BERPIKIR KRITIS DALAM PROSES KEPERAWATAN : DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA

Brigitta Ayu Dwi Susanti

MATERI

- 1. Pengertian diagnosis keperawatan
- 2. Klasifikasi diagnosis keperawatan
- 3. Komponen diagnosis keperawatan
- 4. Proses penegakkan diagnosis keperawatan
- 5. Standar diagnosis keperawatan NANDA

- Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons pasien terhadap masalah kesehatan atau kehidupan yang dialaminya. Diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan.
- Komponen diagnosis keperawatan Masalah (Problem), Penyebab (Etiologi), Tanda dan gejala (Sign & symptom).
- Tahapan penegakan diagnosis keperawatan Analisis data, Identifikasi masalah, Perumusan diagnosis.

TUJUAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

•Mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan pasien untuk mencegah atau memecahkan masalah
•Menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan
•Membantu perawat menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan

PERBEDAAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAN DIAGNOSIS MEDIS

- Diagnosis medis adalah penjelasan penyakit dan patolo
- Diagnosis keperawatan adalah penjelasan respons man
terhadap penyakit atau masalah kesehatan beserta pen

KLASIFIKASI DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAPAT DILAKUKAN BERDASARKAN JENIS DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAN STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- Jenis diagnosis keperawatan

•Diagnosis keperawatan aktual
•Diagnosis keperawatan risiko
•Diagnosis keperawatan sejahtera
•Diagnosis keperawatan kemungkinan
•Diagnosis keperawatan sindrom
•Diagnosis promosi kesehatan

STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia)
- SLKI (Standar Layanan Keperawatan Indonesia)
- SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)
- NOC (Nursing Outcomes Classification)
- NIC (Nursing Interventions Classification)

- Komponen diagnosis keperawatan Masalah (problem), Indikator diagnostik, Fokus diagnostik, Deskripsi, Penyebab, Tanda/gejala, Faktor risiko.
- Proses penegakan diagnosis keperawatan Analisis data, Identifikasi masalah, Perumusan diagnosis.
- Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik tentang respons klien terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan digunakan sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan.

KOMPONEN DIAGNOSIS KEPERAWATAN TERDIRI DARI PROBLEM, ETIOLOGIC, DAN SYMPTOM.

- **Problem**: Alasan pemberian asuhan keperawatan, yaitu keadaan yang menyimpang dari normal
- **Etiologic**: Faktor penyebab terjadinya penyimpangan status normal
- **Symptom**: Kumpulan komponen dari data subyektif dan obyektif hasil pengkajian keperawatan

- Diagnosa keperawatan merupakan tahapan kedua dari proses keperawatan. Tahapan ini dilakukan setelah perawat melakukan pengkajian.
- Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama, yaitu: Diagnosis keperawatan, Intervensi keperawatan, Luaran (outcome) keperawatan.
- Jenis-jenis diagnosis keperawatan, di antaranya: Diagnosis Keperawatan Aktual, Diagnosis Keperawatan Resiko, Diagnosis Keperawatan Kemungkinan, Diagnosis Keperawatan Sejahtera, Keperawatan Sindrom.
- Faktor risiko yang dapat meningkatkan kerentanan pasien terhadap kejadian yang tidak sehat, di antaranya: Faktor lingkungan, Faktor fisiologis, Faktor psikologis, Faktor genetik, Unsur kimia.

- Proses penegakan diagnosis keperawatan adalah proses sistematis yang terdiri dari beberapa tahap, yaitu: Analisis data, Identifikasi masalah, Perumusan diagnosis
- Proses ini dilakukan untuk menentukan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien.

LANGKAH-LANGKAH PENEGAKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN:

1. Mengumpulkan data dari berbagai sumber data
2. Mengelompokkan, mengidentifikasi, dan memvalidasi data
3. Menentukan hubungan sebab akibat dari masalah keperawatan
4. Mencari kelebihan dan masalah klien
5. Merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritasnya
6. Memvalidasi diagnosa keperawatan

TIPS PENEGAKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN:

- Bekerja sama dengan klien untuk mendapatkan data yang tepat
- Memvalidasi data secara akurat bersama klien/keluarga dan/atau masyarakat
- Menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan hirarki Maslow
- Menggunakan prioritas berdasarkan “yang mengancam jiwa” untuk kasus kegawat daruratan

NANDA

- Standar diagnosis keperawatan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) adalah sistem klasifikasi keperawatan yang terstandarisasi. NANDA digunakan untuk menganalisis dan menyajikan data pengkajian dan identifikasi masalah pasien.

KARAKTERISTIK NANDA

- Menggunakan sistem multiaksial, yaitu aksis yang memiliki komponen yang dikombinasikan
- Memiliki tingkat bukti ilmiah yang tinggi karena sudah dilakukan berbagai penelitian di seluruh dunia
- Memiliki bahasa diagnosis yang sangat tinggi dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

CONTOH DIAGNOSIS KEPERAWATAN NANDA

- Nyeri akut
- Gangguan pertukaran gas
- Risiko Infeksi

PELENGKAP NANDA

- Nursing Outcome Classification (NOC) adalah pelengkap NANDA International
- Nursing Intervention Classification (NIC) adalah pelengkap NANDA International

Kasus dengan diagnosa medis Herniatomi

Tn. E umur 56 tahun dengan pendidikan SMP bekerja sebagai buruh masuk RS dirawat dengan diagnose medic post herniotomi di ruang Teratai. Penanggung jawab klien adalah istrinya Ny. P umur 40 tahun dengan pendidikan SD dan hanya sebagai seorang ibu rumah tangga beralamat di Ranca Oray, RT 01 RW 02 Desa Kerta Angsana, Kab. Sukabumi.

Klien mengatakan sudah dari 4 bulan yang lalu mengeluh adanya benjolan di selangkangan. Menurut penuturan klien ± 1 minggu sebelum dibawa kerumah sakit klien mengeluh benjolan diselangkangan semakin besar pada selangkangan saat mengangkat benda yang berat diatas lemari. Satu hari setelah mengangkat beban berat mengeluh nyeri yang sangat hebat sampai klien tidak bisa melakukan aktivitas apapun, karena keluarga dan klien merasa takut akhirnya klien dibawa ke rumah sakit R. Syamsudin, S.H dan harus dirawat dan direncanakan operasi.

Pada saat dikaji klien sudah dilakukan operasi herniotomi dan sudah berada di ruang rawat inap (Ruang Teratai) pada pukul. 13.30 WIB. Pada pukul 14.30 WIB, klien mengatakan nyeri di sekitar luka operasinya, di daerah perut bagian bawah sebelah kanan dengan panjang luka ± 8 cm. Nyeri yang dirasakan seperti disayat-sayat. Nyeri yang dirasakan terus-menerus sejak 1 jam setelah operasi sampai pada saat dikaji. Skala nyeri 3 (0-4). Nyeri itu dirasakan terutama pada saat klien bergerak namun pada saat klien sedang diam pun nyeri masih terasa sehingga pada saat klien bergerak klien tampak berhati-hati. Nyeri dirasakan bertambah bila klien bergerak dan berkurang apabila perut disokong oleh bantal. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan mengganggu tidurnya sehingga klien tidak dapat beristirahat dengan tenang (klien tampak gelisah). Klien mengatakan saat nyerinya datang cukup menggangu aktivitasnya.

Menurut penuturan klien, klien belum pernah dirawat di rumah sakit. Kira-kira 20 tahun yang lalu klien bekerja sebagai supir pengangkut barang (mebel), terkadang klien membantu mengangkut barang dan klien pun kurang minum apabila sedang bekerja. Oleh sebab itu pada saat BAB klien sering mengalami kesulitan sehingga klien sering mengejan dengan kuat. Namun pada tahun 2010 klien berhenti dari pekerjaannya dan mulai mengurus kebun di rumahnya dan klien sering mengangkat hasil perkebunannya sendiri. Klien mengatakan memiliki hipertensi beberapa bulan yang lalu. Menurut pengakuan klien dan keluarga di dalam anggota keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit serupa dengan klien dan atau penyakit keturunan juga penyakit menular, seperti TBC, Diabetes Melitus, dan lain – lain.

Makan 3 x Sehari 1 Piring Sedang Nasi, sayur,lauk,Tidak ada pantangan, Minum 5-6 x perhari ± 800-1000 cc Air putih, kadang-kadang kopi, Tidak ada pantangan, Selama di RS Makan 3 x Sehari 1 Piring Sedang, Bubur, sayur, lauk, Minum 7-8 x perhari ± 1000-500 cc Air Putih, Klien makan dan minum dibantu. BAB 1 x per 3 hari, kuning, lembek, BAK 5-6 x perhari, kuning jernih, khas urine ± 50 cc / BAK, Sejak dirawat klien belum pernah BAB, BAK 2 x pasca operasi, Kuning jernih, Khas urine ± 200 cc / BAK, Klien BAB dan BAK dibantu keluarga. Tidur siang ± 1 jam (Pukul 14.00-15.00 WIB) nyenyak Tidur malam ± 8 jam (Pukul 21.00-05.00 WIB) nyenyak, Selama di RS klien tidur tidak tentu dan tidak nyenyak. Klien mengeluh tidak dapat tidur karena nyeri pada luka operasinya. Mandi 2 x Sehari, Keramas 3 x perminggu,Gosok gigi 2 x Sehari,Gunting kuku ± 1 minggu sekali, Di RS klien mandi di lap 1 x sehari, Gosok gigi (± 1 hari saat dirawat diRS), Belum keramas ,

Belum pernah gunting kuku, Dibantu oleh keluarga. Aktivitas di rumah Mandiri, Selama sakit pergerakan terbatas dan aktivitas dibantu oleh keluarga, Klien nyeri bila bergerak. Klien tampak lemah berbaring terlentang ditempat tidur. Klien tampak mengantuk dan lemas. Berat badan dan tinggi badan tidak diukur karena klien masih harus bedrest akibat spinal anastesi. Bentuk hidung simetris, tidak ada sekret, pertumbuhan bulu hidung merata, bentuk dada simetris, irama napas teratur, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada retraksi otot dada saat bernapas, pergerakan dada simetris kiri dan kanan, bunyi paru vesikuler, frekuensi napas 20 x / menit, tidak ada nyeri tekan pada tulang hidung, tidak ada krepitasi pada dada, tidak ada nyeri tekan pada dada, saat diperkusi suara paru sonor.

Tidak ada edema pada ekstremitas maupun pada palpebra dan wajah, tidak ada sianosis pada bibir dan sekitar ujung kuku, Capilari Refil Time (CRT) kurang dari 3 detik, tidak ada peningkatan JVP, tekanan darah : 120/80 mmHg, nadi : 60 x /menit, nadi teraba kuat dan teratur. Pada saat auskultasi bunyi jantung murni regular, tidak ada mur-mur, perkusi jantung pekak.
Bentuk bibir simetris, mukosa bibir tampak lembab, warna bibir merah muda, terdapat bau mulut, gigi tampak kotor, lidah bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada pembesaran tonsil, bentuk abdomen datar, perut tidak kembung, bising usus 8 x /menit, tidak ada nyeri tekan pada epigastrium, terdapat nyeri tekan pada daerah abdomen kanan bawah (daerah luka operasi).
Blass teraba kosong, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada nyeri pada ginjal kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada ginjal kiri dan kanan.
Bulu pubis sekitar genetalia tampak pendek (dicukur pra operasi), tampak bersih, tidak ada kemerahan pada penis, tidak ada nyeri tekan pada daerah genetalia.
Kesadaran compos mentis, niali GCS 15, klien tidak mengalami gangguan orientasi waktu, tempat dan orang. Klien tampak meringis saat merasa sakit. Klien dapat merasakan sentuhan tangan.

Nervus I (olfaktorius) : Klien dapat membedakan bau kayu putih dengan kopi.
Nervus II (optikus) : Kedua mata dapat membaca kartu mahasiswa pada jarak ± 15 cm.
Nervus III (Okulomotorius) : Mata kiri dan kanan dapat digerakan keatas dan kebawah, reflek pupil positif, pupil berkontriksi saat diberi rangsang cahaya.
Nervus IV (Toklearis) : Mata kiri dan kanan dapat melirik keluar.
Nervus V (Trigeminus) : Klien dapat merasakan usapan kapas di pipi.
Nervus VI (Abducen) : Mata kanan dan kiri dapat digerakan ke lateral.
Nervus VII (Fasialis) : Klien dapat mengerutkan dahi dan membuka mulut.
Nervus VIII (Auditorius) : Klien dapat mendengar suara detak jarum jam ±5cm.
Nervus IX (Glosoparingeal) : Klien dapat menelan makanan dengan baik.
Nervus X (Vagus) : Klien dapat bicara aktif
Nervus XI (Aksesorius) : Klien dapat menggerakan bahu dan kepala
Nervus XII (Hipoglosus) : Klien dapat menjulurkan lidah ke kiri dan ke kanan.

Kulit tampak bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut beruban, kulit tampak kering, terdapat luka operasi yang ditutup dressing modern yang masih baru di daerah abdomen sebelah kanan bawah, balutan luka tampak kotor, luka tampak masih basah, area sekitar luka bersih, panjang luka ± 8 cm, warna kulit sawo matang, akral teraba hangat, suhu tubuh : 35° C, kuku tampak kotor dan panjang.

Ekstremitas atas kanan dan kiri simetris, jumlah jari lengkap, ROM bebas, bentuk tulang simetris, tampak menonjol pada pergelangan tangan, tidak ada nyeri pada daerah persendian, terpasang infus ditangan kiri cairan Ringer Laktat 15 tetes permenit.
Ekstremitas bawah kanan dan kiri simetris, jumlah jari lengkap, ROM bebas, bentuk tulang simetris, tampak menonjol pada mata kaki, tidak ada nyeri pada daerah persendian, kekuatan otot

Tidak ada pembesaran tyroid, klien dapat bertoleransi terhadap panas dan dingin, tidak ada tremor pada tangan, tidak ada keram, tidak ada edema, pertumbuhan pubis merata, akral teraba hangat klien tidak sering kencing.
Emosi klien tampak stabil, namun agak sedikit gelisah menahan nyeri yang dirasakan klien. Klien lebih sering berdiam diri ditempat tidur.Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan tidak ada salah satu bagian tubuh yang tidak klien sukai, walaupun didaerah perut sebelah kanan bawahnya terdapat luka operasi. Klien mengatakan dirinya seorang laki-laki yang sedang sakit dan telah menjalani operasi herniotomi.Klien mengatakan dirinya seorang suami dan ayah dari 3 orang anaknya dan harus menafkahi istri dan 1 orang anaknya yang masih sekolah.Klien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaannya sekarang. Klien mengatakan ingin segera sembuh dan ingin cepat pulang kembali ke rumah dan berkumpul dengan keluarga.

Klien berkomunikasi dengan bahasa Sunda, klien dapat berkomunikasi baik dengan orang-orang di sekitarnya termasuk petugas kesehatan. Klien mempunyai kebiasaan merokok dalam sehari habis satu bungkus dan klien mempunyai kebiasaan minum kopi. Klien mengatakan bahwa orang yang terdekat dan selalu memberi dukungan adalah istri dan anak-anaknya. Klien berharap penyakitnya segera sembuh dan tidak kambuh lagi setelah dioperasi.
Ketika dikaji tingkat pengetahuan tentang perawatan pasca operasi (herniotomi) didapatkan tingkat pengetahuan keluarga kurang. Terbukti saat keluarga bertanya pantangan yang tidak boleh dilakukan oleh klien dan aktivitas yang boleh dilakukan oleh klien serta ekspresi wajah klien yang tampak bingung.
Klien beragama islam dan yakin kepada Allah SWT bahwa dirinya akan sembuh dengan pertolongan-Nya, selama sakit klien selalu menjalankan ibadah dan selalu berdoa supaya cepat sembuh dan berkumpul dengan keluarganya.
Hasil Laboratorium
Tanggal Pemeriksaan Hasil

Hemoglobin 12
Jumlah Leukosit 11.000
Hematokrit 36,1
Jumlah Trombosit 288.000

Radiologi : Foto Thorax: kesan tidak tampak KP aktif
Farmakotherapy / Pengobatan tanggal:Cefotaxime, 2×1 gr, IV, Pkl 05.00 WIB, Pkl 17.00 WIB : Antibiotik, Ranitidine, 2×1 amp,IV, Pkl 05.00 WIB, Pkl 17.00 WIB: Antasida, Ketorolax, 2×1 amp, IV, Pkl 05.00 WIB, Pkl 17.00 WIB: Analgetik, Infus Ringer Laktat, IV, 20 tetes / Menit .

NOC DAN NIC

- Standarisasi Bahasa Keperawatan
    - Menjelaskan pentingnya bahasa yang seragam dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan.
    - Menyebutkan NOC dan NIC sebagai dua sistem klasifikasi utama.
- Meningkatkan Kualitas Asuhan Pasien
    - Bagaimana NOC membantu mengukur hasil asuhan keperawatan.
    - Bagaimana NIC memandu pemilihan intervensi yang tepat.
- Memfasilitasi Komunikasi dan Kolaborasi
    - Antara perawat dengan tim kesehatan lain.
    - Untuk kesinambungan asuhan.
- Mendukung Penelitian dan Pengembangan Keperawatan
    - Penggunaan data yang terstandarisasi untuk analisis dan peningkatan praktik.

Mengenal Lebih Dekat NOC (Nursing Outcomes Classificatio

Definisi NOC

- Menjelaskan bahwa NOC adalah sistem klasifikasi yang terstandarisasi dan komprehensif untuk menggambarkan status

pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan.

Struktur NOC

- Domain (misalnya: Fungsional, Fisiologis, Psikososial, Kesehatan Keluarga, Kesehatan Komunitas)
- Kelas (dalam setiap domain)
- Luaran Keperawatan (label deskriptif)
- Indikator (kriteria spesifik untuk mengukur status luaran)
- Skala Pengukuran (Likert scale untuk menilai status indikator)

Contoh Luaran Keperawatan NOC

- Contoh: Status Kenyamanan Fisik
- Indikator: Nyeri yang dilaporkan, Gelisah, Posisi tubuh yang rileks
- Skala Pengukuran: Tidak ada, Ringan, Sedang, Berat, Sangat berat

Mengenal Lebih Dekat NIC (Nursing Interventions Classification)

- Definisi NIC
  - Menjelaskan bahwa NIC adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan berbasis riset yang menggambarkan intervensi yang dilakukan oleh perawat.
- Struktur NIC

    - Domain (misalnya: Fisiologis Dasar, Fisiologis Kompleks, Perilaku, Keamanan, Keluarga, Sistem Kesehatan, Komunitas)
    - Kelas (dalam setiap domain)
    - Intervensi Keperawatan (label deskriptif)
    - Aktivitas (tindakan spesifik yang dilakukan perawat untuk melaksanakan intervensi)
- Contoh Intervensi Keperawatan NIC
    - Contoh: Manajemen Nyeri
    - Aktivitas:
        - Kaji secara komprehensif nyeri termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
        - Gunakan tindakan pengendalian nyeri sebelum nyeri menjadi berat.
        - Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (misalnya, relaksasi, guided imagery).
        - Berikan analgetik sesuai resep.

Cara Penelusuran NOC

- Berdasarkan Diagnosis Keperawatan
    - Contoh: Pasien dengan diagnosis "Nyeri Akut"
    - Luaran NOC yang relevan: Kontrol Nyeri, Tingkat Kenyamanan

- Berdasarkan Gejala atau Masalah Pasien
    - Contoh: Pasien mengalami "Gangguan Tidur"
    - Luaran NOC yang relevan: Tidur
- Berdasarkan Populasi Pasien atau Kondisi Klinis
    - Contoh: Pasien pasca operasi
    - Luaran NOC yang relevan: Penyembuhan Luka, Status Cairan dan Elektrolit
- Menggunakan Sumber Daya NOC
    - Buku cetak NOC
    - Perangkat lunak atau aplikasi keperawatan yang terintegrasi dengan NOC
    - Database online NOC (jika tersedia melalui institusi Anda)

Cara Penelusuran NIC

- Berdasarkan Diagnosis Keperawatan
    - Contoh: Diagnosis "Nyeri Akut"
    - Intervensi NIC yang relevan: Manajemen Nyeri, Pemberian Analgesik
- Berdasarkan Luaran NOC yang Ditargetkan
    - Contoh: Target luaran "Kontrol Nyeri"
    - Intervensi NIC yang relevan: Manajemen Nyeri, Terapi Relaksasi
- Berdasarkan Kondisi Klinis atau Kebutuhan Pasien

    - Contoh: Pasien dengan risiko infeksi
    - Intervensi NIC yang relevan: Pencegahan Infeksi, Perawatan Luka
- Menggunakan Sumber Daya NIC
    - Buku cetak NIC
    - Perangkat lunak atau aplikasi keperawatan yang terintegrasi dengan NIC
    - Database online NIC (jika tersedia melalui institusi Anda)

Integrasi NOC dan NIC dalam Rencana Asuhan Keperawatan

- Poin 1: Hubungan antara Diagnosis, Luaran, dan Intervensi
    - Diagnosis keperawatan mengidentifikasi masalah pasien.
    - Luaran NOC menetapkan target hasil yang diharapkan.
    - Intervensi NIC adalah tindakan yang dipilih untuk mencapai luaran.
- Contoh Penerapan
    - Diagnosis: Risiko Jatuh
    - Luaran NOC: Keseimbangan
    - Intervensi NIC: Pencegahan Jatuh, Manajemen Lingkungan
- Pentingnya Evaluasi
    - Mengukur pencapaian luaran NOC setelah implementasi intervensi NIC.

    - Modifikasi rencana asuhan jika diperlukan.

Tips Efektif dalam Penelusuran NOC dan NIC

- Pahami Konsep Dasar NOC dan NIC
- Gunakan Terminologi yang Tepat
- Sesuaikan dengan Kondisi dan Kebutuhan Pasien yang Spesifik
- Latih Diri dengan Studi Kasus
- Manfaatkan Sumber Daya yang Tersedia

Tantangan dan Solusi dalam Implementasi NOC dan NIC

- Tantangan
    - Kurangnya pemahaman dan pelatihan.
    - Waktu yang terbatas untuk dokumentasi.
    - Ketersediaan sumber daya.
    - Resistensi terhadap perubahan.
- Solusi
    - Peningkatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan.
    - Integrasi sistem NOC/NIC ke dalam rekam medis elektronik.
    - Dukungan dari manajemen dan pimpinan keperawatan.
    - Sosialisasi dan berbagi praktik baik.

Kesimpulan

- NOC dan NIC adalah alat penting untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
- Penelusuran yang efektif membutuhkan pemahaman konsep dan pemanfaatan sumber daya.
- Implementasi yang sukses memerlukan komitmen dan kolaborasi dari seluruh tim keperawatan.