191–201. https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2025.106621.2773

Alnaami, M. Y., Alqahtani, D. A., Alfaris, E. A., Abdulghani, H. M., & Mohammed, C. A. (2023). Novel Health Interprofessional Education and Collaborative Practice Program: Strategy and Implementation. Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-99-3420-1

Alzate-Moreno, M., Calderón-Breñosa, B., Rodríguez-San Miguel, K., & Sarasa-Monreal, M. del M. (2025). Interprofessional collaboration in the clinical sessions of an intensive care unit: perception of nurses and doctors. A systematic review of the literature. Enfermería Intensiva (English Ed.), 36(1), 100488. https://doi.org/10.1016/j.enfie.2025.100488

Archer, J., Rogalsky, J., Guerra, E., Brown, T., & Robinson, L. (2025). The impact of healthcare funding on interprofessional collaboration and integrated service delivery in primary and allied healthcare: a scoping review. In Journal of Interprofessional Care (Vol. 39, Issue 2, pp. 296–313). https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2452958

Bouton, C., Journeaux, M., Jourdain, M., Angibaud, M., Huon, J. F., & Rat, C. (2023). Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. BMC Primary Care, 24(1), 1–20. https://doi.org/10.1186/s12875-023-02189-0

Gotterson, F., & Manias, E. (2020). Antimicrobial stewardship for nursing practice. In M. Courtenay & E. Castro-Sanchez (Eds.), Interprofessional collaborative practice (pp. 95–119). CABI. https://doi.org/10.1079/9781789242690.0095

Institute of Medicine. (2015). Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/21726

Interprofessional Education Collaborative. (2023). IPEC Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Version 3. Interprofessional Education Collaborative. https://www.ipecollaborative.org/assets/core-competencies/IPEC_Core_Competencies_Version_3_2023.pdf

Kaiser, L., Conrad, S., Neugebauer, E. A. M., Pietsch, B., & Pieper, D. (2022). Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. Systematic Reviews, 11(1), 1–25. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x

Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., & Burney, I. (2022). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. Journal of Nursing Management, 30(1), 268–278. https://doi.org/10.1111/jonm.13491

McCauley, L., Robert L. Phillips, J., Meisnere, M., & K.Robinson, S. (Eds.). (2021). Designing Interprofessional Teams and Preparing the Future Primary Care Workforce. In Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care (pp. 181–428). The National Academies Press. https://doi.org/https://doi.org/10.17226/25983

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

Saragih, I. D., Hsiao, C.-T., Fann, W.-C., Hsu, C.-M., Saragih, I. S., & Lee, B.-O. (2024). Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today, 136, 106136. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106136

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. Journal of Interprofessional Care, 34(3), 332–342. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007

Sirimsi, M. M., De Loof, H., Van den Broeck, K., De Vliegher, K., Van Royen, P., Pype, P., Driessens, K., Verté, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2023). Development of a toolkit to improve interprofessional collaboration and integration in primary care using qualitative interviews and co-design workshops. Frontiers in Public Health, 11(April), 1–21. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1140987

van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A., & Mellis, C. (2020). Interprofessional education: tips for design and implementation. BMC Medical Education, 20(Suppl 2), 1–6. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z

Watson, jennifer B. (2024). Supporting Competency-Based IPE: Integration of the 2023 IPEC Core Interprofessional Competencies Into IPE Curricula. ACADEMY. https://academy.pubs.asha.org/2024/05/supporting-competency-based-ipe/

Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. Journal of Interprofessional Care, 36(5), 735–749. https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975

WHO. (2022). Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/08a5370c-0d2f-4529-a80a-ab9dd1fd6694/content

Wood, A., Delany, K., Phillips, R., Thomson, B., Fellows, N., Nevin, M., Cheng, V., Nicholls, L., Mayr, H., & Stoikov, S. (2026). A comprehensive whole-of-health service approach to interprofessional collaboration. Journal of Interprofessional Care, 40(3), 437–443. https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2517213

World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (D. Hopkins (Ed.)). World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content

Zhang, G., Stalmeijer, R. E., Maulina, F., Smeenk, F. W. J. M., & Sehlbach, C. (2025). Interprofessional collaboration in primary care for patients with chronic illness: a scoping review mapping leadership and followership. BMJ Leader, 9(2), 131–139. https://doi.org/10.1136/leader-2024-001102

ISSN: 3064-1187

BAB V
Penalaran Klinis dan Praktik Keperawatan Berbasis Bukti

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

A. Pendahuluan

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Pendekatan Penyusunan Artikel

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

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

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

C. Landasan Konseptual

1. Penalaran klinis dan keputusan keperawatan

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

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

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

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

2. Lingkungan kerja dan kualitas penalaran

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

Tabel 1 Lingkungan kerja yang memengaruhi kualitas penalaran

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

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

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

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

3. Siklus praktik berbasis bukti dan pertanyaan klinis

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

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

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

Tabel 2 Komponen PICO dan penerapannya pada kasus perburukan pasien

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

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

4. Proses keperawatan sebagai tempat penerapan bukti

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

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

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

5. Bias kognitif dan ketidakpastian

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

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

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

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

6. Etika profesional dan batas kewenangan

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

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

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

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

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

D. Kerangka NALAR dalam Pembelajaran

1. Rasional dan posisi kerangka

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

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

Tabel 3 Lima tahap NALAR dan keluaran yang dapat diperiksa

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

2. Tahap Nyatakan masalah

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

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

3. Tahap Analisis petunjuk klinis

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

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

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

4. Tahap Lacak dan nilai bukti

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

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

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

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

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

5. Tahap Ambil keputusan bersama

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

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

6.Tahap Review respons dokumentasi dan refleksi

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

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

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

7. Fasilitasi dan urutan pembelajaran

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

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

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

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

8. Kontekstualisasi Bima dan refleksi etis

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

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

E. Penerapan pada Vinyet Klinis

1 Mahasiswa menemukan perubahan kondisi

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

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

2 Pengkajian dan analisis prioritas

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

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

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

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

3 Diagnosis keperawatan dan perencanaan

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

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

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

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

4 Pertanyaan klinis dan pencarian bukti setelah respons awal

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

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

5. Telaah penelitian dan batas penerapan

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

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

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

6. Implementasi terawasi dan contoh komunikasi

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

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

7. Evaluasi dokumentasi dan refleksi

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

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

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

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

F. Integrasi Kurikulum dan Asesmen DIII Keperawatan

1 Pemetaan capaian dan mata kuliah

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

Tabel 4 Usulan pemetaan capaian etika praktik profesional dan penggunaan bukti

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

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

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

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

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

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

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

2. Peran dosen pembimbing dan lahan praktik

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

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

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

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

3. Rubrik formatif dan bukti perilaku profesional

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

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

Tabel 5 Domain rubrik NALAR dan indikator performa

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

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

4. Bukti pendidikan dan rencana evaluasi empiris

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

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

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

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

G. Keterbatasan dan Implikasi

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

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

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

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

H. Kesimpulan

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

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

Referensi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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: operasionalnnfc@gmail.com

ISSN 3064-1187
9 773064 118004