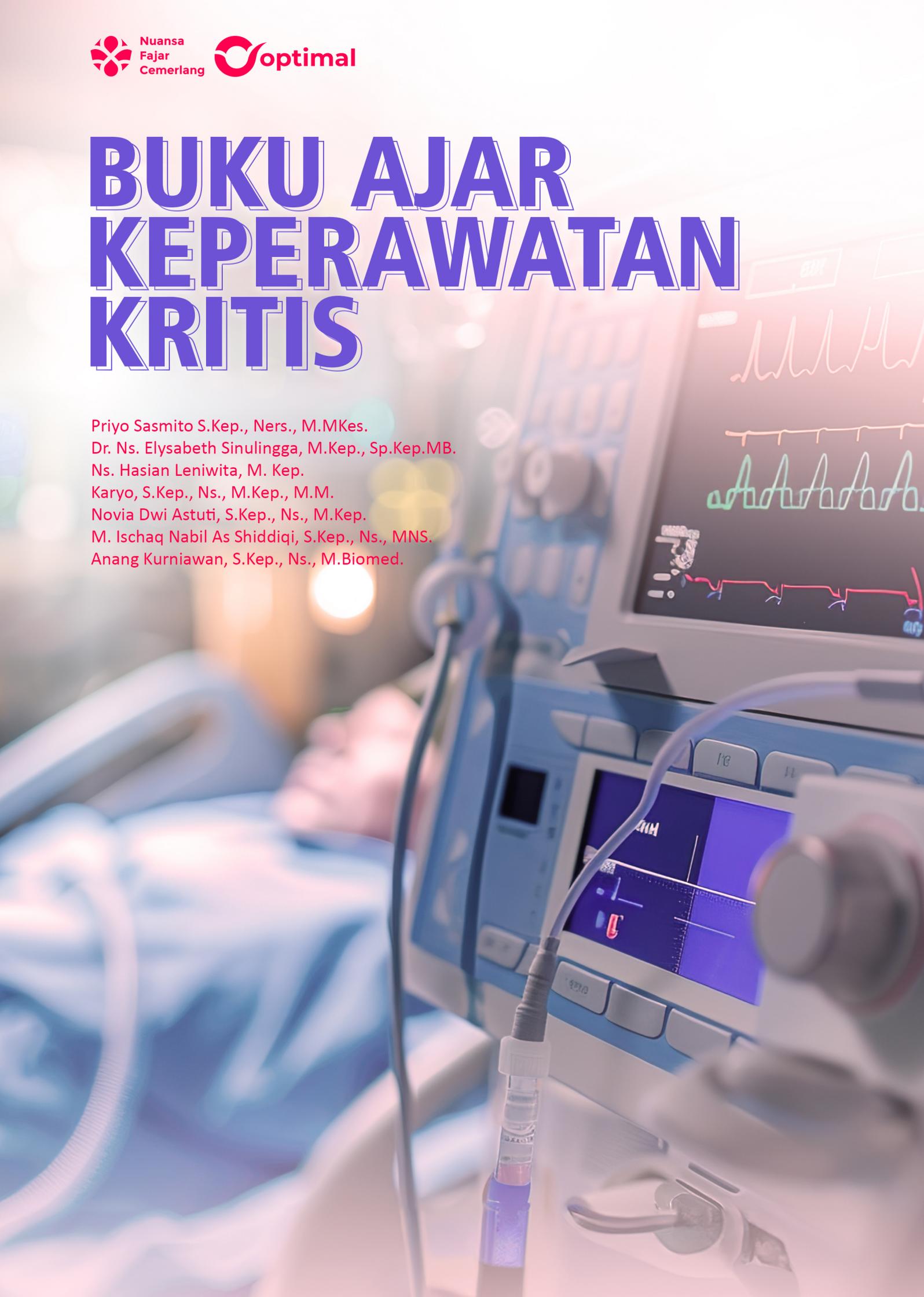


BUKU AJAR KEPERAWATAN KRITIS

Priyo Sasmito S.Kep., Ners., M.MKes.
Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Hasian Leniwita, M. Kep.
Karyo, S.Kep., Ns., M.Kep., M.M.
Novia Dwi Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
M. Ischaq Nabil As Shiddiqi, S.Kep., Ns., MNS.
Anang Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Biomed.



BUKU AJAR

KEPERAWATAN KRITIS

Penulis:

Priyo Sasmito S.Kep., Ners., M.MKes.

Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Ns. Hasian Leniwita, M. Kep.

Karyo, S.Kep., Ns., M.Kep., M.M.

Novia Dwi Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.

M. Ischaq Nabil As Shiddiqi, S.Kep., Ns., MNS.

Anang Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Biomed.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

BUKU AJAR KEPERAWATAN KRITIS

Penulis: Priyo Sasmito S.Kep., Ners., M.MKes.
Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Hasian Leniwita, M. Kep.
Karyo, S.Kep., Ns., M.Kep., M.M.
Novia Dwi Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
M. Ischaq Nabil As Shiddiqi, S.Kep., Ns., MNS.
Anang Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Biomed.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-26-9

Cetakan Pertama: Mei, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku ini berjudul "*BUKU AJAR KEPERAWATAN KRITIS*". Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini.

Keperawatan kritis bukanlah sekadar disiplin ilmu, namun juga sebuah panggilan batin untuk berada di sisi pasien ketika mereka berada dalam masa-masa yang penuh dengan ketidakpastian. Dalam keseimbangan antara ilmu pengetahuan yang mutakhir dan kelembutan tangan yang terampil, para perawat kritis menunjukkan keberanian dan kebijaksanaan dalam menghadapi tantangan yang mungkin sulit dipahami oleh orang lain.

Buku ini disusun sebagai buku panduan komprehensif yang menjelajahi kompleksitas dan mendalamnya tentang ilmu keperawatan kritis. Buku ini dapat digunakan oleh pendidik dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran di bidang ilmu keperawatan kritis dan diberbagai bidang Ilmu terkait lainnya. Selain itu, buku ini juga dapat digunakan sebagai panduan dan referensi mengajar mata kuliah keperawatan kritis dan menyesuaikan dengan Rencana Pembelajaran Semester tingkat Perguruan Tinggi masing-masing.

Secara garis besar, buku ajar ini pembahasannya mulai dari konsep holistik dan proses dalam perawatan kritis area keperawatan, manajemen jalan nafas dan pernapasan tingkat lanjut, penilaian keperawatan di bidang perawatan kritis, dukungan kehidupan lanjut dukungan lanjutan cardiac life, resusitasi syok dan cairan. Selain itu materi mengenai manajemen perawatan untuk pasien yang sakit kritis dan Merawat klien dan keluarga dalam fase akhir kehidupan juga di bahas secara mendalam. Buku ini disusun secara sistematis, ditulis dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, dan dapat digunakan dalam kegiatan pembelajaran.

Buku ini mungkin masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu, saran dan kritik para pemerhati sungguh penulis harapkan. Semoga buku ajar ini memberikan manfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam pembelajaran.

Jakarta, Maret 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
----------------------	------------

DAFTAR ISI	iv
-------------------------	-----------

BAB 1 FILOSOFI, KONSEP HOLISTIC DAN PROSES KEPERAWATAN

KRITIS	1
A. Definisi	2
B. Ruang Lingkup	2
C. Prinsip Keperawatan Kritis	4
D. Peran dan Fungsi Perawat Kritis	5
E. Tujuan Perawatan Intensif	6
F. Latihan	7
G. Rangkuman Materi	7
H. Daftar Pustaka	8

BAB 2 ANALISA KASUS DENGAN MENGINTEGRASIKAN HASIL

PENELITIAN	9
A. Definisi Evidence-Based Practice (EBP)	11
B. Tujuan Evidence-Based Practice	11
C. Komponen Kunci Evidence-Based Practice	11
D. Langkah-Langkah Penerapan Evidence-Based Practice	12
E. Model EBN	13
F. Keuntungan dan Kerugian Penggunaan Evidence-Based Practice	13
G. Latihan	17
H. Rangkuman Materi	19
I. Daftar Pustaka	20

BAB 3 PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KASUS KRITIS

21	21
A. Definisi	23
B. Tujuan Pendidikan Kesehatan Keperawatan Kritis	23
C. Aspek-Aspek Dalam Pendidikan Keperawatan Kritis	23
D. Keterampilan Teknik dan Sikap Yang Perlu Dimiliki Perawat Dalam Melakukan Pendidikan Kesehatan Pada Kasus Kritis	26
E. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Pada Kasus Kritis	30
F. Hambatan Pada Pendidikan Kesehatan Kasus Kritis	31
G. Latihan	34

H. Rangkuman Materi	36
I. Daftar Pustaka.....	37

BAB 4 PENCEGAHAN PRIMER, SEKUNDER DAN TERSIER PADA PASIEN

KRITIS KARENA GANGGUAN PADA BERBAGAI SISTEM.....	39
A. Pencegahan Primer	40
B. Pencegahan Sekunder	42
C. Pencegahan Tersier.....	43
D. Latihan.....	47
E. Rangkuman Materi	49
F. Daftar Pustaka.....	50

BAB 5 KETERAMPILAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KASUS

KRITIS BERBAGAI SISTEM TUBUH.....	51
A. Sistem Pernapasan.....	53
B. Sistem Kardiovaskuler.....	55
C. Sistem Muskuloskeletal.....	59
D. Latihan.....	61
E. Rangkuman Materi	61
F. Daftar Pustaka.....	62

BAB 6 PERAN DAN FUNGSI ADVOKASI PERAWAT PADA KASUS

KRITIS	63
A. Konsep Advokasi Keperawatan.....	65
B. Manfaat Advokasi Perawat	66
C. Pertimbangan Etik Dalam Advokasi Keperawatan Pada Kasus Kritis	67
D. Peran dan Fungsi Advokasi Perawat pada Kasus Kritis	70
E. Kebutuhan Advokasi Klien pada Kasus Kritis	72
F. Strategi Perawat dalam Melaksanakan Advokasi pada Kasus Kritis	73
G. Komunikasi Efektif untuk Advokasi	75
H. Latihan.....	78
I. Rangkuman Materi	78
J. Daftar Pustaka.....	79

BAB 7 PENGGUNAAN DAN PERAWATAN PASIEN DENGAN VENTILATOR MEKANIK	81
A. Pendahuluan	82
B. Definisi.....	84
C. Mode Ventilator.....	84
D. Indikasi dan Efek Samping Penggunaan Ventilator Mekanik	89
E. Latihan	91
F. Rangkuman Materi.....	91
G. Daftar Pustaka	92
PROFIL PENULIS.....	93

BAB 1

FILOSOFI, KONSEP HOLISTIC DAN PROSES KEPERAWATAN KRITIS

Priyo Sasmito S.Kep., Ners., M.MKes.

Pendahuluan

Sebagai tenaga kesehatan yang berjaga di barisan depan pelayanan kesehatan, perawat harus menguasai tata kelola pasien kritis dan gawat darurat. Bagi pasien kritis, waktu adalah hal yang vital. Oleh karenanya prinsip utama dalam melaksanakan proses keperawatan kritis adalah memberikan suatu pendekatan yang sistematis, tepat dan cepat. Pada bab ini mahasiswa akan diperkenalkan konsep dasar teoritis perawatan kritis, filosofi, dan proses perawat kritis.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional

Mahasiswa mampu memahami prinsip dan ruang lingkup keperawatan kritis, serta memahami fungsi dan peran sebagai perawat kritis.

Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Menguraikan definisi dan prinsip keperawatan kritis.
2. Menjelaskan lingkup keperawatan kritis.
3. Menjelaskan fungsi dan peran perawat kritis.

URAIAN MATERI

A. Definisi

Keperawatan kritis adalah bidang keperawatan dengan suatu focus pada penyakit yang kritis atau pasien yang tidak stabil. Perawatan kritis dapat ditemukan pada lingkungan yang luas maupun lingkup khusus, seperti unit gawat darurat dan perawatan intensif.

Keperawatan kritis adalah keahlian khusus didalam ilmu keperawatan yang menghadapi secara rinci dengan manusia yang bertanggung jawab atas masalah yang mengancam jiwa. Perawat kritis adalah perawat profesional yang resmi yang bertanggung jawab untuk memastikan pasien dengan sakit kritis dan keluarga – keluarga mereka menerima kepedulian optimal, (American Association Of Critical-Care Nurses).

Jika dilihat dari kata yang menyusunnya, keperawatan kritis terdiri atas kata "keperawatan" dan "kritis". Proses keperawatan adalah susunan metode pemecahan masalah yang meliputi pengkajian, analisa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sedangkan kritis adalah penilaian dan evaluasi secara cermat dan hati – hati terhadap suatu kondisi krusial dalam rangka mencari penyelesaian/ jalan keluar. Sehingga keperawatan kritis dapat didefinisikan sebagai suatu bidang yang menyediakan perawatan pasien yang berkualitas tinggi dan komprehensif. Kritis juga dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan gawat genting yang paling menentukan berhasil atau gagalnya suatu usaha.

Bagi pasien kritis, waktu adalah hal yang vital. Oleh karenanya prinsip utama dalam melaksanakan proses keperawatan kritis adalah memberikan suatu pendekatan yang sistematis, tepat dan cepat.

B. Ruang Lingkup

Secara keilmuan, keperawatan kritis berfokus pada penyakit yang kritis atau pasien yang tidak stabil. Untuk pasien kritis pernyataan paling penting yang harus dipahami adalah waktu adalah vital, sehingga seorang perawat keperawatan kritis dapat memmanage waktu dengan sebaik – baiknya.

American Association Of Critical-Care Nurses (AACN) mendefinisikan keperawatan kritis adalah keahlian khusus dalam ilmu perawatan yang dihadapkan secara rinci dengan manusia (pasien) dan bertanggung jawab atas masalah yang mengancam jiwa. Perawat kritis adalah perawat profesional yang resmi bertanggung jawab untuk memastikan pasien dengan sakit kritis dan keluarga pasien mendapat kepedulian optimal.

AACN juga menjelaskan secara spesifik bahwa asuhan keperawatan kritis mencakup diagnose dan penatalaksanaan respon manusia terhadap penyakit actual atau potensial yang mengancam kehidupan. Lingkup praktik askep kritis didefinisikan dengan interaksi perawat kritis, pasien dengan penyakit kritis, dan lingkungan yang memberikan sumber – sumber adekuat untuk pemberian perawatan. Pada umumnya lingkungan yang mendukung rasio perbandingan perawat pasien adalah 1:2 (tergantung kebutuhan pasien) satu perawat dapat menjaga 3 pasien dan terkadang seorang pasien membutuhkan bantuan >1 perawat untuk dapat bertahan hidup.

Perawat harus mengaktualisasi diri secara fisik, emosional dan spiritual untuk memenuhi tantangan merawat pasien yang mengalami penyakit kritis. Pelayanan askep kritis harus berkualitas tinggi dan komprehensif. Askep kritis juga membutuhkan kemampuan untuk menyesuaikan situasi kritis dengan kecepatan dan ketepatan dalam mengambil keputusan dan bertindak, dimana kondisi tidak dibutuhkan pada situasi keperawatan lain.

Esensi asuhan keperawatan kritis tidak berdasarkan pada lingkungan khusus atau alat khusus, tetapi proses pengambilan keputusan yang didasarkan pada pemahaman yang sungguh – sungguh terhadap fisiologis dan psikologis.

Berikut ini beberapa istilah dalam lingkup keperawatan kritis yang harus dipahami:

1. The critically III patient

Pasien sakit kritis didefinisikan sebagai pasien yang beresiko tinggi untuk masalah kesehatan actual dan potensial mengancam jiwa, oleh sebab itu dibutuhkan pengkajian asuhan keperawatan yang cepat, benar dan tepat. Pasien membutuhkan observasi dan intervensi secara intensif untuk mencegah terjadinya perburukan dan komplikasi.

2. The critical nurse

Perawat keperawatan kritis haruslah memiliki keahlian khusus, terampil dan pengalaman dalam pengaturan pengkajian yang kompleks, terapi tinggi dan intervensi berkeimbangan kewaspadaan keperawatan dalam merawat pasien kritis

3. The critically care environment

Ruang lingkup perawatan intensif adalah lingkungan yang berpotensi memusuhi pasien yang rentan terhadap sakit kritis, selain itu stress fisik akibat penyakit, nyeri, obat penenang, intervensi, dan ventilasi mekanik, ada stress psikologi dan psikososial yang dirasakan oleh pasien. Salah satu factor

tambahan adalah lingkungan ICU yang juga berkontribusi terhadap sindrom yang dikenal dengan ICU psikosis/delirium. Sering melaporkan factor stress lingkungan adalah kebisingan, pencahayaan ruangan yang terlalu terang, pembatas mobilisasidan isolasi social.

4. Pelayanan intensif khusus

Bedah jantung : CABG, MVR/DVR (Mitral double valve replacement) VSD (ventrikel septal defek), ASD (atrial septal defek, Isolasi pasien kritis: avian influenza, flu meksiko, *methicillin resisten Staphylococcus aureus* (MRSA), *extended beta lactamase* (ESBL), Tuberkulosis Paru (TB paru).

C. Prinsip Keperawatan Kritis

Tindakan pelayanan kritis telah dimulai di tempat kejadian maupun dalam waktu transportasi pasien ke Rumah Sakit yang disebut dengan fase prehospital. Tindakan yang dilakukan adalah resusitasi dan stabilisasi sambil memantau setiap perubahan yang mungkin terjadi dan tindakan yang diperlukan. Triage, yakni tindakan pertolongan yang dilakukan untuk melakukan pemilahan korban dalam keadaan kritis dan kedaruratan. Pasien-pasien yang terancam hidupnya harus diberi prioritas utama. Pada bencana alam dimana terjadi sejumlah kasus gawat darurat maka skenario pengelolaan keadaan kritis harus dirancang sedemikian rupa sehingga pertolongan memberikan hasil secara maksimal dengan memprioritaskan yang paling gawat dan harapan hidup yang tinggi. Mengenali ciri-ciri dengan cepat dan penatalaksanaan dini yang sesuai pada pasien beresiko kritis atau pasien yang berada dalam keadaan kritis dapat membantu mencegah perburukan lebih lanjut dan memaksimalkan peluang untuk sembuh (Gwinnutt, 2006 dalam Jevon dan Ewens, 2009).

Comprehensive Critical Care Department of Health di Inggris merekomendasikan untuk memberikan perawatan kritis sesuai filosofi perawatan kritis tanpa batas (*critical care without wall*), yaitu kebutuhan pasien kritis harus dipenuhi di manapun pasien tersebut secara fisik berada di dalam rumah sakit (Jevon dan Ewens, 2009).

Pasien kritis memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring penilaian setiap tindakan yang dilakukan. Dengan demikian pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau terjadinya penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Rab, 2007).

D. Peran dan Fungsi Perawat Kritis

Perawat critical care mempunyai berbagai peran format yaitu:

1. Bedside nurse
Peran dasar dari keperawatan kritis. Hanya mereka yang selalu bersama pasien 24 jam, dalam 7 hari atau seminggu
2. Pendidik critical care
Berperan mengedukasi pasien
3. Care manager
Berperan mempromosikan perawat yang sesuai dan tepat waktu
4. Manager unit atau departemen (kepala bagian)
Berperan menjadi pengarah dalam departemen yang mengelola keperawatan kritis
5. Perawat klinis spesialis
Berperan dapat membantu membuat asuhan keperawatan kritis dalam setting pelayanan klinis.
6. Perawat praktisi
Berperan mengelola terapi dan pengobatan

Pada akhirnya perawat critical care mengkoordinasikan dengan tim mengimplementasikan rencana askep, memodif rencana sesuai kebutuhan dan respon pasien.

Adapun kompetensi perawat kritis

1. Pengkajian klinis: pengumpulan data tentang pasien, evaluasi praktik
2. Pembuat keputusan klinis, menilai/membuat keputusan
3. Perawatan: memberi askep pada pasien
4. Advokasi: melindungi hak pasien dan keluarga pasien
5. Memikirkan system: mengarahkan system pelayanan yang bermanfaat bagi pasien
6. Fasilitator pembelajaran: sebagai educator

Pada akhirnya perawat critical care mengkoordinasikan dengan tim mengimplementasikan rencana askep, memodif rencana sesuai kebutuhan dan respon pasien.

Adapun kompetensi perawat kritis

1. Pengkajian klinis: pengumpulan data tentang pasien, evaluasi praktik
2. Pembuat keputusan klinis, menilai/membuat keputusan
3. Perawatan: memberi askep pada pasien
4. Advokasi: melindungi hak pasien dan keluarga pasien
5. Memikirkan system: mengarahkan system pelayanan yang bermanfaat bagi pasien
6. Fasilitator pembelajaran: sebagai educator
7. Berespons terhadap keberagaman: menerima pasien dengan budaya yang berbeda – beda
8. Kolaborasi: bekerja sama dengan tim medis lainnya

AANC juga menjelaskan bahwa peran perawat kritis adalah sebagai Advokat yang dimana perawat berperan untuk dapat menghormati dan mendukung nilai – nilai dasar, hak – hak dan keyakinan pasien kritis.

E. Tujuan Perawatan Intensif

1. Menyelamatkan kehidupan.
2. Mencegah terjadinya kondisi memburuk dan komplikasi melalui observasi dan monitoring yang ketat disertai kemampuan menginterpretasikan setiap data yang didapat dan melakukan tindak lanjut.
3. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan mempertahankan kehidupan.
4. Mengoptimalkan kemampuan fungsi organ tubuh pasien.
5. Mengurangi angka kematian pasien kritis dan mempercepat proses penyembuhan pasien.

F. Latihan

1. Sebutkan tujuan pelayanan keperawatan kritis!
2. Sebutkan kompetensi yang termasuk dalam kompetensi perawat kritis!
3. Apa yang dimaksud dengan keperawatan kritis?
4. Jelaskan apa yang disebut dengan critical care without wall?

G. Rangkuman Materi

Berdasarkan uraian di atas Keperawatan kritis adalah keahlian khusus didalam ilmu keperawatan yang menghadapi secara rinci dengan manusia yang bertanggung jawab atas masalah yang mengancam jiwa. Perawat kritis adalah perawat professional yang resmi yang bertanggung jawab untuk memastikan pasien dengan sakit kritis mendapatkan tindakan keperawatan yang memadai dalam rangka menyelamatkan nyawa. Tindakan pelayanan kritis telah dimulai di tempat kejadian maupun dalam waktu transportasi pasien ke Rumah Sakit yang disebut dengan fase prehospital. Tindakan pelayanan kritis yang telah dilakukan kemudian dilanjutkan di Rumah Sakit atau fase intra hospital. Tindakan yang dilakukan adalah resusitasi dan stabilisasi sambil memantau setiap perubahan yang mungkin terjadi dan tindakan yang diperlukan.

H. Daftar Pustaka

- American Association of Critical-Care Nurses.(2011). AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments. Aliso Viejo, CA.
- American College of Surgeon (2018) Advanced Trauma Life Support. Ninth Edit. Chicago: American College of Surgeon.
- American Heart Association. (2021). <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-tack/diagnosing-a-heart-attack/electrocardiogram-ecg-or-ekg>.
- Armola RR, Bourgault AM, Halm MA, et al. (2009). Upgrading the American Association of Critical-Care Nurses' evidence- leveling hierarchy.
- Asmadi. (2008). Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta. Salemba Medika.
- Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Unimus Press.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (E. Dinarti (ed.); edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (E. Dinarti (ed.); 1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

BAB 2

ANALISA KASUS DENGAN MENGINTEGRASIKAN HASIL PENELITIAN

Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Pendahuluan

Mata kuliah ini mengeksplorasi analisis kasus dengan mengintegrasikan temuan penelitian ke dalam atau menyertai perencanaan penanganan yang etis, hukum, dan budaya bagi klien yang memiliki masalah dan risiko dunia nyata yang muncul secara tiba-tiba atau tidak dapat diprediksi dan tanpa adanya kondisi lingkungan yang tidak terkendali. Karena kondisi klien kritis dan mengancam jiwa. Rencana pengobatan dimaksudkan untuk mencegah atau mengurangi risiko kematian atau kecacatan. Program ini mendukung siswa dalam proses adaptasi profesional terhadap pendelegasian wewenang progresif di bidang keperawatan, pendidikan kesehatan, advokasi klien, standar pengambilan keputusan hukum dan etika, dan penggunaan rekomendasi penelitian keperawatan darurat.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Umum

Setelah menyelesaikan materi analisa kasus dengan mengintegrasikan hasil penelitian, Anda akan dapat mengintegrasikan temuan penelitian ke dalam perawatan untuk mengatasi masalah terkait keadaan darurat, keadaan darurat, dan keadaan darurat yang terkait dengan berbagai sistem.

Tujuan Khusus

Setelah peserta mengikuti studi ini maka mampu:

1. Menjelaskan defenisi, tujuan, komponen *Evidence Base Practice* (EBP)
2. Menjelaskan Langkah-langkah penerapan EBP
3. Menyebutkan keuntungan dan kerugian penggunaan evidence-based practice
4. Mengintegrasikan penelitian kegawatdaruratan ke dalam semua sistem
5. Mengetahui tren dan isu-isu terkait keadaan kegawatdaruratan di berbagai sistem.

Capaian Pembelajaran

1. Mampu menerapkan prinsip etika, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan (CP.PK.01)
2. Dapat memahami ilmu keperawatan bidang pemberian pelayanan berdasarkan pendekatan proses (CP.PK.02)
3. Mampu memberikan pelayanan secara profesional di laboratorium dan di lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pengguna (CP.PK.03)
4. Mampu menerapkan keterampilan komunikasi keperawatan dan informasi ilmiah (CP.PK.04)
5. Mengintegrasikan temuan penelitian ke dalam perawatan untuk mengatasi masalah terkait keadaan darurat, keadaan darurat, dan keadaan darurat yang terkait dengan berbagai sistem

URAIAN MATERI

A. Definisi Evidence-Based Practice (EBP)

Evidence-based practice (Praktik berbasis bukti) adalah strategi untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan perilaku positif dengan menggabungkan bukti ilmiah terbaik sehingga praktik berbasis bukti dapat diterapkan pada praktik keperawatan dan keputusan perawatan yang lebih baik dapat dibuat oleh penyedia layanan kesehatan (Azmoude, Elham et al., 2017). Praktik berbasis bukti memberikan kerangka kerja untuk memeriksa, mengevaluasi, dan menerapkan temuan penelitian untuk meningkatkan perawatan pasien.

Kegiatan ilmiah dan berbasis bukti berkembang berdasarkan penelitian terbaru, oleh karena itu standar pengetahuan dan kinerja serta penelitian berbasis bukti dan pengalaman klinis harus dihormati. Pembaca didorong untuk berkonsultasi dengan informasi dan penelitian terbaru untuk meninjau bukti ilmiah, tindakan yang direkomendasikan, dan kontraindikasi.

B. Tujuan Evidence-Based Practice

Tujuan dari pendekatan praktik berbasis bukti adalah untuk mengidentifikasi bukti ilmiah terbaik untuk menjawab pertanyaan klinis baru dan kemudian menerapkannya pada praktik keperawatan guna meningkatkan kualitas perawatan pasien. Jika praktik berbasis bukti tidak digunakan dalam praktik keperawatan saat ini, praktik keperawatan jauh dari temuan ilmiah terkini dan sering kali dipengaruhi oleh temuan ilmiah terkini berbahaya bagi pasien (Azmoude, Elham et al., 2017). Oleh karena itu, sangat penting untuk mengintegrasikan praktik berbasis bukti ke dalam kurikulum keperawatan. Tujuan utama dari program ini adalah untuk mengintegrasikan praktik berbasis bukti ke dalam pendidikan sarjana dan keperawatan untuk mempersiapkan perawat profesional masa depan dengan kemampuan memberikan layanan keperawatan berbasis bukti berkualitas tinggi (Ashktorab, 2015).

C. Komponen Kunci Evidence-Based Practice

Menurut Drisko (2017) mengembangkan model kontemporer praktik berbasis bukti dan menyatakan bahwa praktik berbasis bukti terdiri dari empat elemen, yaitu pertama, kondisi klinis klien saat ini; kedua, data penelitian yang paling relevan; ketiga, nilai dan preferensi pelanggan; keempat, pengetahuan klinis dokter.

Menurut Melnyk dan Overholt (2011), praktik berbasis bukti terdiri dari tiga unsur, yaitu pertama, bukti eksternal berupa hasil penelitian, teori penelitian, pendapat ahli, dan wawasan ahli; kedua, temuan internal berupa penilaian klinis, hasil proyek peningkatan kualitas untuk meningkatkan kualitas layanan klinis, penggunaan sumber daya staf kesehatan yang diperlukan untuk memberikan perawatan; Ketiga, memastikan manfaat terbaik bagi status kesehatan pasien saat ini dan meminimalkan biaya.

D. Langkah-Langkah Penerapan Evidence-Based Practice

Menurut Melnyk, Ford, Long, dan Overholt (2014), terdapat tujuh langkah dalam penerapan praktik berbasis bukti, dimulai dengan menumbuhkan semangat penyelidikan, sains, dan kepedulian terhadap lingkungan, karena tanpa unsur-unsur tersebut, tenaga kesehatan tidak akan mampu untuk menerapkan bukti secara sistematis. Latihan berdasarkan latihan sehari-hari.

Ada tujuh langkah untuk menerapkan praktik berbasis bukti: Pertama, menumbuhkan semangat penyelidikan dan budaya serta lingkungan praktik berbasis bukti; Kedua, ajukan pertanyaan klinis dalam format PICO/PICOT, yaitu P (pasien atau populasi), I (intervensi atau tindakan), C (perbandingan intervensi atau intervensi yang akan dibandingkan), O (outcome atau akibat) dan T (waktu atau tindakan); Ketiga, mencari dan mengumpulkan bukti ilmiah paling relevan dengan menggunakan format PICO/PICOT. Keempat: mengevaluasi secara kritis temuan-temuan ilmiah. Kelima, mengintegrasikan ilmu terbaik dengan salah satu ahli dari klinik dan mempertimbangkan keinginan dan manfaat pasien saat mengambil keputusan atau perubahan. Bagian keenam mengevaluasi hasil perubahan berbasis bukti dan bagian ketujuh mendiseminasikan hasil praktik berbasis bukti. Ketujuh langkah tersebut dapat kita rangkum pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.1 Rangkuman Langkah EBP

No	Kegiatan
1	Menumbuhkan semangat penyelidikan
2	Ajukan pertanyaan klinis dalam format PICO/PICOT
3	Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT
4	Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)
5	Mengintegrasikan temuan terbaik (artikel penelitian) dengan salah satu pakar klinik dan pertimbangkan keinginan dan manfaat pasien saat mengambil keputusan atau perubahan.
6	Mengevaluasi dampak/outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti
7	Menyebarkan hasil dari <i>evidence-based practice</i>

Sedangkan Pertanyaan Klinis Menggunakan PICO/PICOT Format

P : Populasi, pasien atau disease of interest

I : Intervensi atau Issues of Interest

C : Compare/Intervensi pembanding/ kelompok pembanding

O : Outcomes/hasil-hasil yang diharapkan

T : Time frame (batas waktu)

E. Model EBN

Ketika menerapkan model praktik berbasis bukti, mahasiswa dan profesional keperawatan disarankan untuk menggunakan Model Johns Hopkins dan Model ACE Star karena prosesnya lebih sederhana dan identik dengan proses keperawatan yang biasanya dilakukan di rumah sakit (Schneider dan Whitehead, 2013). Model Johns Hopkins memiliki tiga bidang prioritas dalam model Johns Hopkins, yaitu praktik keperawatan, pendidikan dan penelitian. Model John Hopkin dalam implementasinya mencakup langkah pertama, yaitu identifikasi praktik berbasis bukti dan kemudian pembentukan tim yang memperoleh, mengevaluasi dan mensintesis bukti yang direkomendasikan untuk evaluasi dalam praktik implementasi. Sedangkan model ACE Star merupakan model transformasi pengetahuan seseorang berdasarkan hasil penelitian. Fase ACE Star meliputi penemuan pengetahuan, kemudian sintesis berdasarkan pengetahuan ilmiah, pemahaman dan penerjemahan pengetahuan ilmiah yang kemudian digunakan sebagai bahan rekomendasi dalam praktik, integrasi ke dalam praktik, dan terakhir fase evaluasi dimana Bukti dari pengetahuan yang diperoleh dievaluasi.

F. Keuntungan dan Kerugian Penggunaan Evidence-Based Practice

Menurut Yates (2012), praktik berbasis bukti memiliki banyak manfaat karena membantu profesional kesehatan, khususnya dokter, perawat, dan mahasiswa, membuat keputusan klinis dalam praktiknya berdasarkan bukti, pengalaman pribadi, atau pengalaman orang lain sebagaimana didokumentasikan dalam studi ilmiah. dikonversi, seperti halnya penerapan praktik berbasis bukti tidak memerlukan biaya banyak. Manfaat lain dari praktik berbasis bukti adalah pengambilan keputusan. Praktik berbasis bukti mendorong penasihat layanan kesehatan untuk lebih mempertimbangkan efektivitas layanan yang mereka berikan dan memperluas keahlian mereka dalam meneliti pengobatan yang lebih baik dalam literatur.

Pedoman praktik klinis diterapkan untuk memastikan perawatan berbasis penelitian yang tepat. Contoh pedomannya mencakup manajemen sedasi dan

dukungan nutrisi untuk pasien sakit kritis. Pedoman ini dan pedoman penting lainnya dibahas dalam manual ini. National Guideline Clearinghouse menyediakan ringkasan pedoman yang diterbitkan oleh berbagai organisasi profesional dan otoritas kesehatan (www.guidelines.gov). Perawat praktik tingkat lanjut sering kali mendukung staf dalam mengembangkan dan menerapkan pedoman praktik berbasis bukti.

Perawat didorong untuk menerapkan praktik keperawatan berbasis bukti dan menantang praktik yang “selalu dilakukan” tetapi tidak didukung oleh bukti klinis. Penelitian dinilai berdasarkan kualitas bukti, dan organisasi profesional serta individu menggunakan banyak kerangka kerja berbeda untuk menilai kualitas penelitian. Sebuah meta-analisis dari beberapa studi penelitian terkait dianggap sebagai bukti tingkat tertinggi; jumlah terbesar kedua, berasal dari uji coba terkontrol secara acak (RCT). Setelah mengevaluasi bukti, rekomendasi praktis diberikan. Skala Penilaian Bukti AACN adalah metode yang mudah digunakan untuk mengevaluasi penelitian (Armola RR, Bourgault AM, Halm MA et al. 2009).

Tabel 2.2 Rekomendasi Penelitian Keperawatan Berbasis Bukti Menurut ACCN (ArmolaRR, 2009)

Tingkat	Deskripsi
A	Meta-analisis dari beberapa penelitian terkontrol atau meta-sintesis dari penelitian kualitatif dengan hasil yang konsisten yang mendukung tindakan, intervensi, atau pengobatan tertentu
B	Uji coba terkontrol yang dirancang dengan baik, baik secara acak atau tidak, yang hasilnya secara konsisten mendukung suatu tindakan, intervensi atau pengobatan
C	Penelitian kualitatif, deskriptif atau korelasional; tinjauan integratif; tinjauan sistematis; atau uji coba terkontrol secara acak dengan hasil yang tidak konsisten
D	Standar asosiasi profesi yang ditinjau oleh rekan sejawat dengan rekomendasi untuk mendukung penelitian klinis Bukti berdasarkan teori
E	Dari pendapat para ahli atau laporan kasus memberikan sedikit rekomendasi.

Ada tujuh langkah dalam proses evidence-based practice yaitu:

1. *Menumbuhkan Semangat Penyelidikan*

Minta semua pengasuh untuk mengajukan pertanyaan tentang praktik perawatan mereka saat ini. Integrasikan EBP ke dalam visi, misi, dan periklanan organisasi layanan kesehatan. Kehadiran mentor dan staf dengan pengetahuan EBP dan kemampuan mengatasi hambatan perubahan di antara individu dan institusi. Terdapat infrastruktur yang menyediakan alat untuk mengembangkan EBP. Dukungan administratif dan kepemimpinan yang menilai model EBP, mendefinisikannya, dan menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk mempertahankan budaya EBP. Secara teratur mengenali/mengidentifikasi individu atau kelompok yang secara konsisten menerapkan EBP.

2. *Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan format PICO/ PICOT.*

Jenis-jenis Pertanyaan Klinik

Pertanyaan intervensi: Menguji efektivitas pengobatan/intervensi

Pertanyaan Diagnostik: Pemeriksaan kegunaan, keakuratan, pemilihan, atau interpretasi suatu instrumen/alat.

Pertanyaan Prognosis: Memeriksa kondisi pasien untuk mengetahui kondisi tertentu atau mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mengubah prognosis pasien.

Tanyakan tentang etiologi: memeriksa sebab dan akibat dan mengidentifikasi sesuatu yang dapat membahayakan

Arti Pertanyaan : Menjelajahi arti dari suatu hasil penelitian.

3. *Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT*

- Kata kunci untuk mencari bukti-bukti = kata-kata yang ada dalam PICO/PICOT
- Cari kata-kata lain yang mempunyai makna sama seperti kata-kata yang ada di PICO/PICOT
- Setiap jenis pertanyaan mempunyai hierarchy of evidence yang berbeda
- Bisa kita lakukan mencari di Database: Pubmed, CINAHL, Ovid-medline, National Guideline Clearing house, Chochrane Databases

4. *Melakukan Critical Appraisal Terhadap Bukti-Bukti*

Pertanyaan sentral dari evaluasi kritis adalah: Apakah hasil tesnya dapat diandalkan?

Apakah metodologi penelitian yang baik digunakan dalam penelitian ini?
Apakah hasil tesnya dapat diandalkan?
Apakah intervensi tersebut berhasil?
Seberapa besar dampak intervensi tersebut?
Akankah hasil tes berguna dalam perawatan pasien saya?
Apakah sampel penelitian serupa dengan sampel pasien saya?
Apakah manfaatnya lebih besar daripada risikonya?
Apakah intervensi ini mudah diterapkan?

5. *Mengintegrasikan Bukti-Bukti*

Clinical expertise (CE),

Ini adalah bagian terpenting dari proses pengambilan keputusan EBP. Contoh: Selama penilaian tindak lanjut untuk mengevaluasi hasil, CE menetapkan bahwa antibiotik lini pertama tidak efektif dalam mengobati kasus otitis media akut. Artikel terakhir menyimpulkan bahwa antibiotik A lebih baik dibandingkan antibiotik B sebagai antibiotik lini kedua pada anak.

Pasien

Apabila kualitas bukti baik dan intervensi memberikan manfaat yang besar, namun berdasarkan diskusi dengan pasien terdapat alasan pasien menolak pengobatan, maka intervensi tidak dapat digunakan.

6. *Mengevaluasi Out Come dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti*

Langkah ini penting untuk menilai dan mendokumentasikan dampak perubahan layanan berbasis EBP terhadap kualitas layanan kesehatan/manfaat pasien. Evaluasi apakah perubahan yang terjadi setelah penerapan hasil EBP di klinik sesuai dengan apa yang dilaporkan dalam artikel. Jika hasilnya tidak sesuai dengan bukti yang ada, apakah pengobatan dilakukan sesuai SOP yang ditetapkan dalam pasal ini; apakah pasien kami serupa dengan sampel penelitian yang termasuk dalam artikel.

7. *Menyebarkan Hasil dari EBP*

Diseminasi bertujuan agar hasil EBP tersedia sehingga perawat dan profesional kesehatan lainnya bersedia untuk secara kolektif menerapkan dan/atau menerima perubahan untuk memberikan layanan kesehatan yang lebih baik.

Bentuk-bentuk desiminasi:

- Melalui presentasi lisan
- Tentang panel presentasi

- Melalui presentasi meja bundar
- Melalui poster presentasi
- Melalui perkuliahan dalam kelompok kecil
- Menyajikan podcast/vodcast
- Melalui pertemuan komunitas
- Melalui rapat komite teknis dan roman sakit/organisasi.
- Melalui Klub Majalah
- Untuk publikasi

G. Latihan

1. Strategi untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan perilaku positif dengan mengintegrasikan penelitian terbaik sehingga praktik berbasis bukti dapat diterapkan pada praktik keperawatan dan keputusan keperawatan yang lebih baik dapat dibuat di lingkungan layanan kesehatan. Pengertian tersebut merupakan definisi dari:
 - A. Konseling
 - B. **EBP**
 - C. PICO
 - D. PICOT

2. Ada tujuh langkah dalam proses evidence-based practice yaitu :
 - 1) Menumbuhkan semangat penyelidikan;
 - 2) Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti
 - 3) Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan format PICO/PICOT;
 - 4) Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT;
 - 5) Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)
 - 6) mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan;
 - 7) Menyebarkan hasil dari evidence-based practice
 Adapun 7 langkah yang benar dalam proses evidence-based practice yaitu :
 - A. 1-2-3-4-5-6-7
 - B. **1-3-4-5-6-2-7**
 - C. 1-4-5-2-3-6-7
 - D. 1-2-3-6-7-3-4

3. Dibawah ini adalah arti dari PICO, kecuali?

- A. Problem
- B. intervention
- C. Outcome
- D. Comparation
- E. Compounding**

Tugas

Skenario Kasus Ny ES mengalami kelainan atau gangguan pemasukan intake makanan (bulimia atau eating disorder). Oleh karena itu perawat D berencana untuk melakukan cognitive behaviour theraPHY kepada Ny ES. Tujuannya adalah meningkatkan status emosi atau self esteem Ny ES. Namun demikian perawat D ingin mengetahui sejauh mana terapi tersebut dapat meningkatkan self esteem. (carilah informasi berdasarkan evidence based practice). Learning objective: 1. Membuat pertanyaan klinis dari kasus; 2. Menyusun PICO; 3. Mencari atau searching evidence; 4. Melakukan appraisal jurnal; dan 5. Membuat kesimpulan (mengintegrasikan dan mengevaluasi)

H. Rangkuman Materi

Evidence-based practice (Praktik berbasis bukti) adalah strategi untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan perilaku positif dengan menggabungkan bukti ilmiah terbaik sehingga praktik berbasis bukti dapat diterapkan pada praktik keperawatan dan keputusan perawatan yang lebih baik dapat dibuat oleh penyedia layanan kesehatan (Azmoude, Elham et al., 2017). Praktik berbasis bukti memberikan kerangka kerja untuk memeriksa, mengevaluasi, dan menerapkan temuan penelitian untuk meningkatkan perawatan pasien. Terdapat tujuh langkah yang harus dilakukan dalam proses EBP yaitu: 1) menumbuhkan semangat penelitian, 2) menanyakan pertanyaan klinik dengan format PICO/PICOT, 3) mencari dan mengumpulkan bukti yang paling relevan dengan metode PICO/PICOT, 4) melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti, 5) mengintegrasikan bukti-bukti tersebut, 6) mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti, 7) menyebarkan hasil EBP.

I. Daftar Pustaka

- Armola, R. R., Bourgault, A. M., Halm, M. A., Board, R. M., Bucher, L., Harrington, L., Medina, J. (2009). AACN levels of evidence.
- Azmoude. E., Farkhondeh, F., Ahour, M., & Kabirian, M. (2017). Knowledge, Practice, and SelfEfficacy in Evidence-based practice Among Midwives In East Iran. *Sultan Qaboos UniversityMedical Journal*, 17 (1). DOI: 10.18295/SQUMJ.2016.17.01.012
- Harun, H., Herliani, Y. K., & Setyawati, A. (2018). Pengetahuan Terhadap Kompetensi Mahasiswa Profesi Ners dalam Penerapan Evidence-based practice. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 14 (1). <https://doi.org/10.26753/jikk.v14i1.274>
- Herliani, Yussy Kurnia., Harun, Hasniatisari., Setyawati, Anita., Ibrahim, Kusman. (2018). SelfEfficacy the Competency of Nursing Students Toward the Implementation of EvidenceBased Practice. *Journal Ners*. 13 (1). DOI: 10.20473/jn.v13i1.6359
- Melnyk, B. M., Overholt, E. F., & Mays, M. (2008). The Evidence-based practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New Instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5 (4). DOI: 10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x
- Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Long, L.E. and Fineout-Overholt, E. (2014) The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings: Proficiencies to Improve Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes, and Costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11, 5-15. <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12021>.
- Polit, D., & Beck, C. (2019). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.

BAB 3

PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KASUS KRITIS

Ns. Hasian Leniwita, M.Kep

Pendahuluan

Tenaga kesehatan adalah tenaga profesional yang mempunyai keahlian dan pelayanan yang luas untuk memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan fokus pada kesehatan pasien. Profesional kesehatan bertujuan untuk menyediakan layanan medis berkualitas di dunia saat ini. Pelayanan yang berkualitas merupakan pelayanan terpadu, lengkap dan berkesinambungan terhadap layanan kesehatan, khususnya pasien dalam lingkungan pelayanan rumah sakit.

Kondisi serius adalah kondisi yang mengancam nyawa pasien dan dapat mengakibatkan kematian jika tidak segera mendapat pertolongan. Anggota keluarga yang menunggu di ICU sering kali menunjukkan perilaku, kecemasan, panik, perilaku irasional, ketidakmampuan mengambil keputusan, serangan agresi atau sinkop, dan kecemasan.

Oleh karena itu pendidikan kesehatan sangat diperlukan juga kolaborasi antarprofesional untuk mewujudkan pelayanan pasien yang sinergis dan timbal balik, sehingga pasien mendapatkan layanan komprehensif dan berkelanjutan.

Pendekatan berbasis bukti untuk meningkatkan efisiensi dan kemanjuran pendidikan perawatan kritis telah dikembangkan dan harus diintegrasikan ke dalam program pelatihan. Meskipun berbagai pendekatan tersebut dijelaskan dalam makalah ini dan di tempat lain dalam literatur pendidikan di dunia kesehatan, pendekatan tersebut memiliki karakteristik yang sama. Hal ini termasuk memanfaatkan metode untuk dengan cepat mengidentifikasi kebutuhan pelajar, mengajarkan secara langsung kebutuhan tersebut, dan memberikan umpan balik spesifik mengenai kinerja. Selain itu pendekatan ini menekankan aktivitas pembelajaran aktif dan mengintegrasikan pengalaman pendidikan dari ruang kelas dan lingkungan klinis.

Dilema perawatan intensif/kritis yang dominan berkaitan dengan pasien berkaitan dengan perawatan di akhir hayat, lambat laun menjadi jelas seiring berjalannya waktu, bahwa beberapa pasien tidak memiliki peluang untuk sembuh dan bahwa mereka akan meninggal baik di ICU atau di rumah sakit setelah masuk ICU meskipun telah dilakukan upaya pengobatan. Untuk itu diperlukan pendidikan kesehatan pada kondisi kritis.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional

Mahasiswa mampu memahami Pendidikan Kesehatan Pada Kasus Kritis.

Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa dan mahasiswi memiliki pengetahuan dan kemampuan:

1. Mengetahui pendidikan kesehatan.
2. Menerapkan Keterampilan Teknik dan Sikap yang perlu dimiliki perawat dalam melakukan pendidikan kesehatan pada kasus kritis.

URAIAN MATERI

A. Definisi

Pendidikan kesehatan ialah proses menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan kebiasaan kesehatan, membantu masyarakat tetap mendapat informasi dan mengambil tindakan agar tetap sehat dengan menghindari kebiasaan buruk dan mengembangkan kebiasaan sehat. Ini adalah proses memotivasi seseorang untuk mengambil tindakan, menurut *Committee President on Health Education* (1997) yang dikutip oleh Notoatmojo (2007).

Pendidikan kesehatan kritis merupakan upaya untuk memberikan individu atau kelompok informasi, pemahaman, dan keterampilan untuk menghadapi situasi yang mengancam jiwa atau kesehatan. Perawatan kritis merupakan spesialisasi medis yang memerlukan kompleksitas tinggi, frekuensi situasi yang mengancam jiwa, dan kebutuhan pengambilan keputusan yang cepat berdasarkan data yang tidak lengkap.

Luas dan dalamnya pengetahuan medis dan keterampilan teknis yang dibutuhkan untuk melakukan praktik perawatan kritis terus berkembang pesat, namun tidak tersedia cukup waktu untuk melatih petugas kesehatan, termasuk perawat.

Pendidikan kesehatan kritis bersifat luas dan meminta kita tim kesehatan untuk mempelajari dalam berbagai disiplin ilmu. Dalam arti luas, gagasan pendidikan kesehatan kritis dalam segala kompleksitasnya untuk mempertimbangkan kesehatan secara keseluruhan, dengan mempertimbangkan berbagai perspektif disiplin ilmu yang beragam (K. Fitzpatrick & D. Leah, 2019).

B. Tujuan Pendidikan Kesehatan Keperawatan Kritis

Tujuan pendidikan kesehatan yang penting adalah untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan menyeluruh kepada pasien, keluarga, dan kelompok seperti mahasiswa di institusi kesehatan, ataupun masyarakat tentang masalah kesehatan yang dialami. Pendidikan kesehatan juga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu dalam mengelola kondisi kesehatannya dengan lebih baik, mengurangi risiko komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

C. Aspek-Aspek Dalam Pendidikan Keperawatan Kritis

Pemahaman kondisi kritis

Merawat orang sakit dapat membebani pemberi perawatan yang kritis. Jam kerja yang panjang dan kurang tidur dapat melelahkan bahkan bagi dokter

yang paling energik sekalipun. Kematian adalah pendamping tetap bagi semua perawat, peserta pelatihan, dan dokter perawatan kritis. Perawatan ditawarkan, dan keputusan dibuat yang mengubah apakah pasien hidup atau mati. Keluarga mendampingi pasien, membawa serta kesedihan, kecemasan, dan konflik mereka. **Kerja sama tim**, yang merupakan inti dari perawatan orang yang sakit kritis, dapat terganggu oleh individu, budaya lokal, dan tuntutan yang melebihi kapasitas fisik pasien juga masalah-masalah komplikasi penyakit lainnya.

Dalam beberapa tahun terakhir, fokus profesional medis, dokter ataupun perawat di fasilitas perawatan kritis telah berkembang dari sekedar mengobati penyakit menjadi memberikan perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga.

Beberapa kondisi kritis yang umumnya terjadi antara lain:

1. **Serangan jantung (infark miokard)**: Suatu kondisi yang berpotensi mengancam jiwa dimana suplai darah ke otot jantung terganggu, berpotensi menyebabkan kerusakan jantung.
2. **Stroke** : Terjadi apabila suplai darah ke otak terganggu akibat adanya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah, sehingga dapat menyebabkan kerusakan otak dan gangguan fungsi otak yang parah.
3. **Kegagalan Pernapasan dan jantung**: Kesulitan bernapas atau berhenti bernapas total disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk trauma, penyakit paru-paru, dan gagal jantung.
4. **Syok septik**: Respon tubuh yang berlebihan terhadap infeksi, yang dapat menyebabkan tekanan darah rendah, kegagalan organ, dan risiko kematian yang tinggi.
5. **Koma**: Keadaan tidak sadarkan diri dan tidak tanggap terhadap rangsangan luar. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai kondisi medis, termasuk trauma kepala, penyakit otak, dan overdosis obat.
6. **Cedera Kepala Berat** : Cedera otak traumatis yang menyebabkan pendarahan atau kerusakan struktur otak dapat mengancam jiwa dan memerlukan penanganan segera.

Pendekatan Media Pada Pendidikan Kesehatan di Kasus Kritis

Dalam pendidikan kesehatan pasien pada kasus kritis, terdapat berbagai pendekatan media yang dapat digunakan untuk menyampaikan informasi dengan efektif. Berikut adalah beberapa pendekatan media yang umum digunakan:

- 1) **Video Edukasi:** Pembuatan video edukasi dapat membantu dalam menjelaskan prosedur medis, penggunaan peralatan medis, dan konsep-konsep kesehatan dengan lebih visual dan interaktif.
- 2) **Infografis:** merupakan representasi visual yang memadukan teks dan gambar untuk menjelaskan informasi dengan jelas dan menarik. Infografis dapat digunakan untuk menjelaskan patofisiologi suatu kondisi, langkah-langkah perawatan, atau informasi penting lainnya.
- 3) **Modul Interaktif:** Pembuatan modul interaktif dalam bentuk aplikasi atau website dapat memungkinkan pasien untuk belajar secara mandiri dan berpartisipasi aktif dalam pendidikan kesehatannya.
- 4) **Brosur dan Leaflet:** Brosur dan leaflet yang informatif, paling umum digunakan, mudah dipahami dapat dibagikan kepada pasien dan keluarganya sebagai referensi dan panduan selama perawatan dan pemulihan dirumah setelah rawat inap.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan perawat dalam kondisi kritis

- 1) Penilaian dan Stabilisasi → Langkah pertama ialah melakukan penilaian secara cepat untuk menentukan tingkat keparahan penyakit dan menstabilkan pasien jika diperlukan. Ini mungkin termasuk pemberian oksigen, pemantauan tanda-tanda vital, dan pemberian cairan intravena. Biasanya sering dengan menggunakan penilaian ABCDE, yaitu: A= **Airway** (jalan napas) B= **Breathing** (bernapas) C= (**Cirkulation**/sirkulasi) D= (**Disabilitas**/tingkat kesadaran/kerusakan neurologi) E=(**Exposure**/pemeriksaan fisik).
- 2) Penilaian dan Diagnosis → Melakukan evaluasi menyeluruh untuk mengetahui penyebab suatu kondisi serius. Evaluasi fisik, laboratorium, atau radiologi.
- 3) Perawatan Medis Intensif → Memberikan perawatan medis intensif yang sesuai untuk kondisi serius seperti: Obat-obatan, ventilator, atau perawatan medis lain yang diperlukan.
- 4) Monitoring dan Pemantauan → Pantau terus kondisi pasien untuk mendeteksi kemungkinan perubahan atau komplikasi dan secara dinamis menyesuaikan pengobatan berdasarkan respon pasien.
- 5) Konsultasi dan Kolaborasi → Melibatkan tim medis multidisiplin, termasuk spesialis, ahli gizi, ahli terapi fisik, dll dan untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi.
- 6) Pendidikan dan Dukungan → Mendidik pasien dan keluarganya tentang kondisi serius, langkah pengobatan yang diambil, dan langkah pemulihan

yang diperlukan. Untuk itu keluarga pasien sering kali bertindak sebagai pengambil keputusan pengganti bagi pasien yang dirawat dalam kondisi kritis, sehingga menempatkan mereka/keluarga pada peningkatan risiko masalah kesehatan mental jangka panjang seperti depresi, kecemasan, dan gangguan stres pascatrauma.

- 7) Memberikan dukungan emosional dan informasi yang tepat dapat membantu mengurangi stres dan meningkatkan pemahaman.

Prefensi (hak) keluarga/kerabat untuk terlibat dalam proses pengambilan keputusan berbeda-beda. Dokter ataupun perawat harus menghormati preferensi mereka dan menyesuaikan pertemuan keluarga. Pertemuan keluarga dengan tim kesehatan yang wajib dikerjakan ialah:

- a) Dilakukan segera setelah pasien masuk *Intensive Care Unit* (ICU),
- b) Informasi konsisten di seluruh tim perawatan, dan
- c) Memberikan privasi dan suasana nyaman untuk pertemuan. Jika Anda memiliki cukup ruang gunakan ruang khusus.
- d) Profesional medis menjamin bahwa kehidupan pasien tidak akan terpengaruh dalam situasi terakhir dan secara eksplisit mendukung keputusan yang diambil oleh keluarga.

D. Keterampilan Teknik dan Sikap Yang Perlu Dimiliki Perawat Dalam Melakukan Pendidikan Kesehatan Pada Kasus Kritis

1. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi ialah bagian penting dan tak terpisahkan dari kehidupan manusia, termasuk dalam memberikan pendidikan kesehatan. *American Nurses Association* (ANA), menyatakan komunikasi terapeutik adalah teknik bicara yang dirancang untuk mengutamakan kesejahteraan fisik, mental, dan emosional pasien. Pasien menerima dukungan dan informasi untuk pulih, dengan tetap menjaga profesionalisme dan objektivitas perawat dalam memberikan layanan asuhan keperawatan.

Ada lima tujuan dalam melakukan komunikasi, yaitu:

- a. menyampaikan pesan,
- b. mempengaruhi perilaku orang lain,
- c. mengubah perilaku orang lain,
- d. memberikan edukasi,
- e. memahami ide atau gagasan orang lain.

Komunikasi terapeutik dilakukan bertujuan untuk proses kesembuhan pasien, dan terbukti menjadi faktor penting dalam meningkatkan kepuasan keluarga dan mengurangi tekanan psikologis pasien yang meninggal di unit perawatan intensif (akhir hayat) dan sekitar 50% diasumsikan keluarga tidak memahami diagnosis, prognosis, atau pengobatan kerabatnya (Hunziker et al 2015). Informasi yang lebih baik dan lengkap terbukti menghasilkan kepuasan keluarga yang lebih tinggi ketika melakukan komunikasi terapeutik dengan baik dan benar.

Metode SBAR (*Situation, Background, Assesment, Rekomendation*) dapat digunakan dalam melakukan komunikasi terapeutik. Berikut penjelasannya.

Tabel 3.1 Metode SBAR

No	Komponen singkatan	Deskripsi
1	<i>Situation</i> (keadaan)	Menjelaskan keadaan atau kondisi pasien yang terupdate/terkini, seperti: usia, jenis kelamin, diagnosis medis, prosedur, status mental, kondisi pasien apakah stabil atau tidak.
2	<i>Background</i> (latar belakang)	Keluhan utama yang dirasakan dialami pasien sampai masuk rumah sakit, mengumpulkan data kronologi mengapa masalah sakit tersebut muncul, dan data penunjang laboratorium ataupun pemeriksaan lainnya.
3	<i>Assesment</i> (penilaian)	Penilaian pemeriksaan pasien terkini, sehingga perlu adanya antisipasi ataupun penanganan supaya kondisi pasien tidak makin memburuk.
4	<i>Rekomendation</i> (rekomendasi)	Ialah hal-hal ataupun usulan rencana tidak lanjut dan intervensi apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pasien saat ini.

Sumber: Starkes, (2024)

2. Keiklasan

Saat merawat pasien, perawat harus menyadari nilai, sikap, dan perasaannya sendiri terhadap kondisi pasien. Apa yang dipikirkan dan dirasakan perawat tentang individu dan dengan siapa mereka berinteraksi terus-menerus dikomunikasikan secara verbal dan nonverbal. Perawat yang dapat menunjukkan integritas sadar akan sikapnya terhadap pasien, sehingga dapat mempelajari komunikasi yang tepat tanpa menyalahkan pasien ataupun keluarga, khususnya pada saat menyampaikan pendidikan kesehatan pada pasien.

3. Empati

Ucapan belas kasih dan lebih banyak waktu mendengarkan keluarga (dan lebih sedikit waktu berbicara dengan profesional layanan kesehatan) meningkatkan kualitas hidup keluarga dan pengalaman ICU. Perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga merupakan bagian penting dalam memberikan perawatan berkualitas di ICU. Keluarga pasien ICU mempunyai tingkat depresi, kecemasan, dan gangguan stres pasca-trauma yang jauh lebih tinggi dan mempunyai risiko morbiditas jangka panjang yang lebih tinggi karena pengalaman mereka di ICU.

Pengambilan keputusan bersama menggambarkan hubungan di mana informasi diteruskan dari dokter ke pasien atau keluarga, dan kedua belah pihak berbagi pendapat tentang pilihan pengobatan sebelum keputusan diambil bersama, untuk itu diperlukan komunikasi yang kuat antara dokter, perawat, dan keluarga semua pasien yang sakit kritis adalah penting, tidak hanya dengan keluarga pasien yang akan segera meninggal.

Pasien dan keluarga konsisten dalam mendefinisikan perawatan berkualitas tinggi di ICU: komunikasi yang tepat waktu, jelas, dan penuh kasih sayang oleh dokter; pengambilan keputusan klinis berfokus pada preferensi pasien; perawatan pasien menjaga kenyamanan dan martabat; dan perawatan keluarga dengan akses terbuka dan dekat dengan pasien, dukungan interdisipliner di unit perawatan intensif, dan perawatan duka bagi keluarga pasien yang meninggal. Pengambilan keputusan klinis yang bijaksana sering kali memberikan kontribusi lebih besar terhadap hasil akhir pasien dibandingkan intervensi dramatis dan inovatif atau teknologi mutakhir.

4. Kehangatan

Suasana hangat yang dihadirkan oleh perawat saat berkomunikasi dengan pasien dapat membantu pasien ataupun keluarganya menyampaikan secara bebas apa yang dialami dengan masalah kesehatan yang dihadapi, tanpa merasa dikonfrontasi atau dihakimi, sehingga terbangun hubungan yang saling membangun dan komunikasi secara efektif terjalin dengan baik.



Gambar 3.1 Pengambilan Keputusan

Sumber: Hall, (2015)

Penjelasan pada pengambilan keputusan dilayanan unit kritis berdasarkan gambar diatas antara lain:

1. Fase awal

Meskipun kondisi di ICU mengalami banyak masalah yang kompleksitas, sebaiknya petugas kesehatan, dokter yang memberi pengobatan telah mempelajari dengan teliti kondisi pasien yang baru masuk dirawat di ICU, dan perawat yang memberi perawatan bersama-sama membuat pertemuan dengan keluarga pasien ataupun orang yang bertanggung jawab untuk menjelaskan kondisi pasien yang sebenarnya, serta penanganan atau treatment yang akan diberikan pada pasien.

2. Fase pertemuan

Dokter dan perawat juga keluarga ada pada ruang konsultasi ataupun ruang diskusi, untuk menjelaskan lebih rinci keputusan apa yang ditetapkan untuk tindakan ataupun treatment perawatan yang diberikan pada pasien yang ada dalam kondisi kritis.

3. Fase Keputusan Bersama

Berdasarkan dengan kondisi pasien terkini/update yang didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya, dokter memiliki keputusan pengobatan terhadap pasien, tetapi keluarga memiliki otonomi ataupun hak kewenangan tertinggi dalam pengambilan keputusan dan bebas menentukan pilihan yang disepakati atau diputuskan oleh keluarga.

E. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Pada Kasus Kritis

Pendidikan kesehatan dalam konteks kasus kritis mencakup berbagai elemen, semuanya dengan tujuan meningkatkan pemahaman dan keterampilan individu atau kelompok dalam menghadapi kondisi kesehatan darurat atau mendesak. Sebagai praktisi kesehatan yang dianggap memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan manusia, perawat diharapkan dapat memberi pendidikan kesehatan secara lebih efektif kepada pasien dan keluarga.

Beberapa ruang lingkup pendidikan kesehatan pada kasus kritis yang perlu dipahami oleh praktisi kesehatan, menurut *Emergency Nursing Core Curriculum* (ENCC, 2017) diantaranya:

1. **Pengetahuan dasar kesehatan** tentang anatomi dan fisiologi tubuh manusia, fungsi organ utama, dan penyebab dan gejala umum penyakit kritis.
2. **Triage dan evaluasi Awal:** Pelatihan dalam triase pasien untuk menentukan tingkat kebutuhan intervensi medis.
3. **Penanganan Kedaruratan:** Mempelajari cara memberikan pertolongan pertama pada serangan jantung, stroke, kecelakaan, atau kondisi medis akut lainnya.
4. **Keterampilan resusitasi:** Beri tahu pasien yang mengalami henti napas atau jantung tentang teknik resusitasi jantung paru *Cardio Pumonary Resuscitation* (CPR), dan penggunaan defibrilator otomatis atau *Automatic External Defibrillator* (AED), juga manajemen jalan napas.
5. **Komunikasi dan koordinasi Tim:** Memberikan pengetahuan tentang pentingnya komunikasi efektif dalam tim medis, koordinasi tindakan antar-profesi, dan manajemen situasi darurat secara terkoordinasi.
6. **Pencegahan infeksi:** Memahami cara menghindari infeksi, seperti penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur sterilisasi pada saat menangani pasien di ruang ICU ataupun unit gawat darurat.

Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan evaluasi pemeriksaan fisik jika dalam kondisi kritis, antara lain:

1. Pemeriksaan Tanda Vital : Meliputi pengukuran suhu tubuh, tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, dan saturasi oksigen. Tanda-tanda vital ini memberikan informasi penting mengenai stabilitas hemodinamik dan fungsi organ.
2. Pemeriksaan Kulit: Periksa warna kulit, suhu, kelembapan, kekeringan, dan cari tanda-tanda seperti sianosis (warna kulit kebiruan), *petechiae* (bintik merah kecil), atau tanda infeksi.

3. Pemeriksaan Kepala dan Leher: Meliputi penilaian kesadaran, pupil (ukuran, bentuk, dan respons terhadap cahaya), pergerakan mata, tanda-tanda cedera kepala, serta pembengkakan dan nyeri pada leher.
4. Pemeriksaan Dada: Meliputi auskultasi (mendengarkan bunyi nafas dengan stetoskop) untuk mendeteksi bunyi nafas yang tidak normal, penilaian pergerakan dada, dan pemeriksaan lain untuk menilai fungsi paru dan jantung.
5. Pemeriksaan Abdomen/Perut: Meliputi palpasi (perabaan) perut untuk memeriksa nyeri dan rasa penuh (bengkak), auskultasi usus untuk menilai fungsi saluran cerna, dan evaluasi organ seperti hati, limpa, dan ginjal.
6. Pemeriksaan Ekstremitas: Memeriksa pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, respon sensorik, dan tanda-tanda trombosis (penggumpalan darah) atau gangguan peredaran darah.
7. Penilaian Neurologis: Meliputi penilaian fungsi neurologis seperti refleks, kekuatan otot, sensasi, dan respon motorik dan tingkat kesadaran untuk menilai fungsi sistem saraf.

F. Hambatan Pada Pendidikan Kesehatan Kasus Kritis

Perawat mendefinisikan, menjelaskan, mendemonstrasikan, mengidentifikasi, merangkum, mengevaluasi secara spesifik pada saat memberikan pendidikan kesehatan. Ada hambatan yang mungkin dapat timbul, bervariasi dan tergantung pada situasi, lingkungan juga faktor-faktor lainnya. Beberapa hambatan umum yang dihadapi oleh perawat, berikut penjelasannya pada tabel dibawah ini.

Tabel 3.1 Hambatan Pendidikan Kesehatan Kasus Kritis

No	Hambatan	Penjelasan
1	Keterbatasan sumber daya	Termasuk jumlah personil pemateri/narasumber yang terbatas, fasilitas pendidikan yang tidak memadai, dan akses ke teknologi pembelajaran yang mendukung, seperti manekin atau simulator medis.
2	Kurangnya waktu	Kurikulum yang padat dapat menjadi hambatan untuk mengajarkan secara menyeluruh pada situasi kritis.
3	Keterbatasan keterampilan pengajar	Pendidik yang tidak mampu menggunakan teknologi pendukung pembelajaran yang kompleks atau mengajar kasus kritis.
4	Kurangnya dukungan administratif	Kurangnya dukungan dari pihak administrasi dalam hal alokasi sumber daya, pengembangan kurikulum, dan peningkatan kualitas pendidikan kesehatan.

5	Tantangan perbedaan komunikasi dan Kolaborasi	Kesulitan dalam menjalin komunikasi yang efektif antara berbagai pihak terkait, termasuk tenaga pengajar, praktisi kesehatan, dan mahasiswa karena adanya perbedaan gaya komunikasi.
---	---	--

Sumber: Martinez Fernandez et al, (2022)

Pendekatan holistik mengatasi hambatan-hambatan pendidikan kesehatan pada kasus kritis

Pendekatan holistik dalam menangani hambatan kurangnya waktu dalam pendidikan kesehatan kasus kritis melibatkan pemahaman yang menyeluruh tentang faktor-faktor yang memengaruhi waktu yang tersedia, identifikasi prioritas, pengelolaan waktu dengan efektif, dan integrasi strategi pembelajaran yang efisien. Berikut adalah penjelasannya:

1. **Analisis waktu** → Melakukan analisis mendalam terhadap kurikulum, metode pengajaran, dan kebutuhan belajar yang diberikan kepada audiens untuk mengidentifikasi bagian-bagian yang dapat dioptimalkan untuk menghemat waktu tanpa mengorbankan kualitas pendidikan.
2. **Prioritaskan materi** → Menentukan materi yang paling penting dan relevan untuk disampaikan kepada audiens dalam konteks kasus kritis, sehingga waktu dapat dialokasikan secara proporsional sesuai dengan urgensi dan signifikansi informasi.
3. **Integrasi teknologi** → Memanfaatkan teknologi pendukung pembelajaran seperti simulasi virtual, manekin interaktif, dan *platform e-learning* untuk menyampaikan materi dengan lebih efisien dan interaktif.
4. **Kolaborasi tim** → Melibatkan tim pengajar, praktisi kesehatan, dan mahasiswa dalam proses perencanaan dan pelaksanaan pembelajaran, sehingga pemahaman bersama tentang tujuan, strategi, dan waktu yang tersedia dapat tercapai secara efektif.

Cara menyelesaikan masalah atau hambatan komunikasi efektif dalam memberikan pendidikan kesehatan pada kasus kritis

1. Menurut I Nyoman Sudita (1997) dan dimodifikasi oleh penulis dari beberapa sumber, untuk mengatasi masalah atau hambatan komunikasi efektif diantaranya:
2. Memakai bahasa yang sederhana, relevan dan disesuaikan dengan gaya komunikasi partisipan atau audiens → sebaiknya menggunakan gaya komunikasi audiens dan karakteristik audiens. Tidak menggunakan istilah-istilah medis yang kompleks agar partisipan dapat memahami maksud materi yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

3. Menggunakan media pendukung → menata arus komunikasi penyampaian materi dengan menghadirkan media yang digunakan dalam pendidikan kesehatan seperti: gambar, video, atau grafik untuk membantu menjelaskan informasi secara visual, dan media yang digunakan dapat memperjelas konsep yang sulit disampaikan dengan hanya dengan kata-kata saja.
4. Menggunakan contoh kasus nyata → dapat menyampaikan contoh kasus nyata yang relevan dengan topik yang disampaikan, sehingga dapat membantu audiens memahami konsep yang dimaksudkan dengan lebih kongkrit.
5. Berinteraksi dengan audiens → pemateri dapat melakukan pengulangan dengan melibatkan audiens, mengajukan pertanyaan, mengadakan diskusi, ataupun meminta masukan ataupun pendapat audiens. Hal ini dapat membuat komunikasi penyampaian materi proaktif.
6. Memberikan informasi materi pendidikan kesehatan secara jelas dan teratur → menyusun informasi secara terstruktur dan logis agar mudah dipahami oleh partisipan. Poin-poin utama/yang penting dapat digunakan dalam penyampaian informasi atau pesan yang ingin disampaikan.
7. Memperhatikan komunikasi nonverbal → pemateri sebaiknya memiliki sikap empati dan memperhatikan audiens seperti: ekspresi wajah bingung, sedih, gerakan tubuh, dan bahasa tubuh audiens.
8. Menyediakan sumber referensi → untuk membantu memperdalam pemahaman audiens atau partisipan dalam sesi pendidikan kesehatan, dapat menggunakan buku, situs web dan sumber informasi lainnya.

G. Latihan

1. Komunikasi terapeutik pada saat melakukan pendidikan kesehatan pada pasien ataupun keluarganya. Apakah tujuan awal dari komunikasi terapeutik?
 - a. Memahami ide
 - b. Memberikan edukasi
 - c. Menyampaikan pesan
 - d. Mempengaruhi orang lain
 - e. Mengubah perilaku/sikap
2. Apakah hal yang pertama kali kita kaji pada penilaian ABCDE?
 - a. Bernapas
 - b. Jalan napas
 - c. Disabilitas
 - d. Sirkulasi
 - e. Pemeriksaan fisik
3. Apakah hal yang paling inti dalam perawatan pasien dalam kondisi kritis?
 - a. Empati
 - b. Kehangatan
 - c. Keiklasan
 - d. Pengetahuan
 - e. Kerjasama tim
4. Perawat sebagai praktisi kesehatan diharapkan mampu memberi pendidikan kesehatan (penkes) secara lebih efektif kepada pasien dan keluarga. Apakah hal yang pertama dari ruang lingkup penkes tersebut?
 - a. Triase dan evaluasi awal
 - b. Pengetahuan dasar kesehatan
 - c. Komunikasi dan koordinasi tim
 - d. Keterampilan resusitasi
 - e. Pencegahan infeksi
5. Pendekatan media yang paling umum digunakan ialah?
 - a. Video edukasi
 - b. Media elektronik
 - c. Modul interaktif
 - d. Brosur dan leaflet
 - e. Infografis
6. Hambatan pendidikan kesehatan pada kasus kritis diantaranya ialah pendidik yang tidak mampu menggunakan teknologi pendukung

- pembelajaran yang kompleks atau mengajar kasus kritis. Apakah hal yang dimaksud?
- Keterbatasan waktu
 - Keterbatasan sumber daya
 - Keterbatasan keterampilan pengajar
 - Kurangnya dukungan administrasi
 - Tantangan perbedaan komunikasi
7. Pemateri sebaiknya memperhatikan bahasa tubuh, ekspresi wajah dari audiens/partisipan saat memberikan materi pembelajaran. Apakah hal yang dimaksud?
- Memakai bahasa yang sederhana
 - Berinteraksi dengan audiens/partisipan
 - Memperhatikan komunikasi non verbal
 - Menggunakan contoh kasus nyata
 - Memberikan pendidikan kesehatan secara jelas
8. Informasi yang lebih baik dan lengkap terbukti menghasilkan kepuasan keluarga yang lebih tinggi ketika melakukan komunikasi terapeutik. Menjelaskan kondisi terkini atau update pada metode SBAR, hal dimaksudkan ialah:
- Realita
 - Situation*
 - Background*
 - Assesment*
 - Rekomendation*
9. Salah satu pendekatan holistik yang dilakukan dalam mengatasi hambatan penkes pada kasus kritis ialah menentukan materi yang paling penting dan relevan untuk disampaikan kepada audiens. Apakah hal yang dimaksudkan?
- Analisis waktu
 - Integrasi teknologi
 - Prioritas materi
 - Kolaborasi tim
 - Penguasaan pengetahuan
10. Perawat memiliki sikap dalam memberi penkes pada kasus kritis, perawat harus menyadari nilai, sikap, dan perasaannya sendiri terhadap kondisi klien. Apakah sikap yang dimaksud?
- Simpati
 - Empati
 - Keikhlasan

- d. Kehangatan
- e. Kejujuran

Jawaban dari soal pilihan ganda ialah:

- 1. C
- 2. B
- 3. E
- 4. B
- 5. D
- 6. E
- 7. C
- 8. B
- 9. C
- 10. C

H. Rangkuman Materi

Sangat penting bagi pendidik di bidang perawatan kritis untuk terus mengikuti perkembangan teknologi pendidikan termasuk pembelajaran yang dipersonalisasi, teknologi seluler, dan analisis pembelajaran. Edukasi di samping tempat tidur merupakan bagian penting dari pelatihan perawatan kritis karena sering kali dilakukan selama berada di unit perawatan intensif dan mencakup penilaian klinis, melakukan pemeriksaan fisik, dan pengambilan keputusan. Selain itu, pentingnya komunikasi interdisipliner, sikap di samping tempat tidur, profesionalisme, dan keterampilan klinis penting lainnya ditekankan. Melibatkan seluruh tim dalam putaran samping tempat tidur juga berkontribusi terhadap pengembangan tim multidisiplin dan meningkatkan perawatan pasien.

Pendidikan selama *bedside care* bukanlah aktivitas pasif. Sebaliknya, hal ini membutuhkan keterampilan penyedia layanan penting. Implementasi lain dari kolaborasi interprofesional adalah efektivitas komunikasi antara perawat dan profesional layanan kesehatan lainnya serta tim layanan kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan adanya kebijakan rumah sakit yang diterapkan sebagai upaya keselamatan pasien. Salah satunya adalah **penggunaan metode SBAR sebagai metode komunikasi yang efektif** antara perawat, tim medis, dan tenaga kesehatan lainnya. Metode SBAR merupakan metode komunikasi yang menggambarkan kondisi pasien secara ringkas.

Tujuan dari metode SBAR ini tidak hanya untuk mencegah kesalahpahaman antar tenaga kesehatan, namun juga untuk membangun jembatan antar tenaga kesehatan dan memastikan bahwa setiap tenaga

kesehatan berada pada level yang sama dan mempunyai tugas penting yang sama dalam perawatan pasien, itu juga salah satu tujuan.

Pendidikan Interprofesional Memungkinkan setiap profesional layanan kesehatan untuk memahami dan menghormati profesi masing-masing untuk menempatkan pasien sebagai pusat perawatan, meskipun harapannya tinggi bagi semua orang.

Implementasi lain dari kolaborasi interprofesional adalah metode pembelajaran "*bedside teaching*" yang dilakukan oleh dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya.

I. Daftar Pustaka

- American Heart Association. (2020). *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual*. American Heart Association
- Bastable, S. B. (2017). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (5th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning
- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Medical Surgical Nursing*. Singapura: Elsevier (Singapura) Pte Ltd
- Brunner and Suddarth's. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta. EGC
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2017). *Health promotion throughout the life span* (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier
- Emergency Nursing Core Curriculum (ENCC 2017): A Psychomotor Approach to Essential Skills
- Harys. (2020). Hambatan komunikasi. Diakses melalui <https://www.jopglass.com/hambatan-komunikasi/>
- J.B Hall., G. A. Schmidt., J.P. Kress. (2015). *Principles of Critical Care*. Fourth Edition. Mc Graw Hill Education
- Kelly, M., Morgan, A., & Bonnyman, C. (Eds.). (2019). *Health Promotion: Planning & Strategies* (4th ed.). Sage Publications.
- K. Fitzpatrick.,D. Leahy., M. Webber., J. Gilbert., D. Lupton., P. Aggleton. (2019) *Critical health education studies: reflection on a new conference and this them symposium*. Health Education Jurnal. SAGE
- K. O'Leary., (2012). *Effective Communication: A Guide for the People Professions*, Open University Press.
- Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., & Kwong, J. (2017). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. Ten edition. St. Louis, MO: Elsevier.

- Perkins, G. D., & Handley, A. J. (2016). *Advanced First Aid, CPR, and AED*. Seven edition. Jones & Bartlett Learning.
- Peter Hudson., Tina Thomas., Karen Quinn.,Mark Cockayne., and Maxine Braithwaite,. (2009).Teaching Family Carers About Home-Based Palliative Care: Final Results From a Group Education Program., *Journal of Pain Management*.
- S. Hunziker., Anna C.Johansson., F. Tschan., N.K Semmer., L. Rock.,M.D. Howell. S.Marsch. (2011). Teamwork and Leadership in Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*.
- Starkes.,Akreditasi Rumah Sakit Indonesia, SNARS.Web.Id di akses melalui <https://snars.web.id/rs/sbar-komunikasi-efektif-di-rumah-sakit/>
- Tintinalli, J. E., Ma, O. J., Yealy, D. M., et al. (Eds.). (2020). *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. Nine edition. McGraw-Hill Education.
- Vincent.L.J.,Abraham.B.,Moore.F.A.,Kochanex.M.P.,Fink.P.M. (2011). *Tetxbook Of Critical Care*: Sixth Edition. Elsevier Saunders
- Walls, R. M., Hockberger, R. S., & Gausche-Hill, M. (Eds.). (2021). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. Nine edition. Elsevier.

BAB 4

PENCEGAHAN PRIMER, SEKUNDER DAN TERSIER PADA PASIEN KRITIS KARENA GANGGUAN PADA BERBAGAI SISTEM

Karyo, S.Kep., Ns., M.Kep., M.M

Pendahuluan

Pasien kritis sering mengalami berbagai gangguan pada berbagai sistem organ, yang dapat berakibat fatal. Upaya pencegahan memegang peran penting dalam meningkatkan prognosis pasien kritis dan mengurangi risiko komplikasi. Memahami dan menerapkan strategi pencegahan primer, sekunder, dan tersier pada pasien kritis merupakan aspek krusial dalam praktik keperawatan kritis.

Pasien kritis adalah individu yang mengalami kegagalan satu atau lebih organ vital, sehingga membutuhkan pemantauan dan intervensi intensif untuk mempertahankan kelangsungan hidup. Gangguan pada berbagai sistem organ dapat menyebabkan kondisi kritis, dan pencegahan memainkan peran penting dalam mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan prognosis pasien.

Pentingnya Pencegahan pada Pasien Kritis:

Mengurangi beban ekonomi pada sistem kesehatan; Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga; dan Memperpanjang harapan hidup pasien.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Memahami dan menerapkan strategi pencegahan primer, sekunder, dan tersier pada pasien kritis merupakan aspek krusial dalam praktik keperawatan kritis.

Capaian Pembelajaran:

1. Memberikan gambaran umum tentang pencegahan primer, sekunder, dan tersier pada pasien kritis.
2. Menjelaskan peran penting pencegahan dalam meningkatkan prognosis pasien kritis.
3. Mengidentifikasi contoh-contoh strategi pencegahan pada berbagai sistem organ yang terganggu pada pasien kritis.

A. Pencegahan Primer

Upaya yang ditujukan kepada orang-orang sehat dan kelompok risiko tinggi yakni mereka yang belum menderita, tetapi berpotensi untuk mengalami Multi trauma. Tujuan dari pencegahan primer yaitu untuk mencegah timbulnya Multi Trauma pada individu yang berisiko mengalami Multi Trauma atau pada populasi umum. Sasaran pencegahan primer yaitu orang-orang yang belum sakit dan klien yang berisiko terhadap kejadian Multi Trauma.

Pencegahan primer adalah intervensi biologi, sosial, atau psikologis yang bertujuan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan atau menurunkan insiden penyakit di masyarakat dengan mengubah faktor-faktor penyebab sebelum membahayakan seperti penyuluhan kesehatan, perubahan lingkungan, dukungan sistem sosial.

Pencegahan primer dapat dilakukan dengan:

1. Penyuluhan kesehatan

Penyuluhan kesehatan merupakan salah satu bagian dari pencegahan primer yang mampu dilakukan. Penyuluhan kesehatan mencakup memperkuat individu dan kelompok melalui pembentukan kompetensi. Asumsinya adalah banyak respons maladaptif terjadi akibat kurangnya kompetensi. Hal ini meliputi kurangnya kontrol yang dirasakan terhadap kehidupan seseorang, rasa keefektifan kurangnya kontrol yang dirasakan terhadap kehidupan seseorang, rasa keefektifan diri yang rendah, kurang efektifnya strategi koping, dan harga diri rendah yang terjadi. Penyuluhan kesehatan mencakup empat tingkat intervensi berikut ini.

- a. Meningkatkan kesadaran individu atau kelompok tentang masalah dan peristiwa yang berhubungan dengan sehat dan sakit, seperti tugas perkembangan normal
- b. Meningkatkan pemahaman seseorang tentang dimensi stressor yang potensial, kemungkinan hasil (baik adaptif maupun maladaptif), dan respon koping alternatif
- c. Meningkatkan pengetahuan seseorang tentang dimana dan bagaimana memperoleh sumber yang diperlukan.
- d. Meningkatkan keterampilan penyelesaian masalah individu atas kelompok, keterampilan interpersonal, toleransi terhadap stres dan frustrasi, motivasi harapan, dan harga diri

2. Perubahan lingkungan

Intervensi preventif mungkin dilakukan untuk memodifikasi lingkungan terdekat individu atau kelompok atau sistem sosial yang lebih besar, Intervensi ini terutama bermanfaat apabila lingkungan menempatkan urutan baru kepada pasien, tidak tanggap terhadap kebutuhan perkembangan, dan hanya memberikan sedikit dukungan. Perubahan lingkungan meliputi jenis berikut ini

1) Ekonomi

Mengalokasikan sumber untuk bantuan finansial atau bantuan anggaran dan pengelolaan penghasilan.

b. Pekerjaan

Menerima tes pekerjaan, bimbingan, pendidikan, atau pelatihan kembali yang dapat menghasilkan pekerjaan atau karir baru.

c. Perumahan

Pindah ketempat baru, yang berarti meninggalkan atau kembali pada keluarga dan teman; memperbaiki rumah yang sudah ada; mendapatkan atau kehilangan keluarga, teman atau teman se kamar

d. Keluarga

Memasukkan anak pada fasilitas perawatan, taman kanak-kanak, sekolah dasar, atau berkemah, mendapatkan pelayanan rekreasi, sosial, keagamaan, atau komunitas

e. Politik

Memengaruhi struktur dan prosedur pelayanan kesehatan, berperan serta dalam perencanaan dan pengembangan komunitas, mengatasi masalah legislatif.

3. Dukungan sistem sosial

Penguatan dukungan sosial adalah cara mengurangi atau memperkecil pengaruh dari peristiwa yang berpotensi menimbulkan stres. Empat jenis intervensi preventif yang mungkin adalah:

a. Mengkaji lingkungan masyarakat untuk mengidentifikasi area masalah dan kelompok resiko tinggi.

b. Meningkatkan hubungan antara sistem dukungan masyarakat dan pelayanan kesehatan jiwa formal.

c. Menguatkan jaringan pemberian pelayanan yang ada, meliputi kelompok gereja, organisasi masyarakat, kelompok wanita, dukungan tempat kerja, dan lingkungan, dan *self-help group*.

- d. Membantu individu atau kelompok dalam mengembangkan, mempertahankan, memperluas, dan menggunakan jaringan sosial yang tersedia.

B. Pencegahan Sekunder

Tujuan dari pencegahan sekunder kegawatdaruratan yaitu Pendeteksian dini Multi Trauma serta penanganan segera sehingga komplikasi dapat dicegah. Sasaran pencegahan sekunder yaitu pasien multi trauma yang baru terdiagnosa dan Kelompok penduduk resiko tinggi (supir, tukang ojek, Balita, Pekerja bangunan, pemanjat tebing). Pencegahan sekunder termaksud menurunkan prevalensi gangguan aktifitas pencegahan sekunder meliputi penemuan kasus dini, skrining dan pengobatan efektif yang cepat, intervensi krisis adalah suatu modalitas terapi pencegahan sekunder yang penting

1. Krisis

Krisis adalah gangguan intemal yang ditimbulkan oleh peristiwa yang menegangkan atau ancaman yang dirasakan pada diri seseorang. Mekanisme koping yang biasa digunakan seseorang menjadi tidak efektif untuk mengatasi ancaman, dan orang tersebut mengalami suatu ketidakseimbangan serta peningkatan ansietas. Ancaman atau peristiwa pencetus biasanya dapat diidentifikasi. Tujuan intervensi krisis adalah individu pada tingkat fungsi sebelum krisis. Krisis memiliki keterbatasan waktu, dan konflik berat yang ditimbulkan dapat menstimulasi pertumbuhan personal. Apa yang dilakukan seseorang terhadap krisis menentukan pertumbuhan atau di organisasi bagi orang tersebut.

2. Faktor pengimbang

Dalam menguraikan resolusi krisis, beberapa faktor pengimbang yang penting perlu dipertimbangkan. Keberhasilan resolusi krisis kemungkinan besar terjadi jika persepsi individu terhadap peristiwa adalah realistis bukan menyimpang, jika tersedia dukungan situasional sehingga orang lain dapat membantu menyelesaikan masalah, dan jika tersedia mekanisme koping untuk membantu mengurangi ansietas.

3. Jenis-jenis krisis

1) Krisis maturasi

Krisis maturasi merupakan masa transisi atau perkembangan dalam kehidupan seseorang pada saat keseimbangan psikologis terganggu, seperti pada masa remaja, menjadi orang tua, pernikahan, atau pensiun. Krisis maturasi menuntut perubahan peran. Sifat dan besarnya krisis

maturasi dapat dipengaruhi oleh model peran, sumber interpersonal yang memadai, dan kesiapan orang lain dalam menerima peran baru.

b. Krisis situasi

Krisis situasi terjadi ketika peristiwa eksternal tertentu mengganggu keseimbangan psikologis individu atau keseimbangan kelompok. Contohnya yaitu Kehilangan pekerjaan, perceraian, kematian, masalah sekolah, pemakai dan bencana

C. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier adalah upaya meningkatkan angka kesembuhan, angka survival (bertahan hidup), dan kualitas hidup dalam mengatasi penyakit. Aktivitas pencegahan tersier mencoba untuk mengurangi beratnya gangguan dan disabilitas yang berkaitan. Rehabilitasi adalah proses yang memungkinkan individu untuk kembali ke tingkat fungsi setinggi mungkin.

1. Pencegahan primer sekunder dan tersier berdasarkan letak trauma

a. Trauma kepala dan wajah

1) Pencegahan primer

Upaya yang dilakukan perawat untuk pencegahan primer meliputi penyuluhan kepada masyarakat luas melalui lembaga swadaya masyarakat dan lembaga sosial lainnya. Program penyuluhan diarahkan ke penggunaan Helm saat mengemudi kendaraan bermotor, Anak-anak yang masih Balita selalu diawasi oleh orang tua, jangan Mengemudikan kendaraan dengan kecepatan yang tinggi, pada pemanjat tebing saat memanjat harus menggunakan pengaman pada kepala dan badan, Pada pekerja bangunan agar menggunakan helm saat menaiki bangunan yang tinggi.

2) Pencegahan sekunder

a) Penanganan segera secara cepat dan tepat pada penderita Malti Trauma: Pada cedera Otak

- (1) Pertahankan kepala harus berada dalam posisi garis tengah
- (2) Untuk jaringan yang terkoyak dari wajah, semua jaringan dan organ yang lepas dikembalikan ke tempat semula.
- (3) Berikan sedatif untuk mengatasi agitasi, ventilasi mekanis
- (4) Berikan obat untuk menghentikan kejang: Benzodiazepin.
- (5) Tindakan untuk menurunkan tekanan intra kranial

b) Pencegahan komplikasi akut dan kronis: cegah perdarahan yang hebat

(1) Klien harus didampingi oleh seseorang selama waktu 24 jam sesudah cedera.

(2) Jangan meminum minuman beralkohol selama 24 jam beristirahat selama 24 jam berikutnya

(3) Jangan mengemudikan kendaraan, mengoperasikan mesin, atau mengambil keputusan yang penting.

b. Trauma Toraks dan Leher

1) Pencegahan primer

Upaya yang dilakukan perawat untuk pencegahan primer meliputi penyuluhan kepada masyarakat luas melalui lembaga swadaya masyarakat dan lembaga sosial lainnya Program penyuluhan diarahkan ke penggunaan Helm saat mengemudi kendaraan bermotor, Anak-anak yang masih Balita selalu diawasi oleh orang tua, jangan Mengemudikan kendaraan dengan kecepatan yang tinggi, pada pemanjat tebing saat memanjat harus menggunakan pengaman pada kepala dan badan, Pada pekerja bangunan agar menggunakan helm saat menaiki bangunan yang tinggi.

2) Pencegahan sekunder

a) Tindakan untuk mengeluarkan cairan yang masif lewat Chest tube

b) Bebaskan jalan napas dengan mengatur posisi mandibula yang tepat

c. Trauma Abdomen

1) Pencegahan primer

Upaya yang dilakukan perawat untuk pencegahan primer meliputi penyuluhan kepada masyarakat luas melalui lembaga swadaya masyarakat dan lembaga sosial lainnya Program penyuluhan diarahkan ke penggunaan Helm saat mengemudi kendaraan bermotor, Anak-anak yang masih Balita selalu diawasi oleh orang tua, jangan Mengemudikan kendaraan dengan kecepatan yang tinggi, pada pemanjat tebing saat memanjat harus menggunakan pengaman pada kepala dan badan, Pada pekerja bangunan agar menggunakan helm saat menaiki bangunan yang tinggi.

2) Pencegahan sekunder: Lakukan pemeriksaan Fisik secara cermat.

3) Pencegahan tersier

- a) Pada Trauma Limpa:
 - (1) Imunisasi rutin dengan vaksin *pneumococcus*, dilakukan pada pasien yang baru menjalani splenektomi yang baru pulang dari rumah sakit, untuk mengurangi risiko *overwhelming postsplenectomy infection* (OPSI)
 - (2) Pada pasien yang mengalami hematoma Limpa Subkapsular Menghindari aktivitas yang berat dan olahraga fisik selama kurang lebih 3 bulan untuk mencegah terjadinya perdarahan ulang yang menyebabkan ruptur limpa
 - b) Pada pasien yang mengalami cedera colon:

Pasien yang diduga cedera colon atau rektum harus diberikan profilaksis antibiotik parenteral untuk mengatasi kuman - kuman gram negatif aerob (seperti *Escherichia Coli*), dan anerob (seperti *Beateroides fragilis*), sehingga kadar darah yang adekuat dapat dicapai pada saat laparatomi.
 - c) Pada cedera vaskular abdomen: tindakan untuk mencegah hipotermi
 - d) Menghangatkan semua cairan infus kristaloid dan darah
 - e) Menggunakan rangkaian proses pemanasan leawt ventilator
 - f) Memberikan selimut hangat dan memasang lampu Menutup kepala pasien.
- d. Trauma Tulang Belakang
- 1) Pencegahan primer

Upaya yang dilakukan perawat untuk pencegahan primer meliputi penyuluhan kepada masyarakat luas melalui lembaga swadaya masyarakat dan lembaga sosial lainnya. Program penyuluhan diarahkan ke penggunaan Helm saat mengemudi kendaraan bermotor, Anak-anak yang masih Balita selalu diawasi oleh orang tua, jangan Mengemudikan kendaraan dengan kecepatan yang tinggi, pada pemanjat tebing saat memanjat harus menggunakan pengaman pada kepala dan badan, Pada pekerja bangunan agar menggunakan helm saat menaiki bangunan yang tinggi.
 - 2) Pencegahan sekunder
 - a) Pasien harus di imobilisasi
 - (1) Stabilisasi kepala dengan memfiksasinya dalam posisi segaris dan memerintahkan kepada pasien untuk tidak menggerakkan leher atau kepalanya.
 - (2) Pengkajian fungsi motorik dan sensorik

- (3) Bantuan langsung untuk memasang serta mengunci kollar servikal yang kaku sesuai dengan ukuran, menggulingkan tubuh pasien satu garis ke sisi tubuhnya serta memasang papan punggung dan mengikat tali papan punggung serta alat penyangga kepala dan pitanya.
- (4) Cegah hipoksia dengan mempertahankan saturasi oksigen yang melebihi 90% dan nilai hematokrit yang melebihi 30%.

e. Trauma Muskuloskeletal

1) Pencegahan primer

Upaya yang dilakukan perawat untuk pencegahan primer meliputi penyuluhan kepada masyarakat luas melalui lembaga swadaya masyarakat dan lembaga sosial lainnya. Program penyuluhan diarahkan ke penggunaan helm saat mengemudi kendaraan bermotor, jangan Mengemudikan kendaraan dengan kecepatan yang tinggi, pada pemanjat tebing saat memanjat harus menggunakan pengaman pada kepala dan badan, Pada pekerja bangunan agar menggunakan helm saat menaiki bangunan tinggi.

2) Pencegahan sekunder

- a) Untuk mengendalikan perdarahan lakukan penekanan langsung (Turniket)
- b) Apabila benda yang menancap maka harus distabilkan dengan metode apa saja, sehingga mencegah trauma lebih lanjut.
- c) Imobilisasi fraktur Pembidaian bagian atas dan bawah fraktur, meliputi persendian proksimal dan distal.
- d) Pada pasien yang fraktur:
 - (1) Pembatasan aktivitas yang sederhana dengan penggunaan mitela dan kruk
 - (2) Reposisi tertutup diikuti oleh pemasangan gips

3) Pencegahan tersier

- a) Untuk menangani avulsi yaitu:
 - (1) memantau dan mengendalikan perdarahan dengan penekanan langsung
 - (2) rigasi flap kulit yang dilakukan dengan hati-hati, dan selanjutnya ditutupi dengan balutan yang tebal, steril serta basah.
- b) Imobilisasi fraktur: Pembidaian dengan pemasangan bantalan (pad) untuk mencegah disrupsi kulit yang lebih lanjut.

- c) Untuk mencegah terjadinya fraktur yang lebih lanjut pasien yang akan dipulangkan:
- (1) Perawatan gips harus disampaikan dan dicatat
 - (2) Pasien yang menggunakan kruk: harus mengajarkan cara berjalan yang tepat.

D. Latihan

1. Seorang pasien 55 tahun dengan riwayat hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 dirumah sakitkan karena gagal jantung kongestif. Upaya pencegahan primer yang tepat untuk pasien ini adalah:
- A. Pemberian antihipertensi dan antidiabetik oral di rumah
 - B. Pemasangan alat pacu jantung
 - C. Edukasi tentang pola makan sehat dan aktivitas fisik
 - D. Skrining kolesterol secara berkala

Jawaban:

(C) Edukasi tentang pola makan sehat dan aktivitas fisik.

Pembahasan:

Edukasi tentang pola makan sehat dan aktivitas fisik membantu pasien mengontrol faktor risiko seperti hipertensi dan diabetes, sehingga menurunkan risiko komplikasi seperti gagal jantung.

2. Seorang pasien 40 tahun dengan riwayat merokok berat mengalami sesak napas dan batuk berdarah. Pemeriksaan fisik menunjukkan wheezing. Upaya pencegahan sekunder yang tepat untuk pasien ini adalah:
- A. Pemberian bronkodilator dan steroid inhalasi
 - B. Rehabilitasi paru
 - C. Skrining kanker paru
 - D. Vaksinasi influenza tahunan

Jawaban:

(C) Skrining kanker paru

Pembahasan:

Skrining kanker paru pada perokok berat membantu mendeteksi kanker paru stadium awal, meningkatkan peluang kesembuhan.

3. Seorang pasien 60 tahun dengan riwayat stroke iskemik dirumah sakitkan karena infark serebral. Upaya pencegahan tersier yang tepat untuk pasien ini adalah:

- A. Pemberian antiplatelet dan antikoagulan
- B. Fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas
- C. Pemantauan tekanan darah dan gula darah secara ketat
- D. Modifikasi gaya hidup untuk mencegah stroke berulang

Jawaban:

(D) Modifikasi gaya hidup untuk mencegah stroke berulang

Pembahasan:

Modifikasi gaya hidup seperti diet sehat, olahraga teratur, dan kontrol tekanan darah membantu mencegah stroke berulang pada pasien dengan riwayat stroke.

4. Manakah dari berikut ini yang BUKAN contoh pencegahan primer pada pasien kritis:
- A. Promosi gaya hidup sehat
 - B. Imunisasi
 - C. Pengobatan infeksi
 - D. Pengelolaan stres

Jawaban:

(C) Pengobatan infeksi

Pembahasan:

Pengobatan infeksi termasuk dalam kategori pencegahan sekunder, bukan pencegahan primer.

5. Skrining kanker serviks pada wanita usia 21-65 tahun termasuk dalam kategori pencegahan:
- A. Primer
 - B. Sekunder
 - C. Tersier
 - D. Rehabilitasi

Jawaban:

(B) Sekunder

Pembahasan:

Skrining kanker serviks bertujuan mendeteksi kanker serviks stadium awal, termasuk dalam kategori pencegahan sekunder.

E. Rangkuman Materi

Pencegahan primer, sekunder, dan tersier merupakan strategi penting dalam manajemen pasien kritis. Penerapan strategi ini secara komprehensif dapat membantu meningkatkan prognosis pasien dan menurunkan angka kematian. Pencegahan primer dan sekunder lebih difokuskan pada populasi umum, sedangkan pencegahan tersier lebih difokuskan pada pasien yang sudah mengalami gangguan pada berbagai sistem organ. Pemilihan intervensi pencegahan harus disesuaikan dengan kondisi pasien dan penyebab gangguan pada berbagai sistem organ.

Pencegahan primer meliputi segala bentuk kegiatan yang dapat menghentikan kejadian suatu penyakit atau gangguan sebelum hal itu terjadi. Pencegahan primer juga diartikan sebagai bentuk pencegahan terhadap terjadinya suatu penyakit pada seseorang dengan faktor resiko. Tahap pencegahan primer diterapkan dalam fase pre pathogenesis yaitu pada keadaan dimana proses penyakit belum terjadi atau belum mulai. Dalam fase ini meskipun proses penyakit belum mulai tapi ketiga faktor utama untuk terjadinya penyakit, yaitu agent, host, dan environment yang membentuk seperti segitiga epidemiologi selalu akan berinteraksi yang satu dengan lainnya dan selalu merupakan ancaman potensial untuk sewaktu-waktu mencetuskan terjadinya stimulus yang memicu untuk mulainya terjadinya proses penyakit dan masuk dalam dan masuk dalam fase patho fase pathogenesis.

F. Daftar Pustaka

- American Association of Critical-Care Nurses (2021). Core Curriculum for Critical Care Nursing. Elsevier.
- Brain and Heart Foundation (2023). Critical Care Nursing: A Handbook for Practitioners. Oxford University Press.
- Critical Care (2020-). BMJ Journals.
- Dwi, E. (2023) "Upaya Pencegahan Kegawatdaruratan", Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9). Pp 1689-1699. doi: 10.1017/CB09781107415324.004, Indonesia, Health Care Forum 2016. Apa Yang Bisa Saya Lakukan Saat Menghadapi Kasus Gawat Darurat Medis?. Available at <https://indohef.com/entry/> diakses pada 27 Februari 2024
- Hastati Dwi 2017, Hubungan Pengetahuan Tentang Antisipasi Codersa Dengan Praktik Pencegahan Cedera pada Anak Wilayah Prakermas Jelengkung Kabupaten Bandung Vol.3 No.1 (32-62)
- Ignatavicius, S., et al. (2021). Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach. Elsevier.
- Intensive Care Nursing (2020-). Elsevier.
- Lewis, S. K., et al. (2022). Medical-Surgical Nursing: Assessment, Planning, and Implementation of Care. Elsevier.
- National Institute of Health (2022). Critical Care Nursing: Evidence-Based Practice and Research. Springer.
- Oman K.S 2008. Panduan Belajar Keperawatan Emergensi Jakarta: EGC
- Takaselid, Lucky, dkk 2017 Poneirah Terapi Oksigenasi Nasal Prong Terhadap Perubahan Surge Codersa Kepala Difesalast Cowar Danum RSUP Pril DR & Didim made Vol. 5, No.1
- Wong, D. L., et al. (2023). Clinical Nursing: Foundations for Practice. Elsevier.

BAB 5

KETERAMPILAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KASUS KRITIS BERBAGAI SISTEM TUBUH

Novia Dwi Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Pendahuluan

Pasien kritis merupakan pasien yang berpotensi mengancam jiwa untuk masalah kesehatan. Semakin kritis kondisinya, kemungkinan semakin besar menjadi sangat rentan, tidak stabil dan kompleks, juga membutuhkan perawatan yang intensif dan asuhan keperawatan yang teliti (American Association of Critical-Care Nurses, 2016). Pasien kritis memerlukan observasi yang ketat secara terus menerus dan terapi titrasi segera untuk mencegah komplikasi yang merugikan. Pasien kritis ada yang bersifat akut maupun kronis (Ministry of Health of Indonesia, 2010).

Keperawatan kritis merupakan salah satu spesialisasi di bidang keperawatan yang secara khusus menangani respon manusia terhadap masalah yang mengancam hidup. Keperawatan kritis juga dapat dipahami sebagai upaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat profesional untuk mempertahankan hidup (*maintaining life*). Pasien kritis memiliki angka kesakitan dan kematian yang tinggi, sehingga dengan mengenali ciri-cirinya dengan cepat dengan penataksanaan dini yang sesuai pada pasien yang berada dalam keadaan kritis dapat membantu mencegah perburukan lebih lanjut dan memaksimalkan peluang untuk sembuh (Gwinnett, 2015)

Tindakan keperawatan pada kasus kritis yang dilakukan oleh perawat berdasarkan kasus yang ditemukan menurut data-data yang muncul pada pasien. Data-data tersebut bisa mengarah ke masalah keperawatan pada berbagai sistem. Sistem tersebut dapat meliputi sistem pernafasan, pencernaan, pembuluh darah, muskuloskeletal, kardiovaskuler, perkemihan, syaraf, dan yang dapat memperburuk keadaan pasien jika dalam kondisi sudah komplikasi berbagai sistem. Tindakan keperawatan pada kasus kritis meliputi observasi, terapeutik, kolaboratif dan tetap dilakukan edukatif terutama kepada keluarga pasien jika pasien mengalami penurunan kesadaran. Dalam buku ini yang dibahas antara lain sistem pernafasan, kardiovaskuler dan muskuloskeletal.

Breathing atau sering disebut B1 merupakan pengkajian keperawatan mulai dari sistem pernafasan atas sampai sistem pernafasan bawah, sedangkan Blood (B2) merupakan pengkajian sistem sirkulasi yang didalamnya termasuk kardiovaskuler dan Bone (B6) merupakan pengkajian sistem muskuloskeletal, yang mana ketiga bagian tersebut akan dibahas dalam BAB ketrampilan keperawatan dengan kasus kritis.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional

Memahami ketrampilan tindakan keperawatan pada kasus kritis pada sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler dan sistem muskuloskeletal "

Capaian Pembelajaran

1. Mampu menjelaskan dan mempraktikkan ketrampilan tindakan keperawatan pada kasus kritis pada sistem pernafasan
2. Mampu menjelaskan dan mempraktikkan ketrampilan tindakan keperawatan pada kasus kritis pada sistem kardiovaskuler
3. Mampu menjelaskan dan mempraktikkan ketrampilan tindakan keperawatan pada kasus kritis pada sistem muskuloskeletal.

URAIAN MATERI

Tindakan keperawatan pada kasus kritis akan diuraikan pada beberapa sistem, diantaranya sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem urologi, sistem pencernaan, sistem reproduksi, sistem syaraf dan muskuloskeletal, sistem indokrin dan sistem indra. Pada beberapa sistem tersebut akan dibahas satu persatu di Bab 5 ini.

A. Sistem Pernapasan

Tindakan keperawatan kritis pada sistem pernafasan yang kita bahas dalam buku ini adalah pemasangan ETT, tindakan kritis pada anak dengan pneumonia, dan ventilasi mekanik

1. Pemasangan *Endotracheal Tube (ETT)*

Pemasangan ETT atau sering disebut intubasi adalah memasukkan pipa jalan nafas buatan ke dalam trachea melalui mulut. Tindakan intubasi baru dapat dilakukan bila: cara lain untuk membebaskan jalan nafas (airway) gagal, perlu memberikan nafas buatan dalam jangka panjang, ada resiko besar terjadi aspirasi baru. Pemasangan ETT ini merupakan tindakan keperawatan kolaborasi, dimana kewenangan penuh berada pada profesi dokter.

Tujuan pemasangan ETT:

- a. Membebaskan jalan nafas
- b. Untuk pemberian pernafasan mekanik (dengan ventilator)

Prosedur pemasangan (tindakan kolaborasi)

- a. Posisikan pasien telentang dengan kepala ekstensi
- b. Petugas mencuci tangan
- c. Petugas memakai masker dan sarung tangan
- d. Lakukan suction jika diperlukan
- e. Lakukan intubasi :
 - 1) Buka blade, pegang tangkai laringoskop dengan tenang
 - 2) Buka mulut pasien
 - 3) Masukkan blade pelan-pelan menyusuri dasar lidah, ujung blade sudah di pangkal lidah, geser lidah pelan-pelan ke arah kiri
 - 4) Angkat tangkai laringoskop ke depan sehingga menyangkut ke seluruh lidah ke depan sehingga rona glottis terlihat
 - 5) Ambil pipa ETT sesuai ukuran yang sudah ditentukan sebelumnya
 - 6) Masukkan dari sudut mulut kanan arahkan ujung ETT menyusur ke rima glottis masuk ke celah pita suara

- 7) Dorong pelan sehingga seluruh balon STT di bawah pita suara
- 8) Cabut stylet,
- 9) Tiup balon ETT sesuai volumenya
- 10) Cek dengan stetoskop dan dengarkan aliran udara yang masuk lewat ETT apakah sama antara paru kanan dan kiri
- 11) Fiksasi ETT dengan plester
- 12) Hubungkan ETT dengan konektor sumber oksigen
- 13) Cuci tangan sesudah melakukan intubasi

2. Tindakan keperawatan kritis pada anak dengan pneumonia

Fisioterapi

Fisioterapi pada anak dengan pneumonia dapat dilakukan dengan beberapa metode. Metode yang terbaru yang efektif untuk anak dengan pneumonia yaitu dengan pemberian posisi semi prone. Pemberian posisi semi prone merupakan salah satu pendukung terapi yang mudah dan memiliki manfaat yang besar karena dapat menurunkan laju pernapasan dan meningkatkan saturasi oksigen pada anak (Ginting & Nurhaeni, 2021).

Pursed Lips Breathing

Metode ini merupakan salah satu terapi non farmakologi pada anak dengan pneumonia. Teknik ini diberikan untuk membantu mengatasi ketidakefektifan bersihan jalan napas pada pasien dengan pneumonia dengan cara meningkatkan pengembangan alveolus pada setiap lobus paru sehingga tekanan alveolus meningkat dan dapat membantu mendorong secret pada jalan napas saat 20 ekspirasi dan dapat menginduksi pola napas menjadi normal (Azizah et al., 2018).

Hidrasi cairan yang adekuat.

Jumlah cairan sesuai berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi, jika sesak tidak terlalu berat, dapat dimulai makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip, jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal.

Suplai oksigen dan ventilasi mekanik.

Pemberian terapi Oksigen merupakan hal yang sangat penting untuk memepertahankan oksigenasi seluler dan mencegah kerusakan sel baik di otot maupun orgn-organ lainnya. Terapi oksigen bermanfaat untuk mengurangi sesak napas, hipertensi pulmonar, vasokonstriksi pembuluh

darah paru (Kurniati et al., 2017). Ventilasi mekanik pada pneumonia digunakan pada akserbasi dengan gagal napas akut. Ventilasi mekanik dapat digunakan di rumah sakit khususnya diruang intensive care unit. Ventilasi mekanik dapat dilakukan dengan intubasi maupun tanpa intubasi. Bentuk ventilasi mekanik tanpa intubasi adalah NIPPV (Noninvasive Intermitten Positive Pressure) atau NPV (Negative Pressure Ventilation). NIPPV bila digunakan dengan terapi oksigen terus menerus (Long Term Oxygen Therapy) akan memberikan perbaikan bermakna pada AGD, kualitas dan kuantitas tidur serta kualitas hidup. NIPPV dapat diberikan dengan tipe ventilasi volume control, pressure control dan BiPAP (Bilevel Positive Airway 21 Pressure) dan CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (Kurniati et al., 2017).

B. Sistem Kardiovaskuler

Penatalaksanaan henti jantung mendadak terbagi menjadi beberapa tahap berbeda. Tahap pertama adalah identifikasi henti jantung mendadak dan pemberian bantuan hidup dasar (BHD). Tahap berikutnya adalah bantuan hidup lanjutan, termasuk pemberian obat-obatan via intravena ataupun intraoseus. Saat return of spontaneous circulation (ROSC) telah didapatkan, pasien selanjutnya harus menjalani perawatan pasca resusitasi yang berkelanjutan untuk pencegahan henti jantung mendadak berulang di masa depan.

Resusitasi Jantung Paru (RJP), defibrilasi dan aktivasi emergency response system (EMS), harus segera dilakukan setelah henti jantung mendadak diidentifikasi. Mengingat tatalaksana henti jantung mendadak akan bergantung pada kompetensi penolong, dan kasus Out of Hospital Cardiac Arrest (OHCA) tergolong tinggi, perlu ada utilisasi defibrilator di ruang publik serta pelatihan BHD pada masyarakat awam.

1. Pengenalan Dini dan Aktivasi Pelayanan Gawat Darurat

Pengenalan dini dilakukan oleh penolong atau bystander yang menyadari penderita telah mengalami henti jantung mendadak. Pada saat bersamaan, penolong melihat apakah pasien tidak bernapas atau bernapas secara tidak normal (gaspings). Selanjutnya dilakukan pemeriksaan denyut nadi pada orang dewasa dengan meraba arteri karotis < 10 detik. Jika penolong secara definitif tidak dapat merasakan pulsasi dalam periode tersebut, kompresi harus segera dilakukan. Cek nadi dilakukan secara simultan bersamaan dengan penilaian napas pasien.

Jika pernapasan tidak normal atau tidak bernapas, namun denyut nadi masih teraba, berikan bantuan napas setiap 5-6 detik, dengan volume tidal yang direkomendasikan 500-700 ml atau dada terlihat mengembang. Hindari pemberian bantuan napas yang berlebihan. Nadi pasien diperiksa setiap 2 menit.

Penolong harus sesegera mungkin memanggil nomor akses EMS atau Gawat Darurat setempat apabila pasien tidak merespons dan tidak bernapas atau bernapas tidak adekuat (harus dianggap bahwa pasien mengalami henti jantung mendadak).

Hambatan pada fase ini adalah penolong tidak mengenali tanda henti jantung mendadak dan tidak memiliki ilmu terkait melakukan RJP. Hambatan juga bisa terjadi jika henti jantung mendadak terjadi di rumah pribadi dibandingkan lokasi umum.

2. Resusitasi Jantung Paru Segera

Penolong segera melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) pada penderita henti jantung mendadak sampai bantuan datang. Metode RJP penting untuk membantu sirkulasi dengan mengkombinasikan kompresi dada dan pemberian nafas bantuan untuk memberikan oksigen yang diperlukan bagi kelangsungan hidup fungsi sel tubuh.

Beberapa poin dalam pelaksanaan resusitasi jantung paru (RJP) berkualitas tinggi berdasarkan rekomendasi AHA 2020:

- a. Kompresi dada dimulai dalam waktu < 10 detik setelah diagnosis henti jantung mendadak ditegakkan
- b. Melakukan kompresi dada dengan cepat (100-120 x/menit) dan dengan kedalaman minimum 2 inci (5 cm) – 2,4 inci (6cm)
- c. Meminimalkan interupsi selama kompresi berlangsung
- d. Mencegah ventilasi yang berlebihan
- e. Menggantikan pelaksana kompresi dada setelah 2 menit atau jika kelelahan
- f. Melakukan kompresi dada dan memberikan bantuan napas dengan perbandingan 30:2 apabila tidak terpasang bantuan jalan napas tingkat lanjut.

Pada henti jantung mendadak yang non shockable seperti PEA dan asistol, penanganannya meliputi: RJP yang efektif, pemberian obat-obatan berupa epinefrin dan vasopressin, serta identifikasi/tatalaksana penyebab. Setelah 5

siklus RJP, cek kembali irama jantung. Tatalaksana selanjutnya sesuai dengan temuan.

3. Bantuan Pernapasan

Setelah melakukan kompresi dada, buka jalan napas korban dengan baik pada korban trauma maupun non trauma. Bila terdapat kecurigaan atau terbukti cedera spinal, gunakan manuver jaw thrust tanpa mengekstensi kepala saat membuka jalan napas. Penolong memberikan bantuan pernapasan sekitar 1 detik (inspiratory time), dengan volume yang cukup untuk membuat dada mengembang. Hindari pemberian bantuan napas yang cepat dan berlebihan karena dapat menimbulkan distensi lambung beserta komplikasinya, seperti regurgitasi dan aspirasi. Selain itu, ventilasi berlebihan juga dapat menyebabkan naiknya tekanan intratorakal, mengurangi venous return, dan menurunkan cardiac output.

4. Defibrilasi Segera

Defibrilasi paling utama dilakukan pada menit-menit pertama setelah onset henti jantung. Jika terlambat, jantung tidak akan berespons terhadap terapi defibrilasi. Defibrilasi dilakukan pada kondisi henti jantung mendadak yang shockable yaitu pada VF/VT tanpa nadi. Setelah 5 siklus RJP atau 2 menit, segera lakukan penilaian. Bila masih ditemukan VF/VT tanpa nadi maka defibrilasi dapat segera dilakukan, dilanjutkan CPR 5 siklus atau 2 menit, kemudian lakukan penilaian ulang. Penolong harus memeriksa denyut nadi karotis bilamana ritme yang teratur telah kembali. Bilamana tidak ada denyut nadi atau tidak ada indikasi shock dengan AED, RJP harus dilanjutkan dengan menilai ritme setiap lima siklus.

Keberadaan AED di tempat-tempat umum yang strategis dan pelatihan pada masyarakat sangat berguna untuk meningkatkan kelangsungan hidup penderita Out of Hospital Cardiac Arrest. Sejauh ini masih jarang ditemukan tersedianya defibrilator komunitas di Indonesia, sehingga angka pelaksanaan resusitasi jantung paru di Indonesia masih lebih rendah dibandingkan negara lain.

Langkah–langkah penggunaan AED:

- a. Pastikan korban dan penolong dalam situasi aman dan ikuti langkah-langkah BHD dewasa. Lakukan kompresi dada dan pemberian bantuan napas sesuai panduan BHD

- b. Segera setelah AED datang, nyalakan alat dan tempelkan elektroda pada dada korban. Elektroda pertama di garis midaxillaris sedikit di bawah ketiak, dan elektroda pada kedua sedikit di bawah clavicula kanan
 - c. Ikuti perintah suara dari AED. Pastikan tidak ada orang yang menyentuh korban saat AED melakukan analisis irama jantung
 - d. Jika shock diindikasikan, pastikan tidak ada seorangpun yang menyentuh korban. Lalu tekan tombol shock
 - e. Segera lakukan kembali RJP
 - f. Jika shock tidak diindikasikan, lakukan segera RJP sesuai perintah suara AED hingga penolong profesional datang dan mengambil alih RJP, korban mulai sadar, bergerak, membuka mata, bernapas normal, atau penolong kelelahan
5. Perawatan Jantung Lanjutan yang Efektif
- Bantuan Hidup Lanjut (Advance Cardiac Life Support) bertujuan untuk menstabilkan kondisi pasien yang telah diresusitasi untuk melewati tahap kritis. Tahap ini terdiri dari tatalaksana jalan napas buatan (pemasangan endotracheal tube), pemberian obat-obatan intravena seperti epinefrin dan cairan, serta jika perlu terapi defibrilasi sesuai dengan gambaran EKG-nya.

Defibrilasi

Ventricular Tachycardia (VT) dan Ventricular Fibrillation (VF) bila berlangsung lama akan menurunkan aktivitas jantung dan akan sulit untuk dikonversi ke ritme yang normal. Beberapa jenis terapi energi defibrilasi yang dapat dilakukan sesuai indikasi disritmia yang terjadi pada pasien:

- a. Biphasic waveform defibrillators. Energi optimal yang dipakai untuk mengakhiri VF bergantung pada spesifikasi alat, dan berkisar antara 120 – 200 Joule. Pada pasien dewasa menggunakan energi 200 J. Bilamana VF berhasil diatasi tetapi timbul VF ulang, shock berikut gunakan energi yang sama.
- b. Monophasic waveform defibrillators, masih digunakan di banyak institusi, memberikan energi secara unidirectional. Energi awal yang digunakan pada pasien dewasa sebesar 360 J.
- c. Cardioversion untuk atrial flutter, disritmia supraventrikuler, seperti paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT), dan VT dengan hemodinamik yang stabil umumnya memerlukan energi 50 – 100 J monophasic, lebih kecil dibandingkan dengan atrial fibrillation (AF) 100 – 120 J. Energi optimal untuk kardioversi dengan biphasic waveform belum

diketahui. Energi 100 – 120J efektif dan dapat diberikan pada takiaritmia yang lain. Kardioversi tidak akan efektif untuk terapi takikardi junctional atau takikardia ektopik atau multifokal.

Intubasi

Intubasi harus secara cepat dilakukan dengan interupsi RJP seminimal mungkin dan tanpa menunda defibrilasi. Intubasi akan mengoptimalkan oksigenasi dan pengeluaran CO₂ selama resusitasi. Penempatan intubasi dikonfirmasi dan dipantau dengan kapnografi. Setelah saluran napas lanjutan terpasang, berikan bantuan napas 1 kali tiap 6 detik (10 napas per menit) dengan kompresi dada terus menerus. Jalur endotrakeal juga bisa dipakai untuk memberikan obat bila akses intravena sulit, misalnya naloxone, atropine, vasopressine, epinefrin dan lidocaine dan ("NAVEL"). Obat diencerkan dengan 10 ml NaCl steril dan diberikan 2 – 3 kali.

Pacing

Heart block high-grade dengan bradikardia yang menonjol adalah penyebab henti jantung mendadak. Pacing temporer harus dipasang bila frekuensi jantung tidak meningkat dengan terapi farmakologi. Pacing transcutaneous adalah cara yang mudah untuk meningkatkan rate ventrikel.

Perawatan Pasca Henti Jantung yang Terintegrasi

Perawatan pasca henti jantung dilakukan secara sistematis dan berbasis multidisiplin ilmu untuk pasien setelah didapatkan kondisi return of spontaneous circulation (ROSC). Perawatan pasca henti jantung memiliki beberapa fase yang harus dijalani, yaitu fase stabilisasi awal dan manajemen darurat tambahan dan berkelanjutan.

C. Sistem Muskuloskeletal

Fraktur batang femur biasanya terjadi karena trauma langsung akibat kecelakaan lalu lintas di kota-kota besar atau jatuh dari ketinggian. Patah daerah ini dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak, mengakibatkan penderita jatuh dalam syok, salah satu klasifikasi fraktur batang femur dibagi berdasarkan adanya luka yang berhubungan dengan daerah yang patah. Secara klinik fraktur batang femur dibagi dalam fraktur batang femur terbuka dan tertutup, hal ini merupakan komplikasi dari penyakit atau kondisi tertentu, misalnya perdarahan hebat atau dehidrasi parah. Darah berfungsi sebagai

pemasok zat-zat yang penting untuk jaringan tubuh, seperti nutrisi dan oksigen. Pada kondisi syok, terjadi gangguan yang menyebabkan jantung dan pembuluh darah tidak dapat mengalirkan darah ke jaringan tubuh dengan optimal. Akibatnya, pasokan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan agar jaringan dan organ tubuh dapat berfungsi secara normal menjadi terhambat. Kondisi ini bisa terjadi secara bersamaan pada semua organ sehingga efeknya bisa fatal, terutama jika tidak segera tertangani., dan mengakibatkan syok.

Ada tiga faktor yang berkontribusi pada terjadinya syok, yaitu: Ketidakmampuan pembuluh darah untuk mengalirkan darah, ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dan kurangnya darah atau cairan tubuh untuk dialirkan.

Fraktur femur jika mengalami perdarahan dalam dapat menyebabkan syok hipovolemik karena hilangnya cairan atau darah dalam jumlah banyak, dan tidak dapat terlihat dari luar. Perhatikan pasien jika mengalami sesak napas, kulit berkeringat, dingin, dan pucat, Jantung berdebar, serta denyut nadi menjadi lemah, pusing, lemas, pingsan hingga hilang kesadaran (koma), bibir dan kuku jari membiru (sianosis), maka segera lakukan tindakan keperawatan untuk mengvatasi hal tersebut.

Pemasangan infus dan serangkaian pemeriksaan yang dapat dilakukan, untuk pemeriksaan darah segera lakukan tes darah lengkap, analisis gas darah dan pemeriksaan elektrolit, tes alergi, Pemindaian, seperti USG, CT scan, atau MRI, tes lain berdasarkan penyebab syok, seperti elektrokardiografi (EKG) atau endoskopi

Berikutnya yang perlu diperhatikan adalah lakukan tindakan keperawatan dengan :

1. Baringkan pasien secara perlahan.
2. Jangan menggerakkan atau memindahkannya jika tidak diperlukan.
3. Kendurkan atau buka bajunya.
4. Periksa denyut nadi dan jantungnya. Jika tidak ada napas atau denyut nadi, lakukan resusitasi jantung-paru (CPR).
5. Berikan selimut untuk menghangatkan dan menenangkannya.
6. Jangan memberinya minum atau makan.
7. Tekan area yang berdarah dengan handuk atau kain bersih jika ia mengalami perdarahan (perdarahan terbuka), jika tertutup maka lakukan

pembidaian dan terapi syok untuk mencegah terjadinya penurunan kesadaran akibat syok hipovolemik.

8. Jika penderita mengalami muntah atau mengeluarkan darah dari mulut, ubah posisinya menjadi menyamping untuk menghindari tersedak. Segera lakukan :
 - Pemberian cairan infus (resusitasi cairan), kolaborasi
 - Pemberian oksigen
 - Pembukaan jalan napas
 - Pemberian obat-obatan untuk mengembalikan tekanan darah dan mengatur detak jantung, seperti norepinephrine, kolaborasi
 - Tranfusi darah jika ada perdarahan tertutup maupun terbuka

D. Latihan

Seorang perempuan usia 40 tahun mempunyai mengalami nyeri dada dan diantar keluarganya ke UGD RS, saat pengkajian didapatkan klien memegang dada sebelah kiri, grimace +, skala nyeri 4 – 6, RR : 20 x/mnt, Nadi : 100 x/mn, TD : 130 / 80 mmHg, Tidak didapatkan tanda sesak napas. Nyeri dada yang dirasakan menjalar ke punggung dan lengan. EKG : iskemik posterior. Apakah tindakan yang harus dilaksanakan oleh perawat UGD ?

- A. Observasi tingkat dan skala nyeri
- B. Melaksanakan EKG 12 lead
- C. Kolaborasi pemberian analgesik (nitrat atau narkotik)
- D. Latih distraksi relaksasi
- E. Anjurkan nafas panjang dan dalam

E. Rangkuman Materi

Tindakan Keperawatan Kritis pada sistem :

1. Sistem pernafasan
Tindakan keperawatan kritis pada sistem pernafasan meliputi kolaborasi pemasangan ETT, pada kasus anak dengan pneumonia dengan fisioterapi dada, Pursed Lips Breathing, hidrasi cairan adekuat, suplay oksigen dan ventilasi mekanik
2. Sistem kardiovaskuler
Tindakan keperawatan kritis pada sistem kardiovaskuler terdiri dari manajemen penanganan resusitasi jantung
3. Sistem muskuloskeletal
Tindakan keperawatan kritis pada sistem muskuloskeletal pada kasus fraktur femur dengan close fraktur yang menyebabkan tindakan penanganan terhadap syok.

F. Daftar Pustaka

- American Association of Critical-Care Nurses.(2011). AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments. Aliso Viejo, CA.
- American College of Surgeon (2018) Advanced Trauma Life Support. Ninth Edit. Chicago: American College of Surgeon.
- American Heart Association. (2021). <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/diagnosing-a-heart-attack/electrocardiogram-ecg-or-ekg>.
- Anderson, R. et al. (2019) 'Optimal training frequency for acquisition and retention of high-quality CPR skills: A randomized trial', *Resuscitation*, 135, pp. 153-165. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.10.033.
- Andrianto (2020) BUKU AJAR Kegawatdaruratan Kardiovaskular Berbasis Standar Nasional Pendidikan Profesi Dokter. Jawa Timur: Pusat Penerbit dan Percetakan Unair.
- Armola RR, Bourgault AM, Halm MA, et al. (2009). Upgrading the American Association of Critical-Care Nurses' evidence- leveling hierarchy.
- Asmadi. (2008). Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta. Salemba Medika.
- Azis, A. S. et al. (2018) Gambaran Pelaksanaan Code Blue di Ruang Rawat Inap Dewasa RS. DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO.
- Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Unimus Press.
- Barr et al. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU . *American journal of health-system pharmacy*.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (E. Dinarti (ed.); edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (E. Dinarti (ed.); 1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

BAB 6

PERAN DAN FUNGSI ADVOKASI PERAWAT PADA KASUS KRITIS

M. Ischaq Nabil As Shiddiqi, S.Kep., Ns., MNS

Pendahuluan

Advokasi keperawatan merupakan elemen penting dalam praktik keperawatan. Hasil dari advokasi umumnya digambarkan sebagai penciptaan perubahan, peningkatan kualitas layanan, dan peningkatan otonomi pasien.

Advokasi keperawatan telah menjadi perhatian yang luas dan merupakan salah satu peran penting perawat. Advokasi dalam lingkungan layanan kesehatan jauh lebih luas daripada advokasi pasien dan konsep advokasi dapat diperluas ke berbagai bidang layanan kesehatan seperti kebijakan, perubahan organisasi, dan pendidikan kesehatan.

Dalam penanganan situasi kritis, permasalahan etika dan profesional sangat berpotensi terjadi. Keperawatan kritis adalah bidang yang rumit dan menantang di mana penyedia layanan kesehatan berusaha untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Dalam banyak kasus, mereka memberikan dukungan kepada individu yang paling rentan, sehingga isu advokasi pasien menjadi sangat penting. Perawat berperan untuk memastikan bahwa kepentingan terbaik pasien selalu diperhatikan, serta bekerja sama dengan profesi kesehatan lainnya untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien.

Tujuan advokasi dalam keperawatan kritis juga perlu dipahami bersama, diantaranya adalah peningkatan status kesehatan pasien, peningkatan kepuasan pasien terhadap perawatan yang mereka terima, efisiensi biaya perawatan kesehatan, dan peningkatan keselamatan pasien. Selain meningkatkan kesejahteraan untuk pasien, advokasi juga ditujukan untuk meningkatkan kepuasan kerja dan pertumbuhan sikap profesionalisme. Namun, tidak dapat dipungkiri dalam pelaksanaan advokasi dalam keperawatan kritis juga dapat ditemui adanya tantangan. Tantangan tersebut mencakup konflik kepentingan antara pasien, perawat, anggota keluarga pasien dan penyedia layanan kesehatan lainnya, kurangnya otonomi pasien, tanggung jawab profesional, dan potensi dilema etika.

Bab ini akan menjelaskan dan mengidentifikasi peran dan fungsi advokasi perawat dalam menghadapi situasi kritis. Penulis berharap melalui bab ini, pembaca akan mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang peran advokasi dalam keperawatan khususnya pada kasus kritis. Selain itu, masyarakat umum serta penyedia layanan kesehatan lainnya akan mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang nilai dan advokasi yang dapat diberikan oleh profesi keperawatan.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan instruksional:

Memahami konsep peran dan fungsi advokasi perawat pada penanganan kasus kritis.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan Konsep Advokasi dalam Keperawatan
2. Mampu menjelaskan Pertimbangan Etik dalam Advokasi Keperawatan pada kasus kritis
3. Mampu menjelaskan peran dan fungsi advokasi perawat pada kasus kritis
4. Mampu memahami Kebutuhan Advokasi Klien pada Kasus Kritis Advokasi Keselamatan Pasien
5. Mampu memahami Strategi Perawat dalam Melaksanakan advokasi pada kasus kritis
6. Mampu Menerapkan Komunikasi Efektif untuk Advokasi

A. Konsep Advokasi Keperawatan

Istilah advokasi, menurut Bahasa Belanda disebut *advocaat* atau *advocateur* yang berarti pengacara atau pembela. Oleh karena itu, tidak heran jika advokasi sering diartikan sebagai kegiatan pembelaan kasus seseorang. Dalam konteks keperawatan, advokasi merupakan peran profesional perawat untuk melakukan pembelaan dan perlindungan kepada pasiennya. Perawat dalam menerapkan peran advokasi akan menggunakan posisi kepercayaan mereka untuk melindungi hak, kesehatan, dan keselamatan pasien. Mereka bekerja dengan rekan sejawat, penyedia layanan Kesehatan lain, administrator medis, pembuat kebijakan, dan organisasi keperawatan untuk memastikan kualitas perawatan terbaik bagi pasien dan keluarganya.

Advokasi perawat berperan atas nama pasien untuk mempromosikan hak, kesetaraan, kebebasan, dan banyak isu penting lainnya. Mengatasi kebutuhan setiap pasien untuk didengarkan dan dipahami, advokasi adalah tugas penting dari perawat, dan profesional kesehatan lainnya.

Perawat di semua setting layanan baik mereka yang bekerja di rumah sakit, klinik rawat jalan, atau fasilitas lainnya memiliki tanggung jawab untuk memastikan pasien menerima perawatan yang berkualitas. Perawat juga berupaya untuk memastikan bahwa layanan, kebijakan, dan peraturan fokus pada pemenuhan kebutuhan pasien sekaligus menjaga mereka tetap aman.

Advokasi perawat berfungsi sebagai penghubung antara pasien, dokter mereka, dan fasilitas kesehatan. Misalnya, mereka mungkin membahas rencana pengobatan dengan pasien setelah dokter meresepkan obat baru atau membuat diagnosis. Jika pasien tidak memahami kondisi atau diagnosisnya, peran advokasi perawat dapat bertindak dengan memberikan penjelasan kepada pasien dan anggota keluarganya.

Dalam kata lain, peran advokasi perawat juga dapat dikatakan sebagai pembela pasien. Jika pasien tidak setuju dengan rencana pengobatan, misalnya, perawat dapat berkomunikasi dengan dokter atas nama pasien. Selain itu, perawat dapat memastikan bahwa dokter merekomendasikan pilihan pengobatan yang paling tepat atau sesuai untuk kebutuhan pasien. Misalnya, jika seorang dokter menawarkan dua pilihan pengobatan, perawat advokasi dapat membantu pasien membuat keputusan berdasarkan apa yang terbaik bagi kesehatan mereka serta kemampuan mereka. Mereka dapat berdiskusi dengan pasien tentang cara mengakses sumber daya keuangan atau membantu

mereka memahami apa saja yang ditanggung oleh asuransi/jaminan kesehatan mereka.

B. Manfaat Advokasi Perawat

Advokasi perawat dapat memberikan manfaat bagi pasien dan perawat itu sendiri. Berikut beberapa dampak positif advokasi perawat:

1. Manfaat bagi Pasien

Advokasi perawat dapat memberikan suara kepada pasien dalam situasi dimana mereka mungkin terabaikan atau kurang mendapatkan perhatian sesuai yang mereka butuhkan. Karena banyak orang tidak akrab dengan terminologi medis yang digunakan dokter, perawat dapat menguraikan informasi rumit mengenai diagnosis, pengobatan, atau rencana perawatan pada pasien dan atau keluarganya.

Melalui peran advokasi, perawat juga akan memberikan penjelasan pasien tentang kondisi mereka, memberi tahu mereka tentang pilihan pengobatan alternatif atau holistik. Mereka dapat bekerjasama dengan keluarga pasien atau orang-orang terdekat untuk memastikan seseorang dapat membantu memenuhi kebutuhan perawatan pasien saat di rumah.

Jika pasien berasal dari latar belakang yang kurang terlayani atau kurang terwakili, perawat advokasi dapat membantu memastikan mereka tidak tersesat dalam labirin sistem layanan kesehatan yang mana tidak dapat semua pasien memahaminya.

2. Manfaat bagi Perawat

Dengan mengadvokasi keselamatan dan kesejahteraan pasien, perawat berkontribusi terhadap lingkungan kerja dengan standar yang lebih tinggi, peraturan yang lebih baik, dan kebijakan yang berpusat pada pasien. Ketika lingkungan medis lebih aman, perawat dapat memberikan perawatan dengan risiko lebih kecil untuk merugikan pasiennya. Advokasi untuk keselamatan mengarah pada kesejahteraan pasien dan perawat.

Manfaat lain dari advokasi perawat adalah perjuangan untuk meningkatkan kondisi kerja perawat. Ketika perawat memiliki kondisi kerja yang lebih baik, mereka dapat menawarkan perawatan yang lebih baik kepada pasiennya. Jika salah satu perawat memikul beban kerja yang berat dan mulai mengalami tanda-tanda kelelahan, perawat lain dapat turun tangan dan menawarkan dukungan. Perawat juga dapat bekerja sama untuk mengurai jam kerja atau beban kerja yang berlebih atau kurang ideal yang akan menghalangi mereka untuk memberikan performa perawatan

berkualitas. Dengan melakukan advokasi untuk diri mereka sendiri, perawat dapat melayani pasiennya dengan lebih baik.

Advokasi perawat menunjukkan bahwa staf organisasi layanan kesehatan peduli terhadap pasiennya. Ketika perawat dan administrator meluangkan waktu ekstra untuk memenuhi kebutuhan pasien, mereka menunjukkan bahwa mereka memandang pasien lebih dari sekedar objek. Hal ini juga membantu retensi pasien, karena pasien ingin mengunjungi penyedia layanan yang menghargai mereka dengan performa layanan yang mengesankan.

C. Pertimbangan Etik Dalam Advokasi Keperawatan Pada Kasus Kritis

Tujuan utama dari setiap profesional keperawatan adalah untuk membantu dan menjaga kesejahteraan kliennya. Merupakan tanggung jawab perawat untuk mengadvokasi kesejahteraan klien. Dalam kondisi masyarakat masa kini, hambatan utama dalam menyelenggarakan layanan kesehatan yang efektif adalah mengatasi perbedaan pendapat dalam berbagai perspektif, termasuk perspektif etika. Perspektif etika yang dimaksud dapat digambarkan misalnya Ketika seorang perawat melakukan suatu tindakan, orang lain akan memiliki perbedaan perspektif pantas atau tidak pantas, baik atau tidak baik, etis atau tidak etis.

Tujuan etika dalam layanan kesehatan adalah untuk mencapai kemajuan lebih dari sekedar meminimalkan pelanggaran dan kelalaian. Hal ini juga memerlukan fokus pada prakiraan masalah yang akan terjadi dan menyelidiki apakah situasi saat ini dapat diperbaiki. Inilah sebabnya mengapa pertimbangan etis merupakan bagian penting dari advokasi layanan kesehatan.

Oleh karena itu, perawat mungkin merasa tidak yakin apakah dia dapat membantu klien secara wajar dan sesuai, atautkah sebaliknya. Dalam satu contoh, perawat menemukan bahwa klien yang sekarat telah meninggalkan banyak barang berharga di lacinya. Dengan memberikan isyarat bahwa surat wasiat mungkin diharapkan atau membantu klien membuang barang-barang tersebut, perawat mungkin melanggar kepercayaan klien. Namun, jika dia tidak melakukan sesuatu untuk membantu dan harta bendanya hilang atau dicuri, dia mungkin merasa bahwa dia tidak memenuhi tanggung jawabnya sebagai advokat untuk klien tersebut.

Pertimbangan etis dalam layanan kesehatan pada dasarnya mensyaratkan bahwa hak kemandirian, kebebasan, dan martabat individu dihormati dan diakui. Hak-hak tersebut tidak boleh dilanggar atau diabaikan demi mencapai apa yang dianggap sebagai tujuan 'ideal', yaitu penyembuhan. Hal ini karena

pertimbangan etis bukanlah latihan intelektual yang abstrak. Ini adalah sesuatu yang berkaitan dengan tindakan dan keputusan sehari-hari perawat. Dengan mematuhi standar perilaku profesional, perawat dapat memastikan bahwa perawatan berkualitas diberikan dan hak-hak klien dihormati dan dipromosikan.

Hubungan kepercayaan antara perawat dan pasiennya menjadi aspek penting dalam konteks ini. Kepercayaan yang diberikan pasien kepada perawatnya sangat beralasan. Perawat menghabiskan banyak waktu dengan pasiennya, dan memenuhi kewajiban mereka berdasarkan prinsip etik keperawatan untuk melakukan advokasi bagi pasiennya dapat membuat perbedaan yang signifikan dalam hasil akhir pasien. Advokasi keperawatan dapat dilakukan dalam berbagai bentuk dan pada berbagai tingkatan dalam pelayanan kesehatan, dan perawat perlu memiliki pemahaman yang jelas tentang peran mereka dalam melakukan advokasi terhadap pasien.

Dalam menjalankan peran advokasi, perawat harus memperhatikan beberapa pertimbangan prinsip etik, antara lain:

1. **Autonomy.** Hak individu dalam membuat keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan atau tidak dilakukan setelah mendapatkan informasi serta memahami informasi tersebut secara jelas. Perawat harus **menghormati Otonomi Pasien:**
 - a. Perawat harus menghormati hak pasien untuk membuat keputusan sendiri tentang perawatannya.
 - b. Perawat harus memberikan informasi yang lengkap dan objektif tentang pilihan pengobatan yang tersedia, serta membantu pasien menimbang risiko dan manfaat dari setiap pilihan.
 - c. Perawat tidak boleh memaksakan pendapat atau nilai pribadinya kepada pasien.
 - d. Pada pasien anak, dan pasien dengan penurunan kesadaran yang mana tidak mampu mengambil keputusan. *autonomy* tersebut diberikan pada orangtua atau wali atau keluarga.
 - e. Pelaksanaan *Autonomy* disertai dengan *Informed Consent* tertulis.
2. **Confidentiality. Menjaga Kerahasiaan:**
 - a. Perawat harus menjaga kerahasiaan informasi pasien, termasuk informasi tentang kondisi medis, diagnosis, dan perawatannya.
 - b. Perawat hanya boleh membagikan informasi pasien kepada orang lain yang memiliki hak untuk mengetahuinya, seperti dokter, perawat lain, atau anggota keluarga pasien.

3. **Mencegah Konflik Kepentingan:**

- a. Perawat harus menghindari situasi yang dapat menimbulkan konflik kepentingan antara kepentingan pasien dan kepentingan pribadi perawat.
- b. Contohnya, perawat tidak boleh menerima hadiah atau gratifikasi dari perusahaan farmasi atau perusahaan alat kesehatan.

4. **Justice. Menjaga Keadilan dan Kesetaraan:**

- a. Perawat harus memastikan bahwa semua pasien mendapatkan perlakuan yang adil dan setara,
- b. Perawat memperlakukan setiap pasiennya dengan kualitas yang sama tanpa memandang ras, suku, agama, jenis kelamin, atau status sosial ekonomi.
- c. Perawat menjelaskan apa yang secara sah berhak diterima pasien dan apa yang dapat mereka klaim.

5. **Beneficence. (Berbuat Baik).**

Tindakan yang dilakukan harus memberikan manfaat bagi pasien dengan memperhatikan kenyamanan, kemandirian, kesejahteraan pasien dan keluarga, serta sesuai keyakinan dan kepercayaannya. Aktifitas perawatan Kesehatan pada kasus kritis termasuk:

- a. Penanganan nyeri dan gejala aktual secara efektif.
- b. Dukungan interpersonal yang sensitif.
- c. Pengakuan pribadi pasien/klien sebagai manusia yang wajib untuk dihormati dan dihargai.

6. **Non-Maleficence. ("Doing no harm").**

Tindakan yang dilakukan harus tidak bertujuan mencederai atau memperburuk keadaan kondisi yang ada. Perawat harus menghindari/ mencegah/ meminimalkan:

- a. Rasa sakit fisik yang seharusnya tidak terjadi
- b. Tekanan psikologis yang tidak perlu/ seharusnya tidak terjadi
- c. Penyampaian suatu kebenaran yang tidak sensitif/ tanpa empati
- d. Pengobatan/ tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan atau kesediaan pasien
- e. Penghentian pemberian terapi/ tindakan lebih awal, tanpa persetujuan atau tanpa informasi

Prinsip etik tersebut menjadi pedoman penting bagi seorang perawat dalam menerapkan layanan keperawatan dan memastikan apa yang dilakukannya telah sesuai dengan pedoman dan kepantasan. Akan tetapi tidak dapat

dipungkiri bahwa dalam realisasinya, perawat akan dihadapkan dengan situasi sulit yang menjadikannya merasa dilemma untuk mengambil keputusan. Kondisi tersebut sering dikenal dengan istilah dilemma etik. Berikut adalah contoh dilema etik dalam advokasi keperawatan:

1. Seorang pasien menolak untuk menjalani operasi yang direkomendasikan oleh dokter. Perawat harus menghormati keputusan pasien, meskipun perawat yakin bahwa operasi tersebut sangat dibutuhkan untuk menyelamatkan nyawa pasien.
2. Seorang pasien ingin pulang dari rumah sakit meskipun kondisinya masih belum stabil. Perawat harus menjelaskan risiko dan manfaat pulang ke rumah kepada pasien, dan membantu pasien membuat keputusan yang terbaik untuk dirinya sendiri.

D. Peran dan Fungsi Advokasi Perawat pada Kasus Kritis

Advokasi perawatan pasien adalah konsep yang luas dan mencakup hal-hal yang perlu dijelaskan dan dipahami secara cermat oleh setiap orang yang terlibat, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam proses perawatan. Hal ini lebih lanjut menjelaskan peran advokasi perawatan pasien dalam lingkungan layanan kesehatan dan mengidentifikasi pasien dan sistem pendukung mereka dalam kasus advokasi perawatan pasien. Secara keseluruhan, penting bagi seseorang untuk memahami peran advokat sebagai pendukung atau fasilitator, karena sudah menjadi sifat utama seorang advokat perawatan pasien untuk membantu membuat proses perawatan dan pengobatan seoptimal mungkin. Peran advokasi perawat pada kasus kritis sangatlah penting dan memiliki beberapa fungsi utama, diantara sebagai berikut:

1. Menginformasikan dan Mendidik Pasien dan Keluarga:

- a. Perawat bertanggung jawab untuk memberikan informasi yang jelas, akurat, dan lengkap kepada pasien dan keluarga tentang kondisinya, prognosis, dan pilihan pengobatan yang tersedia.
- b. Perawat harus memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami informasi yang diberikan dan dapat membuat keputusan yang tepat tentang perawatan mereka.
- c. Perawat juga harus mendidik pasien dan keluarga tentang cara mengelola kondisinya di rumah dan membantu mereka mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan.

2. Membela Hak-Hak Pasien:

- a. Perawat harus memastikan bahwa hak-hak pasien dihormati dan dilindungi, termasuk hak untuk mendapatkan informasi, hak untuk menolak pengobatan, dan hak untuk privasi.
- b. Perawat harus bertindak sebagai mediator antara pasien dan tim medis lainnya untuk memastikan bahwa kebutuhan dan keinginan pasien didengar dan dipertimbangkan.
- c. Perawat juga harus melindungi pasien dari tindakan yang merugikan dan memastikan bahwa mereka mendapatkan perawatan yang aman dan berkualitas.

3. Menjamin Keamanan dan Kesejahteraan Pasien:

- a. Perawat harus memantau kondisi pasien secara cermat dan segera mengambil tindakan jika terjadi perubahan yang membahayakan.
- b. Perawat harus memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat dan efektif untuk kondisinya.
- c. Perawat juga harus melindungi pasien dari infeksi dan cedera, serta memastikan bahwa mereka mendapatkan lingkungan yang aman dan nyaman.

4. Mendukung Pengambilan Keputusan Pasien:

- a. Perawat harus membantu pasien dan keluarga dalam membuat keputusan tentang perawatan mereka.
- b. Perawat harus memberikan informasi yang lengkap dan objektif tentang pilihan pengobatan yang tersedia, serta membantu pasien dan keluarga menimbang risiko dan manfaat dari setiap pilihan yang ditawarkan.
- c. Perawat juga harus menghormati keputusan pasien dan keluarga, meskipun perawat tidak setuju dengan keputusan tersebut.

5. Berkolaborasi dengan Profesi Lainnya:

- a. Perawat harus bekerja sama dengan dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan profesional kesehatan lainnya untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi.
- b. Perawat harus berbagi informasi dengan tim medis lainnya tentang kondisi pasien, kemajuannya, dan kebutuhannya.
- c. Perawat juga harus bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk menyelesaikan masalah dan memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang terbaik.

Berikut adalah beberapa contoh penerapan peran advokasi perawat pada kasus kritis:

- 1) Seorang pasien kritis di ICU mengalami komplikasi setelah operasi. Perawat harus segera menginformasikan dokter dan keluarga pasien tentang kondisinya dan tindakan yang akan diambil.
- 2) Seorang pasien kritis yang tidak sadar diri harus diwakili oleh perawat dalam membuat keputusan tentang perawatannya. Perawat harus bekerja sama dengan keluarga pasien untuk memastikan bahwa keputusannya sesuai dengan keinginan pasien.
- 3) Seorang pasien kritis yang mengalami depresi dan kecemasan membutuhkan dukungan emosional dari perawat. Perawat harus mendengarkan pasien dan membantu mereka mengatasi rasa takut dan stres.

E. Kebutuhan Advokasi Klien pada Kasus Kritis

Kebutuhan advokasi klien pada kasus kritis sangatlah penting karena beberapa alasan:

1. Klien tidak mampu membuat keputusan sendiri:

- a. Pada kasus kritis, klien mungkin mengalami sakit parah, tidak sadar diri, atau di bawah pengaruh obat-obatan.
- b. Hal ini dapat membuat mereka tidak mampu membuat keputusan sendiri tentang perawatan mereka.
- c. Perawat dapat membantu klien untuk membuat keputusan yang sesuai dengan keinginan mereka juga dengan melibatkan anggota keluarga atau orang terdekatnya.

2. Klien tidak mendapatkan informasi yang lengkap:

- a. Dalam situasi kritis, tim medis mungkin tidak selalu memiliki waktu untuk menjelaskan semua pilihan pengobatan kepada klien dan keluarga.
- b. Perawat dapat membantu klien untuk mendapatkan informasi yang lengkap tentang pilihan pengobatan dan risikonya.

3. Klien tidak mendapatkan perawatan yang terbaik:

- a. Dalam beberapa kasus, klien mungkin tidak mendapatkan perawatan yang terbaik karena kesalahan medis atau karena sistem kesehatan yang tidak memadai.
- b. Advokat dapat membantu klien untuk mendapatkan perawatan yang terbaik dan memastikan bahwa hak-hak mereka dilindungi.

4. Klien dapat mengalami stres dan trauma:

- a. Kasus kritis dapat menyebabkan stres dan trauma bagi klien dan keluarga.
- b. Perawat dapat membantu klien untuk mengatasi stres dan trauma dan mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan.

Berikut adalah beberapa contoh kebutuhan advokasi klien pada kasus kritis:

- 1) Membantu klien untuk memahami pilihan pengobatan dan risikonya.
- 2) Membantu klien untuk membuat keputusan yang sesuai dengan keinginan mereka.
- 3) Memastikan bahwa klien mendapatkan *informed consent* sebelum menjalani prosedur medis.
- 4) Melindungi hak-hak klien, seperti hak untuk privasi dan hak untuk menolak pengobatan.
- 5) Membantu klien untuk mendapatkan akses ke perawatan yang terbaik.
- 6) Mendukung klien dan keluarga dalam mengatasi stres dan trauma.

Penting bagi klien dan keluarga untuk mengetahui bahwa mereka memiliki hak untuk mendapatkan advokasi pada kasus kritis.

F. Strategi Perawat dalam Melaksanakan Advokasi pada Kasus Kritis

Berikut adalah beberapa strategi yang dapat digunakan perawat dalam melaksanakan advokasi:

1. **Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan:**
 - a. Perawat perlu memiliki pengetahuan yang baik tentang hak-hak pasien, etik keperawatan, dan prinsip-prinsip advokasi.
 - b. Perawat juga perlu memiliki keterampilan komunikasi yang baik untuk dapat berkomunikasi dengan pasien, keluarga, dan tim medis lainnya secara efektif.
 - c. Perawat dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya melalui pendidikan formal, pelatihan, dan seminar.
2. **Membangun Hubungan yang Kuat dengan Pasien dan Keluarga:**
 - a. Perawat perlu membangun hubungan yang kuat dengan pasien dan keluarga untuk dapat memahami kebutuhan dan keinginan mereka dengan baik.
 - b. Perawat dapat membangun hubungan yang kuat dengan pasien dan keluarga dengan cara berkomunikasi secara terbuka dan hormat, mendengarkan dengan penuh perhatian, dan menunjukkan empati.

3. **Bekerja Sama dengan Tim Medis Lainnya:**
 - a. Perawat perlu bekerja sama dengan tim medis lainnya untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang terbaik.
 - b. Perawat dapat bekerja sama dengan tim medis lainnya dengan cara berkomunikasi secara terbuka dan hormat, berbagi informasi, dan berkolaborasi dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien.
4. **Mendokumentasikan Tindakan Advokasi:**
 - a. Perawat perlu mendokumentasikan tindakan advokasi yang mereka lakukan.
 - b. Dokumentasi dapat membantu perawat untuk melacak kemajuan pasien, mengidentifikasi masalah, dan meningkatkan praktik advokasi mereka.
5. **Menjadi *Role Model*:**
 - a. Perawat dapat menjadi *role model* bagi perawat lain dalam hal advokasi.
 - b. Perawat dapat menjadi *role model* dengan cara menunjukkan komitmen terhadap hak-hak pasien, mempraktikkan advokasi dengan efektif, dan mendidik perawat lain tentang advokasi.

Berikut adalah beberapa contoh strategi advokasi yang dapat digunakan perawat dalam situasi tertentu:

1. **Jika pasien menolak pengobatan:**
 - a. Perawat dapat menjelaskan manfaat pengobatan dan risiko dan menolak pengobatan kepada pasien dan keluarga.
 - b. Perawat dapat membantu pasien dan keluarga untuk mengeksplorasi pilihan pengobatan lain.
 - c. Perawat dapat membantu pasien dan keluarga untuk membuat keputusan yang tepat tentang perawatan mereka.
2. **Jika pasien mengalami kesulitan berkomunikasi:**
 - a. Perawat dapat menggunakan alat bantu komunikasi, seperti juru bahasa atau papan tulis.
 - b. Perawat dapat memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami informasi yang diberikan.
 - c. Perawat dapat membantu pasien dan keluarga untuk mengekspresikan kebutuhan dan keinginan mereka.
3. **Jika pasien mengalami diskriminasi atau pelecehan:**
 - a. Perawat dapat melaporkan kejadian tersebut kepada pihak yang berwenang.

- b. Perawat dapat melindungi pasien dari bahaya atau potensi bahaya yang ada.
- c. Perawat dapat membantu pasien untuk mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan.

Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk menggunakan strategi advokasi yang tepat dalam setiap situasi yang berbeda.

G. Komunikasi Efektif untuk Advokasi

Advokasi merupakan suatu bentuk komunikasi persuasif yang ditujukan untuk mempengaruhi pemangku kepentingan dalam mengambil kebijakan atau keputusan. Keterampilan advokasi merupakan sebuah ilmu dan seni, yang tentunya sangat dipengaruhi oleh kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, bagi seorang perawat, peningkatan keterampilan komunikasi dapat membantu meningkatkan kualitas layanan dan kinerja, khususnya dalam menerapkan peran advokasi.

Bagian ini menunjukkan bahwa refleksi kritis terhadap komunikasi, dikombinasikan dengan berbagai strategi dan pembelajaran dari praktik, akan menginspirasi suara dan peran yang lebih kuat dalam kehidupan sehari-hari.

Pemahaman teori dan praktik komunikasi sangat penting untuk mulai menjadi advokat yang sukses. Hal ini memungkinkan diperkenalkannya strategi komunikasi berbasis bukti yang efektif untuk diterapkan. Komunikasi yang efektif untuk advokasi merupakan panduan komprehensif untuk memahami pentingnya komunikasi dalam advokasi. Dengan menjelaskan aspek teoritis dan praktis dari komunikasi dan advokasi, bab ini menawarkan peluang untuk melakukan refleksi kritis terhadap keterampilan komunikasi kita sendiri. Karena berbagai bentuk komunikasi terjalin dengan proses kekuasaan dan pengambilan keputusan, akan tetapi juga mengajarkan kita bagaimana menyampaikan pesan secara efektif.

Komunikasi yang efektif sangat penting dan merupakan salah satu kunci utama dalam situasi keperawatan kritis. Komunikasi yang baik dapat membantu memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang tepat dan optimal, serta membantu mengurangi stres dan kecemasan bagi pasien, keluarga, dan tim medis lainnya. Berikut adalah beberapa elemen kunci komunikasi advokasi perawat yang efektif:

1. Kejelasan:

- a. Perawat harus menyampaikan informasi dengan cara yang jelas, ringkas, dan mudah dipahami oleh pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

- b. Hindari penggunaan jargon medis dan istilah teknis yang rumit untuk menghindari kesalahpahaman dan perbedaan persepsi.

2. Ketepatan:

- a. Pastikan informasi yang disampaikan akurat, dan memiliki data pendukung terkini.
- b. Periksa kembali pemahaman informasi pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya untuk memastikan tidak ada kesalahpahaman.

3. Keterbukaan:

- a. Perawat harus terbuka dan transparan dalam menyampaikan informasi kepada pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
- b. Berikan informasi yang lengkap dan jujur, termasuk informasi tentang risiko dan kemungkinan komplikasi.

4. Empati:

- a. Perawat harus menunjukkan empati dan rasa hormat kepada pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
- b. Dengarkan dengan penuh perhatian dan perhatikan kebutuhan dan kekhawatiran mereka.

5. Asertif:

- a. Perawat harus asertif dalam menyampaikan informasi dan mempertahankan hak-hak pasien.
- b. Jangan ragu untuk berbicara dan bertindak jika pasien dirugikan atau hak-haknya dilanggar.

6. Kolaboratif:

- a. Perawat harus bekerja sama dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya untuk mencapai tujuan bersama.
- b. Bangun hubungan yang baik dengan semua pihak yang terlibat dalam perawatan pasien.

7. Dokumentasi:

- a. Dokumentasikan semua komunikasi yang dilakukan dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
- b. Dokumentasi yang baik dapat membantu memastikan kelancaran komunikasi dan mencegah kesalahpahaman.

Berikut adalah beberapa tips tambahan untuk meningkatkan komunikasi perawat advokasi:

- 1) Gunakan bahasa tubuh yang positif dan ramah.
- 2) Jaga kontak mata dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

- 3) Berikan waktu yang cukup untuk pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya untuk bertanya dan memahami informasi yang disampaikan.
- 4) Gunakan alat bantu komunikasi visual, seperti gambar atau diagram, jika diperlukan.

Penerapan komunikasi efektif dalam situasi keperawatan kritis:

1. **Saat memberikan informasi tentang kondisi pasien:**
 - a. Jelaskan kondisi pasien dengan cara yang mudah dipahami.
 - b. Gunakan bahasa yang sederhana dan hindari jargon medis.
 - c. Berikan informasi tentang prognosis dan pilihan pengobatan.
 - d. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya dan memahami informasi yang disampaikan.
2. **Saat menyampaikan kabar buruk:**
 - a. Pilih tempat yang tenang dan privat untuk menyampaikan kabar buruk.
 - b. Sampaikan kabar buruk dengan cara yang jelas, langsung, dan penuh empati.
 - c. Berikan waktu kepada pasien dan keluarga untuk bereaksi dan memproses informasi.
 - d. Tawarkan dukungan dan pendampingan kepada pasien dan keluarga.
3. **Saat berkolaborasi dengan tim medis lainnya:**
 - a. Berkomunikasi secara terbuka dan jelas dengan tim medis lainnya.
 - b. Bagikan informasi tentang kondisi pasien dan kemajuan atau perkembangan kondisinya.
 - c. Diskusikan pilihan pengobatan dan rencana perawatan bersama.
 - d. Bekerja sama untuk mencapai tujuan perawatan pasien.

H. Latihan

1. Seorang perempuan berusia 70 tahun mengalami stroke dengan kondisi mengalami penurunan kesadaran, ekstremitas kiri tidak bisa digerakkan. Perawat menyampaikan kepada keluarga klien untuk melakukan latihan *Range of Motion (ROM)*. Perawat terlebih dahulu menjelaskan Tujuan dan Manfaat bagi klien, dan prosedur ROM tersebut. Selanjutnya, terlebih dahulu perawat memastikan persetujuan klien untuk dilakukan. Apakah prinsip etik yang telah diterapkan oleh perawat tersebut?
 - a. Justice
 - b. Fidelity
 - c. Veracity
 - d. Autonomi.
 - e. Non-Maleficience

Jawaban: d

2. Setelah mendapatkan persetujuan. Kemudian Perawat melakukan tindakan sesuai prosedur dengan hati hati dan memperhatikan kondisi klien untuk mencegah timbulnya rasa nyeri, cedera dan kerugian lebih lanjut. Apakah prinsip etik yang telah diterapkan oleh perawat?
 - a. Justice
 - b. Fidelity
 - c. Veracity
 - d. Autonomi.
 - e. Non-Maleficience

Jawaban: e

I. Rangkuman Materi

Peran advokasi perawat pada kasus kritis sangatlah penting untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang optimal dan hak-hak mereka dilindungi. Perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk dapat menjalankan peran ini dengan efektif, etis, dan profesional. Selain itu, pemahaman terhadap prinsip etik keperawatan dan penerapan **komunikasi yang efektif sangat penting untuk memastikan keberhasilan advokasi keperawatan.**

J. Daftar Pustaka

- Abbasinia M, Ahmadi F, Kazemnejad A. Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*. 2020;27(1):141-151. doi:10.1177/0969733019832950
- Afidah, E.N. & Sulisno, M. 2013. Gambaran pelaksanaan peran advokat perawat di rumah sakit negeri di kabupaten semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), 2013. 124-130.
- Alexis, D., Cooke, J., Shimumbi, L., Worsley, A. 2022. The role of the nurse advocate in health and social care. *Mediterranean Nursing and Midwifery*: 1-7. DOI:10.5152/MNM.2022.220875
- Alsufyani, A.M., Aldawsari, A.A., Aljuaid, S.M., & Almalki, K.E. 2020. Quality of nursing care in Saudi Arabia: Are empathy, advocacy, and caring important attributes for nurses?. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(3), 2020, 244-259. DOI: 10.14710/nmjn.v10i3.32210
- Böhler, H., Hanegraaff, M., & Schulze, K. 2022. Does climate advocacy matter? The importance of competing interest groups for national climate policies, *Climate Policy*, 22:8, 961-975, DOI: 10.1080/14693062.2022.2036089
- Engward, H., Goldspink, S., Abdulmohdi, N., Alexander, M. 2023. Understanding Professional Advocacy: A Mixed Method Approach to Explore Professional Nurse Advocacy and Professional Midwifery Advocacy in one NHS Trust. *Research Square*. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3740297/v1>
- Guo, C. & Saxton, G.D. 2020. The quest for attention: Nonprofit advocacy in a social media age. California. Stanford Business Books. HTML
- Heck LO, Carrara BS, Mendes IAC, Arena Ventura CA. Nursing and advocacy in health: An integrative review. *Nursing Ethics*. 2022;29(4):1014-1034. doi:10.1177/09697330211062981
- Kagan, J. A. (2024). A venue-based approach to understanding advocacy by environmental nonprofits. *Nonprofit Management and Leadership*, 34(3), 545–566. <https://doi.org/10.1002/nml.21583>
- Kwame, A., Petrucka, P.M. Universal healthcare coverage, patients' rights, and nurse-patient communication: a critical review of the evidence. *BMC Nurs* 21, 54 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00833-1>
- Scott SM, Scott PA. Nursing, advocacy and public policy. *Nursing Ethics*. 2021;28(5):723-733. doi:10.1177/0969733020961823
- Tilley E, Strnadová I, Danker J, Walmsley J, Loblinzk J. The impact of self-advocacy organizations on the subjective well-being of people with intellectual disabilities: A systematic review of the literature. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020; 33: 1151–1165. <https://doi.org/10.1111/jar.12752>

- Tíscar-González V, Gea-Sánchez M, Blanco-Blanco J, Moreno-Casbas MT, Peter E. The advocacy role of nurses in cardiopulmonary resuscitation. *Nursing Ethics*. 2020;27(2):333-347. doi:10.1177/0969733019843634
- Ventura CAA, Austin W, Carrara BS, de Brito ES. Nursing care in mental health: Human rights and ethical issues. *Nursing Ethics*. 2021;28(4):463-480. doi:10.1177/0969733020952102
- World Health Organization. 2021. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. who.int.

BAB 7

PENGGUNAAN DAN PERAWATAN PASIEN DENGAN VENTILATOR MEKANIK

Anang Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Biomed

Pendahuluan

Pada bab ini kita akan belajar tentang penggunaan dan perawatan pasien dengan ventilator mekanik dan bagaimana mengelola pasien dengan ventilator agar tidak terjadi komplikasi saat menggunakan ventilator mekanik. Dengan perawatan dan penggunaan yang tepat dapat mencegah terjadinya dependent ventilator pada pasien yang akan menyebabkan peningkatan biaya perawatan dan penurunan angka mortalitas dan morbiditas pasien. Dengan adanya buku ini diharapkan mampu merawat pasien dan menggunakan ventilator mekanik sesuai dengan kebutuhan pasien. Buku ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk mahasiswa atau klinisi.

Dalam buku ini kita akan membahas tentang fisiologi bernapas, mode ventilator, kemudian filosofi dan bagaimana cara merawat pasien dengan menggunakan ventilator. Pada bab ini kami tampilkan gambar dan tabel untuk mempermudah pembaca dalam memahami informasi. Pendekatan pembelajaran yang digunakan pada bab ini adalah dengan metode kolaboratif yang menyediakan beberapa bahan diskusi untuk meningkatkan *critical thinking* pembaca. Pada akhir bab kami sajikan beberapa latihan soal agar pembaca dapat berlatih untuk menganalisa dan menemukan pemecahan masalah seputar penggunaan ventilator.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional

Dapat memahami prinsip penggunaan ventilator dan perawatan dengan menggunakan ventilator.

Capaian Pembelajaran:

Mampu menjelaskan prinsip penggunaan ventilator dan perawatan dengan menggunakan ventilator.

A. Pendahuluan

Strategi yang berguna untuk meningkatkan keselamatan pasien yang menggunakan ventilasi mekanis adalah dengan memanfaatkan kerangka penilaian kesehatan. Perawatan pasien dengan ventilator dapat dilakukan dengan pendekatan sistematis dan komperhensif dengan menilai setiap sistem. Kerangka kerja ini memiliki dua komponen: Survei primer (lihat Tabel 7.1) yang mengidentifikasi peristiwa langsung yang mengancam jiwa, dan Survei Sekunder (lihat Tabel 7.2) yang sering dilakukan menggunakan pendekatan sistem head-to-toe untuk menilai status fungsional setiap sistem tubuh (Nettina, 2006).

Tabel 7.1
Primary Survey

Parameter	Data Yang Relevan	
A:Airway	Apakah jalan napasnya paten dan aman? - Dengarkan pergerakan udara - Amati naik turunnya dada - Periksa apakah tabung aman dan panjangnya benar	
B:Breathing	Apakah pasien bernapas? Amati naik turunnya dada Amati warna pasien	SpO ₂ , volume tidal, laju pernapasan
C:Circulation	Apakah sirkulasi pasien adekuat? - Periksa denyut nadi - Kaji kekuatan nadi - Amati warna pasien	Denyut dan ritme jantung, tekanan darah arteri
D: Danger	Bagaimana tingkat kesadaran pasien?	
E: Exposure	Bagaimana lingkungan disekitar pasien	

Tabel 7.2
Secondary Survey

System	Parameter pengkajian
Neurological	nilai gcs, nilai derajat sedasi, kemampuan komunikasi
Respiratory	<i>saluran udara buatan</i> <ul style="list-style-type: none"> • Letak selang • Keamanan selang • Cuff status <i>Airway patency.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian sekresi paru (suction) • Kelembaban yang cukup <i>Breathing.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Respiratory rate, volume and pressure • ABG analysis • Pulseoximetry • Capnometry
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Heart rate and rhythm • Blood pressure • Central venous pressure • Peripheral perfusion • Interpretasi hasil ronsen • Pemantauan CO • Observasi tanda tanda DVT
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Abdominal • Nyeri dan distensi • Dengankan suara usus • Jumlah dan karakteristik aspirasi lambung • Frekuensi buang air besar • Kekuatan fisik dan berat badan • Kadar fosfat serum • Tes fungsi hati
Metabolic	<ul style="list-style-type: none"> • Temperature • Kadar gula darah
Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Urine output • Serum electrolytes, urea and creatinine levels
Skin integrity	<ul style="list-style-type: none"> • resiko luka akibat tekanan • Amati adanya luka dekubitus

Ventilasi mekanik merupakan terapi modalitas yang berguna untuk pasien yang mengalami gangguan pernafasan dan mempertahankan fungsi pertukaran gas (oksigenasi dan eliminasi karbon dioksida) mempertahankan fungsi pertukaran gas (oksigenasi dan eliminasi karbon dioksida). Penggunaan ventilasi mekanik mempunyai beberapa indikasi yaitu perubahan fisiologis (misalnya kerusakan parenkim paru), keadaan penyakit (misalnya, sindrom gangguan pernafasan), prosedur medis/bedah (misalnya pasca anestesi pemulihan), dan

banyak penyebab lainnya (misalnya trauma kepala, overdosis obat) yang menyebabkan kegagalan ventilasi atau kegagalan oksigenasi.

Penggunaan ventilasi mekanis juga sangat bervariasi dari jangka pendek hingga jangka panjang dan dari perawatan akut di rumah sakit hingga perawatan lanjutan di rumah. Salah satu yang paling banyak seringnya penggunaan ventilasi mekanis adalah untuk penatalaksanaan pasca operasi pasien pulih dari anestesi dan obat-obatan. Indikasi lain untuk ventilasi mekanis pada orang dewasa termasuk apnea, eksaserbasi akut PPOK, asma akut berat, penyakit neuromuskular, akut gagal napas hipoksemia, gagal jantung dan syok kardiogenik, otak akut cedera, dan flail chest.

Terlepas dari berbagai masalah yang dihadapi oleh pasien, pada umumnya pasien mengalami kegagalan pada ventilasi atau pun oksigenasi, bahkan mengalami kedua gangguan tersebut. Beberapa penyebab pasien mengalami gangguan tersebut biasanya disebabkan oleh faktor (1) peningkatan resistensi saluran napas, (2) perubahan komplians paru, (3) hipoventilasi, (4) *V/Q mismatch*, (5) *intrapulmonary shunting* (6) defek difusi.

B. Definisi

Mode ventilator dapat didefinisikan sebagai sistem yang mengatur kerja ventilator. Ventilator dipicu dari inspirasi dan berlanjut ke ekspirasi. Ada beberapa variabel dalam ventilasi antara lain: *mandatory breaths*, *intermittent breaths* atau *spontaneous breaths*. Saat ini ada beberapa fungsi tambahan pada ventilator modern yaitu pengaturan F_{iO_2} , pengaturan laju inspirasi dan pengaturan alarm (Mireles2Cabodevila et al., 2009).

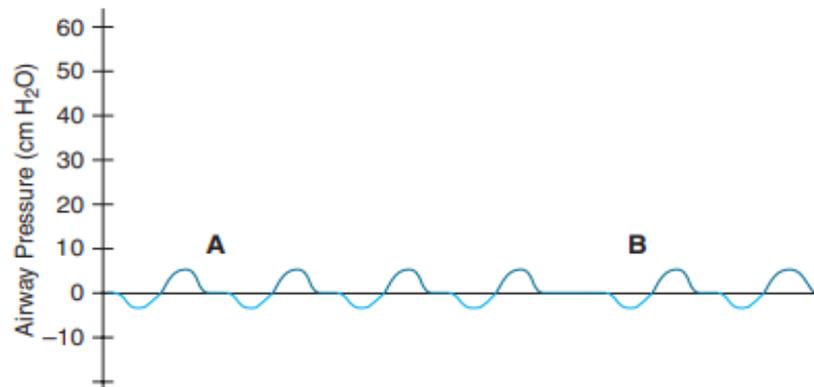
C. Mode Ventilator

Saat ini setidaknya ada banyak mode ventilasi di beberapa jenis ventilator yang berbeda, mode ventilator ini digunakan untuk mencapai efek tertentu yang diharapkan. Beberapa mode ventilator antara lain: 1. *Spontaneous*, 2. *Positive end-expiratory pressure (PEEP)* 3. *Continuous positive airway pressure (CPAP)* 4. *Bilevel positive airway pressure (BiPAP)* 5. *Controlled mandatory ventilation (CMV)* 6. *Assist/control (AC)*, 7. *Intermittent mandatory ventilation (IMV)* 8. *Synchronized intermittent mandatory ventilation (SIMV)* 9. *Mandatory minute ventilation (MMV)* 10. *Pressure support ventilation (PSV)*, 11. *Adaptive support ventilation (ASV)* 12. *Proportional assist ventilation (PAV)* 13. *Volume-assured pressure support (VAPS)* 14. *Pressure-regulated volume control (PRVC)* 15. *Adaptive pressure control (APC)* 16. *Volume ventilation plus (VV1)* 17. *Pressure-controlled ventilation (PCV)* 18. *Airway pressure release ventilation (APRV)* 19.

Biphasic positive airway pressure (Biphasic PAP) 20. Inverse ratio ventilation (IRV) 21. Automatic tube compensation (ATC) 22. Neurally adjusted ventilator assist (NAVA) 23. High-frequency oscillatory Ventilation (HFOV). Pada kesempatan ini kita akan berdiskusi mengenai beberapa mode ventilasi mekanik.

1. *Spontaneous*

Pada mode ini ventilator hanya menyediakan aliran oksigen tambahan. Meskipun demikian peran ventilator pada mode ini dapat memberikan memberikan Modus spontannya adalah memberikan (1) aliran inspirasi kepada pasien pada waktu yang tepat, (2) aliran yang cukup untuk memenuhi permintaan inspirasi pasien (yaitu, tidal volume atau aliran inspirasi), dan (3) mode tambahan seperti PEEP untuk melengkapi upaya pernapasan spontan pasien. Penelusuran grafis spontan napas ditunjukkan pada Gambar 7.1.



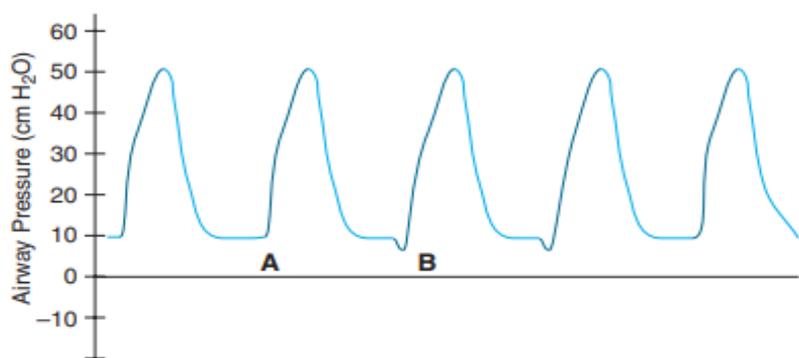
Gambar 7.1
Penelusuran tekanan pernapasan spontan.
(A) Kecepatan spontannya normal pola. (B) Nafas spontan pasien tertunda.

2. *Positive end-expiratory pressure (PEEP)*

Tekanan ekspirasi akhir positif (PEEP) meningkatkan ekspirasi akhir atau garis dasar tekanan saluran napas ke nilai yang lebih besar dari atmosfer (0 cm H₂O pada ventilator manometer). Hal ini sering digunakan untuk meningkatkan status oksigenasi pasien, khususnya pada hipoksemia yang refrakter terhadap tingkat FIO₂ yang tinggi. PEEP umumnya tidak dianggap sebagai mode “berdiri sendiri”, melainkan diterapkan di dalamnya dikombinasikan dengan mode ventilator lainnya. Misalnya, ketika PEEP diterapkan pasien bernapas spontan, tekanan saluran napas disebut positif terus menerus tekanan saluran napas (CPAP). Gambar 1-2 menunjukkan penelusuran tekanan bantuan/kontrol (AC). dengan 10 cm H₂O PEEP.

3. *Indikasi*

Tiga indikasi utama PEEP adalah (1) pirau intrapulmoner dan refrakter hipoksemia, (2) penurunan kapasitas sisa fungsional (FRC) dan komplians paru, dan (3) PEEP otomatis tidak merespons penyesuaian pengaturan ventilator.



Gambar 7.2.

Tekanan ekspirasi akhir positif (PEEP). Penelusuran tekanan bantuan/kontrol dengan 10 cm H₂O PEEP.

(A) Nafas terkontrol dengan PEEP. (B) Bantuan napas dengan PEEP; perhatikan itu defleksi negatif pada awal inspirasi.

Intrapulmonary Shunt dan Refractory Hypoxemia

Indikasi utama untuk PEEP adalah hipoksemia refrakter yang disebabkan oleh pirau intrapulmoner. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh penurunan FRC, atelektasis, atau ketidakcocokan V/Q yang rendah (Tyler, 1983). Hipoksemia refrakter didefinisikan sebagai hipoksemia yang merespons kadar oksigen buruk hingga sedang hingga tinggi. Pedoman klinis yang bermanfaat untuk hipoksemia refrakter adalah ketika PaO₂ pasien 60 mm Hg atau lebih rendah pada FIO₂ 50% atau lebih tinggi. Nilai-nilai ini menghasilkan nilai PaO₂/FIO₂ (P/F) yang dihitung ≤ 120 mm Hg, yang melampaui ambang batas ARDS (< 200 mm Hg) (Wilkins dkk., 2009).

Penurunan FRC dan Lung Compliance

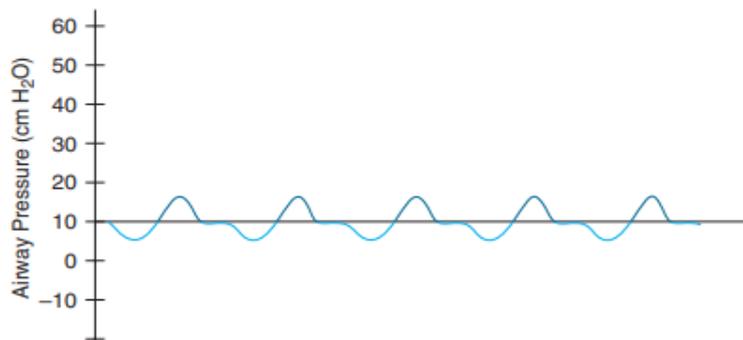
Penurunan FRC dan pengembangan paru dapat mengakibatkan penurunan pembukaan tekanan pada alveol. Jika pasien bernafas dengan spontan, penurunan komplien paru akan berkurang dann terjadi peningkatan kerja nafas. Apabila hal itu terus berlangsung makan akan terjadi kegagalan ventilasi. Oleh karena itu penggunaan PEEP dapat meningkatkan FRC dan pemngembangan paru sehingga mencegah gangguan pada paru paru.

Auto PEEP

Auto-PEEP meningkatkan kerja trigger pernafasan karena pasien harus mengatasi level auto PEEP, ditambah pengaturan sensitivitas. Misalnya, seorang pasien pernah PEEP otomatis sebesar 6 cm H₂O dan sensitivitas diatur pada 2 cm H₂O di bawah tekanan garis dasar ekspirasi akhir. Dalam hal ini, pasien perlu menghasilkan total tekanan saluran napas negatif 8 cm H₂O (6 cm H₂O auto-PEEP 1 2 cm H₂O dari sensitivitas) untuk memicu napas.

4. *Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)*

CPAP adalah PEEP yang diterapkan pada saluran napas pasien yang bernapas secara spontan (Gambar 7.3). Indikasi untuk CPAP pada dasarnya sama dengan PEEP dengan persyaratan tambahan bahwa pasien harus memiliki fungsi paru-paru yang memadai sehingga dapat mempertahankan eucapnik ventilasi yang didokumentasikan oleh PaCO₂. Pada orang dewasa, CPAP dapat diberikan melalui masker wajah, masker hidung, atau tabung endotrakeal. Pada neonatus, CPAP hidung adalah metode pilihan.



Gambar 7.3
Continuous positive airway pressure (CPAP) 10 cm H₂O

5. *Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP)*

Mode ini memungkinkan menggunakan untuk memberikan tekanan positif jalan nafas pada inspirasi maupun ekspirasi. Tekanan positif pada ekspirasi digunakan untuk menentukan kapan ada tekanan saluran napas positif. Tekanan positif pada inspirasi memberikan tekanan napas positif, dan meningkatkan ventilasi serta hipoksemia akibat hipoventilasi.

6. *Controlled Mandatory Ventilation (CMV)*

Biasa disebut dengan Assist Control (AC). Ini adalah mode ventilasi dengan siklus volume yang menghasilkan V_t yang sama setiap kali bernapas. Nafas dapat dipicu oleh pasien atau mesin. di sini ada himpunan RR dan V_t tetapi

pasien dapat bernapas melebihi RR yang ditetapkan. Jika pasien tidak memulai pernapasan pada waktu yang ditentukan, ventilator akan memulai pernapasan. Semua pernapasan yang dipicu oleh pasien dibantu oleh ventilator untuk menghasilkan set V_t . Ini adalah mode yang umum digunakan untuk pasien yang mengalami gangguan pernapasan dan telah menjadi mode yang paling umum digunakan.

7. *Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV)*

SIMV mewakili kombinasi jenis pernapasan. Mode ini adalah campuran dari pernapasan yang dipicu dan dikontrol oleh ventilator dan napas pasien yang dipicu dan dikontrol secara spontan. Jika pasien bernapas di bawah RR yang ditetapkan, maka napasnya dibantu mesin. Jika pasien bernapas di atas RR yang ditetapkan, maka napas pasien bersifat spontan dan tanpa bantuan. Berbeda dengan AC, tidak ada jaminan V_t yang ditetapkan untuk setiap napas karena V_t untuk napas tanpa bantuan bergantung pada upaya pernapasan dan mekanisme paru pasien.

8. *Pressure Control (PC)*

PC adalah mode kontrol bantuan ventilasi di mana tekanan inspirasi yang diinginkan diatur. Modusnya mirip dengan kontrol volume bantuan tetapi alih-alih memberikan V_t yang disetel, tekanan yang disetel diberikan. Nafas dapat dipicu oleh mesin atau pasien. Pada mode ini diatur RR dan T_i yang akan menentukan rasio I:E. Setiap napas dibantu oleh mesin dan tekanan yang disetel diberikan. Keuntungan mode ini adalah batas tekanan dapat diatur untuk membatasi barotrauma dan hal ini dapat meningkatkan sinkronisasi ventilator pasien. Kerugian dari cara ini adalah V_t akan bervariasi pada setiap napas berdasarkan kepatuhan toraks pasien, resistensi saluran napas, dan usaha pasien. Oleh karena itu, ventilasi satu menit tertentu tidak dapat dijamin.

9. *Pressure support (PS)*

Mode ini memberikan dukungan cara ventilasi secara parsial. Pasien bernapas secara spontan dan ventilator akan menambah setiap napas dengan tekanan inspirasi yang ditetapkan. Pasien mengatur laju dan frekuensi pernapasannya sendiri, sehingga memerlukan penggerak ventilasi yang utuh dan umumnya digunakan sebagai modalitas penyapihan.

D. Indikasi dan Efek Samping Penggunaan Ventilator Mekanik

1. Indikasi Ventilator Mekanik

Banyak faktor yang mempengaruhi keputusan untuk memulai ventilasi mekanis. Karena tidak ada mode ventilasi mekanis yang dapat menyembuhkan proses penyakit, pasien harus memiliki masalah mendasar yang dapat diatasi dengan dukungan ventilasi mekanis. Intervensi ini tidak boleh dimulai tanpa pertimbangan yang matang karena intubasi dan ventilasi tekanan positif bukannya tanpa efek yang berpotensi membahayakan. Ventilasi mekanis diindikasikan ketika ventilasi spontan pasien tidak cukup untuk menopang kehidupan. Selain itu, hal ini diindikasikan sebagai tindakan untuk mengontrol ventilasi pada pasien sakit kritis dan sebagai profilaksis terhadap kolapsnya fungsi fisiologis lainnya. Indikasi fisiologis meliputi insufisiensi pernafasan atau mekanik dan pertukaran gas yang tidak efektif.

Indikasi umum untuk ventilasi mekanis adalah sebagai berikut:

- a. Bradypnea atau apnea dengan henti napas
- b. Cedera paru akut dan sindrom gangguan pernapasan akut
- c. Takipnea (kecepatan pernapasan >30 napas per menit)
- d. Kapasitas vital kurang dari 15 mL/kg
- e. Ventilasi menit lebih besar dari 10 L/menit
- f. Tekanan parsial oksigen arteri (PaO₂) dengan fraksi tambahan oksigen inspirasi (FIO₂) kurang dari 55 mm Hg
- g. Gradien tegangan oksigen alveolar-arteri (Aa DO₂) dengan oksigenasi 100% lebih besar dari 450 mm Hg
- h. Kemunduran klinis:
 - Kelelahan otot pernafasan
 - Obtundasi atau koma
 - Hipotensi
 - Tekanan parsial akut karbon dioksida (PaCO₂) lebih besar dari 50 mm Hg dengan pH arteri kurang dari 7,25
 - Penyakit neuromuskular

2. Efek Samping Penggunaan Ventilator

Komplikasi paru yang umum akibat ventilasi mekanis termasuk barotrauma, cedera paru-paru, dan pneumonia. Lainnya termasuk komplikasi tabung endotrakeal, kelemahan otot pernapasan, dan retensi sekresi.

- a. Barotrauma
Barotrauma paru adalah komplikasi ventilasi tekanan positif yang terkenal. Konsekuensinya termasuk pneumotoraks, emfisema subkutan, pneumomediastinum, dan pneumoperitoneum. Barotrauma paru selama ventilasi mekanis dibahas secara rinci secara terpisah. (Lihat "Diagnosis, penatalaksanaan, dan pencegahan barotrauma paru selama ventilasi mekanis invasif pada orang dewasa".)
- b. Cedera paru terkait ventilator
Cedera paru terkait ventilator (VALI) mengacu pada cedera paru yang terjadi karena ventilasi mekanis. Secara klinis tidak dapat dibedakan dari cedera paru-paru atau sindrom gangguan pernapasan akut karena sebab lain. VALI dibahas secara terpisah. (Lihat "Cedera paru akibat ventilator".)
- c. Infeksi bakteri.
Saluran udara di saluran udara Anda dapat membawa bakteri ke paru-paru Anda, menyebabkan infeksi seperti pneumonia terkait ventilator (VAP). Ini diobati dengan antibiotik.
- d. Perubahan jantung dan aliran darah.
Penggunaan ventilator dapat memengaruhi cara kerja jantung Anda. Jika jantung Anda tidak bekerja dengan baik, hal ini dapat menurunkan tekanan darah atau meningkatkan detak jantung Anda. Perubahan ini juga dapat berarti berkurangnya oksigen yang masuk ke darah Anda (penurunan perfusi), meskipun banyak oksigen yang masuk ke paru-paru Anda.
- e. Memperpanjang proses kematian.
Jika seseorang tidak mungkin pulih dari kondisinya, memasang ventilasi mekanis dapat mencegah proses kematian. Hal ini dapat menyebabkan penderitaan yang tidak perlu. Penyedia layanan Anda akan memandu Anda dalam mengambil keputusan tentang ventilasi mekanis dalam kasus ini

E. Latihan

1. Sebutkan setidaknya 5 mode ventilator dan jelaskan!
2. Sebutkan indikasi penggunaan ventilator!
3. Sebutkan efek samping penggunaan ventilator!

F. Rangkuman Materi

Mode ventilator dapat didefinisikan sebagai sistem yang mengatur kerja ventilator. Indikasi penggunaan ventilator antara lain bradypnea atau apnea, cedera paru akut dan sindrom gangguan pernafasan nafas akut, takipnea, kapasitas vital kurang dari 15 mL/kg, ventilasi semenit lebih dari 10 L/menit, FiO₂ kurang dari 55 mmHg, atau adanya tanda-tanda klinis yang mengarah kepada terjadinya insufisiensi pernafasan seperti kelelahan otot pernafasan, keadaan koma, hipotensi, PaCO₂ lebih dari 50 mmHg, pH arteri kurang dari 7.25, dan penyakit neuromuskular. Beberapa mode ventilasi mekanik adalah spontan, PEEP, CPAP, BiPAP, CMV, SIMV, PC, dan PS. Efek samping yang dapat terjadi akibat penggunaan ventilator antara lain barotrauma cedera paru terkait ventilator, infeksi bakteri, perubahan jantung dan aliran darah, serta dapat memperpanjang proses kematian.

G. Daftar Pustaka

- American Association of Critical-Care Nurses (2021). Core Curriculum for Critical Care Nursing. Elsevier.
- Brain and Heart Foundation (2023). Critical Care Nursing: A Handbook for Practitioners. Oxford University Press.
- Critical Care (2020-). BMJ Journals.
- Dwi, E. (2023) "Upaya Pencegahan Kegawatdaruratan", Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9). Pp 1689-1699. doi: 10.1017/CB09781107415324.004, Indonesia, Health Care Forum 2016. Apa Yang Bisa Saya Lakukan Saat Menghadapi Kasus Gawat Darurat Medis?. Available at <https://indohef.com/entry/> diakses pada 27 Februari 2024
- Hastati Dwi 2017, Hubungan Pengetahuan Tentang Antisipasi Codersa Dengan Praktik Pencegahan Cedera pada Anak Wilayah Prakermas Jelengkung Kabupaten Bandung Vol.3 No.1 (32-62)
- Ignatavicius, S., et al. (2021). Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach. Elsevier.
- Intensive Care Nursing (2020-). Elsevier.
- Lewis, S. K., et al. (2022). Medical-Surgical Nursing: Assessment, Planning, and Implementation of Care. Elsevier.
- National Institute of Health (2022). Critical Care Nursing: Evidence-Based Practice and Research. Springer.
- Oman K.S 2008. Panduan Belajar Keperawatan Emergensi Jakarta: EGC
- Takaselid, Lucky, dkk 2017 Poneirah Terapi Oksigenasi Nasal Prong Terhadap Perubahan Surge Codera Kepala Difesalast Cowar Danum RSUP Pril DR & Didim made Vol. 5, No.1
- Wong, D. L., et al. (2023). Clinical Nursing: Foundations for Practice. Elsevier.

PROFIL PENULIS



Priyo Sasmito S.Kep., Ners., M.MKes, The author is a researcher and lecturer who was born in Jember, East Java on August 18, 1983. The writer is the third of three children of Mr. Suwardi and Mrs. Lastri. He completed his Bachelor's (S1) Nursing education and continued his nursing profession at Tribhuwana Tunggal University Malang City and completed the Master of Health Management program in the same city. The author is a lecturer and supervisor in emergency and critical care nursing courses. The author is active in writing international scientific papers such as Scopus, as well as writing in national journals. The author likes to do research activities, and is active in community service activities, especially in the emergency and critical fields. The author has a wealth of organizational experience both on and off campus. The author has served as Head of the Nursing Study Program, joined the institution's curriculum drafting team, joined the senate, and is Head of the Quality Institute at a private Health College. The author is active in the emergency nursing association, HIPGABI, and active in the nursing professional organization, PPNI, as a Regional Advisory Council (DPW). Currently, the author teaches at a private university and trains health workers at an emergency training institute.

PROFIL PENULIS



Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB., lahir di Kabanjahe, 14 Maret 1973. Lulus Akademi Keperawatan DepKes RI Jakarta tahun 1994. Tahun 2003 menyelesaikan Sarjana & Ners Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia. Tahun 2013 menyelesaikan Master Keperawatan dan tahun 2014 menyelesaikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di FIK UI. Penulis mengikuti Pendidikan Doktoral Keperawatan FIK UI mulai tahun 2019 sampai 2022. Penulis berdomisili di Karawaci, Kabupaten Tangerang, Banten.

Sejak tahun 1994 hingga tahun 1995 penulis adalah staf keperawatan di RS Ongko Mulyo Jakarta dan tahun 1995 sampai 2019 di Siloam Hospital Lippo Karawaci International sebagai perawat pelaksana, incharge dan berkarir sebagai pembimbing klinik dan terakhir asisten Manager Keperawatan Head Office Siloam Hospitals di Tangerang. Penulis juga dari tahun 2015 sampai 2022 adalah pengajar tidak tetap UPH dan pengajar Fulltime di FIK Universitas Pelita Harapan Tangerang sejak tahun 2022 sampai sekarang. Penulis membimbing mahasiswa profesi dengan mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat Darurat, dan Manajemen Keperawatan untuk program Ners di FIK Universitas Pelita Harapan. Penulis mengikuti Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK), Pekerti, Pelatihan Edukator Diabetes dan Pelatihan Perawatan Luka Dasar dan juga sebagai narasumber Preceptor di Rumah Sakit dan Pendidikan Perawat. Penulis juga ikut sebagai anggota Pengurus Pusat Himpunan Perawat Medikal Bedah Indonesia (HIPMEBI) Periode 2022-2027 dan sebagai anggota pengurus InWocna Wilayah Banten Periode 2019-2024, serta anggota pengurus PPNI Wilayah Kabupaten Tangerang 2023-2028. Email: Elysabeth.sinulingga2021@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Ns. Hasian Leniwita, M.Kep Penulis yang lahir di Minas Kabupaten Riau Pekanbaru adalah seorang dosen di Prodi Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia (UKI) Jakarta.

Penulis mengabdikan diri sebagai seorang perawat pengalaman bekerja di RSUD UKI selama 17 tahun, dan dimutasi menjadi dosen di prodi keperawatan sejak tahun 2013 sampai sekarang.

Penulis mengampu mata kuliah Konsep Dasar Keperawatan, Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gerontik, Metodologi Keperawatan, Patofisiologi, Ilmu Biomedik Dasar, dan Praktik Klinik Keperawatan Medikal Bedah. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi termasuk sebagai penulis buku.

Kecintaan terhadap profesi perawat, membuat penulis terus menghidupi dan menjalani kehidupan profesionalisme perawat khususnya dalam mendidik mahasiswa calon perawat dan terus berjuang berguna bagi orang lain, khususnya bagi keluarga, dan peserta didik. Hal ini dapat diraih tentunya karena Anugerah serta pertolongan TUHAN yang Maha Kuasa. Penulis memiliki salah satu motto "Diberkati untuk menjadi berkat" Terpujilah TUHAN.

E-mail: hasian.leniwita@uki.ac.id



Karyo, S.Kep., Ns., M.Kep., MM lahir di Gresik, 2 Januari 1980 adalah dosen di Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban sejak tahun 2003 Penulis menyelesaikan S1 dan Profesi di ICME Jombang tahun 2007 dan melanjutkan studi S2 Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Gawat Darurat di Universitas Brawijaya Malang Tahun 2016 serta Aktif dalam berbagai kegiatan Tri Dharma di bidang keperawatan gawat darurat, kritis dan menajemen bencana serta kesehatan dan keselamatan kerja di

IIK NU Tuban. Aktif menulis artikel jurnal ilmiah yang terbit di jurnal nasional dan internasional, Tulisannya tentang "Terapi motivasi penderita tuberkulosis paru untuk peningkatan kepatuhan mengkonsumsi obat anti tuberkulosis (OAT)". Saat ini sedang melanjutkan Pendidikan Doktor di Universitas Airlangga Surabaya. Penulis dapat dihubungi melalui Email: karyo.iiknu@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Novia Dwi Astuti, S.Kep.Ns, M.Kep, lahir di Malang pada tanggal 6 November 1978, anak nomor dua dari tiga bersaudara, dikaruniai 3 orang anak dan tinggal di Tuban, Jawa Timur. Pendidikan kuliah diawali dengan pendidikan diploma III Keperawatan di Akper Depkes Malang lulus tahun 2000, kemudian menempuh pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di Universitas Brawijaya Malang lulus pada tahun 2004 dan bekerja di RSUD Dr. Koesma Tuban dan RS Medika Mulia Tuban sebagai perawat pelaksana di tahun 2004 s.d 2005. Pada tahun 2005 beralih tugas menjadi pengajar di Akes Rajekwesi Bojonegoro dan memulai jenjang karier sebagai asisten ahli pada tahun 2009, kemudian melanjutkan kuliah S2 Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2011 dan berjenjang karier lektor di tahun 2012. Pada tahun 2014 sampai Februari 2024 bekerja di Stikes Nahdlatul Ulama yang sekarang disebut Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama (IIKNU) Tuban, dan mulai Maret 2024 kembali bekerja pada Stikes Rajekwesi Bojonegoro sampai sekarang. Penulis aktif sebagai pembicara seminar diantaranya seminar kegawatdaruratan keperawatan, medikal bedah keperawatan dan keperawatan anak serta sebagai anggota inkavin (Ikatan Ners Kardiovaskuler Indonesia). Selain aktif sebagai pembicara seminar, juga sebagai fasilitator kebencanaan di bidang kesehatan dan fasilitator TKHI (Tim Kesehatan Haji Indonesia). Pengalaman melekat dan sebagai motivator adalah pernah bertugas menjadi Tim Kesehatan Haji Indonesia (TKHI) yang sekarang bernama TKHK (Tim Kesehatan Haji Kloter) pada tahun 2016, sampai sekarang menjabat sebagai sekretaris Forum Perawat kesehatan Haji Indonesia (FPKHI) Jawa Timur periode 2023-2028 serta bendahara PPNI Komisariat RSNU Tuban.

PROFIL PENULIS



M. Ischaq Nabil As Shiddiqi, S.Kep., Ns., MNS. Lahir di Gresik, 14 Oktober 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu keperawatan dan Profesi Ners, Universitas Alma Ata tahun 2009 hingga lulus pada tahun 2014. Kemudian, pada tahun 2017 melanjutkan pendidikan S2 pada Program Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Prince of Songkla University, Thailand dan lulus tahun pada tahun 2020. Riwayat pekerjaan sebagai dosen diawali pada tahun 2020 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Alma Ata, Yogyakarta. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Fundamental of Nursing Practice, Geriatric Nursing, Public Health and Community Nursing, Health Promotion, dan beberapa mata kuliah lainnya. Selain mengajar, penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi lainnya dengan aktif dalam bidang penelitian dan publikasi di bidang gerontology dan penyakit kronis khususnya diabetes, serta beberapa kegiatan ilmiah lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ischaq.nabil@almaata.ac.id.



Anang Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Biomed. lahir pada tanggal 12 september 1994 adalah dosen fakultas Kesehatan Unsiq wonosobo, penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi pada tahun 2019 di Universitas Harapan Bangsa Purwokerto dan S2 lulus pada tahun 2021 di Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto. Penulis pernah bekerja di Ruang Intensif Care Unit dari tahun 2016 sampai 2022 dan aktif mengikuti pelatihan : pelatihan intensif care unit Hipperci, pelatihan ACLS for nurse. Penulis juga aktif dalam melakukan penelitian dengan judul" identifikasi gen CTXM pada bakteri klebsiella Pneumoniae penghasil ESBL di sebuah Rumah sakit swasta di Banyumas.



Buku Ajar Keperawatan Kritis ini merupakan buku ajar yang lengkap dan komprehensif. Buku ini mengulas persoalan klinis berkaitan dengan keperawatan kritis seperti tindakan kegawatdaruratan sistem pernafasan, kardiovaskuler, dan muskuloskeletal. Selain itu juga membahas tatalaksana terkini seputar perawatan kritis dan kegawatdaruratan seperti resusitasi jantung paru dan ventilator mekanik. Buku ini juga mengupas hal-hal non klinis yang menjadi isu-isu terkini perawat kritis. Konsep keperawatan kritis secara holistik, dasar-dasar menerapkan evidence-based practice yang baik, hingga pencegahan dan advokasi di bidang keperawatan kritis disajikan secara gamblang bagi para pembaca agar lebih mudah memahaminya.

ISBN 978-623-8549-26-9



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



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022