

NILAI ESENSIAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN



Penulis:

Dewi Setya Paramitha | Nila Kusumawati | Mariani
Ridha Hidayat | Azizah Al Ashri | Alini
Nor Isna Tauhidah | Muhammad Nurman | Suci Fitri Rahayu
Neneng Fitria Ningsih | Apriza | Noor Amaliah
Debby Sinthania | Gusman Virgo | Herman Ariadi
Yenny Safitri | Esme Anggeriyane

Editor:

Siti Hotna Siagian & Sunardi

NILAI ESENSIAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Penulis

Dewi Setya Paramitha | Nila Kusumawati | Mariani
Ridha Hidayat | Azizah Al Ashri | Alini
Nor Isna Tauhidah | Muhammad Nurman | Suci Fitri Rahayu
Neneng Fitria Ningsih | Apriza | Noor Amaliah
Debby Sinthania | Gusman Virgo | Herman Ariadi
| Yenny Safitri | Esme Anggeriyane

Editor

Siti Hotna Siagian
Sunardi

Hak Cipta Buku Kemenkum dan HAM Nomor : 000314311



NILAI ESENSIAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

v + 264.; 15,5 x 23 cm

ISBN : 978-623-5770-04-8
Penulis : Dewi Setya Paramitha, Nila Kusumawati | Mariani, Ridha Hidayat, Azizah Al Ashri, Alini, Nor Isna Tauhidah, Muhammad Nurman, Suci Fitri Rahayu, Neneng Fitria Ningsih, Apriza, Noor Amaliah, Debby Sinthania, Gusman Virgo, Herman Ariadi, Yenny Safitri, Esme Anggeriyane
Editor : Siti Hotna Siagian, Sunardi
Tata Letak : Insania Team
Desain Sampul : Farhan Saefullah
Cetakan 1 : Desember 2021

Copyright © 2021 by Penerbit Insania
All rights reserved

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang No 19 Tahun 2002.

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektris maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis dan Penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan

Penerbit Insania
Anggota IKAPI
Jl. Evakuasi, Gg. Langgar, No. 11, Kalikebat Karyamulya, Kesambi,
Cirebon Telp. 085724676697
e-mail: penerbit.insania@gmail.com
Web : <http://insaniapublishing.com>

KATA PENGANTAR

Buku ini merupakan simbol semangat intelektual dalam mengkaji ilmu pendidikan yang terbit pada tahun 2021. Kontributor dari buku ini adalah para peneliti dan dosen dari berbagai kampus di Indonesia. Mereka memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda. Penulisan buku ini dilandasi atas pentingnya *update* penelitian terbaru tentang kajian ilmu keperawatan dengan tema “Nilai Esensial Dalam Praktik Keperawatan”.

Buku ini terdiri dari 17 artikel yang dimasukkan ke dalam 17 bab di dalam buku ini. Upaya penyusunan buku ini dilakukan untuk mendokumentasikan karya-karya yang dihasilkan para penulis sehinggadapat bermanfaat bagi pembaca secara lebih luas.

Sebagai penutup, tiada gading yang tak retak. Tentunya banyak kekurangan dalam penyusunan buku ini sehingga kritik dan masukan selalu diperlukan bagi pengembangan studi ilmu akuntansi baik secara teori maupun implementasinya. Hal-hal yang besar tentunya berawal dari yang sederhana. Semoga tulisan-tulisan dalam buku ini menjadi ilmu yang bermanfaat bagi pengembangan organisasi hari ini dan esok.

Cirebon, Desember 2021

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
Bab 1 : KEPERAWATAN PROFESIONAL Dewi Setya Paramitha	2
Bab 2 : KONSEP SEHAT SAKIT Nila Kusumawati	18
Bab 3 : SISTEM PERAWATAN KESEHATAN DI INDONESIA Mariani	30
Bab 4 : PRINSIP LEGAL ETIK Ridha Hidayat	43
Bab 5 : KEMAMPUAN BERPIKIR KRITIS Azizah Al Ashri	54
Bab 6 : KETERAMPILAN <i>DECISION MAKING</i> Alini	69
Bab 7 : PROSES KEPERAWATAN Nor Isna Tauhidah	83
Bab 8 : <i>EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE</i> Muhammad Nurman	95
Bab 9 : KOMUNIKASI KEPERAWATAN Suci Fitri Rahayu	108
Bab 10 : <i>EDUKASI PASIEN</i> Neneng Fitria Ningsih	122
Bab 11 : <i>CARING</i> Apriza	137
Bab 12 : PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI Noor Amaliah	152
Bab 13 : KOMPETENSI BUDAYA DALAM KEPERAWATAN Debby Sinthania	165
Bab 14 : PRAKTIK KEPERAWATAN BERBASIS KOMUNITAS Gusman Virgo	201
Bab 15 : KESEHATAN SPIRITUAL Herman Ariadi	215
Bab 16 : SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN Yenny Safitri	230
Bab 17 : TERAPI KOMPLEMENTER Esme Anggeriyane	249

BAB 1

KEPERAWATAN PROFESIONAL



Dewi Setya Paramitha

BAB 1

KEPERAWATAN PROFESIONAL

A. Keperawatan Sebagai Seni dan Ilmu

Sebagai perawat profesional, perawat belajar untuk memberikan perawatan dengan penuh kasih sayang, peduli, dan menghormati martabat dan kepribadian setiap pasien. Sebagai ilmu, praktik keperawatan didasarkan pada kumpulan pengetahuan yang terus berubah dengan penemuan dan inovasi baru. Ketika perawat mengintegrasikan ilmu dan seni keperawatan ke dalam praktik, kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien haruslah berada pada tingkat *excellence service* yang menguntungkan pasien dan keluarga mereka.

Kebutuhan perawatan kesehatan pasien bersifat multidimensi. Dengan demikian, perawatan mencerminkan kebutuhan pasien, kebutuhan nilai-nilai masyarakat dan standar perawatan profesional. Selain itu, perawatan harus mengintegrasikan praktik berbasis bukti untuk memberikan perawatan tingkat terbaik. Pasien meliputi individu, keluarga, dan/atau masyarakat. Pasien memiliki beragam kebutuhan, pengalaman, kerentanan, dan harapan perawatan kesehatan. Seorang perawat dapat membantu pasien yang sekarat menemukan kelegaan dari rasa sakit, membantu seorang ibu muda mempelajari keterampilan mengasuh anak, atau menemukan cara bagi lansia untuk tetap mandiri di rumah mereka.

B. Keperawatan Sebagai Profesi

Keperawatan adalah sebuah profesi. Seseorang yang bertindak secara profesional adalah orang yang teliti dalam bertindak,

berpengetahuan luas dalam bidangnya, dan bertanggung jawab terhadap diri sendiri dan orang lain. Ini berarti bahwa sebagai perawat akan mengelola asuhan keperawatan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*) dengan cara yang aman, teliti, dan berpengetahuan (Potter *et al.*, 2019).

Profesi memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Memiliki pendidikan yang berkelanjutan ;
2. Memiliki *body of knowledge*;
3. Penyedia layanan khusus (keperawatan);
4. Melakukan penelitian yang mengikuti perkembangan zaman;
5. Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan praktik ;
6. Memiliki kode etik;
7. Memiliki organisasi profesi.

Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit (UU RI, 2014).

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan dasar dan umum dan diberi wewenang oleh otoritas pengatur yang sesuai untuk mempraktikkan keperawatan di negaranya. Pendidikan keperawatan dasar adalah program studi yang diakui secara formal yang memberikan landasan yang luas dan kuat dalam ilmu perilaku, kehidupan, dan keperawatan untuk praktik umum keperawatan, untuk peran kepemimpinan, dan untuk pendidikan pasca-dasar untuk praktik keperawatan khusus atau lanjutan. Perawat dipersiapkan dan diberi wewenang (1) untuk terlibat dalam lingkup umum praktik keperawatan, termasuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang sakit fisik,

mental, dan cacat dari segala usia dan dalam semua perawatan kesehatan dan pengaturan komunitas lainnya; (2) melaksanakan pendidikan kesehatan; (3) untuk berpartisipasi penuh sebagai anggota tim perawatan kesehatan; (4) untuk mengawasi dan melatih perawat dan pembantu perawatan kesehatan; dan (5) terlibat dalam penelitian (International Council of Nurses, 1987).

C. Prespektif Sejarah tentang Keperawatan

Keperawatan saat ini jauh berbeda dari keperawatan seperti yang dipraktikkan bertahun-tahun yang lalu, dan diperkirakan akan terus berubah selama abad ke-21. Pandangan awal keperawatan mengungkapkan perjuangan perawat dalam otonomi dan profesionalisasi. Dalam beberapa dekade terakhir, minat baru dalam sejarah keperawatan telah menghasilkan semakin banyak literatur terkait (Berman, Snyder and Frandsen, 2022). Adapun aspek dari peristiwa yang telah mempengaruhi praktik keperawatan di masa lalu diantaranya:

1. Peran dan Status Wanita

Peran tradisional perempuan sebagai istri, ibu, anak perempuan, dan saudara perempuan selalu mencakup perawatan dan pengasuhan anggota keluarga lainnya. Sejak awal, wanita telah merawat bayi dan anak-anak; dengan demikian, keperawatan dapat dikatakan berakar di rumah. Umumnya perawatan yang diberikan berkaitan dengan pemeliharaan fisik dan kenyamanan. Dengan demikian, peran keperawatan tradisional selalu melibatkan kepedulian, pengasuhan, kenyamanan, dan dukungan humanistik.

2. Peran dan Status Pria

Meskipun sejarah keperawatan terutama berfokus pada figur wanita dalam keperawatan, sekolah keperawatan untuk pria ada di Amerika Serikat dari akhir 1880-an hingga 1969. Perawat pria ditolak masuk ke Korps Perawat Militer selama Perang Dunia II berdasarkan gender. Saat itu diyakini bahwa keperawatan adalah pekerjaan wanita dan pertempuran adalah pekerjaan pria. Selama abad ke-20, pria ditolak masuk ke sebagian besar program keperawatan.

Pada tahun 1971, perawat terdaftar Steve Miller membentuk organisasi bernama *Men in Nursing*, dan pada tahun 1974, Luther Christman mengorganisir sekelompok perawat pria. Kedua kelompok direorganisasi menjadi *National Male Nurses Association* di Amerika, kemudian pada 1981 *American Assembly for Men in Nursing* (AAMN). Pria memang mengalami hambatan untuk menjadi perawat. Misalnya, citra keperawatan adalah salah satu feminitas. Hambatan dan tantangan lain bagi mahasiswa keperawatan laki-laki termasuk kurangnya panutan laki-laki dalam keperawatan, stereotip, dan perbedaan gaya pengasuhan antara laki-laki dan perempuan.

3. Nilai-Nilai Agama

Agama juga memainkan peran penting dalam pengembangan keperawatan. Meskipun banyak agama di dunia mendorong kebajikan. Nilai Kristen mengajarkan "*kasihilah sesamamu manusia seperti dirimu sendiri*" memiliki dampak signifikan pada perkembangan keperawatan Barat. Awalnya nilai-nilai agama seperti penyangkalan diri, panggilan spiritual, pengabdian pada tugas dan kerja keras telah mendominasi keperawatan sepanjang sejarahnya. Komitmen perawat terhadap nilai-nilai ini sering mengakibatkan eksploitasi dan sedikit imbalan. Untuk beberapa waktu, perawat sendiri percaya bahwa tidak pantas mengharapkan keuntungan ekonomi dari "*panggilan*" mereka.

Dalam Islam sebuah tanggung jawab moral umat muslim dalam menegakkan Islam dalam semua bidang kehidupan termasuk bidang kesehatan, juga dalam rangka menegakkan da'wah amar ma'ruf nahi munkar. Keperawatan dalam Islam, bukan hanya asuhan kemanusiaan dengan lemah lembut berdasarkan standar dan etika profesi, tetapi caring yang didasari keimanan pada Allah dengan menjankan perintahNya melalui ayat-ayat Alqur'an dengan tujuan akhir mendapatkan ridho Allah SWT.

4. Perang

Sepanjang sejarah, perang telah menekankan kebutuhan akan perawat. Selama Perang Crimea (1854–1856), perawatan yang tidak memadai yang diberikan kepada tentara menyebabkan kemarahan publik di Inggris Raya. Peran yang dimainkan Florence Nightingale dalam mengatasi masalah ini sudah dikenal luas. Nightingale dan perawatnya mengubah rumah sakit militer dengan mendirikan praktik sanitasi, seperti mencuci tangan.

Pada Perang Dunia I banyak kemajuan dalam perawatan kesehatan terjadi, khususnya di bidang bedah. Misalnya, kemajuan dibuat dalam penggunaan agen anestesi, pengendalian infeksi, golongan darah, dan prosthetics. Selama Perang Vietnam, sekitar 11.000 wanita militer Amerika yang ditempatkan di Vietnam adalah perawat. Sebagian besar dari mereka secara sukarela pergi ke Vietnam segera setelah mereka lulus dari sekolah perawat, menjadikan mereka kelompok tenaga medis termuda yang pernah bertugas di masa perang.

5. Sikap Sosial Masyarakat

Sebelum pertengahan 1800-an, keperawatan tidak memiliki organisasi, pendidikan, atau status sosial. Sikap yang berlaku adalah bahwa tempat wanita adalah di rumah dan tidak ada wanita terhormat yang boleh berkarir. Perawat di rumah sakit selama periode ini berpendidikan rendah, beberapa bahkan penjahat yang dipenjara. Namun, setelah Nightingale membawa kehormatan bagi profesi keperawatan, perawat dipandang sebagai orang yang mulia, penyayang, bermoral, religius, berdedikasi, dan rela berkorban.

Pada awal 1990-an, *Tri-Council for Nursing* (*American Association of Colleges of Nursing*, *American Nurses Association* [ANA], *American Organization of Nurse Executives*, dan *National League for Nursing* [NLN]) memprakarsai upaya nasional, berjudul "*Nurses of America*" untuk meningkatkan citra keperawatan. Pada tahun 2002, "*Campaign for Nursing's Future*" perusahaan Johnson & Johnson mempromosikan keperawatan sebagai pilihan karir yang positif. Melalui kampanye ini meningkatkan paparan terhadap profesi keperawatan, meningkatkan kesadaran tentang tantangannya, dan mendorong orang-orang dari segala usia untuk mempertimbangkan karir di bidang keperawatan.

6. Kepemimpinan Keperawatan Visioner

Profesi keperawatan terus memberikan tantangan yang dinamis kepada semua perawat untuk mengikuti perkembangan kebutuhan masyarakat dan peran perawat. Para pemimpin keperawatan dan ahli keperawatan sejak dahulu telah memberikan kontribusi pada perawatan yang berkualitas tinggi, aman, dan berpusat pada klien. Mereka menerapkan praktik berbasis bukti, dan menyusun strategi untuk perbaikan proses keperawatan.

D. Peran Perawat

Perawat mengambil sejumlah peran ketika mereka memberikan perawatan kepada klien. Perawat sering melakukan peran ini secara bersamaan, tidak eksklusif satu sama lain. Perhatian perawat adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, manajemen penyakit dan gejala, dukungan keluarga, atau perawatan akhir kehidupan (Berman, Snyder and Frandsen, 2022; Potter *et al.*, 2019).

1. Pemberi Asuhan

Sebagai pemberi asuhan, perawat membantu pasien mempertahankan dan memulihkan kesehatan, mengelola penyakit dan gejala, dan mencapai tingkat fungsi dan kemandirian maksimal melalui proses penyembuhan. Penyembuhan melibatkan lebih dari sekadar mencapai peningkatan kesejahteraan fisik. Perawat membantu memenuhi semua kebutuhan perawatan kesehatan pasien dengan memberikan tindakan yang memulihkan kesejahteraan emosional, spiritual, dan sosial pasien.

2. Pendidik

Sebagai pendidik perawat menjelaskan konsep dan fakta tentang kesehatan, menjelaskan alasan aktivitas perawatan rutin, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, memperkuat pembelajaran atau perilaku pasien, dan mengevaluasi kemajuan pasien dalam pembelajaran. Selain itu, perawat pendidik juga bekerja di institusi pendidikan keperawatan, departemen pengembangan staf dari lembaga perawatan kesehatan, dan departemen pendidikan pasien. Seorang perawat pendidik bertanggung jawab untuk mengajar praktik keperawatan saat ini, tren, teori, dan keterampilan yang diperlukan di laboratorium dan pengaturan klinis untuk mendidik siswa menjadi perawat profesional.

3. Peneliti

Perawat peneliti menyelidiki masalah untuk meningkatkan asuhan keperawatan dan mendefinisikan lebih lanjut dan memperluas ruang lingkup praktik keperawatan. Saat perawat memulai kontak dengan klien, klien harus yakin bahwa perawatan yang diberikan oleh perawat tersebut didasarkan pada informasi kesehatan terkini. Dengan demikian, kebutuhan akan praktik berbasis bukti sangat diharapkan terkait dengan asuhan keperawatan (Boswell, C., and Cannon, 2020).

4. Manajer

Manajer perawat perlu membangun lingkungan perawatan yang aman dan berkualitas dengan hasil pasien yang positif. Seorang manajer mengoordinasikan kegiatan anggota staf keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan memiliki tanggung jawab personal, kebijakan, dan pengaturan anggaran untuk unit atau lembaga. Manajer menggunakan gaya kepemimpinan yang tepat untuk menciptakan lingkungan keperawatan bagi pasien dan staf yang mencerminkan visi, misi dan nilai-nilai organisasi (Mensik, 2017).

5. Konselor

Konseling adalah proses membantu klien untuk mengenali dan mengatasi masalah psikologis atau sosial yang penuh tekanan, untuk mengembangkan hubungan interpersonal yang lebih baik, dan untuk meningkatkan pertumbuhan pribadi. Ini melibatkan pemberian dukungan emosional, intelektual, dan psikologis. Perawat menasihati berfokus pada membantu individu mengembangkan sikap, perasaan, dan perilaku baru dengan mendorong klien untuk melihat perilaku alternatif, mengenali pilihan, dan mengembangkan rasa kontrol.

6. *Change Agent*

Perawat bertindak sebagai agen perubahan ketika membantu klien untuk melakukan modifikasi dalam perilaku mereka. Perawat juga sering bertindak untuk membuat perubahan dalam suatu sistem, seperti sistem pengelolaan perawatan. Perawat terus-menerus berurusan dengan perubahan dalam sistem perawatan kesehatan. Perubahan teknologi, perubahan usia populasi klien, dan perubahan pengobatan, perubahan epidemiologi penyakit hanyalah beberapa dari perubahan yang dihadapi perawat setiap hari (Saba and McCormick, 2021).

7. Advokat

Seorang advokat klien bertindak untuk melindungi klien. Dalam peran ini perawat dapat mewakili kebutuhan dan keinginan klien kepada profesional kesehatan lainnya, seperti menyampaikan permintaan informasi klien kepada penyedia layanan kesehatan. Mereka juga membantu klien dalam menjalankan hak-hak mereka dan membantu mereka berbicara untuk diri mereka sendiri.

8. Kolaborator

Perawatan kolaboratif adalah model perawatan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan hasil pasien melalui kerjasama antar-profesional. Ini biasanya akan mencakup tim perawatan primer atau tersier yang bekerja dengan profesional kesehatan sekutu seperti ahli gizi, fisioterapis, dokter atau spesialis medis. Komunikasi yang efektif sangat penting untuk rencana perawatan kolaboratif, perawat dilatih untuk memiliki kemampuan beradaptasi, empati, dan keterampilan komunikasi, yang memungkinkan mereka menjadi pemimpin dan anggota tim perawatan yang sangat baik (Rokhmah and Anggorowati, 2017).

E. Wewenang dan Standar Praktik Keperawatan

Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya (Permenkes RI, 2019).

Perawat dapat bekerja pada fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik) dan dapat membuka pelayanan praktik keperawatan mandiri. Dalam menjalankan tugasnya perawat memiliki tugas dan wewenang yang diatur dalam aturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Pada Peraturan Menteri Nomor 26 Tahun 2019 tersebut mengatur mengenai: (1) jenis perawat; (2) perizinan; (3) penyelenggaraan praktik keperawatan; (4) praktik mandiri perawat; (5) kebutuhan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam suatu wilayah; (6) pembinaan dan pengawasan.

F. Organisasi Keperawatan

Untuk mewujudkan suatu penyelenggaraan keperawatan dan praktik keperawatan yang bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tersebut, maka dibentuklah suatu Organisasi Profesi Perawat, Kolegium Keperawatan, dan Konsil Keperawatan.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) adalah organisasi profesi perawat yang dibentuk sebagai satu wadah untuk menghimpun perawat secara nasional dan berbadan hukum. PPNI bertujuan untuk:

1. Meningkatkan dan/atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat, dan etika profesi perawat.

2. Mempersatukan dan memberdayakan Perawat dalam rangka menunjang pembangunan kesehatan. Organisasi Profesi Perawat berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang, dan pengawas Keperawatan di Indonesia.

Kolegium Keperawatan merupakan badan otonom di dalam Organisasi Profesi Perawat. Kolegium Keperawatan berfungsi mengembangkan cabang disiplin ilmu Keperawatan dan standar Pendidikan tinggi bagi Perawat profesi. Untuk melaksanakan amanah Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tersebut maka PPNI dalam Surat Keputusan Dewan Pengurus Pusat Nomor 073A/DPP.PPNI/SK/K.S/XII/2016 tentang Penetapan Kolegium Keperawatan. Kolegium keperawatan pada SK tersebut disesuaikan dengan disiplin ilmu keperawatan yang merupakan ilmu keperawatan yang digunakan landasan praktik keperawatan sebagai kompetensi yang dimiliki perawat dalam melaksanakan kegiatan proses keperawatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat). Kolegium berfungsi mengembangkan cabang disiplin ilmu keperawatan dan standar pendidikan tinggi bagi perawat. Jenis kolegium keperawatan di Indonesia meliputi Kolegium Keperawatan Anak, Kolegium Keperawatan Maternitas, Kolegium Keperawatan Jiwa, Kolegium Keperawatan Medikal Bedah, Kolegium Keperawatan Komunitas, Kolegium Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Kolegium Keperawatan Onkologi dan Kolegium Keperawatan Kardiovaskuler (PPNI, 2016).

Dalam Peraturan Presiden Nomor 90 tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Perpres ini mengatur tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI) yang didalamnya terdapat 3 konsil yakni Konsil Keperawatan, Konsil Kefarmasian, dan Konsil Tenaga Kesehatan lainnya. Perpres ini merupakan peraturan

pemerintah turunan dari Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan.

KTKI sebagaimana dimaksud, menurut Perpres ini, mempunyai fungsi sebagai koordinator konsil masing-masing tenaga kesehatan. Bagi perawat KTKI ini dibentuk untuk meningkatkan mutu Praktik Keperawatan dan untuk memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada Perawat dan masyarakat. Menurut Perpres konsil masing-masing tenaga kesehatan memiliki tugas (Perpres, 2017):

1. Melakukan registrasi Tenaga Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya;
2. Melakukan pembinaan Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik Tenaga Kesehatan;
3. Menyusun Standar Nasional Pendidikan Tenaga Kesehatan;
4. Menyusun standar praktik dan standar kompetensi Tenaga Kesehatan;
5. Menegakkan disiplin praktik Tenaga Kesehatan.

G. Pendidikan Keperawatan

Untuk mendapatkan kualitas pelayanan kesehatan yang baik, diperlukan pendidikan yang baik pula bagi para perawat. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 tentang Keperawatan, pendidikan tinggi keperawatan di Indonesia terbagi atas:

1. Pendidikan vokasi (program diploma tiga keperawatan);
2. Pendidikan akademik (program sarjana keperawatan, program magister Keperawatan dan program doktor keperawatan);
3. Pendidikan profesi (program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan).

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S. and Frandsen, G. (2022) *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Eleventh. Essex: Pearson Education Limited. doi: 10.2307/3463127.
- Boswell, C., and Cannon, S. (2020) *Introduction to Nursing Research Incorporating Evidence-Based Practice*. Fifth. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- International Council of Nurses (1987) *Definition of a Nurse*. Available at: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
- Mensik, J. (2017) *The Nurse Manager's Guide to Innovative Staffing*. Second. Indianapolis: Sigma Theta Tau International. Available at: <https://www.proquest.com/books/nurse-manager-s-guide-innovative-staffing-second/docview/2148362921/segment?accountid=14542>.
- Permenkes RI (2019) *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan*.
- Perpres (2017) *Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia*.
- Potter, P. A. et al. (2019) *Essentials for Nursing Practice*. Ninth. Missouri: Elsevier Inc.
- PPNI (2016) *Surat Keputusan Dewan Pengurus Pusat Nomor 073A/DPP.PPNI/SK/K.S/XII/2016 tentang Penetapan Kolegium Keperawatan*.
- Rokhmah, N. A. and Anggorowati, A. (2017) 'Komunikasi Efektif Dalam Praktek Kolaborasi Interprofesi Sebagai Upaya Meningkatkan Kualitas Pelayanan', *Journal of Health Studies*,

1(2), pp. 65–71. doi: 10.31101/jhes.186.

Saba, V. K. and McCormick, K. A. (2021) *Essentials of Nursing Informatics*. Seventh. New York: McGraw Hill.

UU RI (2014) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan*.

PROFIL PENULIS



Dewi Setya Paramitha, Ns., M.Kep lahir di Banjarmasin 4 November 1988. Pendidikan tinggi dimulai dari S1 Keperawatan Ners di STIKes Muhammadiyah Banjarmasin, melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Saat ini bekerja sebagai dosen Keperawatan di Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Pernah sebagai presenter dalam Andalas International Nursing Conference (AINEC), Padang tahun 2017.

BAB 2

KONSEP SEHAT SAKIT



Nila Kusumawati

BAB 2

KONSEP SEHAT DAN SAKIT

A. Sehat

1. Pengertian Sehat

Sehat merupakan suatu kondisi ideal yang diinginkan oleh setiap manusia. Hal ini karena kondisi sehat memberikan kesempatan dan kebebasan kepada manusia untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa mengalami kesulitan. Definisi sehat sendiri telah muncul sejak masa peradaban Yunani Kuno, dimana sehat didefinisikan sebagai kesatuan antara jiwa dan raga, serta kondisi yang seimbang antara individu dan lingkungannya. Definisi sehat terus mengalami perkembangan dari waktu ke waktu. Pada abad ke-5 sebelum masehi (SM), tepatnya pada masa pengobatan India dan Cina Kuno mulai muncul, definisi sehat mulai mengalami perluasan makna. Saat itu, seorang tokoh bernama Pindar mengartikan sehat sebagai “fungsi yang harmonis antara organ-organ tubuh”. Namun demikian, definisi sehat menurut Pindar tidak hanya berfokus pada kondisi fisik tubuh, namun fungsi tubuh secara keseluruhan dalam melakukan aktivitas tanpa adanya rasa sakit, dan tetap memberikan rasa nyaman.

Pada tahun 429-347 SM, Plato, seorang filsuf besar Yunani, muncul dengan definisi sehat dari sudut pandang yang berbeda. Plato menyatakan bahwa sehat dapat dicapai jika kepentingan individu dan masyarakat berjalan selaras. Definisi yang tidak jauh berbeda juga diungkapkan oleh Aristoteles, juga seorang filsuf besar Yunani yang merupakan murid Plato. Ia mengatakan bahwa hubungan baik antara setiap individu dan masyarakat di sekitarnya harus dijalin dengan baik agar kesehatan masyarakat dapat terwujud. Definisi sehat pun semakin berkembang ketika Hippocrates, seorang dokter asal Yunani Kuno, yang dikenal sebagai Bapak Kedokteran, memasukkan faktor lingkungan dan gaya hidup dalam mendefinisikan kesehatan.

Hippocrates menyatakan bahwa makanan, olahraga, dan perubahan musim adalah satu kesatuan yang menentukan kesehatan seseorang.

Definisi kesehatan terus mengalami perkembangan seiring dengan lahirnya pemikiran para ahli setidaknya hingga Badan Kesehatan Dunia atau yang dikenal luas dengan *World Health Organization* (WHO) berdiri pada tahun 1948. Saat pendirian WHO, definisi sehat ditetapkan secara resmi dan dimasukkan ke dalam konstitusinya. Menurut WHO, "kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan". Definisi ini untuk pertama kalinya mempromosikan bahwa, selain kesehatan fisik dan mental, kesejahteraan sosial adalah elemen penting kesehatan. Hal ini karena kesehatan berhubungan erat dengan lingkungan sosial serta kondisi hidup dan kerja.

Mengangkat definisi sehat WHO ini sebagai konsep global, peneliti dan ahli menganjurkan adopsi definisi kerja, praktis, dan operasional kesehatan. Pada tahun 1977, dengan diadopsinya Strategi Global WHO "Kesehatan untuk Semua pada tahun 2000", konsep kesehatan, yaitu kemampuan untuk melakukan kehidupan yang produktif secara sosial dan ekonomi, secara resmi menjadi tujuan strategi ini.

Dalam beberapa dekade terakhir, definisi sehat WHO dilengkapi dengan dimensi kesehatan spiritual. Kesehatan spiritual melibatkan rasa pemenuhan dan kepuasan dengan kehidupan yang dijalankan, sistem nilai, harga diri, kepercayaan diri, kesadaran, kedamaian dan ketenangan, serta keseimbangan emosional.

2. Definisi Perilaku Kesehatan

Menurut Short & Mollborn (2015), perilaku kesehatan adalah "segala tindakan yang dilakukan oleh individu, yang mempengaruhi kesehatan atau kematian". Tindakan tersebut dapat disengaja maupun tidak disengaja, dan dapat mempengaruhi kesehatan dirinya atau orang lain. Contoh tindakan yang dapat digolongkan sebagai perilaku kesehatan adalah tidak merokok, tidak menggunakan narkoba, diet,

berolahraga, tidur yang cukup, tidak terlibat dalam aktivitas seksual berisiko, perilaku mencari perawatan kesehatan, dan kepatuhan terhadap perawatan medis. Perilaku kesehatan sering dibahas sebagai perilaku pada tingkat individu, namun demikian perilaku sehat juga dapat diukur sebagai perilaku kelompok, atau masyarakat. Perilaku kesehatan bersifat dinamis, bervariasi sepanjang masa hidup, lintas kelompok, lintas pengaturan, dan dari waktu ke waktu.

3. Dimensi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan terbagi dua, yaitu perilaku kesehatan positif dan perilaku kesehatan negatif. Perilaku kesehatan positif adalah segala perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan. Contoh perilaku sehat adalah rutin berolahraga, memeriksakan kesehatan setiap tahun, makan buah dan sayur, dan menghindari stres.

Perilaku kesehatan negatif adalah segala perilaku yang tidak sehat, berisiko, merugikan atau merusak kesehatan. Contoh perilaku kesehatan negatif adalah merokok, meminum minuman keras, dan mengemudi terlalu cepat.

4. Model Perilaku Kesehatan

Menurut Rejeski & Fanning (2019), melalui hasil penelitian yang berjudul Model dan Perilaku Kesehatan, model perilaku kesehatan telah berkembang dari waktu ke waktu. Di bawah ini adalah beberapa model perilaku kesehatan.

a. *Health Belief Model* (HBM) / Model Keyakinan Kesehatan

HBM pertama kali muncul pada 1950an sebagai panduan untuk penelitian tentang skrining tuberkulosis. HBM adalah model nilai harapan. Dalam model ini, seseorang akan melakukan serangkaian kegiatan kesehatan untuk menghindari suatu penyakit. Sebagai contoh, seseorang berolahraga untuk karena ingin terhindar dari penyakit diabetes melitus. Konstruksi inti model ini mencakup adanya rasa takut terhadap tanda dan gejala serta komplikasi yang dapat diakibatkan oleh penyakit diabetes melitus.

b. *Social Cognitive Theory* (SCT) / Teori Kognitif Sosial

Tidak berbeda jauh dari model HMB, model SCT berfokus pada efikasi diri seseorang. Efikasi diri adalah kemampuan seseorang untuk melakukan tindakan tertentu dalam konteks tertentu. Namun demikian, efikasi diri seseorang bersifat dinamis oleh karena dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kondisi fisik dan lingkungan, termasuk kesuksesan dan kegagalan. Contoh model SCT adalah seorang perempuan dewasa yang mengetahui bahwa teman sebayanya awet muda karena rajin melakukan serangkaian perilaku kesehatan, juga akan melakukan berbagai perilaku kesehatan yang sama untuk terus tampak muda, seperti mengonsumsi makanan yang sehat, buah dan sayur-sayuran, olah raga yang teratur, tidur yang cukup, tidak merokok dan menghindari stres.

c. *Self-Determination Theory* (SDT) / Teori Penentuan Nasib Sendiri

Manusia didorong oleh tiga kebutuhan inti, yaitu kebutuhan untuk memiliki kompetensi, kebutuhan untuk memiliki hubungan sosial yang bermakna, dan kebutuhan untuk dirinya sendiri. Model SDT berfokus pada keinginan yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri, dalam hal ini adalah kebutuhan untuk selalu sehat. Pada model ini, motivasi, baik intrinsik maupun ekstrinsik disebut sebagai dua hal penting yang dapat mendorong seseorang memenuhi kebutuhannya dengan baik.

d. *Socio-Ecological Model* / Model Sosio-Ekologi

Model sosio-ekologi diambil dari pandangan ilmu biologi tentang ekologi, yang menjelaskan interaksi antara organisme dan lingkungannya. Model sosio-ekologi mengidentifikasi berbagai tingkat pengaruh, mulai dari faktor individu seperti keadaan biologis seseorang, hingga komunitas yang lebih luas, seperti geopolitik dan pengaruh kebijakan.

B. Sakit

1. Pengertian Sakit

Sakit merupakan kondisi yang tidak diinginkan oleh setiap manusia. Alasannya sederhana: sakit memberikan rasa tidak enak, tidak nyaman, tidak bahagia, tidak mampu, dan tidak bebas dalam melakukan aktivitas. Sakit bahkan dapat menghalangi seseorang dalam mencapai tujuan dan cita-cita. Ketika berbicara konsep sakit, kita diperkenalkan dengan konsep trilogi penyakit yang terdiri atas tiga kata, yaitu: *illness*, *disease* dan *sickness*. Konsep trilogi penyakit ini pertama kali diperkenalkan oleh Twaddle pada tahun 1968. Twaddle mendefinisikan ketiga kata ini sebagai berikut.

Illness mengacu pada "keadaan kesehatan yang tidak diinginkan yang ditafsirkan secara subjektif". Dengan kata lain, *illness* adalah tanda dan gejala fisik dan mental yang didefinisikan oleh orang yang merasakannya. Gejala fisik maupun mental yang dilaporkan tersebut dapat bersifat akut maupun kronik, ringan ataupun berat, yang membuat *illness* menjadi konsep yang cukup luas.

Disease adalah "kerusakan fisiologis [...] independen dari pengalaman subjektif seseorang dan konvensi sosial". Dikatakan penyakit, jika rasa sakit yang dilaporkan oleh seseorang telah didiagnosis secara medis oleh dokter atau ahli medis lainnya yang didasarkan pada kode diagnostik yang terstandar dan sistematis.

Sickness diartikan sebagai "identitas sosial [...] yang didefinisikan oleh orang lain dengan mengacu pada aktivitas sosial dan kondisi individu yang sakit". Sebagai contoh, tidak masuk kerja karena sakit. Sakit yang dilaporkan untuk tidak masuk kerja ini adalah konsekuensi sosial yang diberikan orang lain bagi orang yang sakit. Data ketidakhadiran karena sakit akan digunakan untuk mengukur penyakit.

Konsep trilogi yang dikemukakan oleh Twaddle ini kemudian digunakan secara luas di berbagai disiplin keilmuan.

2. Perilaku Sakit

David Mechanic, seorang sosiolog dari University of Wisconsin, Amerika Serikat, mendefinisikan perilaku sakit sebagai cara dimana tanda dan gejala penyakit yang dirasakan, dievaluasi, dan ditindaklanjuti secara berbeda (atau tidak ditindaklanjuti) oleh setiap individu berbeda yang sakit (Mechanic, 1962).

Perilaku sakit ini mengacu pada setiap perilaku yang dilakukan oleh seorang individu yang merasa sakit untuk menghilangkan rasa sakit yang dirasakannya atau untuk mendefinisikan arti dari pengalamannya.

3. Tahapan Penyakit

Edward Suchman (1965) merancang pendekatan yang sistematis untuk mempelajari perilaku sakit. Adapun tahap-tahap dari perilaku sakit yang dialami oleh seseorang adalah:

a. Tahap 1: Merasakan gejala

Pada tahap ini, seseorang mulai merasakan tanda dan gejala penyakit yang dideritanya.

b. Tahap 2: Memiliki peran sakit

Tahap ini merupakan salah satu konsep yang paling mendasar dalam sosiologi medis. Tahap ini pertama kali diperkenalkan oleh Talcott Parsons dalam sebuah artikel jurnal tahun 1948, namun dielaborasi dalam buku yang ditulisnya pada tahun 1951, *The Social System*.

Pada fase ini, individu yang sakit sudah mulai tidak dapat melakukan aktivitas sehari-harinya dengan baik. Pada tahap ini, keluarga dan masyarakat memiliki toleransi yang tinggi untuk membantu individu yang sakit dalam memenuhi kebutuhannya. Namun demikian, individu yang sakit diharapkan mulai mencari pertolongan atau bantuan kepada tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan agar dapat segera sembuh.

c. Tahap 3: Mencari pertolongan

Fase ini adalah fase dimana individu yang sakit mulai mencari pertolongan. Pada negara-negara maju, pertolongan kesehatan

didapatkan dengan mencari tenaga kesehatan profesional. Sedangkan di negara-negara berkembang, bantuan kesehatan yang dibutuhkan tidak selalu dicari melalui tenaga kesehatan yang tersedia. Tiga faktor yang mempengaruhi keputusan untuk mencari perawatan adalah:

- 1) Latar belakang pasien: Faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, ras dan etnis, dan kelas sosial dapat mempengaruhi perilaku pencarian kesehatan.
- 2) Budaya: Budaya mendefinisikan keseriusan yang melekat pada penyakit, serta tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Kelas sosial: Orang sakit yang berada pada kelas sosial yang lebih tinggi, lebih mungkin untuk mencari pertolongan medis, daripada orang sakit yang berasal dari kelas sosial yang lebih rendah. Salah satu penyebabnya adalah karena kurangnya sumber daya yang diperlukan, seperti finansial.
- 4) Usia: Orang sakit yang lebih tua mentoleransi penyakit yang dideritanya lebih baik daripada orang sakit yang lebih muda. Hal ini karena orang yang lebih tua sering kali menghubungkan penyakit dengan usia tuanya.
- 5) Kepribadian: Kepribadian yang berbeda dapat menyebabkan perbedaan upaya dalam mencari pertolongan yang berbeda-beda pula.

d. Tahap 4. Ketergantungan

Fase ini adalah fase dimana pasien menjadi tergantung pada orang di sekitarnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Untuk itu, pasien diharapkan dapat melakukan segala upaya untuk sembuh. Pada fase ini terdapat beberapa hal yang terjadi pada orang yang sakit, yaitu:

- 1) Gangguan fungsi kognitif pribadi. Pasien khawatir bahwa penyakit yang diderita akan berkembang ke titik dimana kemampuan fungsi kognitif mereka terganggu, seperti kehilangan ingatan, kemampuan penalaran, dan kapasitas untuk berkomunikasi.

- 2) Hilangnya kemandirian pribadi. Pasien cenderung mengandalkan orang lain untuk memenuhi kebutuhannya, seperti kebutuhan makan, mandi dan mengganti pakaian.
- 3) Perubahan citra tubuh. Tidak jarang, penyakit-penyakit tertentu dapat menyebabkan perubahan pada fisik tubuh pasien yang berdampak pada kesan pasien terhadap tubuhnya sendiri. Untuk pasien yang penyakitnya menyebabkan perubahan dramatis pada kondisi fisik, penyesuaian besar sangat diperlukan.
- 4) Menarik diri dari peran sosial utama.
- 5) Kekhawatiran akan masa depan. Setiap kondisi akut kronis atau serius yang dialami pasien menimbulkan berbagai pertanyaan tentang kelangsungan masa depannya.

e. Tahap 5: Menjalani pemulihan dan rehabilitasi

Tahap akhir dari perilaku sakit adalah pemulihan dan rehabilitasi. Namun demikian, tahap ini akan tergantung pada jenis penyakit yang diderita pasien. Untuk pasien akut, prosesnya adalah melepaskan peran sakit dan kembali ke peran normal.

Setiap tahap merupakan keputusan besar yang harus dibuat oleh setiap orang yang sakit dalam menentukan apakah urutan tahapan berlanjut atau proses dihentikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Mechanic, D. (1962) *The Concept of Illness Behavior*. *Journal of Chronic Diseases*. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(62\)90068-1](https://doi.org/10.1016/0021-9681(62)90068-1)
- Rejeski, W.J, Fanning, J. (2019) *Models and Theories of Health Behavior and Clinical Interventions in Aging: A Contemporary, Integrative Approach*. *Clinical Interventions in Aging* 2019:14
- Seidlein, A.H, Salloch, S. (2019) *Illness and Disease: An Empirical – Ethical Viewpoint*. *BMC Medical Ethics*. (2019) 20:5. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0341-y>
- Short E. S, Mollborn, S. (2015) *Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances*. *Curr Opin Psychol*. 2015 Oct; 5: 78–84. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.05.002
- World Health Organization. (2011) *Designing the road to better health and well-being in Europe*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf

PROFIL PENULIS



Nila Kusumawati adalah dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai (UP) di Provinsi Riau. Nila menyelesaikan Pendidikan sarjana nya di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kedokteran, Universitas Andalas, di Padang, Indonesia. Didanai oleh Beasiswa PRESTASI dari USAID, Nila kemudian melanjutkan pendidikan S2 di School of Public Health, Georgia State University, di Atlanta, Georgia, Amerika Serikat dengan jurusan *Health Management and Policy*. Pada kesempatan ini, Nila mendapatkan kesempatan untuk bergabung dengan tim *Health Systems and Human Resources*, Divisi *HIV/AIDS Global Health*, the *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Amerika Serikat, sebagai *research intern*. Selama bekerja di CDC, Nila berhasil mempublikasikan satu *manuscript* di *WHO South-East Asia Journal of Public Health* yang mengangkat judul *National Nursing Legislation in Countries of South-East Asia with High HIV Burdens*. Nila juga dipercaya menjadi salah satu reviewer untuk 13 proposal yang berasal dari 13 negara di *East, Central and Southern Africa* (ECSA) dalam rangka memperebutkan funding yang disediakan oleh President Barack Obama melalui the *African Regulatory Committees for Nurses and Midwifery* (ARC) program melalui dana the *US President Emergency Plan for AIDS Relieve* (PEPFAR). Keberhasilan ini membawa Nila menjadi salah satu penerima *Ambassador's Award for Excellence* yang diberikan oleh Duta Besar Indonesia untuk Amerika Serikat, Dr. Dino Patti Djalal. Selama

bergabung dengan UP, Nila pun berhasil memenangkan *funding* internasional, seperti Hans Blankert Fund dari Belanda, dan *matching funding* untuk *joint research* yang dilakukan dengan Universiti of Teknologi Mara, Malaysia.

BAB 3

SISTEM PERAWATAN KESEHATAN DI INDONESIA



Mariani

BAB 3

SISTEM PERAWATAN KESEHATAN DI INDONESIA

A. Pelayanan kesehatan di Indonesia

Di Indonesia, pelayanan kesehatan (disingkat yankes) dikelompokkan menjadi pelayanan kesehatan primer, rujukan, tradisional, dan komplementer. Pemerintah Indonesia melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang berada di bawah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merupakan instansi yang bertanggung jawab merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan.

Berbagai jenis pelayanan perawatan kesehatan yang di sediakan bagi klien dan keluarga , bergantung pada sifat dan luasnya masalah kesehatan dan tingkat perawatan yang dibutuhkan. Jenis pelayanan yang ditawarkan seringkali juga bergantung pada tempat dimana klien mencari pelayanan kesehatan.

Sesuai pasal 30 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN), Indonesia menganut sistem pelayanan kesehatan berjenjang yang terbagi menjadi 3 jenjang, yaitu pelayanan tingkat pertama atau primer, tingkat kedua atau sekunder, dan tingkat ketiga atau tersier. Di setiap tingkatan layanan tersebut, terbagi menjadi 2 upaya pelayanan kesehatan yaitu upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Semua fasilitas layanan tersebut dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, dan swasta.

Menurut Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, yang dimaksud UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Berdasarkan Perpres 72 Tahun 2012 tentang SKN, UKM mencakup upaya-upayapromosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, penyehatanlingkungan, dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan ketersediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan. Sedangkan UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan. UKP mencakup upaya-upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit individu, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan. Dalam UKP juga termasuk pengobatan tradisional dan alternatif serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika.

Di dalam SKN disebutkan bahwa layanan UKM strata pertama ujung tombaknya adalah puskesmas yang didukung secara lintas sektor, sedangkan UKM strata kedua penanggungjawabnya adalah Dinas Kesehatan kab/kota, yang memiliki dua fungsi yaitu manajerial dan teknis kesehatan. Dinkes Provinsi dan Kemenkes adalah penanggungjawab UKM strata ketiga. Peran aktif masyarakat dan swasta dalam penyelenggaraan UKM strata pertama diwujudkan melalui berbagai upaya yang dimulai dari diri sendiri, keluarga

sampai dengan upaya kesehatan bersama yang bersumber masyarakat (UKBM). Saat ini telah dikembangkan berbagai bentuk UKBM, seperti Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Pos Upaya Kesehatan Kerja, Dokter Kecil dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Dalam rangka memperkuat UKM, Pemerintah Pusat berupaya melalui berbagai program seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), SPM (Standar Pelayanan Minimal), dan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

UKP strata pertama adalah upaya pelayanan oleh pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional, seperti praktik bidan, praktik perawat, puskesmas, dll. UKP strata kedua adalah upaya pelayanan oleh pemerintah, masyarakat, dan swasta yg diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4), Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Kesehatan Jiwa Masyarakat (BKJM), rumah sakit kelas C dan B non pendidikan milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), dan rumah sakit swasta. UKP strata ketiga adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yg diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis bersama, rumah sakit kelas B pendidikan dan kelas A milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), serta rumah sakit.

B. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan (sering diakronimkan sebagai faskes) adalah setiap lokasi yang menyediakan pelayanan kesehatan, mulai dari klinik kecil hingga rumah sakit yang besar dengan fasilitas yang lengkap. Jumlah dan kualitas faskes di suatu daerah atau negara merupakan salah satu parameter yang umum dipakai untuk menilai kemakmuran dan kualitas hidup daerah

tersebut. Di banyak negara, faskes diatur sampai batas tertentu oleh hukum dan diperlukan perizinan dari badan pengatur sebelum fasilitas tersebut dapat dibuka. Faskes dapat dimiliki dan dioperasikan oleh organisasi bisnis, organisasi nirlaba, pemerintah, dan dalam beberapa kasus, oleh individu. Faskes sering kali dikelompokkan menjadi beberapa tingkatan atau jenjang, yaitu faskes primer, sekunder, tersier, dan kuartener, berdasarkan tingkat kompleksitas gangguan kesehatan dan kemampuan serta spesialisasi penyedia faskes.^[1] Meskipun demikian, sering kali pembuat kebijakan di suatu negara mengalami masalah akibat orang-orang yang melangkahi jenjang faskes yang telah ditentukan.

Fase Pelayanan Kesehatan di Indonesia (disingkat faskes) dikelompokkan berdasarkan tingkat pelayanannya, yaitu faskes tingkat pertama (memberikan pelayanan kesehatan dasar), faskes tingkat kedua (memberikan pelayanan kesehatan spesialisik), dan faskes tingkat ketiga (memberikan pelayanan kesehatan subspesialisik). Jenis faskes di Indonesia meliputi tempat praktik mandiri tenaga kesehatan, pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), klinik, rumah sakit, apotek, unit transfusi darah, optikal, fasilitas pelayanan kedokteran untuk kepentingan hukum, dan faskes tradisional. Puskesmas merupakan faskes yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota paling sedikit satu buah pada setiap kecamatan. Pada 2018, jumlah puskesmas di Indonesia yaitu 9.993 unit dan 3.623 unit (36%) di antaranya memiliki fasilitas rawat inap. Untuk meningkatkan jangkauan pelayanan, puskesmas juga didukung oleh jaringan pelayanan puskesmas yang meliputi puskesmas pembantu (pustu), puskesmas keliling, dan bidan desa. Selain itu, terdapat pula pos pelayanan terpadu (posyandu) yang dikelola dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan dasar, terutama terkait kesehatan

ibu dan bayi, gizi, imunisasi, keluarga berencana, dan penanggulangan diare. Pada 2018, jumlah posyandu berjumlah 283.370 unit, tetapi hanya 173.750 unit (61,32%) yang berstatus aktif atau melaksanakan kegiatan utamanya secara rutin setiap bulan.

Di Indonesia, rumah sakit (RS) dibagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum (RSU) adalah RS yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sementara rumah sakit khusus (RSK) adalah RS yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, atau jenis penyakit, antara lain RSK ibu dan anak, RSK jantung, dan RSK kanker. Selain itu, RS juga dikelompokkan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanannya. Berdasarkan hal ini, RSU dikelompokkan menjadi kelas A, B, C, dan D, sedangkan RSK dikelompokkan menjadi kelas A, B, dan C.

C. Tenaga Kesehatan

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014, tenaga kesehatan didefinisikan sebagai setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan sendiri dikelompokkan menjadi

1. Tenaga medis yang meliputi dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis;
2. Tenaga psikologi klinis yaitu psikolog klinis;
3. Tenaga keperawatan yang terdiri atas perawat profesional (ners), perawat spesialis (ners spesialis), perawat gigi, dan perawat vokasional;
4. Tenaga kebidanan yaitu bidan;

5. Tenaga kefarmasian yang meliputi apoteker dan tenaga teknis kefarmasian;
6. Tenaga kesehatan masyarakat yang terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga;
7. Tenaga kesehatan lingkungan yang terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan;
8. Tenaga gizi yang terdiri atas nutrisisionis dan dietisien;
9. Tenaga keterapihan fisik yang terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur;
10. Tenaga keteknisian medis yang terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien / optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis;
11. Tenaga teknik biomedika yang terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik;
12. Tenaga kesehatan tradisional yang terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan; dan
13. Tenaga kesehatan lain yang terdiri atas tenaga kesehatan yang ditetapkan oleh menteri yang membidangi urusan kesehatan.

Setiap kelompok tenaga kesehatan pada umumnya membentuk asosiasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Fisioterapi Indonesia (IFI), Ikatan Psikolog Klinis Indonesia (IPK Indonesia), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan Apoteker Indonesia (IAI), Perhimpunan

Profesional Pererekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI), Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan Indonesia (PALTEKI). Asosiasi profesi digunakan sebagai wadah berhimpun rekan sejawat serta meningkatkan kompetensi profesionalisme dari profesi tersebut.

D. Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan

Pelayanan Peningkatan Kesehatan adalah kunci untuk perawatan kesehatan berkualitas. Dengan mempertahankan individu sehat, seluruh biaya perawatan kesehatan akan menurun. Perawatan pencegahan juga melibatkan aktivitas peningkatan kesehatan, termasuk program pendidikan kesehatan khusus, yang dibuat untuk membantu klien menurunkan risiko sakit, mempertahankan fungsi yang maksimal, dan meningkatkan kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan yang baik. Aktivitas peningkatan kesehatan dapat dilakukan pada berbagai tempat.

Pencegahan penyakit merupakan komponen peting dalam pelayan kesehatan. Pencegahan penyakit adalah suatu bentuk pelayanan yang akan membantu klien dan keluarga menurunkan faktor resiko terhadap penyakit.

E. Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah upaya untuk membantu individu baik yang sakit maupun yang sehat, dari lahir hingga meninggal dalam bentuk pengetahuan, kemauan, dan kemampuan yang dimiliki. Sehingga individu tersebut dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan optimal (Yulihastin, 2009). Sedangkan pelayanan keperawatan professional dilaksanakan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, menjangkau seluruh golongan dan lapisan masyarakat yang memerlukan, baik di tatanan pelayanan kesehatan di

masyarakat, maupun di tatanan pelayanan rumah sakit (Kusnanto, 2009).

Pelayanan keperawatan dikembangkan bersifat berjenjang mulai dari keperawatan dasar sampai dengan keperawatan yang bersifat rumit atau spesialisistik bahkan subspesialisistik, disertai dengan sistem rujukan keperawatan sebagai bagian dari rujukan kesehatan yang efektif dan efisien. Pelayanan/ asuhan keperawatan yang bersifat spesialisistik, baik keperawatan klinik maupun keperawatan komunitas antara lain adalah keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan medical bedah, keperawatan jiwa, keperawatan gawat darurat, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan keperawatan komunitas. Secara bersamaan dikembangkan kemampuan pengelolaan keperawatan professional (*professional nursing management*) dengan kepemimpinan professional keperawatan (*professional nursing leadership*), sehingga memungkinkan keperawatan berkembang sesuai dengan kaidah-kaidah keperawatan sebagai profesi (Kusnanto, 2009).

Asuhan keperawatan professional (*professional nursing care*) merupakan kegiatan melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan (*nursing science and art*), bersifat "*humane*", dengan pendekatan holistik, mencakup bio-psiko-sosial-kultural-spiritual, serta dengan orientasi kebutuhan objektif klien, dalam bentuk praktik keperawatan ilmiah (*scientific nursing practice*). Asuhan keperawatan professional dilaksanakan oleh perawat professional (*professional nurse*) kepada klien sebagai individu, keluarga, komunitas, atau masyarakat, karena tidak tahu, kurang kemampuan, tidak atau kurang kemauan, dan atau tidak/ kurang berpengetahuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri (Priharjo, 2008).

F. Perawatan Primer

Perawatan primer merupakan yang melibatkan klien secara langsung dan biasanya merupakan kontak awal dengan pemberi perawatan primer, misalnya dokter atau perawat praktisi. Perawatan primer berfokus pada deteksi dini dan perawatan rutin. Pelayanan perawatan primer harus dapat diakses dengan mudah oleh klien, baik di daerah tempat tinggalnya. Keberhasilan perawatan primer ditentukan oleh pemahaman terhadap nilai-nilai tentang kesehatan yang di yakini oleh klien dan penggunaan strategi yang menghormati budaya dan sumber-sumber sisio-ekonomi klien.

G. Diagnosis dan Tindakan

Dahulu diagnosa dan tindakan pengobatan penyakit merupakan pelayanan dalam sistem perawatan kesehatan yang digunakan paling umum. Kedua bentuk pelayanan tersebut dapat diberikan pada berbagai tempat perawatan primer. Bila klien mengalami masalah komplikasi dan pemberi pelayanan kesehatan tidak mampu merawat kondisi tertentu, maka diperlukan tenaga spesialis medis. Klien dengan komplikasi yang serius atau yang menderita penyakit kronik memerlukan perawatan berkelanjutan dan secara teratur beobat ke rumah sakit. Episode akut penyakit yang memerlukan perawatan di rumah sakit sering menggunakan prosedur diagnostik yang canggih dan prosedur terapeutik yang rumit, dan semuanya membutuhkan biaya yang sangat mahal.

Dengan adanya reformasi pelayanan kesehatan, adanya perhatian yang lebih besar untuk menentukan apakah penggunaan prosedur diagnostik berteknologi tinggi perlu dilakukan untuk semua kasus yang ada. Prosedur tersebut membutuhkan biaya mahal dan penggunaannya mungkin tidak akan memberikan kontribusi terhadap perawatan yang lebih berkualitas atau hasil yang lebih baik.

H. Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan zat kimia. Dulu, rehabilitasi terutama diberikan hanya untuk klien yang mengalami penyakit atau perlukaan pada sistem saraf, tetapi sistem pemberian pelayanan kesehatan telah memperluas jangkauan pelayanannya.

Pelayanan rehabilitasi mengawali masuknya klien ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Pada awalnya, rehabilitasi mungkin berfokus pada pencegahan komplikasi yang berhubungan dengan penyakit atau cedera yang dialami. Bila kondisi sudah semakin stabil, maka rehabilitasi dapat dilakukan untuk memaksimalkan fungsi dan tingkat kemandirian klien.

I. Perawatan Berkelanjutan

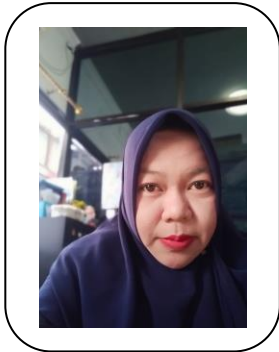
Pelayanan perawatan berkelanjutan memberikan perawatan suportif yang terus menerus untuk klien dengan masalah kesehatan kronik dan berjangka panjang. Perawatan ini terdiri dari pelayanan yang diberikan untuk klien dengan cacat fisik dan penyakit mental. Perawatan medis yang berkelanjutan tidak diperlukan untuk menjaga klien agar tetap berfungsi dan aktif. Klien dan keluarga diberikan berbagai alternatif yang memungkinkan klien tetap berada di rumah.

Rumah sakit psikiatri harian menawarkan program terapeutik untuk individu maupun kelompok klien selama satu hari kerja. Klien akan menerima terapi secara terus menerus dan dapat kembali ke rumahnya pada malam hari. Banyak jenis pelayanan perawatan berkelanjutan, misalnya pusat perawatan geriatrik dan perawatan terminal, yang adapat mengurangi beban keluarga untuk memberikan seluruh dukungannya bagi orang yang mereka cintai.

DAFTAR PUSTAKA

- https://id.wikipedia.org/wiki/Pelayanan_kesehatan_di_Indonesia
Kementrian PPN/Bappenas (2019) *Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan*. Jakarta:
- Kusnanto.(2009). *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta:EGC
- Potter, Pactricia A. & Anne, G. Perry. (2009). *Fundamental Keperawatan Buku 2 Ed.7*. Jakarta: Salemba Medika
- Priharjo, R(2008). *Konsep dan Perspektif Prakti Keperawatan Profesional*. Jakarta:EGC
- Yulihastin, Erma (2009). *Bekerja Sebagai Perawat*. Jawa Barat:Erlangga

PROFIL PENULIS



Mariani, Ns., M.Kep, lahir di Puruk cahu tanggal 20 Mei 1989. Penulis telah menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STikes Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2012, dan Magister Keperawatan Konsentrasi Gawat Darurat Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2018. Setelah selesai pendidikan, penulis mendedikasikan diri sebagai Dosen Keperawatan *Homebase* S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin sampai sekarang serta aktif melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat) pada Rumpun Ilmu Keperawatan yang telah dipublikasikan secara Nasional dan telah didaftarkan sebagai HKI. Penulis aktif sebagai anggota Ikatan Perawat Nasional Indonesia (IPANI) Kalimantan Selatan dan Dewan Pengurus Komisariat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Periode 2019-2024.

BAB 4

PRINSIP LEGAL ETIK



Ridha Hidayat

BAB 4

PRINSIP LEGAL ETIK

A. Pengertian Etik

Etika berasal dari bahasa Yunani *ethos* (kata tunggal) yang berarti: tempat tinggal, padang rumput, kandang, kebiasaan, adat, watak, sikap, cara berpikir. Bentuk jamaknya adalah *ta, etha*, yang berarti adat istiadat. Dalam hal ini, kata etika sama pengertiannya dengan moral. Moral berasal dari kata latin: *Mos* (bentuk tunggal), atau *mores* (bentuk jamak) yang berarti adat istiadat, kebiasaan, kelakuan, watak, tabiat, akhlak, cara hidup. Menurut Bertens ada dua pengertian etika: sebagai praktis dan sebagai refleksi. Sebagai praktis, etika berarti nilai- nilai dan norma- norma moral yang baik yang dipraktikkan atau justru tidak dipraktikkan, walaupun seharusnya dipraktikkan. Etika sebagai praktis sama artinya dengan moral atau moralitas yaitu apa yang harus dilakukan, tidak boleh dilakukan, pantas dilakukan, dan sebgainya. Etika sebagai refleksi adalah pemikiran moral.(Ihsan Karo Karo, 2018).

B. Pengertian Etika

Merupakan prinsip yang menyangkur benar dan salah , baik dan buruk dalam hubungan dengan orang lain. Etik merupakan studi tentang perilaku, karakter dan motif serta ditekankan pada penetapan apa yang baik dan berharga bagi semua orang. Etika merupakan suatu pertimbangan yang sistematis tentang perilaku benar atau salah, kebajikan atau kejahatan yang berhubungan dengan perilaku (Ermawati Dalami,2018).

C. Pengertian Moral

Istilah moral berasal bahasa latin yang berarti adat dan kebiasaan, pengertian moral adalah perilaku yang diharapkan oleh masyarakat yang merupakan standar perilaku nilai nilai yang harus diperhatikan apabila seseorang menjadi anggota masyarakat (Ermawati Dalam, 2018).

D. Pengertian Perawat

Perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan berperan sebagai penyelenggara Praktik Keperawatan, pemberi Asuhan Keperawatan, penyuluh dan konselor bagi Klien, pengelola Pelayanan Keperawatan, dan peneliti Keperawatan. Pelayanan Keperawatan yang diberikan oleh Perawat didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan Klien, perkembangan ilmu pengetahuan, dan tuntutan globalisasi. Pelayanan kesehatan tersebut termasuk Pelayanan Keperawatan yang dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman oleh Perawat yang telah mendapatkan registrasi dan izin praktik. Praktik keperawatan sebagai wujud nyata dari Pelayanan Keperawatan dilaksanakan secara mandiri dengan berdasarkan pelimpahan wewenang, penugasan dalam keadaan keterbatasan tertentu, penugasan dalam keadaan darurat, ataupun kolaborasi (Undang-Undang Keperawatan No. 38 Tahun 2014). (Nasir & Purnomo, 2019)

Unsur-Unsur Etika Keperawatan Untuk menuntun tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan ada beberapa unsur yang harus diperhatikan. Unsur-unsur dalam etika keperawatan adalah pengorbanan, perawat dituntut melakukan pengorbanan demi kesejahteraan pasien/klien dengan cara mementingkan atau mendahulukan kepentingan pasien/klien dibandingkan dengan

kepentingan sendiri, selanjutnya dedikasi, perawat dituntut melakukan pekerjaan keperawatan dengan sungguh-sungguh disertai dengan loyalitas yang tinggi, pengabdian, perawat dituntut melakukan pengabdian kepada profesi keperawatan yang dijalankan dengan penuh tanggung jawab dan profesional. Mengenal, mengintegrasikan, meninjau dan meluruskan kegiatan kemanusiaan yang mengaplikasikan prinsip tertentu merupakan tujuan etika keperawatan, disamping itu etika juga meneguhkan apa yang menjadi tugas yang ditanggung perawat. Etika keperawatan memiliki fungsi penting karena menyangkut kinerja perawat dan implikasinya dapat dirasakan langsung oleh pasien/klien. Fungsi lain dari etika keperawatan yaitu untuk memotivasi perawat supaya melaksanakan tugas dengan maksimal. (Ginting, 2019)

E. Prinsip Etik dalam keperawatan

Titik tolak pelayanan kesehatan adalah untuk kesembuhan pasien dan keselamatan pasien hal ini kita temukan dalam hukum "*Agroti Lex Suprema*" keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi, oleh sebab itu prinsip nilai etika merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari seorang perawat untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Adapun prinsip-prinsip etika yang harus dipahami oleh seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Otonomi (Autonomi) prinsip utama oleh seorang perawat dalam memberikan asuhan dan tindakan keperawatan haruslah didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu mengambil keputusan sendiri yang terbaik untuk kepentingan dirinya sendiri, dalam hal ini perawat tidak boleh memaksakan suatu tindakan keperawatan tanpa persetujuan pasien.

Seperti contoh pasien dalam melakukan pemasangan kateter meskipun telah ada intruksi dari dokter secara tertulis untuk melakukan pemasangan kateter seorang perawat yang akan melakukan wajib terlebih dahulu untuk meminta persetujuan pada pasien, setelah pasien setuju maka perawat baru boleh melakukan pemasangan kateter, itu yang dimaksud dengan autonomi pasien.

2. *Beneficence* (Berbuat Baik) prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Setiap langkah perbuatan dan tindakan yang dilakukan oleh perawat pada pasien harus untuk kepentingan terbaik pada pasien. Semata mata mata hanya untuk kebaikan pasien. Seorang perawat harus berbuat baik kepada pasien dan menjelaskan kepada pasien untuk kebaikan pasien.
3. *Justice* (Keadilan) nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan yang benar, sesuai standar keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Perawat tidak boleh membedakan bedakan pasien berdasarkan status sosial, pangkat, jabatan, agama, RAS.
4. *Non-maleficence*, asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak membahayakan keselamatan pasien dan tidak menimbulkan cedera pada pasien (tidak merugikan pasien) prinsipnya pelayanan tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Bahkan perawat wajib mencegah timbulnya cedera pada pasien, misalnya pasien yang gelisah diberi tempat tidurnya pengaman agar pasien tidak terjatuh. Agar tidak salah obat pada pasien, setiap pemberian obat wajib dilakukan identifikasi pasien.

5. *Veracity* (Kejujuran), Nilai nilai kejujuran ini bukan tidak saja dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan-kesehatan, perawat yang memberikan informasi kepada pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku harus memberikan informasi yang lengkap, akurat dan objektif pada pasien dan keluarga. Untuk meningkatkan saling percaya antara perawat dan pasien maka sikap jujur perawat dapat mempermudah pelayanan asuhan keperawatan oleh perawat kepada pasien. Sikap jujur sangat diperlukan bagi seorang perawat untuk membangun tim dalam bekerja.
6. *Fidelity* (Menepati janji), apabila perawat telah membuat kesepakatan terkait hubungan pelayanan keperawatan dengan pasien maka perawat wajib menepati janjinya. Contoh jika perawat akan melakukan suatu Tindakan kepada pasien Jam 09.00 WIB, maka perawat wajib menepatinya.
7. *Confidentiality* (Kerahasiaan), hak *privacy* pasien merupakan hak yang tidak boleh dilanggar oleh perawat, maka segala informasi tentang pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh perawat, perawat tidak boleh menginformasikan penyakit pasien pada siapapun kecuali atas izin keluarga. Pembahasan tentang terkait pasien hanya boleh dilakukan dalam pelayanan, itupun harus untuk kepentingan pasien. Rekam medik pasien tidak boleh dibaca oleh orang lain, kecuali tenaga kesehatan terkait dalam memberikan asuhan pelayanan kesehatan pasien.
8. *Accountability* (Akuntabilitas), nilai-nilai akuntabilitas adalah standar asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dijamin kepastiannya, atau sudah ada SOP, sudah ada Standarnya. Tindakan seorang

professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda terkecuali. “Perawat bertanggung jawab pada diri sendiri, profesi, klien, sesama teman sejawat, , dan masyarakat. Jika perawat salah dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien perawat dapat saja dituntut oleh pasien atau keluarga pasien”. (Pangaribuan, 2016)

F. Legal Etik di Rumah Sakit

Perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan berperan sebagai penyelenggara Praktik Keperawatan, pemberi Asuhan Keperawatan, penyuluh dan konselor bagi Klien, pengelola Pelayanan Keperawatan, dan peneliti Keperawatan. Pelayanan Keperawatan yang diberikan oleh Perawat didasarkan pada pengetahuan dan kompetensi di bidang ilmu keperawatan yang dikembangkan sesuai dengan kebutuhan Klien, perkembangan ilmu pengetahuan, dan tuntutan globalisasi. Pelayanan kesehatan tersebut termasuk Pelayanan Keperawatan yang dilakukan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, dan aman oleh Perawat yang telah mendapatkan registrasi dan izin praktik. Praktik keperawatan sebagai wujud nyata dari Pelayanan Keperawatan dilaksanakan secara mandiri dengan berdasarkan pelimpahan wewenang, penugasan dalam keadaan keterbatasan tertentu, penugasan dalam keadaan darurat, ataupun kolaborasi (Undang-Undang Keperawatan No. 38 Tahun 2014).(Nurhayati et al., 2020)

Kepemimpinan etis dihubungkan dengan sekumpulan sifat etis seperti kejujuran, ketulusan, keyakinan, kerendahan hati, kepastian, tanggung jawab, keadilan dan kebenaran (Borhani et al. 2010) dalam menerima tanggung jawab atas tindakan dan pengambil keputusannya. Studi yang dilakukan pada kepala ruangan, mengenai masalah dalam mengembangkan dan mempertahankan kualitas

perawatan adalah di antara yang paling sering disebut sebagai masalah etika (Schluter et al., 2008). Dalam sebuah studi oleh Breslin et al. (2005), dilakukan penelitian mengenai tantangan etika yang paling umum yang dihadapi yaitu pasien dan kerabat mereka dalam perawatan kesehatan. Dari hasil tersebut diperoleh bahwa tantangan peringkat tertinggi adalah ketidaksepakatan antara pasien dan atau keluarga dengan profesional perawatan kesehatan tentang keputusan perawatan. Kepala ruangan memiliki tugas untuk melindungi pasien, keluarga dan staf perawat berdasarkan kepedulian terhadap kesehatan dan kualitas perawatan mereka, sementara di sisi lain mereka juga harus mematuhi kebutuhan rumah sakit untuk keefektifan dan efisiensi biaya (Jormsri, 2004). Studi kasus ini berawal dari hasil *self assessment* terhadap kepala ruangan yang didapati data pada komponen profesional dan praktik etik masih kurang 27,4%. Hal ini dapat disebabkan belum tersosialisasinya perilaku kepala ruangan dan seluruh perawat manajer tersusunnya panduan perilaku etik perawat manajer oleh rumah sakit untuk dapat di sosialisasikan dan diterapkan oleh seluruh perawat manajer. Berdasarkan hal tersebut penulis melanjutkan studi berfokus pada perilaku etik perawat manajer. (Nurhayati et al., 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Ginting. (2019). *Prinsip-Prinsip Etik yang Dilakukan Perawat berdasarkan Persepsi Pasien*. 4-16.
- Ihsan Karo Karo. (2018). *Konsep Etika Peserta Didik Menurut Burhanuddin Al-Zarnuji*. 1-10.
- KODE ETIK DAN PRINSIP DALAM ETIKA KEPERAWATAN. (n.d.).
- Nasir, A., & Purnomo, E. (2019). Pengaruh Penerapan Kode Etik Keperawatan Terhadap Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 9(4), 335-342.
- Nurhayati, N., Handiyani, H., Yetti, K., & Nurdiana, N. (2020). Analisis Perilaku Etik Kepala Ruangan Pada Rumah Sakit Di Jakarta: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 6(1), 45-52.
<https://doi.org/10.33755/jkk.v6i1.163>
- Pangaribuan, R. (2016). *Nurse Perceptions of Principles of Conduct in The Implementation of Action in ICU Nursing Home Sick At Putri Hijau Hospital Medan*. 1(1), 37-44.

PROFIL PENULIS



Ridha Hidayat, Pendidikan keperawatan penulis dimulai pada jenjang diploma III keperawatan pada tahun 1997, pendidikan S1 keperawatan di Universitas Padjadjaran dan menyelesaikan Magister keperawatan di Universitas Andalas tahun 2013.

Pengalaman penelitian penulis yakni Hubungan Perilaku Cuci tangan Pakai Sabun (CTPS) di SD 005 dan 006 dengan Kejadian Diare di wilayah kerja puskesmas Bangkinang

Kota, efektifitas pelatihan metode konseling terhadap kemampuan manajer mengelola perawat berkebutuhan khusus di RSI Ibnu Sina Pekanbaru, faktor – faktor sanitasi lingkungan yang berhubungan dengan kejadian diare pada BATITA usia 12-23 Bulan di desa Ranah wilayah kerja puskesmas Kampar, faktor – faktor yang berhubungan dengan cakupan imunisasi campak pada bayi di wilayah kerja puskesmas Tapung I Kecamatan Tapung, hubungan pelaksanaan fungsi manajerial kepala ruangan dengan kinerja perawat di RSUD Bangkinang, Pengaruh konsumsi biji buah mahoni terhadap penurunan kadar gula darah pada penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di kelurahan Bangkinang wilayah kerja puskesmas Bangkinang Kota, hubungan pengetahuan, pekerjaan dan aspek budaya Ibu terhadap pemberian ASI Eksklusif pada Bayi usia 0-6 bulan di wilayah kerja puskesmas Kuok.

Pengalaman pengabdian pada masyarakat adalah penyuluhan kesehatan tentang Perilaku Hidup Bersih dan sehat di Dusun Pulau

Belimbing kuok tahun 2010, penyuluhan tentang gastritis di desa belimbing kecamatan Bangkinang barat tahun 2010, memberi penyuluhan tentang anemia didesa merangin wilayah kerja puskesmas Bangkinang tahun 2011, melakukan penyuluhan tentang PHBS didesa pulau terap wilayah kerja Puskesmas Bangkinang Barat tahun 2011, penyuluhan tentang gizi seimbang didesa bukit melintang wilayah kerja puskesmas Bangkinang Barat tahun 2012, melakukan penyuluhan tentang gizi seimbang didesa bukit melintang wilayah kerja puskesmas Bangkinang Barat tahun 2012, penyuluhan tentang air bersih didesa rumbio wilayah kerja puskesmas Kampar tahun 2013, penyuluhan tentang hipertensi didesa rumbio wilayah kerja puskesmas kampar tahun 2013, penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat didesa koto Perambahan kabupaten Kampar tahun 2013, melakukan Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SD 001 Koto perambahan tahun 2013, melakukan penyuluhan tentang tanaman obat keluarga di desa Sawah air tiris tahun 2014, melakukan Penyuluhan tentang rematik pada lansia di desa Salo tahun 2014, melakukan Penyuluhan tentang senam lansia di desa Sendayan tahun 2015.

BAB 5

KEMAMPUAN BERPIKIR KRITIS



Azizah Al Ashri

BAB 5

KEMAMPUAN BERFIKIR KRITIS

A. Pengertian Kemampuan Berfikir Kritis

Dalam kemampuan berpikir kritis yang sangat penting dan bermanfaat bagi seorang perawat dalam kehidupan lingkungan dalam pekerjaan dan berfungsi sangat efektif dalam semua aspek kehidupan. Kemampuan adalah kesanggupan untuk melakukan atau mengerjakan, menyelesaikan sesuatu. Setiap individu mempunyai kemampuan belajar yang berbeda. Dimana kemampuan ini sangat mempengaruhi hasil. Kemampuan berpikir kritis perawat dibutuhkan juga dalam "*transcultural nursing*" yang merupakan asuhan keperawatan dengan area budaya keilmuan dalam proses pembelajaran dan praktek keperawatan focus memandang perbedaan dan kesamaannya antara budaya dengan asuhan keperawatan yang memerlukan penghargaan asuhan, sehat sakit, didasarkan pada nilai budaya manusia, kepercayaan dan tindakan, dan ilmu yang digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Leininger, 2002)

Berfikir dengan cerdas, maka perawat harus mampu mengembangkan cara berpikir kritis dalam menghadapi setiap permasalahan dan pengalaman baru yang bersangkutan dengan klien yaitu dengan cara berpikir terbuka, kreatif, percaya diri dan bijaksana. Berfikir kritis bukan hal yang mudah tapi dapat dipelajari dengan cepat, harus melalui proses, melalui sebuah pengalaman, komitmen dan rasa ingin tahu yang besar. Tindakan keperawatan membutuhkan proses berpikir, oleh karena itu sangat penting bagi seorang perawat untuk mengerti berpikir secara umum. Pemikir kritis dalam

keperawatan adalah seseorang yang mempunyai keterampilan pengetahuan untuk menganalisis, menerapkan standar, mencari informasi, menggunakan alasan rasional, memprediksi, dan melakukan transformasi pengetahuan. Pemikir kritis dalam keperawatan menghasilkan kebiasaan-kebiasaan baik dalam berpikir, yaitu: yakin, kontekstual, perspektif, kreatif, fleksibel, integritas intelektual, intuisi, berpikir terbuka, *inquisitiveness*, dan *perseverance*. (Deswani, 2010)

Menurut Potter & Perry (2010), mendefinisikan berfikir kritis suatu proses kognitif yang aktif dan terorganisasi yang digunakan untuk mengetahui pikiran seseorang terhadap pemikiran orang lain. Sedangkan menurut Taylor (2006), menyatakan berpikir kritis dalam keperawatan merupakan keterampilan berpikir perawat dalam menguji berbagai alasan secara rasional sebelum mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan. Berpikir kritis dalam asuhan keperawatan memberikan jaminan keamanan dan memenuhi standar pelayanan. Berpikir kritis merupakan suatu pengujian yang rasional terhadap beberapa ide, kesimpulan, prinsip, argumen, penjelasan, persoalan, pernyataan, keyakinan dan tindakan serta inti dari praktik keperawatan profesional. Berfikir kritis tidak hanya memerlukan kemampuan kognitif akan tetapi kebiasaan orang dalam bertanya, yang memiliki hubungan baik, jujur dan selalu mau berfikir jernih tentang suatu masalah.

B. Tujuan Berfikir Kritis

Menurut Deswani (2009), Berpikir kritis dalam keperawatan bertujuan untuk menganalisis penggunaan bahasa, perumusan masalah, penjelasan, dan ketegasan asumsi, kuatnya bukti bukti, menilai kesimpulan, membedakan antara yang baik dan buruknya

argument, serta mencari kebenaran fakta dan nilai dari hasil yang diyakini benar, serta tindakan yang dilakukan dalam keperawatan.

C. Model berfikir kritis

Menurut Kataoka - Yahiro dan Saylor (1994), mengembangkan sebuah model berpikir kritis bagi penilaian keperawatan. Model ini mendefinisikan hasil dari berpikir kritis sebagai penilaian keperawatan yang relevan atau sesuai dengan masalah-masalah keperawatan dalam kondisi yang bervariasi. Model ini dirancang untuk penilaian keperawatan di tingkat pelayanan, pengelola, dan pendidikan.

Tingkat Berpikir Kritis Kataoka - Yahiro dan Saylor (1994) mengidentifikasi 3 komponen berpikir kritis dalam keperawatan, yaitu:

1. Tingkat dasar. Pada tingkat dasar seseorang mempunyai kewenangan untuk menjawab setiap masalah dengan benar. Pemikiran ini harus berdasarkan kenyataan yang terjadi dengan berpegang pada berbagai aturan atau prinsip yang berlaku.
2. Tingkat Kompleks. Pada tingkat ini seseorang mulai dapat memisahkan diri dari satu aturan, kemudian menganalisis dan memeriksa pilihan-pilihan yang lebih independen.
3. Tingkat Komitmen. Pada tahap ini seseorang dapat mengantisipasi keadaan untuk menentukan suatu pilihan tanpa bantuan oranglain. Apapun keputusan yang telah diambil mampu dipertanggung jawabkan.

D. Komponen berfikir kritis dalam keperawatan

Ketika seorang perawat berada di pelayanan, model ini mengemukakan 5 komponen berpikir kritis yang mengarahkan

perawat untuk membuat rencana tindakan agar asuhan keperawatan yang aman dan efektif.

1. Dasar pengetahuan khusus: Mencakup informasi dan teori dari ilmu pengetahuan alam, humaniora, dan keperawatan yang diperlukan untuk memikirkan masalah keperawatan.
2. Pengalaman : Pengalaman klinis diperlukan untuk memenuhi ketrampilan membuat keputusan klinis. Pengalaman klinis yaitu laboratorium untuk menguji pengetahuan perawat dengan pengalaman klinis perawat mengerti situasi klinis, pola kesehatan dan menilai apakah pola tersebut berhubungan atau tidak dengan pasien.
3. Kompetensi: Proses kognitif yang digunakan perawat membuat penilaian keperawatan. Terdiri dari tiga tipe kompetensi (umum, khusus dalam situasi klinis dan khusus dalam keperawatan). Kompetensi umum mencakup metode ilmiah, pemecahan masalah dan pembuatan keputusan. Kompetensi khusus dalam situasi klinis mencakup pertimbangan diagnostik, kesimpulan klinis dan pembuatan keputusan klinis. Kompetensi khusus dalam keperawatan berhubungan dengan proses keperawatan yang merupakan pendekatan sistematis yang digunakan untuk secara kritis bertahap mulai pengkajian, menetapkan diagnosis, merencanakan tindakan, melakukan tindakan, dan mengevaluasi tindakan tersebut.
4. Perilaku dalam pemikiran kritis: Perilaku menggambarkan bagaimana pendekatan seorang pemikir kritis yang berhasil menyelesaikan sebuah masalah. Sikap berpikir kritis antara lain percaya diri, tanggung gugat, berfikir independen, keadilan, tanggung jawab, mengambil resiko, Disiplin, persisten, kreatif, integritas dan rendah hati.

5. Standar untuk berpikir kritis: Standar intelektual sangat diperlukan untuk berpikir kritis dikarenakan standar intelektual merupakan petunjuk atau prinsip untuk berfikir secara rasional. Standar profesional untuk berpikir kritis mengacu kriteria etik untuk penilaian keperawatan dan kriteria untuk tanggung jawab dan tanggung gugat profesional. Penerapannya memerlukan penggunaan pemikiran kritis secara individu atau kelompok.



Gambar 5.1

Model Pemikiran Kritis Untuk Penilaian Keperawatan

E. Kompetensi Pemikiran Kritis

Menurut Kataoka – Yahiro dan Sylor (1994), menggambarkan kompetensi berfikir kritis merupakan suatu proses kognitif yang digunakan perawat untuk membuat penilaian terhadap perawatan klinis, yang meliputi pemikiran secara kritis umum, *specific* terhadap satu keadaan klinis dan pemikiran kritis dalam keperawatan. Kompetensi terdiri dari:

1. Metode Ilmiah, merupakan salah satu cara memecahkan masalah dengan menggunakan alasan yang kuat. Pendekatan dengan cara sistematis dan bertingkat digunakan dalam

metode ilmiah saat dilakukan mengumpulkan data, bagaimana memecahkan masalah. Metode alamiah memiliki lima tingkatan antara lain, Identifikasi masalah, Pengumpulan data, pembentukan pertanyaan penelitian hipotesis, uji hipotesis, evaluasi hasil penelitian.

2. Pemecahan masalah, merupakan suatu keadaan dimana seseorang dihadapkan kepada persoalan yang mendesak dan di perlukan suatu pemikiran untuk menyelesaikan suatu masalah. Dengan cara mengevaluasi secara terus menerus terhadap cara memecahkan masalah tersebut dan untuk memastikan apakah hal tersebut efektif. Jika masalah timbul kembali terkadang diperlukan pilihan cara lain untuk memecahkan masalah.
3. Pengambilan Keputusan, merupakan suatu tindakan dari pemikiran kritis yang bertujuan untuk memecahkan masalah atau menyelesaikan suatu masalah. Untuk membuat keputusan, seorang perawat harus mengenali dan mendefinisikan adanya masalah atau situasi dan menganalisisnya secara menyeluruh pada pilihan yang ada.
4. Penentuan Diagnosis dan Inferensi, merupakan suatu proses untuk menentukan status kesehatan pasien, setelah menganalisis perilaku, gejala, dan tanda-tanda yang ada pada pasien. Penentuan diagnosis dimulai pada saat mengobservasi fisik atau perilaku pasien. Setelah informasi diperoleh dan dianalisis kemudian digunakan untuk menentukan diagnosis dengan menyediakan data status pasien dengan jelas. Inferensi ini mencakup pembentukan pola informasi dari data sebelum ditentukannya diagnosis.
5. Pengambilan Keputusan Klinis, Merupakan suatu pemecahan masalah yang berfokus pada penentuan masalah pasien dan memilih penatalaksanaan yang tepat. Pengambilan keputusan

klinis ini memerlukan penilaian yang sangat hati-hati agar perawat dapat menentukan pilihan yang tepat bagi pasien. (Smith Higuchi dan Donald, 2002).



Gambar 5.2 Tahapan proses keperawatan

F. Karakteristik Berfikir Kritis

Menurut Wilkinson dalam (Deswani, 2009), karakteristik berpikir kritis dalam keperawatan merupakan satu satuan dari berfikir (*thinking*), merasakan (*Feeling*), melakukan (*doing*). Dalam aktifitasnya perawat menggunakan peraduan antara *thinking*, *feeling*, dan *doing* secara komprehensif dan bersinergi. Perawat menerapkan keterampilan berpikir dengan menggunakan pengetahuan dari berbagai subjek dan lingkungannya, menangani perubahan yang berasal dari *stressor* lingkungan, dan membuat keputusan penting. Menurut Deswani (2009), ada 8 karakteristik dari proses berfikir kritis antara lain:

1. Konseptualisasi, merupakan suatu proses intelektual yang membentuk suatu konsep dan merupakan pemikiran abstrak yang digeneralisasi secara otomatis menjadi symbol dan disimpan dalam otak;

2. Rasional dan beralasan, merupakan argumen yang diberikan selalu berdasarkan analisis dan mempunyai dasar kuat dari fakta atau fenomena nyata;
3. Reflektif artinya bahwa seorang pemikir kritis tidak menggunakan asumsi atau persepsi dalam berpikir atau mengambil keputusan;
4. Bagian dari suatu sikap merupakan pemahaman dari suatu sikap yang harus diambil;
5. Kemandirian berpikir, artinya seorang pemikir kritis selalu berpikir tentang dirinya tidak pasif menerima pemikiran dan keyakinan orang lain;
6. Berpikir kritis adalah berpikir kreatif;
7. Berpikir adil dan terbuka yaitu mencoba untuk berubah, dari pemikiran yang salah dan kurang menguntungkan menjadi benar dan lebih baik dan benar;
8. Pengambilan keputusan berdasarkan keyakinan. berpikir kritis digunakan untuk mengevaluasi suatu argumentasi dan kesimpulan.

G. Indikator Kemampuan Berpikir Kritis

Indikator dari kemampuan berpikir kritis menurut beberapa pendapat :

Menurut Fisher (Rahmawati, 2014) indikator dari kemampuan berpikir kritis yaitu :

1. Mengidentifikasi unsur-unsur dalam kasus beralasan, terutama alasan-alasan dan kesimpulan-kesimpulan;
2. Mengidentifikasi dan mengevaluasi asumsi-asumsi;
3. Memperjelas dan menginterpretasikan pernyataan-pernyataan dan ide-ide;
4. Mengadili penerimaan, terutama kredibilitas, dan klaim-klaim;

5. Mengevaluasi argumen-argumen yang beragam jenisnya;
6. Menganalisis, mengevaluasi, dan menghasilkan penjelasan-penjelasan;
7. Menganalisis, mengevaluasi, dan membuat keputusan-keputusan;
8. Menyimpulkan;
9. Menghasilkan argumen-argumen.

Menurut Karim (2015) yang mengacu pada Facione, terdapat 4 indikator kemampuan berpikir kritis, diantaranya:

1. Menginterpretasi, yang meliputi memahami masalah yang ditunjukkan dengan menulis diketahui maupun yang ditanyakan soal dengan tepat;
2. Menganalisis, meliputi mengidentifikasi hubungan-hubungan antara pernyataan-pernyataan, dan konsep-konsep yang diberikan dalam soal yang ditunjukkan dengan membuat model matematika atau membuat ilustrasi gambar dari soal dengan tepat dan memberi penjelasan dengan lengkap;
3. Mengevaluasi, meliputi menggunakan strategi yang tepat dalam menyelesaikan soal, lengkap dan benar dalam melakukan perhitungan;
4. Menginferensi, yaitu membuat kesimpulan dengan tepat.

Menurut **Deswani (2009)**. Dalam penerapan pembelajaran berpikir kritis dalam keperawatan dapat digunakan 3 model antara lain:

1. *Feeling Model*

Model ini menekankan pada rasa, kesan, dan data atau fakta yang ditemukan, Pemikir kritis mencoba mengedepankan perasaan

dalam melakukan pengamatan, kepekaan dalam melakukan aktivitas keperawatan, dan perhatian dan kewaspadaan.

2. *Vision Model*

Model ini digunakan untuk membangkitkan pola pikir, mengorganisasi dan menerjemahkan perasaan untuk merumuskan hipotesisi, analisis, dugaan, dan ide tentang permasalahan perawatan kesehatan klien. Berpikir kritis ini digunakan untuk mencari prinsip prinsip pengertian dan peran sebagai pedoman yang tepat untuk merespons ekspresi, baik perasaan perawat maupun perasaan pasien.

3. *Examine Model*

Model ini digunakan untuk merefleksi ide, pengertian, dan visi. Perawat menguji ide dengan bantuan kriteria yang relevan. Model ini digunakan untuk mencari peran yang tepat untuk analisis, mencari, menguji, melihat konfirmasi, kolaborasi, menjelaskan, dan menentukan suatu yang berkaitan dengan ide.

Kemampuan berpikir kritis sangat diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Peningkatan kemampuan berpikir kritis akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Menurut Rubenfeld & Scheffer (2007), dijelaskan bahwa salah satu faktor yang bisa menurunkan kemampuan berpikir kritis seseorang adalah terjebak dalam rutinitas, dan juga cara yang sering membuat terjebak dalam rutinitas adalah membiasakan kita menggunakan model kebiasaan berlebihan. Faktor lainnya yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam berpikir kritis adalah kondisi fisik seseorang, keyakinan diri/motivasi, adanya kecemasan, kebiasaan atau rutinitas yang dikerjakan, perkembangan intelektual, konsistensi atau ketetapan, perasaan atau emosi, dan pengalaman yang biasa rutin dilakukan sewaktu. Sedangkan yang mempengaruhi

seseorang pemikir kritis adalah genetika, konsep diri, ansietas, dan emosional lain, serta kultur, termasuk warisan keluarga dan budaya, masyarakat dan budaya organisasi

Berbagai faktor dapat berkontribusi memberikan pengaruhnya terhadap kemampuan berpikir kritis perawat disaat melaksanakan asuhan keperawatan dan juga dapat mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat menurun disaat menghadapi pasien. Namun ini juga tergantung dari metode yang digunakan dalam mengukur kemampuan berpikir kritis perawat disaat melaksanakan asuhan keperawatan.

Menurut American Society of Registered Nurses (2007), Banyak faktor yang bisa menyebabkan perbedaan dalam mengukur berpikir kritis antara hasil seseorang yang satu dengan yang lainnya. Berpikir kritis dalam keperawatan sangat dipengaruhi oleh karakter psikologis, fisiologis, serta dapat dipengaruhi oleh lingkungan internal maupun eksternal seperti usia, tingkat kepercayaan, keterampilan, stress, dan kelelahan, serta rekan kerja.

Menurut Yanti & Mulyandi (2019), faktor yang berkontribusi memberikan pengaruhnya terhadap kemampuan berpikir kritis perawat disaat melaksanakan asuhan keperawatan dan dapat mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat menurun disaat menghadapi pasien. Namun ini juga tergantung dari metode yang digunakan dalam mengukur kemampuan berpikir kritis perawat disaat melaksanakan asuhan keperawatan

Kemampuan berpikir kritis dapat digunakan ketika menyelesaikan masalah keperawatan. Strategi dalam peningkatan berpikir kritis dalam keperawatan ini dapat dilakukan dengan cara mengikuti pelatihan dalam masalah-masalah klinis sebagai kompetensi, melalui pembelajaran, dan pengalaman, melalui hal tersebut perawat diharapkan dapat lebih ketat untuk berpikir kritis

dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien dengan banyak mempertimbangkan baik buruknya.

DAFTAR PUSTAKA

- Potter, A.P., & Perry, G.A. (2010). *Fundamental Keperawatan* Buku 1 Edisi 7. Singapore : Mosby Elsevier
- Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Taylor, B. J. (2006). *Reflective Practice: A Guide For Nurses and Midwives*. Meidenhead: Open University Press
- Fisher, A., (2009). *Berpikir Kritis: Sebuah Pengantar*. Jakarta : Erlangga
- Leininger, M. (2002). *Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices* *Journal of Transcultural Nursing*, 13:189.
- American Society of registered nurses. (2007). *Critical thinking and evidence-based nursing*. Diunduh dari <http://www.asrn.org>.
- Rubenfeld, M. G., & Scheffer, B. K. (2007). *Berpikir kritis dalam keperawatan*. Jakarta: EGC
- Yanti,mulyadi,(2019). *Analisis faktor faktor yang mempengaruhi penerapan berpikir kritis perawata dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit*. *Jurnal keperawatan reflesia*,1(1), 21-31.

PROFIL PENULIS



Azizah Al Ashri.,S.Kep.,Ners.,M.Kep , Lahir di Banda Aceh, 19 Februari 1978. Jenjang Pendidikan SD Hingga SMP di Banda Aceh. Penyusun tinggal di Graha sepatan Indah blok C/24 Sepatan , Tangerang. Penyusun Kemudian melanjutkan studi di Madrasah Aliyah Negeri Tangerang, setelah lulus lalu melanjutkan studi ke program D-III keperawatan di Jakarta, menyelesaikan gelar Sarjana Keperawatan di PSIK UMJ, serta gelar profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Tangerang. Penyusun kemudian melanjutkan ke jenjang Magister keperawatan di UMJ. Penyusun tercatat sebagai salah satu dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Tangerang.

BAB 6

KETERAMPILAN DECISION MAKING



Alini

BAB 6

KETERAMPILAN *DECISION MAKING*

A. Definisi *Decision Making*

Decision making atau pengambilan keputusan merupakan proses kognitif yang kompleks dan sering di definisikan sebagai suatu upaya memutuskan serangkaian tindakan tertentu. Penyelesaian masalah adalah bagian pengambilan keputusan. Proses sistematis yang berfokus pada upaya menganalisis situasi sulit ini selalu mencakup pengambilan keputusan.

Pengambilan keputusan adalah suatu pendekatan yang sistematis terhadap hakikat suatu masalah dengan pengumpulan fakta-fakta dan data, menentukan alternatif yang matang untuk mengambil suatu tindakan yang tepat. Pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah adalah kemampuan mendasar bagi praktisi kesehatan, khususnya dalam asuhan keperawatan. Tidak hanya berpengaruh pada proses pengelolaan asuhan keperawatan, tetapi penting untuk meningkatkan kemampuan merencanakan perubahan. Perawat pada semua tingkatan posisi klinis harus memiliki kemampuan menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan yang efektif, baik sebagai pelaksana/staf maupun sebagai pemimpin.

Pemecahan masalah dan proses pengambilan keputusan membutuhkan pemikiran kritis dan analisis yang dapat ditingkatkan dalam praktek. Pengambilan keputusan merupakan upaya pencapaian tujuan dengan menggunakan proses yang sistematis dalam memilih alternatif. Tidak semua pengambilan keputusan dimulai dengan situasi masalah. Pemecahan masalah termasuk dalam langkah proses

pengambilan keputusan, yang difokuskan untuk mencoba memecahkan masalah secepatnya. Masalah dapat digambarkan sebagai kesenjangan diantara “apa yang ada dan apa yang seharusnya ada”. Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan yang efektif diprediksi bahwa individu harus memiliki kemampuan berfikir kritis dan mengembangkan dirinya dengan adanya bimbingan dan *role model* di lingkungan kerjanya (Marquis & Huston, 2010).

Berikut ini merupakan beberapa definisi mengenai pengambilan keputusan:

1. Pengambilan keputusan adalah suatu tindakan pemilihan, dimana pimpinan menentukan suatu kesimpulan tentang apa yang harus dilakukan atau tidak dilakukan dalam suatu situasi tertentu.
2. Pengambilan keputusan merupakan pendekatan yang sistematis terhadap suatu masalah yang dihadapi (Suarli & Bahtiar, 2016).

Pengambilan keputusan adalah tugas terpenting dari semua tugas yang membentuk fungsi kepemimpinan manajerial. Dapat dikatakan bahwa pembuatan keputusan inti proses manajemen, karena suatu keputusan diperlukan untuk mendorong tindakan-tindakan yang berarti, baik oleh manajemen itu sendiri maupun oleh bawahannya.

B. Pendekatan Teoritis untuk penyelesaian Masalah dan Pengambilan Keputusan

Sebagai suatu langkah dalam proses penyelesaian masalah, pengambilan keputusan merupakan tugas penting yang sangat bergantung pada keterampilan berfikir kritis. Meskipun pengambilan keputusan dapat dipelajari melalui pengalaman hidup, tidak setiap

orang belajar cara menyelesaikan masalah dan memutuskan secara bijak dengan metode *trial and error* karena banyak yang tidak memiliki kesempatan ini.

Untuk meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan, perlu digunakan model proses yang *adequate* sebagai dasar teori untuk memahami dan mengaplikasikan keterampilan berfikir kritis. Banyak tersedia model penyelesaian masalah yang dapat diterima, dan sebagian besar meliputi langkah pengambilan keputusan. Berikut ini empat model proses penyelesaian masalah:

1. Proses Penyelesaian Masalah Tradisional

Model penyelesaian masalah tradisional digunakan secara luas dan mungkin model paling terkenal. Ada tujuh langkah penyelesaian masalah tradisional yaitu: indentifikasi masalah, kumpulkan data untuk menganalisis penyebab dan konsekuensi masalah tersebut, gali alternative solusi, evaluasi alternatif tersebut, pilih solusi yang sesuai, implementasikan solusi dan evaluasi hasilnya.

Meskipun proses penyelesaian masalah tradisional adalah model yang efektif, kelemahannya terletak pada waktu yang dibutuhkan untuk pengimplementasian yang tepat. Kelemahan lain adalah rendah dalam langkah penyusunan tujuan awal.

2. Proses Pengambilan Keputusan Manejerial

Model pengambilan keputusan manejerial merupakan modifikasi tradisional, menutupi kelemahan model tradisional dengan melengkapi langkah penyusunan tujuan. Langkah-langkah dalam proses pengambilan keputusan manejerial meliputi: tetapkan tujuan, cari *alternative*, evaluasi alternatif, implementasikan serta lakukan tindak lanjut dan pengendalian.

3. Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan sistem teoritis lain untuk penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan. Sebagai model pengambilan keputusan, proses keperawatan memiliki kekuatan yang tidak dimiliki oleh dua model sebelumnya, yaitu mekanisme umpan balik. Meskipun proses dirancang untuk praktek keperawatan dengan mempertimbangkan asuhan kepada pasien dan tanggung gugat keperawatan, hal ini dapat dengan mudah diadaptasikan sebagai model teoritis untuk menyelesaikan masalah kepemimpinan dan manajemen.

Kelemahan proses keperawatan, seperti model penyelesaian masalah tradisional, adalah tidak diperlukannya pernyataan objektif secara jelas. Tujuan harus dinyatakan dengan jelas dalam fase perencanaan proses tersebut, tetapi langkah ini sering kali diabaikan dan sulit dipahami. Walaupun demikian, karena sudah tidak asing bagi perawat dan terbukti keefektifannya, proses ini selanjutnya direkomendasikan sebagai proses teoritis yang diadaptasikan untuk pengambilan keputusan kepemimpinan dan manajemen.

4. Proses Pengambilan Keputusan Intuitif

Dalam model ini, pengambilan keputusan secara sadar melibatkan pengetahuan mengingat kembali (*recall*) atau kumulatif yang didapat dari pendidikannya, baik formal maupun informal dan pengalaman dalam merencanakan keputusan. Pengambil keputusan yang belum berpengalaman atau pemula, menghabiskan waktu lebih banyak dalam fase pengkajian, mengingat kembali, dan perencanaan, sedangkan pengambil keputusan yang berpengalaman mendapat informasi, mengingat kembali, dan sering langsung melompat pada implementasi, karena perencanaan menjadi otomatis. Ironisnya

“lompatan” dari pengambilan informasi ke implementasi dapat menjadi kelemahan terbesar model ini. (Marquis & Huston, 2010)

C. Jenis Keputusan

Manajer keperawatan membuat beberapa jenis keputusan. Jenis keputusan yang dipakai disesuaikan dengan kebutuhan. Berikut ini diuraikan jenis-jenis keputusan tersebut:

1. Keputusan strategis, merupakan keputusan yang dibuat oleh eksekutif tertinggi, sehingga mendatangkan sumber daya berharga untuk mencapai tujuan jangka panjang (kesejahteraan unit kerja).
2. Keputusan administratif, merupakan keputusan yang dibuat manajer tingkat menengah dalam menyelesaikan masalah yang tidak biasa dan mengembangkan teknik inovatif untuk perbaikan jalannya kelembagaan.
3. Keputusan operasional, merupakan keputusan rutin yang mengatur peristiwa harian yang dibuat sesuai dengan aturan kelembagaan, peraturan-peraturan, petunjuk dan lain sebagainya.

Berdasarkan situasi yang mendorong dihasilkannya suatu keputusan, keputusan manajemen dibedakan menjadi dua macam, yaitu:

1. Keputusan terprogram, yaitu keputusan yang diperlukan dalam situasi menghadapi masalah. Masalah yang biasa dan terstruktur memunculkan kebijakan keseimbangan dan peraturan untuk membimbing pemecahan peristiwa yang sama.

2. Keputusan yang tidak terprogram, yaitu keputusan kreatif yang tidak terstruktur dan bersifat baru, yang dibuat untuk menangani situasi tertentu. (Prastyawan & Lestari, 2020)

Keputusan manajemen juga dapat dibedakan menjadi dua model berdasarkan proses pembuatan keputusan:

1. Keputusan model normatif atau model ideal yang memerlukan proses sistematis dalam memilih satu alternatif dan beberapa alternatif, perlu waktu yang cukup untuk mengenal dan menyukai pilihan yang ada.
2. Keputusan model deskriptif berdasarkan pada pengamatan dalam membuat keputusan yang memuaskan ataupun yang terbaik.

D. Teknik Pengambilan Keputusan

Beberapa penulis manajemen menyebut alat bantu pengambil keputusan manajemen sebagai model, yang lainnya menyebut alat. Banyak alat bantu pengambil keputusan selalu menuntut manajer mengambil keputusan akhir dan semua alat bantu adalah subjek *human error* (kesalahan manusia).

1. Matriks Keputusan

Matriks keputusan memungkinkan seseorang secara visual mengkaji alternatif dan membandingkan setiap alternative dengan kriteria yang sama. Meskipun mungkin banyak kriteria yang mungkin terseleksi, kriteria yang sama digunakan untuk menganalisis setiap alternatif.

2. Tabel Pembiayaan (*Pay off Tables*)

Alat bantu keputusan yang termasuk kategori ini memiliki hubungan biaya-keuntungan-beban (*cost-benefit-volume*), dan sangat membantu rel pengambilan keputusan saat tersedianya data

kuantitatif seperti biaya barang atau penggunaan data yang diramalkan. Untuk menggunakan table pembiayaan, individu harus menentukan probabilitas dan menggunakan data historis, seperti sensus rumah sakit atau laporan sejumlah pelaksanaan prosedur operasional.

3. Pohon Keputusan (*Decision Tree*)

Keputusan sering dikaitkan dengan hasil kejadian lain, maka analisis manajemen telah mengembangkan pohon keputusan. Pohon keputusan memungkinkan visualisasi berbagai hasil.

4. Teknik Evaluasi Program dan Kajian Ulang

Teknik evaluasi dan kajian program (*Program Evaluation and Review Tehnique*/PERT) merupakan alat yang populer untuk menentukan waktu yang tepat dalam mengambil keputusan. PERT adalah suatu alur diagram yang harus dilaksanakan jika situasi yang akhirnya harus terjadi. Diagram alur memungkinkan setiap orang untuk selalu memperbarui kinerjanya dan masalah dengan mudah dapat teridentifikasi saat pertama kali muncul. (Chaniago, 2015)

E. Gaya Pengambilan Keputusan

1. Gaya Pengambilan Keputusan menurut Vroom dan Yetton

Gaya pengambilan keputusan Vroom dan Yetton mengindikasikan seberapa besar kemungkinan bagi bawahan untuk dapat diikutsertakan dalam pengambilan keputusan. Semakin besar peran serta para bawahan dalam ikut mengambil keputusan, semakin besar hasil akhir yang dapat dicapai. Manajer yang akan menentukan pengambilan keputusan perlu terlebih dahulu mengajukan dua pertanyaan:

- a. Dalam situasi bagaimana perlu mengikutsertakan atau tidak mengikutsertakan bawahan dalam pengambilan keputusan?

- b. Bagaimana cara terbaik mengikutsertakan atau tidak mengikutsertakan bawahan dalam pengambilan keputusan? (Suarli & Bahtiar, 2016)

Vroom dan Yetton mengembangkan tujuh gaya (dari A sampai G) pembuatan keputusan manajemen dengan memberikan 13 alternatif saran mana yang cocok diterapkan dalam situasi yang berbeda. Artinya, dengan melihat situasi disarankan keputusan gaya yang cocok. Berikut ini disajikan lima gaya pengambilan keputusan yang disarankan Vroom & Yetton lengka dengan tingkat partisipasi bawahannya.

- a. Gaya 1. Tetapkan keputusan sendiri dengan menggunakan informasi yang ada saat itu. Partisipasi bawahan tidak ada.
- b. Gaya 2. Dapatkan informasi dari bawahan dan selesaikan masalah oleh kita sendiri. Tidak perlu memberitahukan kepada bawahan apa yang menjadi masalah ketika meminta informasi kepada mereka, peran yang diharapkan dari bawahan hanya merupakan sumber informasi dan bukan mengemban alternative penyelesaian. Partisipasi bawahan rendah.
- c. Gaya 3. Ikut sertakan bawahan yang bersangkutan dengan masalah, minta ide dan sarannya secara sendiri-sendiri. Kemudian ambil keputusan, baik sendiri atau tidak disertai pengaruh dan saran-saran bawahan. Partisipasi bawahan sedang.
- d. Gaya 4. Ikut sertakan bawahan sebagai satu kelompok, dapatkan ide dan saran dari mereka. Kemudian ambil keputusan sendiri disertai pengaruh dan saran bawahan. Partisipasi bawahan tinggi.
- e. Gaya 5. Ikut sertakan bawahan sebagai suatu kelompok dalam memecahkan masalah. Bersama mereka kembangkan dan

Gambar berikut menyajikan alternatif saran mana yang cocok mengambil keputusan diterapkan dalam situasi yang berbeda.



Gambar 6.1 Pengambilan Keputusan Vroom dan Yetton

2. Gaya Alternatif dalam Pengambilan Keputusan dalam Kelompok

Suatu langkah terpenting dalam proses pemecahan masalah adalah pengambilan keputusan dengan menggunakan cara atau metode tertentu. Satu metode belum berarti lebih baik dari pada metode yang lain, tergantung situasi yang dihadapi. Tiap metode mempunyai kegunaan masing-masing, bergantung pada kelompoknya. Lama waktu yang tersedia bagi setiap metode juga akan mempunyai pengaruh tertentu bagi kelompok.

Terdapat enam jenis atau tipe pengambilan keputusan sebagai berikut:

a. Pengambilan Keputusan yang Kurang Tanggapan

Metode ini banyak digunakan, tetapi sekaligus juga merupakan metode yang biasanya kurang diperhatikan. Seseorang menengahkan suatu saran sebelum diskusi dimulai, orang lain mengusulkan gagasan lain prosesnya berulang sendiri sehingga akhirnya kelompok memperoleh beberapa gagasan. Semua gagasan telah menjadi keputusan bersama, tanpa pertimbangan dan tanpa tertulis.

b. Pengambilan Keputusan dengan Cara Otomatis

Metode ini efisien jika pimpinan sidang atau rapat mendengarkan dengan seksama gagasan para anggotanya. Gagasan dikemukakan, didiskusikan, dan setelah pimpinan mendengarkannya dengan cukup, ia telah memiliki informasi yang berguna untuk membuat suatu keputusan bijaksana dengan segera. Walaupun demikian, metode ini sering dianggap sebagai metode yang mempunyai partisipasi dari anggota kelompok yang kurang, dan keinginan untuk melaksanakan keputusan yang kurang pula.

c. Pengambilan Keputusan Minoritas

Hal ini terjadi jika satu atau dua kelompok "dapat mengatasi" anggota kelompok yang lain. Penyebabnya adalah baik pengetahuan

ataupun keahlian lebih menonjol atau karena orang tersebut dalam situasi posisi otoritas.

d. Keputusan Mayoritas

Merupakan metode yang dikenal banyak orang. Pemungutan suara diadakan dari suara mayoritas yang menentukannya. Kelemahan metode ini adalah bahwa pemungutan suara cenderung mengarah pada pembentukan koalisi, sehingga dapat timbul adanya minoritas yang dikalahkan, walaupun sebenarnya gagasan mereka kadang-kadang lebih baik dari yang dimiliki mayoritas.

e. Pengambilan Keputusan dengan Konsensus

Metode ini paling efektif, tetapi menyita paling banyak waktu karena keputusannya dibuat tidak dengan suara bulat, melainkan memberikan kesempatan pada semua anggota kelompok untuk menyumbangkan gagasannya terhadap keputusan yang akan diambil

f. Pengambilan Keputusan Dengan Suara Bulat

Bentuk yang paling ideal, tapi paling sulit diperoleh. Keputusan terjadi jika semua anggota kelompok setuju dengan keputusan yang telah dipilih. (Suarli & Bahtiar, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Chaniago, A. (2015) *Teknik Pengambilan Keputusan (Pendekatan Teori dan Studi Kasus)*. Pertama. Jakarta: Lentera Ilmu Cendekia.
- Marquis, Bessie L & Huston, C. J. (2010) *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Teori & Aplikasi*. Edited by A. O. Yudha, Egi Komara & Tampubolon. Jakarta: EGC.
- Prastyawan, Agus & Lestari, Y. (2020) *Pengambilan Keputusan*. Surabaya: UNESA UNIVERSITY PRESS.
- Suarli,S & Bahtiar, Y. (2016) *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Surabaya: Gelora Aksara Pratama.
- Usman, H. (2010) *Manajemen: Teori, Praktik dan Riset Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.

PROFIL PENULIS



Ns. Alini, M. Kep, lahir di Kuok, 30 Agustus 1980. Pendidikan keperawatan dimulai dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes RI Pekanbaru pada tahun 1996, menamatkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di STKes Dharma Husada Bandung pada tahun 2009, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia pada tahun 2010. Sejak tahun 2009 sampai sekarang aktif sebagai dosen tetap di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan tuanku Tambusai serta aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Riau.

BAB 7

PROSES KEPERAWATAN



Nor Isna Tauhidah

BAB 7

PROSES KEPERAWATAN

A. Proses Keperawatan

Perawat merupakan sebuah profesi yang memiliki peranan salah satu diantaranya sebagai pemberi pelayanan Kesehatan atau biasa disebut dengan asuhan keperawatan. Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan yang professional tentunya akan didasari oleh ilmu dan pengetahuan dalam bidang ilmu keperawatan. Sebagai seorang perawat dalam menjalankan tugas dan perannya sudah seharusnya mengetahui dan memahami bagaimana proses keperawatan sehingga mampu menerapkan asuhan yang tepat dan benar serta berkualitas.

Proses keperawatan didefinisikan sebagai suatu pendekatan yang sistematis untuk melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar berpikir kritis, menggunakan pendekatan yang berpusat pada klien untuk pengobatan, kemudian seorang perawat bertugas dengan berorientasi pada tujuan berdasarkan rekomendasi praktik yang berbasis bukti atau *Evidence Based Practise* serta intuisi keperawatan (Toney-Butler TJ, 2021)

Proses keperawatan juga berarti sebagai metode keperawatan yang sistematis berpusat pada pasien, memiliki tujuan yang menyediakan rancangan kegiatan dalam praktik keperawatan. Proses keperawatan dibuat untuk digunakan kepada pasien dalam situasi atau kasus apa pun untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang lebih baik (Deborah Siregar, 2021)

Tahapan dalam proses keperawatan klien terdiri dari lima langkah yang disusun secara berurutan, yaitu berupa penilaian atau pengkajian keperawatan, menganalisis dan merumuskan diagnosis

keperawatan, melakukan penyusunan perencanaan atau intervensi berdasarkan tujuan yang diharapkan, melaksanakan intervensi atau implementasi, dan evaluasi dalam hal ini perawat juga akan mendokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien.

Pendekatan dengan proses keperawatan memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi seluruh kebutuhan yang diperlukan klien. Sehingga dari hasil identifikasi tersebut mendapat gambaran masalah yang terjadi pada klien baik actual, potensial maupun risiko. Pada proses keperawatan perawat juga akan melakukan identifikasi masalah keperawatan yang muncul sehingga perawat dapat menetapkan rencana pemecahan masalah berdasarkan data dan masalah yang didapatkan sebelumnya dengan menggunakan standar praktik keperawatan yang berlaku (munthe, 2019).

Standar Asuhan keperawatan yang biasa digunakan selama ini yaitu NANDA-I Diagnosis Keperawatan definisi dan klasifikasi dan SDKI edisi 2018 yang merupakan panduan dalam menentukan diagnosis keperawatan. Begitu pula untuk standar dalam menentukan outcome atau luaran menggunakan Nursing Outcomes Classification (NOC) dan Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) serta panduan perencanaan dan tindakan dengan penggunaan buku Nursing Intervention Classification (NIC) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Koerniawan, Daeli and Srimiyati, 2020)

B. Fungsi Proses Keperawatan

Proses Keperawatan berfungsi sebagai berikut.

1. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga keperawatan dalam memecahkan masalah;
2. Meningkatkan kemandirian perawat dalam memberikan pelayanan Kesehatan;

3. Memberikan ciri professional dari asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah dan pendekatan komunikasi yang efektif dan efisien;
4. Memberikan kebebasan pada klien untuk mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhan.

C. Sifat Proses Keperawatan

Setiabudi 2012 menjelaskan proses keperawatan memiliki empat sifat yaitu:

1. Dinamis

Setiap tahapan dari proses keperawatan dapat diperbaharui atau dimodifikasi apabila terjadi perubahan kondisi dari pasien.

2. Siklis

Siklis atau berulang dapat terjadi pada proses keperawatan, seperti diperlukannya pengkajian ulang sampai dengan evaluasi secara berurutan. Hal ini bisa dilakukan sampai masalah klien teratasi

3. Interdependen

Proses keperawatan memiliki tahapan-tahapan yang saling ketergantungan dan saling berhubungan antara hasil pengkajian dengan diagnosis keperawatan atau rencana tindakan keperawatan,

4. Fleksibel

Pendekatan yang digunakan dalam asuhan keperawatan dapat berubah sesuai kebutuhan klien dan perawatannya. Bisa juga digunakan untuk pemecahan masalah keperawatan pada klien individu, keluarga, maupun suatu kelompok atau komunitas.

D. Tahap-tahap Dalam Proses Keperawatan

Tahapan dalam proses keperawatan klien terdiri dari lima tahap yang disusun secara berurutan, yaitu:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan aktivitas pengumpulan data secara sistematis, menyeluruh dan berkelanjutan, apa yang dikeluhkan, hasil pengamatan dari pemeriksaan fisik pasien, dan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan aktivitas menganalisis data hasil pengkajian, kemudian merumuskan masalah keperawatan.

3. Intervensi

Intervensi merupakan rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkat status Kesehatan

4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan tindakan yang disusun dalam rencana keperawatan

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan aktivitas untuk mengevaluasi perkembangan Kesehatan klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, dan pencapaian tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan.

E. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal yang dilakukan seorang perawat dalam proses keperawatan yang berfungsi sebagai dasar pengambilan keputusan. Pada pengkajian dilakukan kegiatan pengumpulan data tentang kondisi klien baik data subjektif dan data objektif. Data subjektif merupakan pernyataan verbal dari pasien maupun keluarga pasien, sedangkan data objektif merupakan data dapat di ukur dan tampak wujudnya. Selain berasal dari pasien secara langsung, data juga dapat diperoleh dari pengasuh yang bukan anggota keluarga yang memiliki hubungan langsung seperti teman, atau perawat bahkan tenaga Kesehatan lainnya. Adapun berbagai

teknik yang dapat dilakukan dalam pengumpulan data antara lain seperti wawancara, melakukan observasi dan pemeriksaan fisik maupun hasil pemeriksaan penunjang dan juga catatan medis lainnya. Pengkajian dalam proses keperawatan dilakukan dengan menggunakan instrument lembar pengkajian sesuai dengan standar di institusi ataupun keilmuan yang ditetapkan.

F. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan Kesehatan. Diagnosis keperawatan dilakukan dengan merumuskan data-data berdasarkan hasil pengkajian dan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada klien berdasarkan standar diagnosis keperawatan yang berlaku. (Herdman, T. H., & Kamitsuru, 2018)

Penegakan diagnosis keperawatan sebagai salah satu komponen standar asuhan keperawatan dimana perawat berwenang menegakan diagnosis sebagai dasar mengembangkan rencana intervensi keperawatan mencapai kesembuhan, peningkatan dan pemulihan kesehatan klien serta pencegahan penyakit dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Adapun tipe dari diagnosis keperawatan yaitu berfokus pada masalah yang actual terjadi, masalah potensial yang berhubungan dengan masalah risiko, ataupun terkait promosi kesehatan atau biasa disebut wellness diagnosis atau diagnosis kesejahteraan yang dalam hal ini akan menggambarkan motivasi dan keinginan klien untuk meningkatkan kesehatannya. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah atau problem dan penyebab atau etiologi yang didasari oleh tanda dan gejala serta faktor resiko yang merupakan data yang didapat saat pengkajian. Proses penegakan diagnosis dimulai dari melakukan analisis data yakni mengelompokkan data dan membandingkan dengan nilai normal. Kemudian mengidentifikasi masalah dan merumuskan diagnosis keperawatan menggunakan beberapa metode penulisan seperti menuliskan masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda gejala dan masalah dibuktikan dengan faktor risiko atau hanya dengan tanda gejala.

G. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang merupakan perencanaan dari tindakan yang akan dilakukan perawat, juga berisi tentang penetapan tujuan dan kriteria hasil yang dapat di ukur baik jangka pendek maupun jangka panjang berdasarkan standar asuhan keperawatan dan pedoman *Evidence based*. Tujuan yang ditetapkan haruslah spesifik, terukur, dapat dicapai dan beorientasi pada hasil tindakan serta menetapkan waktu dibutuhkan untuk mencapai hasil. Kemudian menentukan luaran atau *outcome* dan kriteria hasil yang merupakan karakteristik dari pasien yang dapat diamati dan diukur untuk menilai pencapaian hasil intervensi. Kemudian Rencana asuhan keperawatan dibuat dengan menentukan tindakan-tindakan keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang muncul.

Rencana perawatan memberikan arah untuk perawatan pribadi yang disesuaikan dengan kebutuhan unik individu. Kondisi keseluruhan dan kondisi komorbiditas berperan dalam penyusunan rencana perawatan. Rencana perawatan meningkatkan komunikasi, dokumentasi, penggantian biaya, dan kesinambungan perawatan di seluruh rangkaian perawatan kesehatan. Rencana tindakan keperawatan yang akan ditetapkan harus berdasarkan prinsip yang ilmiah dan rasional serta tidak melanggar etika keperawatan. Tindakan keperawatan yang dipilih juga perlu dikomunikasikan kepada klien dan keluarga dikarenakan adanya sifat saling ketergantungan antara pemberi dan penerima layanan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi keperawatan dibuat untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan guna mengatasi etiologi dan menyelesaikan masalah keperawatan. Intervensi dibuat secara spesifik dan operasional yang terdiri dari aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan lebih baik lagi jika teridentifikasi siapa yang melakukan. Prinsip tersebut perlu dilakukan supaya tiap perawat yang melihat perencanaan keperawatan mudah untuk melakukannya atau mengaplikasikan rencana tersebut. Setelah tindakan telah dilakukan, tiap intervensi dievaluasi berdasarkan respon pasien terhadap tiap tindakan yang telah diimplementasikan dan mengacu atau berorientasi pada kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Abdelkader and Othman, 2017)

H. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan didasari pada bagaimana proses perencanaan intervensi yang berisi aktivitas yang akan dilakukan perawat kepada pasien serta pencatatan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien dan respon pasien terhadap tindakan yang

diberikan. Implementasi adalah langkah yang melibatkan tindakan dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang dituangkan dalam rencana asuhan, seperti penerapan monitor jantung atau oksigen, perawatan langsung atau tidak langsung, pemberian obat, standar protokol pengobatan dan standar *Evidence Based Practise*. Implementasi keperawatan dapat dilakukan secara mandiri ataupun berkolaborasi terkait berbagai tindakan observasi, tindakan terapeutik, edukasi dan Kerjasama dengan profesi lain.

I. Evaluasi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan guna mengatasi etiologi dan menyelesaikan masalah keperawatan. Setelah tindakan dilakukan, tiap intervensi dievaluasi berdasarkan respon pasien terhadap tiap tindakan yang telah diimplementasikan. Setiap kali penyedia layanan kesehatan mengintervensi atau menerapkan perawatan, mereka harus menilai kembali atau mengevaluasi untuk memastikan hasil yang diinginkan telah terpenuhi. Penilaian ulang mungkin sering diperlukan tergantung pada kondisi pasien secara keseluruhan. Rencana perawatan dapat disesuaikan berdasarkan data penilaian baru.

Evaluasi dilakukan dengan mengukur respon, hasil atau umpan balik juga menilai ulang pengkajian yang kemudian dapat memungkinkan adanya perubahan rencana keperawatan.

J. Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan pendokumentasi keperawatan merupakan salah satu tugas yang harus dilakukan seorang perawat, hal ini dikarenakan dokumentasi tersebut menjadi bukti tertulis pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat kepada pasien. Dokumentasi keperawatan mencakup pelaporan tentang hasil pengkajian,

diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi dari asuhan keperawatan pada pasien yang dirawat. Selain sebagai bukti dari pelayanan yang diberikan, dokumentasi keperawatan juga digunakan untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dapat dilihat dari pencatatan yang lengkap dan akurat. Pencatatan tersebut juga dapat bermanfaat sebagai alat komunikasi sesama petugas kesehatan lain dengan melihat catatan yang ada.

Dokumentasi keperawatan dapat memberikan berbagai informasi yang dapat digunakan untuk menggambarkan perawatan dan respon pasien terhadap hasil perawatan. Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan sering dianggap sebagai cerminan kualitas dari pelayanan asuhan keperawatan dan merupakan bukti pertanggunggugatan setiap tim keperawatan. Oleh karena itu, apabila kegiatan proses keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, lengkap dan sesuai standar asuhan maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar. Menurut (Tandi, Syahrul and Ayu Erika, 2020) kualitas dari pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit masih tergolong rendah, sehingga perlu dilakukan pelatihan lebih lanjut tentang bagaimana dokumentasi keperawatan yang baik, selain itu juga perlu adanya peningkatan kesadaran, pengarahan dan pengendalian serta control selama melakukan dokumentasi. Selain itu juga diperlukan adanya pengembangan dokumentasi berbasis elektronik berdasarkan kemajuan ilmu dan teknologi sehingga diharapkan mampu mengurangi beban kerja perawat dan perawat mampu memaksimalkan pendokumentasian.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelkader, F. A. and Othman, W. N. E. (2017) 'Factors Affecting Implementation of Nursing Process: Nurses' Perspective', *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 06(03), pp. 76–82. doi: 10.9790/1959-0603017682.
- Deborah Siregar, D. (2021) *Pengantar Proses Keperawatan: Konsep, Teori dan Aplikasi*. Februari 2.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018) *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification*. Thieme.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E. and Srimiyati, S. (2020) 'Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), pp. 739–751. doi: 10.31539/jks.v3i2.1198.
- munthe, A. pebrina rizki fani (2019) 'Konsep Dasar Asuhan Keperawatan'. doi: 10.31227/osf.io/cfnu9.
- Tandi, D., Syahrul, S. and Ayu Erika, K. (2020) 'Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit : Literature Review (Quality of Nursing Care Documentation in Hospital : a Literature Review)', *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(1), pp. 12–20.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Toney-Butler TJ, T. J. (2021) *Nursing Process, StatPearls*.

PROFIL PENULIS



Nor Isna Tauhidah, Ns.,M.Kep adalah staff pengajar di Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis menempuh Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Stikes Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2012. Pada tahun 2018, penulis menyelesaikan S2 keperawatan di Universitas

Muhammadiyah Banjarmasin. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar keperawatan maupun kesehatan dan menulis artikel di berbagai jurnal nasional.

BAB 8

EVIDENCE-BASED NURSING PRACTICE



Muhammad Nurman

BAB 8

EVIDENCE BASED NURSING PRACTICE

A. Definisi *Evidence Based Practice* (EBP)

Menurut (Goode & Piedalue, 1999) praktik klinis berdasarkan bukti melibatkan temuan pengetahuan dari penelitian, *review* atau tinjauan kritis. EBP didefinisikan sebagai intervensi dalam perawatan kesehatan yang berdasarkan pada fakta terbaik yang didapatkan. EBP merupakan proses yang panjang, adanya fakta dan produk hasil yang membutuhkan evaluasi berdasarkan hasil penerapan pada praktek lapangan.

EBP merupakan suatu pendekatan pemecahan masalah untuk pengambilan keputusan dalam organisasi pelayanan kesehatan yang terintegrasi di dalamnya adalah ilmu pengetahuan atau teori yang ada dengan pengalaman dan bukti-bukti nyata yang baik (pasien dan praktisi). EBP dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal serta memaksa untuk berpikir kritis dalam penerapan pelayanan secara bijaksana terhadap pelayanan pasien individu, kelompok atau sistem (Newhouse, Dearholt, Poe, Pough, & White, 2005).

Clinical Based Evidence atau *Evidence Based Practice* (EBP) adalah tindakan yang teliti dan bertanggung jawab dengan menggunakan bukti (berbasis bukti) yang berhubungan dengan keahlian klinis dan nilai-nilai pasien untuk menuntun pengambilan keputusan dalam proses perawatan (Titler, 2008). EBP merupakan salah satu perkembangan yang penting pada dekade ini untuk membantu sebuah profesi, termasuk kedokteran, keperawatan, sosial, psikologi, *public health*, konseling dan profesi kesehatan dan sosial.

EBP menyebabkan terjadinya perubahan besar pada literatur, merupakan proses yang panjang dan merupakan aplikasi berdasarkan fakta terbaik untuk pengembangan dan peningkatan pada praktek lapangan. Pencetus dalam penggunaan fakta menjadi pedoman pelaksanaan praktek dalam memutuskan untuk mengintegrasikan keahlian klinikal individu dengan fakta yang terbaik berdasarkan penelitian sistematis. Beberapa ahli telah mendefinisikan EBP dalam keperawatan sebagai.

1. Penggabungan bukti yang diperoleh dari hasil penelitian dan praktek klinis ditambah dengan pilihan dari pasien ke dalam keputusan klinis (Mulhall, 1998).
2. Penggunaan teori dan informasi yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian secara teliti, jelas dan bijaksana dalam pembuatan keputusan tentang pemberian asuhan keperawatan pada individu atau sekelompok pasien dan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan pilihan dari pasien tersebut (Ingersoll G., 2000).

B. Tingkatan dan Hierarki dalam Penerapan EBP

Tingkatan *evidence* disebut juga dengan *hierarchy evidence* yang digunakan untuk mengukur kekuatan suatu *evidence* dari rentang bukti terbaik sampai dengan bukti yang paling rendah. Tingkatan *evidence* ini digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam EBP. Hierarki untuk tingkatan *evidence* yang ditetapkan oleh Badan Kesehatan Penelitian dan Kualitas (AHRQ), sering digunakan dalam keperawatan (Titler, 2010).

Hierarki dalam penelitian ilmiah terdapat hierarki dari tingkat kepercayaannya yang paling rendah hingga yang paling tinggi. Di bawah ini mulai dari yang paling rendah hingga yang paling tinggi.

1. Laporan fenomena atau kejadian-kejadian yang kita temui sehari-hari.
2. Studi kasus.
3. Studi lapangan atau laporan deskriptif.
4. Studi percobaan tanpa penggunaan teknik pengambilan sampel secara acak (*random*).
5. Studi percobaan yang menggunakan setidaknya ada satu kelompok pembanding, dan menggunakan sampel secara acak.
6. *Systemic reviews* untuk kelompok bijak bestari atau meta-analisa yaitu pengkajian berbagai penelitian yang ada dengan tingkat kepercayaan yang tinggi.

C. Evidence Based Practice dengan Decision Making

Pengambilan keputusan untuk melakukan perubahan berdasarkan bukti-bukti nyata atau EBP di pengaruhi oleh tiga faktor yaitu, hasil penelitian atau riset termasuk teori-teori pendukung, pengalaman yang bersifat klinis, serta *feedback* atau sumber-sumber dari pengalaman yang dialami oleh pasien.

D. Model Implementasi Evidence Based Practice

1. Model Settler

Merupakan seperangkat perlengkapan/media penelitian untuk meningkatkan penerapan *evidence based* 5 langkah dalam Model Settler:

Fase 1. Persiapan

Fase 2. Validasi

Fase 3. Perbandingan evaluasi dan pengambilan keputusan

Fase 4. Translasi dan aplikasi

Fase 5. Evaluasi

2. Model IOWA *Model of Evidence Based Practice to Promote Quality Care*

Model EBP IOWA dikembangkan oleh Marita G. Titler, PhD, RN, FAAN, Model IOWA diawali dari pemicu/masalah. Pemicu/masalah ini sebagai fokus ataupun fokus masalah. Jika masalah mengenai prioritas dari suatu organisasi, tim segera dibentuk. Tim terdiri dari *stakeholders*, klinisian, staf perawat, dan tenaga kesehatan lain yang dirasakan penting untuk dilibatkan dalam EBP. Langkah selanjutnya adalah menyintesis EBP. Perubahan terjadi dan dilakukan jika terdapat cukup bukti yang mendukung untuk terjadinya perubahan, kemudian dilakukan evaluasi dan diikuti dengan diseminasi (Jones & Bartlett, 2004).

3. Model Konseptual Rosswurm & Larrabee

Model ini disebut juga dengan model *evidence based practice change* yang terdiri dari 6 langkah yaitu.

Tahap 1. Mengkaji kebutuhan untuk perubahan praktis.

Tahap 2. Tentukan *evidence* terbaik.

Tahap 3. Kritikal analisis *evidence*.

Tahap 4. Desain perubahan dalam praktek.

Tahap 5. Implementasi dan evaluasi perubahan.

Tahap 6. Integrasikan dan *maintenance* perubahan dalam praktek.

Model ini menjelaskan bahwa penerapan *evidence based nursing* ke lahan praktek harus memperhatikan latar belakang teori yang ada, kevalidan dan kereliabilitasan metode yang digunakan, serta penggunaan nomenklatur yang standar.

E. Pengkajian dan Alat dalam EBP

Terdapat beberapa kemampuan dasar yang harus dimiliki tenaga kesehatan profesional untuk dapat menerapkan praktek klinis berbasis bukti, yaitu.

1. Mengidentifikasi gap/kesenjangan antara teori dan praktek
2. Memformulasikan pertanyaan klinis yang relevan,
3. Melakukan pencarian literatur yang efisien,
4. Mengaplikasikan peran dari bukti, termasuk tingkatan/hierarki dari bukti tersebut untuk menentukan tingkat validitasnya
5. Mengaplikasikan temuan literatur pada masalah pasien, dan
6. Mengerti dan memahami keterkaitan antara nilai dan budaya pasien dapat mempengaruhi keseimbangan antara potensial keuntungan dan kerugian dari pilihan manajemen/terapi (Jette et al., 2003).

F. Langkah-langkah dalam EBP

1. Langkah 1 (Kembangkan Semangat Penelitian)

Sebelum memulai dalam tahapan yang sebenarnya di dalam EBP, harus ditumbuhkan semangat dalam penelitian sehingga klinikan akan lebih nyaman dan tertarik mengenai pertanyaan-pertanyaan berkaitan dengan perawatan pasien.

2. Langkah 2 (Ajukan Pertanyaan Klinis dalam Format PICOT)

Pertanyaan klinis dalam format PICOT untuk menghasilkan *evidence* yang lebih baik dan relevan.

- a. Populasi pasien (P),
- b. Intervensi (I),
- c. Perbandingan intervensi atau kelompok (C),
- d. Hasil / Outcome (O), dan
- e. Waktu / Time (T).

Format PICOT menyediakan kerangka kerja yang efisien untuk mencari database elektronik, yang dirancang untuk mengambil hanya artikel-artikel yang relevan dengan pertanyaan klinis. Menggunakan skenario kasus pada waktu respons cepat sebagai contoh, cara untuk membingkai pertanyaan tentang apakah penggunaan waktu tersebut akan menghasilkan hasil yang positif akan menjadi: *“Di rumah sakit perawatan akut (populasi pasien), bagaimana memiliki time respon cepat (intervensi) dibandingkan dengan tidak memiliki time respon cepat (perbandingan) mempengaruhi jumlah serangan jantung (hasil) selama periode tiga bulan (waktu)?”*

3. Langkah 3 (Cari Bukti Terbaik)

Mencari bukti untuk menginformasikan praktek klinis adalah sangat efisien ketika pertanyaan diminta dalam format PICOT. Jika perawat dalam skenario respons cepat itu hanya mengetik *“Apa dampak dari memiliki time respon cepat?”* ke dalam kolom pencarian dari database, hasilnya akan menjadi ratusan abstrak, sebagian besar dari mereka tidak relevan. Menggunakan format PICOT membantu untuk mengidentifikasi kata kunci atau frase yang ketika masuk berturut-turut dan kemudian digabungkan, memperlancar lokasi artikel yang relevan dalam database penelitian besar seperti MEDLINE atau CINAHL. Untuk pertanyaan PICOT pada time respons cepat, frase kunci pertama untuk dimasukkan ke dalam database akan perawatan akut, subjek umum yang kemungkinan besar akan mengakibatkan ribuan kutipan dan abstrak.

Istilah kedua akan dicari akan *rapid respon time*, diikuti oleh serangan jantung dan istilah yang tersisa dalam pertanyaan PICOT. Langkah terakhir dari pencarian adalah untuk menggabungkan hasil pencarian untuk setiap istilah. Metode ini mempersempit hasil untuk artikel yang berkaitan dengan pertanyaan klinis, sering

mengakibatkan kurang dari 20. Hal ini juga membantu untuk menetapkan batas akhir pencarian, seperti “subyek manusia” atau “*English*,” untuk menghilangkan studi hewan atau artikel di luar negeri bahasa.

4. Langkah 4 (Kritis Menilai Bukti)

Setelah artikel yang dipilih untuk review, mereka harus cepat dinilai untuk menentukan yang paling relevan, valid, terpercaya, dan berlaku untuk pertanyaan klinis. Studi-studi ini adalah “studi kiper.” Salah satu alasan perawat khawatir bahwa mereka tidak punya waktu untuk menerapkan EBP adalah bahwa banyak telah diajarkan proses mengkritisi melelahkan, termasuk penggunaan berbagai pertanyaan yang dirancang untuk mengungkapkan setiap elemen dari sebuah penelitian. Penilaian kritis yang cepat menggunakan tiga pertanyaan penting untuk mengevaluasi sebuah studi.

a. Apakah hasil penelitian valid?

Ini pertanyaan validitas studi berpusat pada apakah metode penelitian yang cukup ketat untuk membuat temuan sedekat mungkin dengan kebenaran. Sebagai contoh, apakah para peneliti secara acak menetapkan mata pelajaran untuk pengobatan atau kelompok kontrol dan memastikan bahwa mereka merupakan kunci karakteristik sebelum perawatan? Apakah instrumen yang valid dan reliabel digunakan untuk mengukur hasil kunci?

b. Apakah hasilnya bisa dikonfirmasi?

Untuk studi intervensi, pertanyaan ini keandalan studi membahas apakah intervensi bekerja, dampaknya pada hasil, dan kemungkinan memperoleh hasil yang sama dalam pengaturan praktek dokter sendiri. Untuk studi kualitatif, ini meliputi penilaian apakah pendekatan penelitian sesuai dengan tujuan penelitian,

bersama dengan mengevaluasi aspek-aspek lain dari penelitian ini seperti apakah hasilnya bisa dikonfirmasi.

c. Akankah hasil membantu saya merawat pasien saya?

Ini pertanyaan penelitian penerapan mencakup pertimbangan klinis seperti apakah subyek dalam penelitian ini mirip dengan pasien sendiri, apakah manfaat lebih besar daripada risiko, kelayakan dan efektivitas biaya, dan nilai-nilai dan preferensi pasien. Setelah menilai studi masing-masing, langkah berikutnya adalah untuk menyintesis studi untuk menentukan apakah mereka datang ke kesimpulan yang sama, sehingga mendukung keputusan EBP atau perubahan.

5. Langkah 5 (Mengintegrasikan Bukti Dengan Keahlian Klinis dan Preferensi Pasien dan Nilai-nilai)

Bukti penelitian saja tidak cukup untuk membenarkan perubahan dalam praktek. Keahlian klinis, berdasarkan penilaian pasien, data laboratorium, dan data dari program manajemen hasil, serta preferensi dan nilai-nilai pasien adalah komponen penting dari EBP. Tidak ada formula ajaib untuk bagaimana untuk menimbang masing-masing elemen; pelaksanaan EBP sangat dipengaruhi oleh variabel kelembagaan dan klinis. Misalnya, ada tubuh yang kuat dari bukti yang menunjukkan penurunan kejadian depresi pada pasien luka bakar jika mereka menerima delapan sesi terapi kognitif-perilaku sebelum dikeluarkan dari rumah sakit. Anda ingin pasien Anda memiliki terapi ini dan begitu mereka. Tapi keterbatasan anggaran di rumah sakit Anda mencegah mempekerjakan terapis untuk menawarkan pengobatan. Defisit sumber daya ini menghambat pelaksanaan EBP.

6. Langkah 6 (Evaluasi hasil Keputusan Praktek atau Perubahan Berdasarkan Bukti)

Setelah menerapkan EBP, penting untuk memantau dan mengevaluasi setiap perubahan hasil sehingga efek positif dapat didukung dan yang negatif diperbaiki. Hanya karena intervensi efektif dalam uji ketat dikendalikan tidak berarti ia akan bekerja dengan cara yang sama dalam pengaturan klinis. Pemantauan efek perubahan EBP pada kualitas perawatan kesehatan dan hasil dapat membantu dokter melihat kekurangan dalam pelaksanaan dan mengidentifikasi lebih tepat pasien mana yang paling mungkin untuk mendapatkan keuntungan. Ketika hasil berbeda dari yang dilaporkan dalam literatur penelitian, pemantauan dapat membantu menentukan.

7. Langkah 7 (Menyebarkan Hasil EBP)

Perawat dapat mencapai hasil yang indah bagi pasien mereka melalui EBP, tetapi mereka sering gagal untuk berbagi pengalaman dengan rekan-rekan dan organisasi perawatan kesehatan mereka sendiri atau lainnya. Hal ini menyebabkan perlu duplikasi usaha, dan melanggengkan pendekatan klinis yang tidak berdasarkan bukti-bukti. Di antara cara untuk menyebarkan inisiatif sukses adalah putaran EBP di institusi Anda, presentasi di konferensi lokal, regional, dan nasional, dan laporan dalam jurnal *peer-review*, *news letter profesional*, dan publikasi untuk khalayak umum.

G. Pelaksanaan EBP pada Keperawatan

1. Mengakui status atau arah praktek dan yakin bahwa pemberian perawatan berdasarkan fakta terbaik akan meningkatkan hasil perawatan klien.
2. Implementasi hanya akan sukses bila perawat menggunakan dan mendukung “pemberian perawatan berdasarkan fakta”.

3. Evaluasi penampilan klinik senantiasa dilakukan perawat dalam penggunaan EBP.
4. Praktek berdasarkan fakta berperan penting dalam perawatan kesehatan.
5. Praktek berdasarkan hasil temuan riset akan meningkatkan kualitas praktek, penggunaan biaya yang efektif pada pelayanan kesehatan.
6. Penggunaan EBP meningkatkan profesionalisme dan diikuti dengan evaluasi yang berkelanjutan.
7. Perawat membutuhkan peran dari fakta untuk meningkatkan intuisi, observasi pada klien dan bagaimana respons terhadap intervensi yang diberikan. Dalam tindakan diharapkan perawat memperhatikan etnik, sex, usia, kultur dan status kesehatan.

H. Hambatan Pelaksanaan EBP pada Keperawatan

1. Berkaitan dengan penggunaan waktu.
2. Akses terhadap jurnal dan artikel.
3. Keterampilan untuk mencari.
4. Keterampilan dalam melakukan kritik riset.
5. Kurang paham atau kurang mengerti.
6. Kurangnya kemampuan penguasaan bahasa untuk penggunaan hasil-hasil riset.
7. Salah pengertian tentang proses.
8. Kualitas dari fakta yang ditemukan.
9. Pentingnya pemahaman lebih lanjut tentang bagaimana untuk menggunakan literatur hasil penemuan untuk intervensi praktek yang terbaik untuk diterapkan pada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Cullum, N. *Users' Guides to the Nursing Literature: An Introduction*. *Evid Based Nurs* 2000 3: 71-72.
- DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. *Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconceptions*. *Evid Based Nurs* 1998 1: 38-39.
- Ellen Fineout-Overholt RN, PhD and Linda Johnston RN, PhD. 2011. *Teaching EBP: Implementation of Evidence: Moving from Evidence to Action*.
- Holleman G, Eliens A, van Vliet M, Achterberg T. *Promotion of evidence-based Practice by Professional Nursing Association: Literature Review*. *Journal of Advance Nursing* 53(6), 702-709.
- Lavin MA, Krieger MM, Meyer GA, et al. *Development and Evaluation of Evidence-Based Nursing (EBN) Filters and Related Databases*. *J Med Libr Assoc* 93(1) January 2005.
- MacGuire J.M. *Putting Nursing Research Findings Into Practice: Research Utilization as an Aspect of the Management of Change*. *Journal of Advanced Nursing* 1990: 15, 614-620.

PROFIL PENULIS



Muhammad Nurman, S.Kep Ners., M.Kep Dosen Keperawatan di *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai*, Lahir di Desa Pulau Jambu yang merupakan salah satu desa di Kabupaten Kampar Provinsi Riau, pada tanggal 31 Desember 1977, Anak ke Tiga dari bapak Basri, BA dan Ibu Nurbaiti. Penulis Menyelesaikan pendidikan Serjana (S1) dan Profesi Ners di *STIK Sint. Carolus Jakarta* pada tahun 2003. Kemudian menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan (S2) peminatan Manajemen Keperawatan di *Universitas Andalas Padang* tahun 2012. Selain sebagai pengajar, Penulis aktif sebagai Perawat di Klinik Pratama Universitas Pahlawan, Penulis juga Ketua Satgas Covid 19 di Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, penulis aktif di organisasi PPNI Kabupaten Kampar, penulis juga aktif menulis buku, jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

BAB 9

KOMUNIKASI KEPERAWATAN



Suci Fitri Rahayu

BAB 9

KOMUNIKASI KEPERAWATAN

A. Konsep Komunikasi Efektif

1. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi dalam keperawatan disebut dengan komunikasi terapeutik, dalam hal ini komunikasi yang dilakukan oleh seorang perawat pada saat melakukan intervensi keperawatan harus mampu memberikan khasiat terapi bagi proses penyembuhan klien. Oleh karenanya seorang perawat harus meningkatkan pengetahuan dan kemampuan aplikatif komunikasi terapeutik agar kebutuhan dan kepuasan pasien dapat dipenuhi (Wati & Wianti, 2017).

2. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Tujuan komunikasi terapeutik adalah membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri (Musliha & Fatmawati, 2010).

3. Bentuk Komunikasi Terapeutik

Pesan disampaikan secara verbal maupun nonverbal, dan secara konkrit maupun simbolik. Saat berkomunikasi individu mengekspresikan dirinya melalui kata, pergerakan, intonasi suara, ekspresi wajah, dan penggunaan jarak. Unsur ini bekerja secara harmonis untuk meningkatkan pesan atau konflik untuk menghasilkan kontradiksi dan kebingungan (Potter et al., 2017).

4. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Menurut Pieter ada beberapa prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik. Pertama, hubungan perawat dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan. Hubungan ini didasarkan pada prinsip "humanity of nurse and clients". Kualitas hubungan perawat-klien ditentukan oleh bagaimana perawat mendefinisikan dirinya sebagai manusia. Hubungan perawat dengan klien tidak hanya sekedar hubungan seorang penolong dengan kliennya tapi lebih dari itu, yaitu hubungan antar manusia yang bermartabat.

Kedua, perawat harus menghargai keunikan klien. Tiap individu mempunyai karakter yang berbeda-beda. Karena itu perawat perlu memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan setiap individu.

Ketiga, semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.

Keempat, komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan masalah. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik (Pieter, 2017).

B. Komunikasi Terapeutik dalam Hubungan Terapeutik antara Perawat dan Klien

1. Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik

Tahapan komunikasi terapeutik meliputi empat tahap, dimana pada setiap tahap mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat.

a. Tahap Prainteraksi

Tahap pertama ini merupakan tahap dimana perawat belum bertemu dengan pasien. Tugas perawat dalam tahap ini adalah menggali perasaan, fantasi dan rasa takut dalam diri sendiri, menganalisis kekuatan dan keterbatasan profesional diri sendiri, mengumpulkan data tentang klien jika memungkinkan, dan merencanakan untuk pertemuan pertama dengan klien.

b. Tahap Orientasi Atau Perkenalan

Yakni tahap dimana perawat pertama kali bertemu dengan klien. Tugas perawat dalam tahap ini meliputi: menetapkan alasan klien untuk mencari bantuan, membina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka, menggali pikiran, perasaan dan tindakan-tindakan klien, merumuskan bersama kontrak yang bersifat saling menguntungkan dengan mencakupkan nama, peran, tanggung jawab, harapan, tujuan, tempat pertemuan, waktu pertemuan, kondisi untuk terminasi dan kerahasiaan.

c. Tahap Kerja

Tahap kerja ini merupakan tahap inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Pada tahap ini, perawat dan klien bekerja bersama-sama mengatasi masalah yang dihadapi klien. Pada tahap kerja ini dituntut kompetensi dan kemampuan perawat dalam mendorong klien dalam mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Perawat juga dituntut untuk mempunyai kepekaan dan tingkat

analisis yang tinggi terhadap setiap perubahan dalam respons verbal maupun nonverbal klien.

Pada tahap kerja perawat perlu melakukan *active listening* karena tugas perawat pada tahap kerja ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien. Melalui *active listening*, perawat bisa membantu klien dalam mengidentifikasi masalah yang dihadapinya, bagaimana cara mengatasi masalahnya, dan mengevaluasi cara atau alternative pemecahan masalah yang telah dipilih. Dalam hal ini, perawat diharapkan mampu menyimpulkan hasil percakapannya dengan klien. Teknik menyimpulkan ini merupakan usaha memadukan dan menegaskan hal-hal penting dalam percakapan, dan membantu perawat dan klien memiliki pikiran dan ide yang sama. Tujuan teknik menyimpulkan adalah membantu klien menggali hal-hal dan tema emosional yang penting.

d. Tahap Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dengan klien. Proses terminasi perawat dengan klien merupakan aspek penting dalam asuhan keperawatan, sehingga jika hal ini tidak dilakukan dengan baik oleh perawat, maka regresi dan kecemasan atas kondisi fisik atau psikologis dapat terjadi lagi pada diri klien. Timbulnya respons tersebut sangat dipengaruhi oleh kemampuan perawat untuk terbuka, empati, dan responsif terhadap kebutuhan klien dalam pelaksanaan tahap sebelumnya.

Tahap terminasi dibagi dalam dua bagian, yakni: (1) terminasi sementara, yaitu tahap akhir dari tiap pertemuan perawat dan klien, setelah terminasi sementara, perawat akan bertemu kembali dengan klien pada waktu yang telah ditentukan; dan (2) terminasi akhir, yakni terminasi yang terjadi jika perawat telah menyelesaikan tindak (asuhan) keperawatan secara keseluruhan. Adapun tugas-tugas perawat pada tahap terminasi yaitu:

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini juga disebut evaluasi objektif. Dalam mengevaluasi, perawat tidak boleh terkesan menguji kemampuan klien, akan tetapi sebaiknya terkesan sekedar mengulang atau menyimpulkan.
- 2) Melakukan evaluasi subjektif. Evaluasi subjektif dilakukan dengan cara menanyakan kondisi atau perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat. Perawat perlu mengetahui bagaimana kondisi ataupun perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat. Apakah dia merasa pola interaksinya tersebut bisa dapat mengurangi rasa sakitnya atau bebannya, atau dia merasa ada gunanya berinteraksi atau sebaliknya pola interaksi itu justru menimbulkan masalah baru bagi dirinya.
- 3) Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindakan ini juga disebut sebagai pekerjaan rumah untuk klien. Tindak lanjut yang diberikan harus relevan dengan interaksi yang akan dilakukan berikutnya. Misal, pada akhir interaksi klien sudah memahami tentang beberapa alternative mengatasi marah. Maka, untuk tindak lanjut perawat meminta klien untuk mencoba salah satu dari alternative penyelesaian masalah tersebut.
- 4) Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya. Kontrak ini penting dibuat agar ada kesepakatan antara perawat dan klien untuk pertemuan berikutnya. Kontrak yang dibuat termasuk tempat, waktu, dan tujuan interaksi (Pieter, 2017).

2. Teknik-teknik komunikasi terapeutik

Supaya komunikasi yang kita lakukan dapat mencapai tujuan yang diharapkan, seorang perawat harus menguasai teknik-teknik berkomunikasi agar terapeutik dan menggunakannya secara efektif pada saat berinteraksi dengan klien. Berikut ini teknik komunikasi dikombinasikan dengan pendapat ahli lainnya, selanjutnya coba praktikkan bersama teman Anda dan mintalah teman Anda memberikan penilaian (Anjaswarni, 2016).

a. Mendengarkan dengan Penuh Perhatian (*Listening*)

Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan nonverbal yang sedang dikomunikasikan. Keterampilan mendengarkan dengan penuh perhatian dapat ditunjukkan dengan sikap berikut:

- 1) Pandang klien ketika sedang bicara.
- 2) Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan.
- 3) Hindarkan gerakan yang tidak perlu.
- 4) Anggukkan kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik.
- 5) Condongkan tubuh ke arah lawan bicara.

b. Menunjukkan Penerimaan (*Accepting*)

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain, tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju. Tentu saja sebagai perawat kita tidak harus menerima semua perilaku klien. Perawat sebaiknya menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya. Sikap perawat yang menunjukkan penerimaan dapat diidentifikasi seperti perilaku berikut:

- 1) Mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan.
- 2) Memberikan umpan balik verbal yang menampakkan pengertian.
- 3) Memastikan bahwa isyarat nonverbal cocok dengan komunikasi verbal.
- 4) Menghindarkan untuk berdebat, menghindari mengekspresikan keraguan, atau menghindari untuk mengubah pikiran klien.
- 5) Perawat dapat menganggukan kepalanya atau berkata “ya” atau “saya mengerti apa yang bapak-ibu inginkan”.

c. Menanyakan Pertanyaan Yang Berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai klien. Paling baik jika pertanyaan dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata dalam konteks sosial budaya klien.

d. Mengulang (*Restating/Repeating*)

Maksud mengulang adalah teknik mengulang kembali ucapan klien dengan bahasa perawat. Teknik ini dapat memberikan makna bahwa perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan mengharapkan komunikasi berlanjut.

Contoh:

K : “Saya tidak nafsu makan, seharian saya belum makan.”

P : “Bapak mengalami gangguan untuk makan?”

e. Klarifikasi (*Clarification*)

Teknik ini dilakukan jika perawat ingin memperjelas maksud ungkapan klien. Teknik ini digunakan jika perawat tidak mengerti, tidak jelas, atau tidak mendengar apa yang dibicarakan klien. Perawat perlu mengklarifikasi untuk menyamakan persepsi dengan klien. Contoh, “Coba jelaskan kembali apa yang Bapak maksud dengan kegagalan hidup?”

f. Memfokuskan (*Focusing*)

Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti. Perawat tidak seharusnya memutus pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah yang penting, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi yang baru. Perawat membantu klien membicarakan topik yang telah dipilih dan penting.

Contoh:

Klien : “Ya, beginilah nasib wanita yang teraniaya seperti saya. Tapi, saya pikir untuk apa saya pikirkan sakit ini?”

Perawat : “Coba ceritakan bagaimana perasaan ibu sebagai wanita.”

g. Merefleksikan (*Reflecting/Feedback*)

Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar. Perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh syarat nonverbal klien. Menyampaikan hasil pengamatan perawat sering membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa harus bertambah memfokuskan atau mengklarifikasi pesan.

Contoh:

“Ibu tampak sedih.”

“Apakah Ibu merasa tidak senang apabila Ibu....”

h. Memberi Informasi (*Informing*)

Memberikan informasi merupakan teknik yang digunakan dalam rangka menyampaikan informasi-informasi penting melalui pendidikan kesehatan. Apabila ada informasi yang ditutupi oleh dokter, perawat perlu mengklarifikasi alasannya. Setelah informasi disampaikan, perawat memfasilitasi klien untuk membuat keputusan.

i. Diam (*Silence*)

Diam memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisasi pikirannya. Penggunaan metode diam memerlukan keterampilan dan ketetapan waktu. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisasi pikirannya, dan memproses informasi. Bagi perawat, diam berarti memberikan kesempatan klien untuk berpikir dan berpendapat/berbicara.

j. Identifikasi Tema (*Theme Identification*)

Identifikasi tema adalah menyimpulkan ide pokok/utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pada pembicaraan berikutnya. Teknik ini penting dilakukan sebelum melanjutkan pembicaraan dengan topik yang berkaitan.

Contoh:

“Saya paham terhadap masalah Ibu. Ibu merasa bahwa anak-anak dewasa dan semua telah meninggalkan Ibu sendirian di rumah. Terkait masalah ini, apa rencana yang akan Ibu lakukan untuk mengatasi masalah?”

k. Memberikan Penghargaan (*Reward*)

Menunjukkan perubahan yang terjadi pada klien adalah upaya untuk menghargai klien. Penghargaan tersebut jangan sampai menjadi beban bagi klien yang berakibat klien melakukan segala upaya untuk mendapatkan pujian.

Contoh:

“Saya perhatikan Ibu sudah lebih segar dan sehat.”

“Selamat, ya. Semoga Ibu dapat segera sembuh” (*reward*).

l. Menawarkan Diri

Klien mungkin belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau klien tidak mampu untuk membuat dirinya dimengerti. Sering kali perawat hanya menawarkan kehadirannya, rasa tertarik, dan teknik komunikasi ini harus dilakukan tanpa pamrih.

Contoh: “Saya ingin Anda merasa tenang dan nyaman.”

m. Memberi Kesempatan Kepada Klien untuk Memulai Pembicaraan

Memberi kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Perawat dapat berperan dalam menstimulasi klien untuk mengambil inisiatif dalam membuka pembicaraan.

Contoh:

“Adakah sesuatu yang ingin Ibu bicarakan?”

“Apakah yang sedang Ibu pikirkan?”

“Dari mana Ibu ingin mulai pembicaraan ini?”

n. Mengajukan Untuk Meneruskan Pembicaraan

Hal ini merupakan teknik mendengarkan yang aktif, yaitu perawat mengajukan atau mengarahkan pasien untuk terus

bercerita. Teknik ini mengindikasikan bahwa perawat sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan klien dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya.

Contoh:

“... lanjutkan Ibu”

“... dan kemudian ...?”

“Ceritakan kepada saya tentang itu”

o. Refleksi

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan serta menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

Contoh:

“Bagaimana menurutmu?” atau “Bagaimana perasaanmu?”

Dengan teknik ini, dapat diindikasikan bahwa pendapat klien adalah berharga.

p. Humor

Humor yang dimaksud adalah humor yang efektif. Humor ini bertujuan untuk menjaga keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi. Perawat harus hati-hati dalam menggunakan teknik ini karena ketidaktepatan penggunaan waktu dapat menyinggung perasaan klien yang berakibat pada ketidakpercayaan klien kepada perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan* (1st ed., Vol. 1). Pusdik SDM Kesehatan.
- Musliha, & Fatmawati. (2010). *Komunikasi Keperawatan Terapeutik*. Nuha Medika.
- Pieter, H. Z. (2017). *Dasar-Dasar Komunikasi bagi Perawat* (1st ed.). Kencana.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., Hall, A., Novieastari, E., Ibrahim, K., Ramdaniati, S., & Deswani, D. (2017). *Fundamentals of Nursing Vol 1- 9th Indonesian edition* (9th ed., Vol. 1). Elsevier .
- Wati, E., & Wianti, A. (2017). *Komunikasi Keperawatan* (1st ed., Vol. 1). LovRinz Publishing.

PROFIL PENULIS



Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep, lahir di Banjarmasin tanggal 09 Mei 1989. Latar belakang pendidikan lulus S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2012, lulus S2 Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan Konsentrasi Gawat Darurat di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2017.

Memulai karir sebagai dosen khususnya Keperawatan tahun 2017 hingga sekarang di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Bergabung dan aktif dalam Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Ikatan Paerawat Anak Indonesia (IPANI) Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan. Berbagai artikel penelitian dan pengabdian masyarakat sudah termuat di berbagai jurnal nasional. Berbagai buku ajarnya juga sudah terdaftar di e-HakCipta Kekayaan Intelektual oleh Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual Kementerian Hukum dan HAM RI.

BAB 10

EDUKASI PASIEN



Neneng Fitria Ningsih

BAB 10

EDUKASI PASIEN

A. Pendahuluan

Salah satu Ujung tombak pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah perawat, yang dituntut untuk mampu memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas untuk memenuhi kebutuhan pasien. Dalam memberikan asuhan keperawatan, komunikasi sebagai modal dalam memberikan edukasi kepada pasien merupakan hal yang sangat penting dilakukan perawat (Arumsari dkk. 2016)

Menurut Nabavi, Rajabpoor, Mahmoodi, Pouresmail, dan Mikaniki (2016), edukasi adalah hak pasien yang mendasar. Artinya, edukasi wajib diberikan oleh staf kesehatan kepada pasien dan keluarga selama proses pelayanan kesehatan. World Health Organization (2012) merekomendasikan agar dibentuk tim khusus edukasi kesehatan untuk meningkatkan efisiensi kegiatan edukasi. Selain itu, kegiatan edukasi kesehatan ditetapkan sebagai kegiatan kolaborasi interprofesionalis (Drennan, Naughton, Allen, Hyde, O'Boyle, & Felle, 2011).

Perawat yang mempunyai kemampuan keterampilan yang baik dalam berkomunikasi akan memudahkan perawat dalam menjalin hubungan yang baik dengan pasien dan keluarga (Liljeroos, Snellman, & Ekstedt, 2011).

B. Pengertian

Edukasi adalah suatu kondisi yang memberikan pengetahuan, pemahaman dan pengajaran (Abibakrin, 2015) Pemberian edukasi

pasien dan keluarga adalah usaha atau kegiatan yang dilakukan dalam rangka memberikan informasi terhadap masalah kesehatan pasien yang belum diketahui pasien dan keluarganya. Sedangkan hal tersebut perlu diketahui untuk membantu dan mendukung penatalaksanaan medis atau tenaga kesehatan lainnya.

Edukasi kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis yang mana perubahan tersebut bukan seperangkat prosedur, akan tetapi suatu perubahan karena adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok ataupun masyarakat.

Edukasi yang disebut juga dengan pendidikan kesehatan merupakan upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik secara individu, kelompok ataupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.(Notoadmojo dalam priyanto, 2018)

Edukasi pasien dan keluarga menurut Nabavi, Rajabpoor, Mahmoodi, Pouresmail, dan Mikaniki (2016) didefinisikan sebagai seperangkat kegiatan formal dan informal yang diberikan oleh staf kesehatan untuk mencapai peningkatan kesehatan dengan memberikan informasi dan pengetahuan tentang keterampilan yang dibutuhkan untuk manajemen sehat dan sakit.

Dari beberapa pengertian diatas dapat diartikan edukasi atau pendidikan kesehatan adalah sebuah upaya dalam memberikan informasi, instruksi ataupun meningkatkan pemahaman pasien/masyarakat tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat meliputi jenis pendidikan terkait potensial kesehatan dan bagaimana potensial kesehatan dapat tercapai atau terkait bagaimana menghindari masalah penyakit tertentu. (Carr et al, 2014)

C. Tujuan Edukasi Pasien

Menurut Undang Undang Kesehatan No 23 tahun 1992 tujuan dari pendidikan kesehatan atau edukasi pasien adalah “ Meningkatkan kemampuan pasien atau masyarakat masyarakat baik secara fisik, mental dan sosialnya sehingga menjadi produktif secara ekonomi maupun secara social, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan.

Menurut Mubarak & Chayantin dalam Budiarti 2018, tujuan edukasi adalah sebagai berikut.

1. Menetapkan masalah dan kebutuhan pasien
2. Memenuhi kebutuhan sesuai maslah pasien sesuai dengan sumber daya yang ada.
3. Memutuskan kegiatan yang paling tepat dilakukan guna meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan pasien/ masyarakat.

Menurut Komite Akreditasi Rumah Sakit dalam SNARS 2018 tujuan edukasi pasien dan keluarga, yaitu

1. Agar pasien dan keluarga memahami kondisi kesehatannya sehingga dapat berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan.
2. Agar pasien dan keluarga mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya.

Selain dari itu tujuan pemberian edukasi selain agar pasien mengerti dan memahami masalah kesehatan yang ada, juga dapat meningkatkan pengetahuan dan atau ketrampilan pasien dan keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami, membantu pasien dan keluarga dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai kesehatan secara optimal.

D. Sasaran

Sasaran yang akan diberikan edukasi dapat kita bagi menjadi 3 kelompok sasaran yaitu:

1. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Adalah sasaran yang langsung ke target yang akan kita berikan edukasi seperti pasien dan keluarga.

2. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Adalah sasaran pada tokoh masyarakat, adat yang akan dapat memberikan informasi balik kepada anggota masyarakatnya.

3. Sasaran Tersier (*Tersier Target*)

Adalah sasaran yang diberikan kepada pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat atas maupun tingkat bawah. Dengan inisiasi diharapkan akan dapat berdampak pada perilaku kelompok sasaran sekunder ataupun primer

Edukasi pasien di pelayanan kesehatan merupakan bentuk sasaran edukasi secara primer. Yaitu langsung kepada pasien dan keluarga.

E. Prinsip Edukasi

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan edukasi kepada pasien adalah:

1. Memperlakukan klien dengan sopan;
2. Memahami, menghargai, dan menerima keadaan sebagaimana adanya;
3. Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami;
4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari;

5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan resiko yang dimiliki pasien;
6. Menumbuhkan lingkungan yang mendukung terhadap peningkatan kesehatan pasien;
7. Meningkatkan kualitas pelayanan ke pasien.

F. Media Edukasi pasien

Pada hakekatnya Media edukasi adalah alat bantu dalam proses pelaksanaan edukasi. Menurut Mahfoedz dan Suryani (2013) media edukasi pasien dan keluarga merupakan alat yang dapat membantu mempermudah proses penerimaan pesan (informasi) kesehatan bagi pasien dan keluarga. Secara garis besar ada tiga macam alat bantu edukasi, yaitu media melihat (*visual*), media mendengar (*audio*), dan media lihat dengar (*audiovisual*). (Notoadmojo, 2012)

Berdasarkan fungsinya sebagai penyampaian pesan kesehatan media dibagi menjadi 3 yaitu media cetak, media elektronik dan media papan (Yani, 2018) :

1. Media Cetak

- a. *Booklet Media* untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet* Bentuk penyampaian pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi keduanya.
- c. *Flyer* Berbentuk seperti *leaflet* namun tidak berlipat.
- d. *Flip chart* Media penyampaian informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Media ini berbentuk buku dimana setiap halaman berisi gambar peragaan dan halaman selanjutnya berisi kalimat sebagai informasi yang berkaitan dengan gambar.
- e. *Rubric* Tulisan pada majalah atau Koran yang membahas tentang suatu masalah kesehatan.

- f. Poster Media cetak yang berisi informasi-informasi kesehatan yang biasanya ditempelkan ditembok-tembok, tempat umum dan kendaraan umum.
- g. Foto Informasi kesehatan hasil tangkapan kamera.

2. Media Elektronik

- a. Televisi Menyampaikan pesan informasi kesehatan dalam bentuk audio visual.
- b. Radio Alat elektronik yang dapat digunakan untuk mendengarkan berita aktual, dapat mengetahui beberapa kejadian dan peristiwa penting dan baru. Selain itu juga radio sangat efektif digunakan sebagai media pembelajaran.
- c. Video Teknologi informasi kesehatan berupa pengiriman sinyal elektronik dari suatu gambar bergerak. Aplikasi umum dari video adalah televisi, tetapi juga dapat digunakan dalam aplikasi lain.
- d. Slide Lembar kerja untuk persentasi.
- e. *Film Strip Film* transparan yang umumnya berukuran 35 mm dan diberi bingkai 2x2 inci.
- f. Internet Jaringan komputer yang saling terhubung dengan menggunakan standar sistem *global Transmission Control Protocol*.
- g. Telepon seluler Adalah media yang dapat digunakan untuk mengirim pesan kesehatan dengan fasilitas SMS.

3. Media Papan (*Bill Board*)

Merupakan media informasi kesehatan yang dipasang ditempat umum seperti pinggir jalan atau gedung bertingkat.

Dari berbagai jenis media edukasi yang diuraikan diatas maka media yang paling efektif dilakukan dalam proses edukasi pada pasien adalah media Audiovisual seperti televisi ataupun video, karna media

yang seperti ini melibatkan penglihatan dan pendengaran dan dapat di ulang jika pasien membutuhkannya.

G. Langkah langkah edukasi

1. Menentukan tujuan komunikasi (*knowledge, attitude, practice*);
2. Mengidentifikasi khalayak sasaran;
3. Mengembangkan pesan;
4. Memilih media /strategi;
5. Merencanakan dukungan sumber daya dan penguatan interpersonal;
6. Menyusun rencana kegiatan.

H. Prosedur pemberian Edukasi kepada Pasien dan Keluarga

Sebelum melakukan edukasi kepada pasien, dokter/ perawat sebaiknya melakukan assesmen kepada pasien dan keluarga/wali.

Hal yang perlu diperhatikan adalah :

1. Keyakinan dan nilai – nilai keagamaan yang dianut pasien dan keluarga;
2. Kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan ;
3. Hambatan emosional dan motivasi (emosional :depresi, senang, dan marah);
4. Keterbatasan fisik dan kongnitif;
5. Kesiediaan pasien untuk menerima informasi.

Hal ini dilakukan agar dokter atau staff dapat mengetahui metode pendekatan yang tepat dan mengetahui apakah pasien maupun keluarga dapat menerima hasil edukasi dengan baik

Setelah melalui tahap assesmen, akan ditemukan beberapa kondisi. Jika pasien dalam suasana tenang, maka proses penyampaian

edukasi akan mudah disampaikan baik kepada pasien maupun keluarga. Jika pasien memiliki hambatan fisik (seperti tuna rungu atau wicara), maka pemberian edukasi dapat diberikan kepada pasien melalui leaflet dan menjelaskan terlebih lanjut kepada keluarga. Jika ditemukan hambatan emosional (stress, marah) pada pasien, maka penyampaian edukasi bisa diberikan kepada pasien secara lebih halus dan juga kepada keluarga/wali. Dan jika pasien mengalami hambatan bahasa, rumah sakit akan menyediakan petugas translator bahasa, sesuai bahasa yang dimengerti pasien.

Edukasi tidak dilakukan secara satu arah, setelah edukasi dilaksanakan, proses verifikasi harus dilakukan untuk mengetahui apakah pasien atau keluarga sudah memahami materi yang diberikan. Cara untuk melakukan verifikasi berupa :

1. Jika pasien dalam keadaan tenang, maka dokter dapat menanyakan kembali apakah ada yang kurang jelas atau ada yang masih dibingungkan. Jika tidak bisa menyebutkan, bisa digali kembali.
2. Jika pasien memiliki hambatan fisik, maka dokter dapat menanyakan hal yang masih dibingungkan dari yang dijelaskan kepada keluarga, dan adakah yang masih kurang jelas pada *leaflet* kepada pasien.
3. Jika pasien memiliki hambatan mental, maka dokter dapat menanyakan hal yang masih dibingungkan kepada keluarga maupun kepada pasien jika sudah tenang via telepon maupun mendatanginya secara langsung.

Jika pasien dan keluarga sudah merasa jelas, dan tidak ada yang ditanyakan, keputusan pengambilan tindakan diserahkan sepenuhnya kepada pasien dan keluarga. Jika pasien berumur dibawah 18 tahun, maka keputusan penatalaksanaan berada ditangan keluarga.

Keputusan dari pihak pasien maupun keluarga, baik itu penolakan atau penerimaan tindakan, harus dibentuk dalam surat atau tulisan medis resmi (*Informed Consent*) dan didokumentasikan secara resmi.

I. Faktor Factor Yang Mempengaruhi Edukasi Pasien dan Keluarga

Proses edukasi dapat berasal dari perawat ataupun berasal dari pasien sendiri.

Faktor yang berasal dari perawat antara lain:

1. Sikap : Sikap perawat yang baik akan membuat pasien lebih nyaman sehingga membuat pasien akan lebih mudah memahami informs yang disampaikan
2. Emosi: Pengendalian emosi yang baik dari perawat untuk bias bersikap sabra akan membuat proses penyampain informasi menjadi lebih mudah di terima oleh pasien.
3. Pengetahuan dan keterampilan :
Kunci keberhasilan dari edukasi adalah pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh perawat, pengetahuan dan keterampilan perawat yang lebih baik akan membuat pasien menrima banyak informasi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Motivasi : semakin bagus motivasi perawat untuk memberikan edukasi akan membuat pasien menjadi lebih tertarik dengan informasi yang akan disampaikan perawat.
5. Pengalaman masa lalu: Semakin berpengalaman perawat dalam memberikan edukasi kepada pasien maka akan lebih terarah informasi yang akan diberikan, yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat akan lebih bias membaca situasi dan kondisi perawat.

Faktor dari pasien juga dapat mempengaruhi proses pelaksanaan edukasi. Sikap, motivasi kesehatan fisik, tingkat pendidikan pasien serta tahap perkembangan pasien akan dapat mempengaruhi proses penyampaian edukasi. Sikap pasien yang baik akan memudahkan perawat untuk menyampaikan informasi kesehatan pasien. Kestabilan emosi pasien juga akan memudahkan perawat dalam penyampaian edukasi, semakin dewasa usia pasien maka akan semakin cepat pula proses pemahaman terkait informasi yang diterimanya.

J. Indikator keberhasilan

1. Tahu Secara Sepintas
Individu/pasien mengetahui terkait materi yang sudah disampaikan.
2. Tertarik (*Interes*)
Hasil dari edukasi yang diberikan mulai ingin mengetahui lebih banyak terkait materi edukasi dan berusaha mencari sumber yang lain.
3. Penilaian (*evaluation*)
Setelah individu mempunyai pengetahuan yang cukup tentang materi yang disampaikan maka akan mulai mempertimbangkan.
4. Percobaan (*Trial*)
Dalam tahap ini individu mulai menjalankan anjuran dan saran dari petugas kesehatan dengan mulai mencoba, hasilnya nanti akan menentukan apakah individu bias menerima atau tidak.
5. Adopsi (*adaption*)
Pada tahap ini individu sudah mulai menerima, jika individu merasa puas atau mengalami perubahan dari kondisi ,maka

selanjutnya individu akan tetap mempertahankannya dan dilaksanakan secara terus menerus.

DAFTAR PUSTAKA

- Arumsari dkk.(2016) Hambatan Komunikasi efektif dengan keluarga pasien dalam perspektif Perawat.Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia. 2016;2(2):104–114
- Azzahra. A.S. () *Metode edukasi yang paling tepat Digunakan oleh Dokter Kepada Pasien yang Akan Menjalani Amputasi RSUD Dr. Moewardi Surakarta*
- Budiarti R.I (2018) *Pengaruh Edukasi Terhadap Fakultas Ilmu kesehatan UMP*
- Carr, S., et al. (2014). *Kesehatan Masyarakat Epidemiologi* Edisi 2. EGC: Jakarta
- Liansyah TM, Kurniawan H. (2015) Pentingnya Komunikasi Dalam Pelayanan Kesehatan Primer.J Kedokt Syiah Kuala. 2015.
- Machfoedz, I., & Suryani, E. (2013).*Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Nabavi, H. M., Rajabpoor, M., Mahmoodi, J., Pouresmail, Z., & Mikaniki, T. (2016). *Comparing the Patient's Satisfaction with Educational Performance of the Physicians and the Nurses*.*Journal of Jundishapur J Chronic Dis Care*.Vol 3 (1).
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*.Jakarta : Rineka Cipta.
- Rriyanto R, dkk (2018) *perancangan model wisata edukasi di objek wisata kampong tulip*, jurnal pengabdian kepada masyarakat vol. 1 No 1 februari 2018
- SNARS.(2018). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Undang Undang Kesehatan No 23 tahun 1992

WHO. (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Cairo: WHO regional office for the Eastern Mediterania.

PROFIL PENULIS



Ns. Neneng Fitria Ningsih dilahirkan di Kuok pada tanggal 30 September 1976 adalah pengajar di Fakultas Ilmu kesehatan prodi Sarjana Keperawatan di Universitas pahlawan tuanku Tambusai Riau, alumni Pendidikan D.III keperawatan di Akper Mercuvaktijaya padang tahun 1998, Sarjana keperawatan di Stikes Tuanku Tambusai Bangkinang pada tahun 2009 dan Magister biomedik di Universitas andalan padang pada tahun 2013. Sampai saat ini masih aktif mengajar di Universitas pahlawan tuanku Tambusai pada prodi s1 keperawatan.

BAB 11

CARING



Apriza

BAB 11

CARING

A. Pengertian *Caring*

Perawat menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah orang yang mendapat pendidikan khusus untuk merawat, terutama merawat orang sakit. Dari tahun ketahun pengertian perawat semakin meluas. Pada saat ini, pengertian perawat merujuk pada posisinya sebagai bagian dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional. Menurut UU RI No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan.

Menurut ICN (*International Council of Nursing*) tahun 1965, Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat serta berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan pelayanan penderita sakit.

Dari beberapa definisi di atas maka dapat disimpulkan bahwa perawat adalah tenaga profesional yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan dalam melaksanakan dan memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami masalah kesehatan.

Dalam melaksanakan fungsinya sebagai pemberi pelayanan keperawatan yang komprehensif maka perawat memerlukan nilai nilai esensi yang harus melekat dalam jiwa dan kepribadiannya. Salah

satu nilai esensi yang diperlukan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang profesional, terampil dalam intelektual, teknikal dan interpersonal adalah perilaku caring (Anggoro, Aeni and Istioningsih, 2019)

Perilaku *caring* yang diaplikasikan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien bertujuan untuk memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien sehingga caring dapat menjadi salah satu faktor utama yang mampu memberikan rasa kepuasan kepada pasien dan berdampak dalam mempercepat kesembuhan pasien.

Teori *caring* berkembang dari kepercayaan, nilai dan asumsi Watson tentang perawatan. Menurut Watson, merawat dan cinta menyusun jiwa dan merupakan inti dari sifat perikemanusiaan. Beliau mencatat bahwa dalam sejarahnya, keperawatan melibatkan caring dan berkembang dari caring. Selain itu, beliau menyebutkan bahwa caring akan menentukan kontribusi keperawatan dalam memanusiakan manusia di dunia.

Definisi *caring* menurut beberapa ahli yaitu; Caring menurut teori Swanson dalam (Potter, 2010) adalah holistik dari keperawatan yang berguna untuk mendukung proses kesembuhan klien dan cara menjalin hubungan peduli dengan klien serta bertanggung jawab atas kondisi klien. Leininger (1984, dalam (Kozier et al, 2010) mengungkapkan perilaku *caring* merupakan adanya rasa kenyamanan, kasih sayang, kepedulian, perilaku koping, empati, dukungan dan kepercayaan dari perawat yang ditujukan kepada klien. Miller (1995, dalam (Kozier et al, 2010) mengartikan caring berupa tindakan yang disengaja yang menimbulkan rasa aman secara fisik dan emosi yang tulus dilakukan oleh orang yang memberikan asuhan keperawatan. *The National League for Nursing* (2007) and *The American Association of Colleges of Nursing* (2008) juga menyatakan

bahwa *caring* merupakan hal yang fundamental dalam keperawatan. Kompetensi yang dimiliki seorang perawat dan perilaku *caring*, merupakan dua hal yang sangat penting dalam memberikan perawatan, agar pasien merasa aman dan nyaman selama menjalani perawatan, dan *caring* penting untuk meningkatkan kualitas keperawatan (Rhodes, M., & Brickman, 2011).

Berdasarkan beberapa pendapat para ahli diatas maka, dapat disimpulkan bahwa *caring* merupakan suatu perilaku ataupun sikap peduli perawat terhadap pasien dalam memberikan asuhan keperawatan dengan cara merawat pasien dengan sepenuh hati, berkomunikasi secara terapeutik, peka, memberikan dukungan yang terbaik disertai dengan adanya sentuhan yang ikhlas dalam melaksanakan implementasi keperawatan kepada pasien.

B. Konsep *Caring* menurut Beberapa Ahli Keperawatan

1. Teori *Caring* Menurut Watson

Ilmu *caring* merupakan suatu orientasi *human science* dan kemanusiaan terhadap proses, fenomena, dan pengalaman perawatan manusia. Dalam pandangan keperawatan Jean Watson, manusia diyakini sebagai *person as a whole, as a fully functional integrated self*. Jean Watson mendefinisikan sehat sebagai kondisi yang utuh dan selaras antara badan, pikiran, dan jiwa, ini berkaitan dengan tingkat kesesuaian antara diri yang dipersepsikan dan diri yang diwujudkan. Beberapa hal prinsip sehat sakit menurut beliau, antara lain:

- a. Sehat menggambarkan suatu keutuhan kondisi seseorang yang sifatnya multidimensional, yang dapat berfluktuasi tergantung dari inter relasi antara faktor-faktor yang mempengaruhi.
- b. Kondisi sehat dapat dicapai, karena adanya kemampuan seseorang untuk beradaptasi terhadap lingkungan baik internal maupun eksternal.

- c. Sehat tidak dapat dinyatakan sebagai suatu kondisi yang terhenti pada titik tertentu, tetapi berubah-ubah tergantung pada kapasitasnya untuk berfungsi pada lingkungan yang dinamis.

Menurut Watson dalam (Bergbom, Nåden and Nyström, 2021), fokus keperawatan ditujukan pada promosi kesehatan dan penyembuhan penyakit dan dibangun dari sepuluh faktor karatif, yang meliputi :

- a. Pembentukan Sistem *Humanistic* dan *Altruistic*, nilai-nilai humanistic dan altruistic dipelajari sejak awal kehidupan tetapi dapat dipengaruhi dengan sangat oleh para pendidik perawat. Faktor ini dapat didefinisikan sebagai kepuasan melalui pemberian dan perpanjangan dari kesadaran diri.
- b. Penanaman (melalui pendidikan) *Faith-Hope*, merupakan hal yang sangat penting dalam *caratif* dan *curatif*. Perawat perlu selalu memiliki berpikir positif sehingga dapat menularkan kepada klien yang akan membantu meningkatkan kesembuhan dan kesejahteraan klien.
- c. Pengembangan sensitivitas atau kepekaan diri kepada orang lain Karena pikiran dan emosi seseorang adalah jendela jiwa.
- d. Pengembangan hubungan yang bersifat membantu dan saling percaya Sebuah hubungan saling percaya digambarkan sebagai hubungan yang memfasilitasi untuk penerimaan perasaan positif dan negatif yang termasuk dalam hal ini, kejujuran, empati, kehangatan dan komunikasi efektif.
- e. Meningkatkan dan saling menerima pengungkapan ekspresi perasaan baik ekspresi perasaan positif maupun negatif.
- f. Menggunakan metode ilmiah dan menyelesaikan masalah dan pengambilan keputusan.

- g. Meningkatkan dan memfasilitasi proses belajar mengajar yang bersifat interpersonal, Menciptakan lingkungan yang mendukung, melindungi dan meningkatkan atau memperbaiki keadaan mental, sosial, kultural dan lingkungan spiritual.
- h. Membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia dengan antusias (kebutuhan- kebutuhan survival, fungsional, integratif dan grup).
- i. Mengembangkan kekuatan faktor *excistensial phenomenologic*
Teori watson memiliki 7 asumsi dasar yang menjadi kerangka kerja dalam pengembangan teori, yaitu:
 - 1) *Caring* dapat dilakukan dan dipraktikkan secara interpersonal. *Caring* meliputi faktor-faktor karatif yang dihasilkan dari kepuasan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
 - 2) *Caring* yang efektif akan meningkatkan status kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga.
 - 3) Respon caring adalah menerima seseorang tidak hanya sebagai seseorang berdasarkan saat ini tetapi seperti apa dia mungkin akan menjadi dimasa depannya.
 - 4) *Caring environment*, menyediakan perkembangan potensi dan memberikan keluasaan memilih kegiatan yang terbaik bagi diri seseorang dalam waktu yang telah ditentukan.
 - 5) *Caring* bersifat *healthogenic* dari pada sekedar curing.
 - 6) Praktek caring mengintegrasikan pengetahuan biopisikal dan perilaku manusia meningkatkan kesehatan. Dan untuk membantu pasien yang sakit, dimana caring melengkapi curing.
 - 7) *Caring* merupakan inti dari keperawatan.

Nilai-nilai yang mendasari konsep *caring* menurut Watson meliputi:

a. Konsep Tentang Manusia

Manusia merupakan suatu fungsi yang utuh dari diri yang terintegrasi (ingin dirawat, dihormati, mendapatkan asuhan, dipahami dan dibantu). Manusia pada dasarnya ingin merasa dimiliki oleh lingkungan sekitarnya merasa dimiliki dan merasa menjadi bagian dari kelompok atau masyarakat, dan merasa dicintai dan merasa mencintai.

b. Konsep Tentang Kesehatan

Kesehatan merupakan keutuhan dan keharmonisan pikiran fungsi fisik dan fungsi sosial. Menekankan pada fungsi pemeliharaan dan adaptasi untuk meningkatkan fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Kesehatan merupakan keadaan terbebas dari keadaan penyakit, dan Jean Watson menekankan pada usaha-usaha yang dilakukan untuk mencapai hal tersebut.

c. Konsep Tentang Lingkungan

Berdasarkan teori Jean Watson, caring dan nursing merupakan konstanta dalam setiap keadaan di masyarakat. Perilaku caring tidak diwariskan dari generasi ke generasi berikutnya, akan tetapi hal tersebut diwariskan dengan pengaruh budaya sebagai strategi untuk melakukan mekanisme koping terhadap lingkungan tertentu.

d. Konsep tentang keperawatan

Keperawatan berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan caring ditujukan untuk klien baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

2. Dimensi *Caring* Menurut Kristen Swanson

Menurut Swanson, ada lima asumsi yang mendasari konsep caring. 5 konsep tersebut adalah :

a. *Maintaining Belief.*

Maintaining belief adalah mempertahankan iman dalam kapasitas orang lain, untuk mendapatkan melalui suatu peristiwa atau transisi dan menghadapi masa depan dengan bermakna. Tujuannya adalah untuk memungkinkan yang lain sehingga dalam batas-batas kehidupannya, ia mampu menemukan makna dan mempertahankan sikap yang penuh harapan.

b. *Knowing*

Knowing adalah berjuang untuk memahami peristiwa seperti yang memiliki makna dalam kehidupan yang lain. Mengetahui melibatkan untuk menghindari asumsi tentang makna dari suatu peristiwa dengan yang merawat, yang berpusat pada kebutuhan lain, melakukan kajian mendalam, mencari petunjuk verbal dan nonverbal, dan mengikutsertakan dari keduanya.

c. *Being with*

Being with adalah secara emosional hadir untuk yang lain dengan menyampaikan ketersediaan berkelanjutan, perasaan berbagi, dan pemantauan yang peduli memberikan tidak membebani orang dirawat.

d. *Doing for*

Doing for adalah melakukan untuk yang lain apa yang dia akan lakukan untuk diri sendiri jika hal itu mungkin. Melakukan untuk yang lain berarti memberikan perawatan yang nyaman, protektif, dan antisipatif, serta menjalankan tugasnya terampil dan kompeten sambil menjaga martabat orang tersebut.

e. *Enabling*

Enabling adalah memfasilitasi bagian yang lain melalui transisi kehidupan dan peristiwa asing dengan memberi informasi, menjelaskan, mendukung, dengan fokus pada masalah yang relevan, berfikir melalui masalah, dan menghasilkan alternatif, sehingga

meningkatkan penyembuhan pribadi klien, pertumbuhan, dan perawatan diri.

C. Komponen *Caring*

1. Komponen *Caring* Menurut Simon Roach

Menurut Roach dalam (Bahari, Talosig and Pizarro, 2021) ada lima komponen *caring* yaitu:

a. *Compassion* (Kasih Sayang)

Compassion adalah kepekaan terhadap kesulitan dan kepedihan orang lain dapat berupa membantu seseorang untuk tetap bertahan, memberikan kesempatan untuk berbagi, dan memberi ruang bagi orang lain untuk berbagi perasaan, serta memberikan dukungan secara penuh.

b. *Competence* (Kemampuan)

Competence adalah memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan, pengalaman, energi dan motivasi sebagai rasa tanggung jawab terhadap profesi. *Compassion* tanpa *competence* akan terjadi kelalaian klinis, sebaliknya *competence* tanpa *compassion* menghasilkan suatu tindakan

c. *Confidence* (Kepercayaan Diri)

Confidence adalah suatu keadaan untuk memelihara hubungan antar manusia dengan penuh percaya diri. *Confidence* dapat berupa ekspresi *caring* yang meningkatkan kepercayaan tanpa mengabaikan kemampuan orang lain untuk tumbuh dan menyampaikan kebenaran.

d. *Conscience* (Suara Hati)

Perawat memiliki standar moral yang tumbuh dari sistem nilai humanistik altruistik (peduli kesejahteraan orang lain) yang dianut dan direfleksikan pada tingkah lakunya.

e. Commitment

Melakukan tugas secara konsekuen dan berkualitas terhadap tugas, orang, karier yang dipilih.

D. Komponen *Caring* Menurut K. M. Swanson

Swanson dalam *Middle Theory of Caring* mendeskripsikan 5 proses caring menjadi lebih praktis, yaitu:

1. Komponen Mempertahankan Keyakinan, mengaktualisasi diri untuk menolong orang lain, mampu menolong orang lain dengan tulus, memberikan ketenangan kepada klien, dan memiliki sikap yang positif.
2. Komponen Pengetahuan, memberikan pemahaman klinis tentang kondisi dan situasi klien, melakukan setiap tindakan berdasarkan aturan, dan menghindari terjadinya komplikasi.
3. Komponen Kebersamaan, hadir secara emosional dengan orang lain, mampu berbagi dengan klien secara tulus, dan membangun kepercayaan dengan klien.
4. Komponen Tindakan yang Dilakukan, tindakan terapeutik seperti membuat nyaman, antisipasi bahaya, dan intervensi yang kompeten.
5. Komponen Memungkinkan, memberikan *informed consent* pada setiap tindakan, memberikan respon yang positif terhadap keluhan klien

E. Manfaat *Caring*

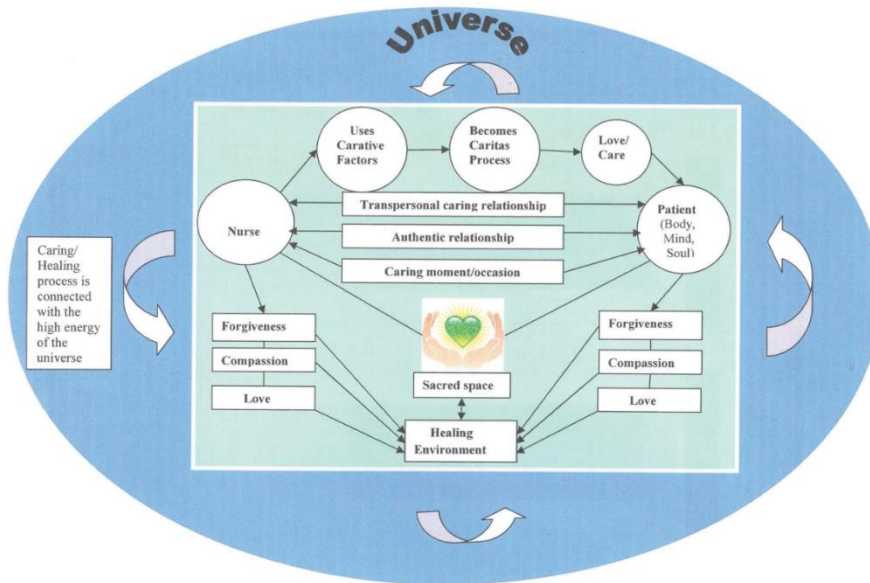
Pemberian pelayanan keperawatan yang didasari oleh perilaku caring perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan caring yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan mengenai perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian

pelayanan kepada pasien. Watson mengungkapkan bahwa *caring* yang dilakukan dengan efektif dapat mendorong kesehatan dan pertumbuhan individu. Selain itu (Apriza, 2018) dan (Gannika and Karundeng, 2020) dalam penelitiannya, menemukan adanya hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* perawat dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap rumah sakit. Dengan demikian, perilaku *caring* yang ditampilkan oleh seorang perawat akan mempengaruhi kepuasan klien.

Perilaku *caring* perawat tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan klien, namun juga dapat menghasilkan keuntungan bagi rumah sakit. Perilaku *caring* staf kesehatan mempunyai nilai ekonomi bagi rumah sakit karena perilaku ini berdampak bagi kepuasan pasien. Dengan demikian, secara jelas dapat diketahui bahwa perilaku *caring* perawat dapat memberikan kemanfaatan bagi pelayanan kesehatan karena dapat meningkatkan kesehatan dan pertumbuhan individu serta meningkatkan kepuasan pasien sehingga akan meningkatkan kunjungan pasien ke rumah sakit dan pada akhirnya memberikan keuntungan finansial bagi rumah sakit.

F. Perilaku *Caring* dalam Praktik Keperawatan

Menurut (Kusmiran, 2015) *Caring* merupakan adanya perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi. *Caring* merupakan sentral untuk praktik keperawatan karena *caring* merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk lebih meningkatkan kepeduliannya kepada klien. Dalam keperawatan, *caring* merupakan bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan. Pengaruh *caring* dapat ditunjukkan dalam kualitas asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat, dan diharapkan oleh pasien/klien dalam praktik pelayanan keperawatan.



Gambar 11.1.

***Watson's Theory of Human Caring – A Practice Model
Giving (Lukose, 2011)***

Berdasarkan gambar diatas, penerapan *caring* oleh perawat terhadap pasien dilakukan dengan adanya hubungan transpersonal dengan pasien dengan menerapkan 10 *carative* faktor yang telah dijelaskan oleh Watson. Perawat menggunakan dimensi *compassion*/kasih sayang, memaafkan, menyayangi dan empati terhadap pasien. Hasil akhir dari hubungan *caring* ini menyebabkan adanya kondisi yang nyaman bagi pasien sehingga membuka peluang bagi pasien untuk mengaktualisasikan dirinya dan mempercepat pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggoro, W. T., Aeni, Q. and Istioningsih, I. (2019) 'Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Perilaku Caring', *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(2), p. 98. doi: 10.26714/jkj.6.2.2018.98-105.
- Apriza (2018) 'Hubungan Caring Perawat Dengan Kepuasan Pasien', *Jurnal ners*, 2(23).
- Bahari, K., Talosig, A. T. and Pizarro, J. B. (2021) 'Nursing Technologies Creativity as an Expression of Caring: A Grounded Theory Study', *Global Qualitative Nursing Research*, 8(77). doi: 10.1177/2333393621997397.
- Bergbom, I., Nåden, D. and Nyström, L. (2021) 'Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (September), pp. 1-9. doi: 10.1111/scs.13036.
- Gannika, L. and Karundeng, M. (2020) 'Perilaku Caring Perawat Dengan Kepuasan Pasien', *Jurnal Keperawatan*, 8(1), pp. 113-120. doi: 10.35790/jkp.v8i1.28419.
- Kozier et al (2010) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 7*. 7th edn. Jakarta: EGC.
- Kusmiran, E. (2015) *Soft skills caring dalam pelayanan keperawatan*. Jakarta: Trans info media.
- Lukose, A. (2011) 'Developing a practice model for Watson's theory of caring', *Nursing Science Quarterly*, 24(1), pp. 27-30. doi: 10.1177/0894318410389073.
- Potter and Perry (2009) *Fundamental of nursing, buku 1, edisi 7*. 7th edn. Jakarta: Salemba Medika.

- Potter, P. (2010) *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice*. 7th edn. Jakarta: EGC.
- Rhodes, M., & Brickman, D. (2011) 'The influence of competition on children's social categories', *Journal of Cognition and Development*.

PROFIL PENULIS



Ns. Apriza, M.Kep, lahir di Batubelah, Kabupaten Kampar Provinsi Riau, Indonesia, dan merupakan putri kelima dari pasangan Muhammad Yunus Anis kadimi (Alm) dan Syariah (Alm) serta istri dari H. Ismail, S.Ag, Menyelesaikan kuliah S-1 di Universitas Riau, program studi ilmu Keperawatan (2006), program Ners (2007) dan melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister (S2) di Program Pascasarjana Universitas Andalas Padang, program studi Keperawatan (2012). Saat ini bertugas sebagai dosen Ners & Keperawatan di Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, Provinsi Riau sejak tahun 2002-sekarang, serta sedang mengikuti program doktoral di Unisza Malaysia. Aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat dari tahun 2016-sekarang. Penulis mulai aktif menulis buku dan tergabung dalam tim penulis di penerbit Kita Menulis bulan Agustus 2020. Hingga saat ini, penulis telah berhasil menulis 6 buah buku yang ditulis secara bersama dengan penulis se-Indonesia, diantara buku yang telah diterbitkan yaitu, Merdeka Menulis, ditulis oleh 75 akademisi seluruh Indonesia yang diterbitkan dalam rangka memperingati ulang tahun kemerdekaan Republik Indonesia yang ke 75 bulan Agustus 2020, buku Belajar mandiri Pembelajaran daring di tengah pandemic Covid-19, buku gizi dan kesehatan, buku ilmu obstetri & ginekologi untuk kebidanan, buku konsep dasar keperawatan maternitas dan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat.

BAB 12

PENCEGAHAN

DAN PENGENDALIAN INFEKSI



Noor Amaliah

BAB 12

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

A. Konsep PPI

1. Pengertian PPI

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes RI, 2017).

Rumah sakit mempunyai program PPI dan kesehatan kerja secara menyeluruh untuk mengurangi resiko tertular infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada pasien, staf klinis dan nonklinis (KARS, 2019).

2. Tujuan PPI

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan termasuk masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus mata rantai penularan penyakit infeksi melalui penerapan PPI (Kemenkes, 2020).

3. Manfaat PPI

- a. Mencegah dan melindungi pasien, petugas, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan termasuk masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan dari risiko dan paparan terjadinya penularan infeksi, baik yang terjadi saat pelayanan di dalam fasilitas kesehatan maupun pelayanan di luar fasilitas kesehatan.
- b. Menurunkan atau meminimalkan kejadian infeksi berhubungan dengan pelayanan kesehatan pada pasien, petugas dan pengunjung serta masyarakat sekitar fasilitas kesehatan sehingga pelayanan menjadi *cost effectiveness*.

- c. Dapat memberikan gambaran atau informasi tentang mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sesuai standar yang berlaku.
- d. Pengelolaan sumber daya dapat lebih efektif dan efisien melalui manajemen PPI sejak perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pembinaan, monitoring dan evaluasi (audit) serta pelaporan kejadian infeksi (Kemenkes, 2020).

4. Infeksi Nosokomial

"*Health-care Associated Infections (HAIs)*" merupakan komplikasi yang paling sering terjadi di pelayanan kesehatan. HAIs selama ini dikenal sebagai Infeksi Nosokomial atau disebut juga sebagai Infeksi di rumah sakit "*Hospital-Acquired Infections*" merupakan persoalan serius karena dapat menjadi penyebab langsung maupun tidak langsung kematian pasien. Kalaupun tak berakibat kematian, pasien dirawat lebih lama sehingga pasien harus membayar biaya rumah sakit yang lebih banyak.

Batasan infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat oleh penderita, ketika penderita dalam proses asuhan keperawatan di rumah sakit (Betty Bea Septiari, 2012).

Menurut (Ns., Abdullah., S. Kep., 2014) beberapa sumber penyebab terjadinya infeksi nosokomial adalah:

a. Pasien

Pasien merupakan unsur pertama yang dapat menyebarkan infeksi kepada pasien lainnya, petugas kesehatan, pengunjung atau benda dan alat kesehatan lainnya.

b. Petugas kesehatan

Petugas kesehatan dapat menyebarkan infeksi melalui kontak langsung yang dapat menularkan berbagai kuman ke tempat lain.

c. Pengunjung

Pengunjung dapat menyebarkan infeksi yang didapat dari luar ke dalam lingkungan rumah sakit atau sebaliknya yang dapat dari dalam rumah sakit keluar rumah sakit.

d. Sumber lain

Sumber lain yang dimaksud disini adalah lingkungan rumah sakit yang meliputi lingkungan umum atau kondisi keberhasilan rumah sakit atau alat yang ada di rumah sakit yang dibawa oleh pengunjung atau petugas kesehatan kepada pasien dan sebaliknya.

5. Pencegahan Infeksi

Menurut (Ns., Abdullah., S. Kep., 2014) prinsip-prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan kepada:

- a. Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik (tanpa gejala).
- b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
- c. Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda-benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tak utuh, selaput mukosa, atau darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.
- d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah terkontaminasi.
- e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten.

B. Ruang Lingkup Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Kewaspadaan Isolasi

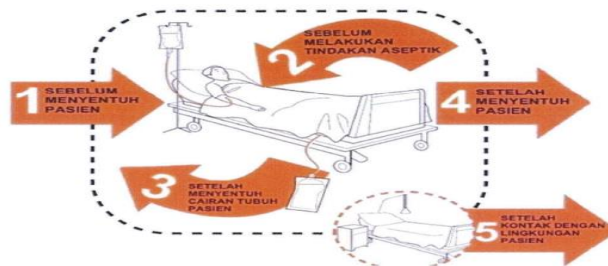
a. Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan standar merupakan dasar PPI yang sangat penting dalam pencegahan penularan infeksi kepada pasien, petugas atau pengguna layanan. Kewaspadaan standar, meliputi:

1) Kebersihan Tangan.

Kebersihan tangan dianggap sebagai salah satu elemen terpenting dari PPI. infeksi sebagian besar dapat dicegah melalui kebersihan tangan dengan cara yang benar dan dengan waktu yang tepat.

Kebersihan tangan bertujuan untuk mencegah terjadi kontaminasi silang dari tangan petugas ke pasien atau pengguna layanan atau sebaliknya saat melakukan tindakan aseptik atau saat memberikan pelayanan kesehatan dengan melakukan kebersihan



Gambar 12.1 Lima Momen untuk Kebersihan Tangan

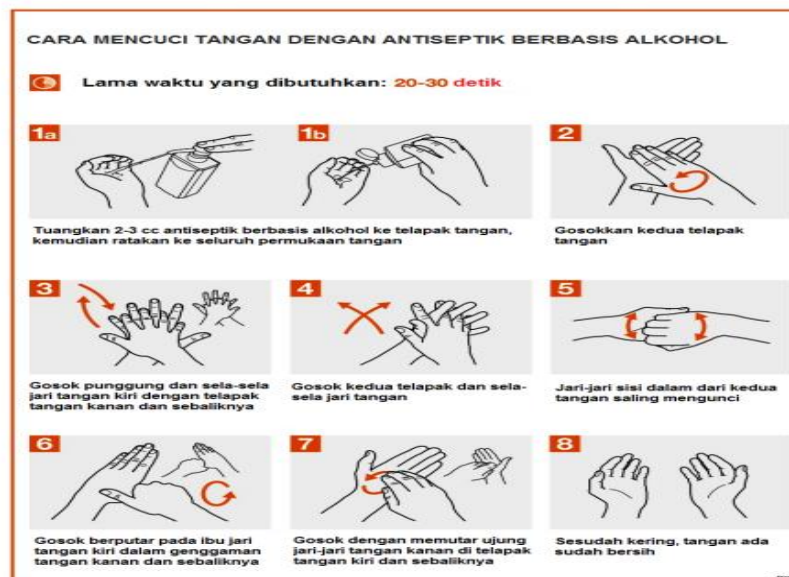
Membersihkan tangan dapat dilakukan dengan menggunakan sabun dan air mengalir dan menggunakan cairan berbasis alkohol 70%. indikasi cuci tangan dengan sabun dan air mengalir harus dilakukan ketika tangan terlihat kotor atau ketika akan menggunakan sarung tangan yang dipakai dalam perawatan pasien. langkah-langkah mencuci tangan dengan air dapat dilakukan dengan langkah seperti gambar 2 dibawah ini.



Gambar 12.2 Langkah Cuci Tangan dengan Air Mengalir

Membersihkan tangan dengan cairan berbahan dasar alkohol atau *handrub* digunakan untuk membersihkan tangan bila terlihat tidak kotor atau tidak terkontaminasi atau bila cuci tangan dengan air mengalir sulit untuk diakses (misalnya di ambulans, *home care*, imunisasi di luar gedung, pasokan air yang terputus).

Langkah-langkah kebersihan tangan dengan *handrub* dapat dilihat pada gambar 3 dibawah ini.



Gambar 12.3. Langkah Kebersihan Tangan dengan Handrub

2) Alat Pelindung Diri

Alat Pelindung Diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau penyebaran infeksi atau penyakit.



Gambar 12.4. Alat Pelindung Diri (APD)

3) Pengendalian Lingkungan

Pengendalian lingkungan adalah upaya mengendalikan lingkungan melalui perbaikan mutu air, udara/ventilasi, permukaan lingkungan, desain dan konstruksi bangunan.

4) Pengelolaan Limbah Hasil Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai sarana pelayanan kesehatan adalah tempat berkumpulnya orang sakit maupun sehat, dapat menjadi tempat sumber penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan, juga menghasilkan limbah yang dapat menularkan penyakit (Permenkes RI, 2017).

Melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan dari penyebaran infeksi akibat limbah yang tidak dikendalikan, termasuk dari risiko cedera.

5) Pengelolaan Peralatan Perawatan Pasien dan Alat Medis Lainnya.

Pengelolaan peralatan perawatan pasien dan alat medis lainnya adalah proses pengelolaan, dekontaminasi dan pengemasan berdasarkan kategori kritikal, semi kritikal dan non kritikal. Bertujuan untuk mencegah peralatan cepat rusak, menjaga tetap dalam keadaan terdekontaminasi sesuai kategorinya, menetapkan produk akhir yang sudah steril dan aman serta tersedianya peralatan perawatan pasien dan alat medis lainnya dalam kondisi bersih dan steril saat dibutuhkan.

6) Pengelolaan Linen

Linen terbagi menjadi linen kotor dan linen terkontaminasi. Linen terkontaminasi adalah linen yang terkena darah atau cairan tubuh lainnya, termasuk juga benda tajam. Penatalaksanaan linen yang sudah digunakan harus dilakukan dengan hati-hati.

7) Penyuntikan Yang Aman

Penyuntikan yang aman adalah penyuntikan yang dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip penyuntikan yang benar mulai saat persiapan, penyuntikan obat hingga penanganan alat-alat bekas pakai, sehingga aman untuk pasien dan petugas dari risiko cedera dan terinfeksi.

8) Kebersihan Pernapasan atau Etika Batuk

Kebersihan pernapasan atau etika batuk adalah tata cara batuk atau bersin yang baik dan benar sehingga bakteri tidak menyebar ke udara, tidak mengkontaminasi barang atau benda sekitarnya agar tidak menular ke orang lain.

9) Penempatan Pasien

Penempatan pasien adalah menempatkan pasien pada tempat yang telah ditentukan atau mengatur jarak pasien berdasarkan kewaspadaan transmisi (kontak, udara dan droplet) untuk memudahkan pelayanan mempertimbangkan aspek keamanan serta keselamatan pasien maupun petugas kesehatan.

10) Perlindungan Kesehatan Petugas

Tujuannya melindungi kesehatan dan keselamatan petugas baik tenaga medis, perawat, bidan maupun petugas penunjang sebagai orang yang paling berisiko terpapar penyakit infeksi, karena berhadapan langsung dengan pasien penderita penyakit menular setiap saat atau akibat terpapar dari lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

11) Praktik Lumbal Pungsi Yang Aman

Semua petugas harus memakai masker bedah, gaun bersih, sarung tangan steril saat akan melakukan tindakan lumbal pungsi, anestesi spinal/epidural/pasang kateter vena sentral.

b. Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi

Kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai tambahan kewaspadaan standar yang dilaksanakan sebelum pasien didiagnosis dan setelah terdiagnosis jenis infeksi. Jenis kewaspadaan transmisi sebagai berikut:

- 1) Melalui kontak;
- 2) Melalui droplet;
- 3) Melalui udara (*Airborne Precautions*);
- 4) Melalui *common vehicle* (makanan, air, obat, alat, peralatan);
- 5) Melalui vektor (lalat, nyamuk, tikus).

2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dengan Penerapan *Bundles* HAIs dan PPI Pada Penggunaan Peralatan Kesehatan Lainnya.

Bundles merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sah yang menghasilkan perbaikan keluaran proses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten (Permenkes RI, 2017). Penerapan *bundles* ini harus didukung oleh kompetensi petugas pelayanan kesehatan baik pengetahuan, sikap dan keterampilannya (Sadli, Tavianto, & Redjeki, 2017).

Penerapan *bundles* dilaksanakan pada tindakan atau pelayanan yang tersedia di FKTP, sebagai berikut:

- 1) *Bundles HAIs: Infeksi Saluran Kemih (ISK)/Catheter Urinary Tract Infection (CAUTI), Peripheral line associated bloodstream infection (PLABSI), Infeksi daerah Operasi (IDO) khususnya pada Superficial Incisional Surgical Site-Infection.*
- b) PPI pada penggunaan peralatan kesehatan lainnya seperti penggunaan alat bantu pernapasan, terapi inhalasi dan perawatan luka.

3. Penggunaan Antimikroba yang Bijak

Penggunaan antibiotik dalam pelayanan kesehatan seringkali tidak tepat sehingga dapat menimbulkan permasalahan seperti pengobatan kurang efektif, peningkatan risiko terhadap keamanan pasien, tingginya biaya pengobatan dan terutama meluasnya resistensi bakteri terhadap antibiotik.

Strategi pengendalian resistensi antimikroba/antibiotik melalui dua kegiatan utama yaitu penerapan penggunaan antibiotik secara bijak dan penerapan prinsip pencegahan penyebaran mikroba resisten melalui kewaspadaan standar. Antimikroba memiliki pengertian yang lebih luas mencakup antivirus, antibiotik, antiprotozoal, antelmintik, dan lain-lain.

4. Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan dan pelatihan adalah kegiatan pendidikan dan pelatihan yang berkaitan dengan PPI baik untuk tenaga medis maupun untuk perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang diaakan oleh Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah, organisasi profesi atau organisasi lainnya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan (merujuk pada ketentuan PPSDM Kemkes RI).

5. Surveilans

Surveilans adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus, dalam pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi dari data kesehatan yang penting pada suatu populasi spesifik yang didesiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan dan evaluasi suatu

tindakan yang berhubungan dengan kesehatan dalam upaya penilaian risiko *HAIs*.

C. Peran Perawat

Menurut Potter and Perry, 2005 dalam (Anggraeni, 2020), peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan sangat berkaitan dengan terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit dan perawat bertanggung jawab menyediakan lingkungan yang aman bagi klien terutama dalam pencegahan infeksi dalam proses keperawatan. Perawat juga bertindak sebagai pelaksana terdepan dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial.

Peran perawat penting terhadap pencegahan infeksi nosokomial karena perawat merupakan salah satu anggota tim kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien dan bahan infeksius di ruang rawat. Profesi perawat di rumah sakit berperan merawat pasien selama 24 jam sehingga menjadi kunci atas kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, A. (2020). *Peran Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Umum Daerah Padangsidimpuan Tahun 2019*. 96. Retrieved from <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/27139>
- Betty Bea Septiari, S. K. (2012). *Infeksi Nosokomial*. Nuha Medika.
- KARS. (2019). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1*. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes, R. (2020). *Buku Pedoman Teknis PPI di FKTP Tahun 2020.pdf*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ns., Abdullah., S. Kep., M. K. (2014). *Kebutuhan Dasar Manusia untuk Mahasiswa Keperawatan* (1st ed.). CV. Trans Info Media.
- Permenkes RI. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. , Pub. L. No. Nomor 27 (2017).
- Sadli, M. F., Tavianto, D., & Redjeki, I. S. (2017). Gambaran Pengetahuan Klinisi Ruang Rawat Intensif mengenai Ventilator Associated Pneumonia (VAP) Bundle di Ruang Rawat Intensif RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, 5(2), 85. <https://doi.org/10.15851/jap.v5n2.1108>

PROFIL PENULIS



Noor Amaliah, Ns., M. Kep., lahir di Banjarmasin tanggal 03 Oktober 1985. Latar belakang pendidikan S1 keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Banjarmasin Tahun 2010, lulus S2 Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2017. Saat ini adalah dosen tetap Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Mengampu mata kuliah Manajemen Patient Safety dan Manajemen Keperawatan. Aktif dan bergabung dalam Organisasi Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI). Berbagai artikel penelitian dan pengabdian masyarakat sudah termuat di berbagai jurnal nasional.

BAB 13

KOMPETENSI BUDAYA DALAM KEPERAWATAN



Debby Sinthania

BAB 13

KOMPETENSI BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

A. Budaya dan Kebudayaan

1. Pengertian Budaya

Budaya dapat didefinisikan sebagai sifat nonfisik, seperti nilai, keyakinan, sikap dan kebiasaan yang dibagi bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Rahmah, 2019). Budaya juga menentukan persepsi tentang kesehatan, bagaimana informasi perawatan kesehatan diterima, bagaimana hak dan perlindungan dilaksanakan, apa yang dianggap sebagai masalah kesehatan dan bagaimana gejala serta kekhawatiran mengenai masalah kesehatan diungkapkan, siapa yang harus memberikan pengobatan dan bagaimana, serta jenis pengobatan apa yang harus dilakukan (Rahmah, 2019)

2. Pengertian Kebudayaan

Apa itu Kebudayaan ? Kata “Kebudayaan” berasal dari bahasa Sanskerta yaitu “*Buddhaya*” yang merupakan bentuk jamak kata “*buddhi*” yang berarti budi atau akal. Kebudayaan diartikan sebagai “hal-hal yang bersangkutan dengan budi atau akal. Istilah “*Culture*” yang merupakan istilah bahasa asing yang sama artinya dengan kebudayaan berasal dari “*Colere*” (bahasa latin), Artinya mengolah atau mengerjakan, yaitu mengolah tanah atau bertani. Dari kata *colere* kemudian *culture* diartikan sebagai segala daya dan kegiatan manusia

untuk mengolah dan mengubah alam. Untuk lebih lengkap marilah kita lihat pengertian kebudayaan menurut para ahli (Wahyudi, n.d.):

a. Koencoroningrat

Menurut Kuncoroningrat, kebudayaan adalah keseluruhan sistem gagasan, tindakan, dan hasil karya manusia dalam rangka kehidupan masyarakat yang dijadikan milik manusia dengan belajar

b. E.B. Taylor

Kebudayaan adalah kompleks yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat-istiadat, dan kemampuan-kemampuan serta kebiasaan-kebiasaan yang didapatkan oleh manusia sebagai anggota masyarakat

c. R. Linton

Konfigurasi dari tingkah laku dan hasil tingkah laku dari unsur-unsur pembentuknya, didukung dan diteruskan oleh masyarakat tertentu. Nah, berdasarkan pengertian yang dipaparkan oleh para ahli tersebut dapat kita tarik kesimpulan sebagai berikut :

- 1) Kebudayaan didapat dan diteruskan secara sosial dengan belajar;
- 2) Kebudayaan itu beraneka ragam;
- 3) Kebudayaan itu berstruktur;
- 4) Kebudayaan itu dinamis;
- 5) Kebudayaan terbagi atas aspek-aspek;
- 6) Nilai kebudayaan itu relatif.

3. Wujud Kebudayaan

Apa sesungguhnya wujud dari kebudayaan itu ? Menurut Koencoroningrat ada tiga wujud kebudayaan (Rahmah, 2019):

a. *Ideas*

Merupakan wujud ideal dari kebudayaan, sifatnya abstrak, tak dapat diraba atau dilihat, mengapa? Karena ada dalam pikiran manusia. Saat ini ide-ide dapat disimpan dalam komputer, tulisan, micro film dan lain-lain. Misalnya orang Jawa percaya dan yakin bahwa kandungan yang terdapat pada kunir dan asam dapat mencegah infeksi dan bau amis pada saluran rahim, bila diminum pada saat wanita sedang haid atau melahirkan.

b. Activities

Tindakan masyarakat berupa sistem sosial, atau aktivitas masyarakat berupa interaksi, bergaul, berhubungan, selama bertahun-tahun menurut tata hubungan, adat-istiadat dan norma-norma. Kegiatan ini dapat dirasakan, bersifat konkret, bisa diobservasi, didokumentasi. Apa contohnya? Lihatlah aktivitas masyarakat mempertahankan kesehatannya dengan minum jamu secara rutin atau masyarakat perkotaan berolahraga secara rutin.

c. Artifacts

Wujudnya merupakan karya manusia yang dapat dilihat, diraba, difoto, karena konkret dan bersifat fisik. Misalnya jamu-jamu tradisional yang setiap hari dijual dan diminum sebagian besar masyarakat Jawa atau penemuan obat-obat yang diproses dan dikemas secara modern, langsung dapat diminum dalam bentuk kapsul.

4. Unsur-unsur kebudayaan

Apa itu unsur - unsur kebudayaan itu? Menurut Koentjoroaningrat secara universal unsur-unsur kebudayaan itu ada tujuh macam (Rahmah, 2019) :

a. Bahasa

Masing-masing daerah mempunyai bahasa masing-masing meskipun sama-sama masyarakat Jawa, tetapi ada bedanya, karena

berkembang sesuai daerah masing-masing. Beberapa ahli mengatakan perkembangan bahasa merupakan cermin kebudayaannya suatu ras/suku bangsa, sehingga meskipun sama bahasa dan suku, tetapi dapat berbeda karena perkembangan masing-masing daerah. Untuk itu sebagai petugas kesehatan perlu memperhatikan bahasa apasiennya, yang kadang tidak dapat diajak komunikasi dalam bahasa yang kita pakai, terutama bila anda berhadapan dengan klien lansia, selain hambatan bahasa yang berbeda, juga hambatan pendengaran.

b. Sistem Pengetahuan

Merupakan tingkat pengetahuan masyarakat tercermin dari cara masyarakat menyelesaikan masalah(kesehatan). secara umum dapat diukur dari tingkat pendidikan, tingkat pendidikan masyarakat yang tinggi relatif mudah dalam menyelesaikan permasalahan, tetapi bukan berarti masyarakat yang berpendidikan rendah sulit diajak berubah.

c. Organisasi Sosial Masyarakat

Misalnya perkumpulan adat, perkumpulan kelompok tani, kelompok mibu PKK dan lain-lain. Untuk masyarakat yang telah maju dalam sistem organisasinya, lebih mudah memasukkan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan daripada masyarakat yang sangat terbatas dan belum berkembang organisasinya.

5. Sistem Peralatan dan Teknologi

Adalah apa yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup suatu masyarakat, sistem peralatan hidup dalam rangka memenuhi kebutuhan sarana untuk kebutuhan manusia, berkembang menurut kebutuhan, pengetahuan, kemampuan masing-masing kelompok masyarakat.(foto : CT Scan teknologi kesehatan)

6. Sistem Mata Pencaharian

Sebagai pedagang, seperti masyarakat tionghoa, minangkabau, atau petani pada masyarakat Jawa pada umumnya. Dalam masyarakat petani yang sederhana, jenis penyakitnya biasanya berbeda dengan masyarakat perkotaan yang telah terbiasa menggunakan alat dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari

7. Sistem Religi, Agama dan Kepercayaan Masyarakat

Secara umum masing-masing agama adalah sama, misalnya agama islam dimana saja puasa bulan ramadhan. Tetapi pada setiap Negara atau daerah melaksanakannya akan sangat dipengaruhi oleh Negara atau daerah masing-masing, misalnya pada saat sahur ada yang menggunakan acara-acara meriah. Demikian pula ketika umat islam telah menyelesaikan puasa ramadhan mereka melaksanakan acara takbiran dengan berkeliling kota, sementara di Negara lain hal ini tidak ada.

8. Kesenian

Dikembangkan masing-masing masyarakat/daerah berbeda, sesuai dengan kebutuhan dan wacana yang ada di setiap wilayah. Kadang kesenian dapat dijadikan ajang penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan yang baik seperti cerita wayang yang diselipkan perilaku hidup bersih dan sehat ini akan lebih menarik bagi masyarakat.

9. Sistem Nilai Budaya

Apakah itu sistem nilai budaya? Karakteristik sistem nilai budaya adalah (Wahyudi, n.d.):

- a. Merupakan tingkat paling tinggi dan paling abstrak;

- b. Berada dalam daerah emosional dari alam jiwa para individu yang menjadi warga dalam kebudayaan yang biasa;
- c. Sukar berubah dalam waktu singkat;
- d. Tidak dapat diganti dengan nilai kebudayaan lainnya.

10. Konsep mempelajari kebudayaan suatu masyarakat

Bagaimana konsep mempelajari kebudayaan suatu masyarakat? Ada beberapa konsep mempelajari kebudayaan, yaitu (Wahyudi, n.d.) :

- a. Hindari sikap ethnosentris, apakah yang dimaksud dengan ethnosentris? Ethnosentris ialah keyakinan seseorang bahwa kebudayaan miliknya lebih unggul daripada kebudayaan-kebudayaan orang lain
- b. Masyarakat yang hidup dalam kebudayaannya sendiri biasanya tidak dapat menyadari memiliki kebudayaan kecuali mereka memasuki etnis lain
- c. Terdapat variabelitas dalam perubahan kebudayaan. Faktor - faktor yang menyebabkan terjadinya perubahan sosial dan kebudayaan itu adalah ; 1. bertambah atau berkurangnya penduduk, 2. penemuan-penemuan baru, 3. pertentangan (konflik) masyarakat, 4. terjadinya pemberontakan atau revolusi
- d. Unsur-unsur kebudayaan saling kait mengait antara yang satu dengan yang lain.

11. Unsur kebudayaan asing yang sulit diterima

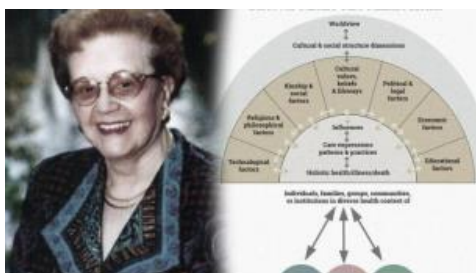
- a. Unsur-unsur yang dipelajari pada taraf pertama dari proses sosialisasi.
- b. Sistem religi dan kepercayaan seperti ideologi dan falsafah hidup.

B. Kompetensi Budaya Keperawatan

Kompetensi budaya merupakan sebuah konsep yang kompleks serta belum tercapainya perawatan budaya yang peka terhadap budaya. Leininger adalah seorang pelopor dalam disiplin keperawatan yang memperhatikan pada budaya serta kepedulianya kepada manusia. Leininger menciptakan istilah “*culturally congruent care*” dan mengembangkan teorinya tentang keanekaragaman budaya (Andrews and Boyle, n.d.)

Kompetensi budaya adalah proses perkembangan kesadaran budaya, pengetahuan, keterampilan, pertemuan, dan keinginan. Kompetensi budaya keperawatan meliputi pertimbangan terhadap kebutuhan spiritual maupun keagamaan yang berbeda, ketika bekerja dengan pasien yang berbeda jenis kelamin, merawat pengungsi atau orang dari luar daerah, merawat orang yang tidak mampu atau miskin, merawat orang dengan cacat fisik, psikologis atau intelektualnya, berbicara yang berbeda dengan bahasanya serta keragaman budaya dengan rekan-rekan kerjanya (Andrews and Boyle, n.d.)

C. Teori Perawatan Budaya /*Transcultural Nursing*



Gambar 13.1 *Transcultural Nursing*

1. Pengertian *Transcultural Nursing*

Para ilmuwan sosial sudah sejak lama mengidentifikasi pemahaman tentang *cultural* dalam kompetensi budaya. Dengan tidak adanya definisi secara jelas di bidang medis dan juga penerapan administrasi dari kompetensi budaya. *Transcultural* mengandung arti banyak budaya dan mengandung makna akan martabat manusia yang terdapat dalam komunitasnya dengan budaya masing-masing daerah.(Wahyudi, n.d.)

Transcultural Nursing adalah sebuah teori yang berpusat pada keragaman budaya dan juga keyakinan tiap manusia. Dari pengertian diatas dapat diartikan bahwa semua interaksi di dalam *Transcultural* mengandung makna dan perbedaan dalam nilai-nilai dan keyakinan dari tiap kelompok dalam masyarakat. Konsep *Transcultural Nursing*

Madeleine Leininger (1925-2012) merupakan salah satu tokoh penting yang berkontribusi dalam praktik keperawatan yakni *Transcultural Nursing* (Keperawatan Transkultural) atau sering disebut juga *Culture Care Theory* (Teori Perawatan Budaya). Leininger berfokus pada 172 ambal 172 komparatif dan budaya yang berbeda, nilai-nilai kesehatan-penyakit, perilaku kepedulian dan pola keperawatan (Andrews and Boyle, n.d.)

2. Tujuan *Transcultural Nursing*

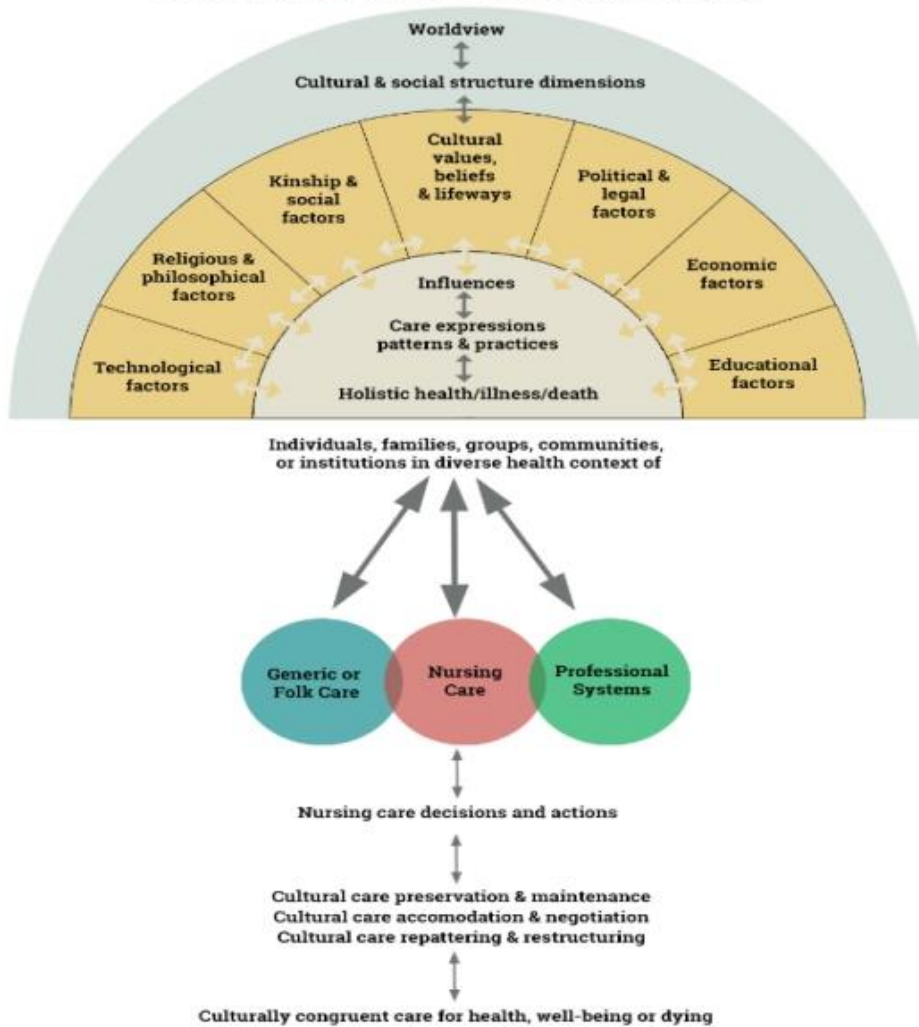
Tujuan utama dari *Transcultural Nursing* yaitu untuk melihat dari budaya maupun etnis dalam mempengaruhi komunikasi dan jugadiagnosa keperawatan serta pengambilan keputusan dalam pengobatan yang dilakukan Didalam buku (Leininger & Mc Farland, 2002), "*Transcultural Nursing: Concept, Theories, Research and Practice*" edisi ketiga, *Transcultural Nursing* merupakan suatu tempat atau area dari ilmu budaya pada proses belajar dan praktik keperawatan yang berfokus terhadap perbedaan dan kesamaan antar budaya manusia,

tindakan, dan kepercayaan dan memberi asuhan keperawatan khususnya budaya. Tujuan lain dari *Transcultural Nursing* yaitu terciptanya perawat yang sebanding dengan budaya dengan melalui proses pengembangan terhadap kebudayaan yang kompeten (Andrews and Boyle, n.d.)

Transcultural nursing bertujuan memberikan asuhan yang sesuai dengan nilai-nilai budaya, keyakinan dan praktik. Pengetahuan budaya memainkan peran penting bagi perawat untuk menangani pasien. Teori ini membantu perawat untuk memahami dan menghormati keragaman yang sering kali ada dalam perawatan pasien (Andrews and Boyle, n.d.).

Pengetahuan tentang budaya pasien membantu perawat untuk berpikiran terbuka terhadap perawatan pasien, seperti terapi berbasis spiritual seperti meditasi. Melalui teori Leininger ini membantu perawat untuk mengamati bagaimana latar belakang budaya pasien dikaitkan dengan kesehatannya, dan menggunakan pengetahuan itu untuk membantu rencana keperawatan yang akan membantu pasien menjadi sehat dengan cepat 173 ambal tetap peka terhadap budaya atau keyakinan pasien.

Madeleine Leininger's Transcultural Nursing The Sunrise Enabler to Discover Culture Care Sunrise Model



Gambar 13.2 *Madeleine Leininger's Transcultural Nursing*

a. *Cultural care preservation or Maintenance*

Ini mencakup tindakan dan keputusan yang membantu, mendukung, memfasilitasi atau memungkinkan profesional yang membantu orang dari budaya tertentu untuk mempertahankan dan/atau melestarikan nilai-nilai perawatan yang relevan sehingga mereka dapat mempertahankan kesejahteraan mereka, memulihkan diri dari penyakit.

b. *Cultural Care Accommodation or Negotiation*

Tindakan dan keputusan profesional yang membantu, mendukung, fasilitatif, atau memungkinkan yang membantu orang-orang dari budaya tertentu untuk beradaptasi atau bernegosiasi dengan orang lain terkait kesehatannya.

c. *Culture Care Repatterning or Restructuring*

Tindakan dan keputusan yang membantu, mendukung, memfasilitasi atau memungkinkan profesional yang membantu pasien menyusun ulang, mengubah, atau sangat mengubah cara hidup mereka untuk pola perawatan kesehatan yang baru, berbeda dan bermanfaat sambil menghormati nilai-nilai budaya dan keyakinan klien.

d. *Generic (Folk or Lay) Care Systems*

Memfasilitasi, mendukung, dan suportif kepada individu atau kelompok untuk memperbaiki atau meningkatkan cara hidup manusia, kondisi kesehatan (kesejahteraan), untuk menangani cacat dan situasi kematian.

e. *Professional Nursing Care (Caring)*

Pengetahuan asuhan profesional dan keterampilan praktik yang dipelajari secara formal dan kognitif yang diperoleh melalui lembaga pendidikan yang digunakan untuk memberikan tindakan bantu, suportif, atau fasilitatif kepada individu atau kelompok untuk meningkatkan kualitas manusia.

f. Professional Care Systems

Perawatan profesional yang diajarkan, dipelajari, dan ditransmisikan secara formal, kesehatan, penyakit, kebugaran dan pengetahuan serta keterampilan tertentu(Wahyudi, n.d.).

D. Kompetensi Perawat Dalam *Transcultural Nursing*

Pengetahuan perawat tentang keperawatan transkultural merupakan acuan dasar terhadap terlaksana implementasi pelayanan keperawatan dan terkait erat dengan dimensi teori dasar keperawatan (*"Community as Partner: Theory and Practice in Nursing," n.d.*). Keberhasilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sangat bergantung pada kemampuannya mencerna berbagai ilmu dan mengaplikasikannya ke dalam bentuk asuhan keperawatan yang sesuai latar belakang budaya pasien (Omeri, n.d.)

Terlaksananya asuhan keperawatan transkultural ditentukan oleh pengetahuan perawat tentang teori transkultural, karena pemahaman yang dimiliki tersebut akan mengklarifikasi fenomena, mengarahkan dan menjawab fenomena yang dijumpai pada diri pasien dan keluarganya ketika memberikan asuhan keperawatan (Omeri, n.d.)

Penelitian yang dilakukan oleh Matteliano dan Street (2011) dengan judul penelitian *Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings* dalah dengan melakukan wawancara dan observasi di tiga pusat kesehatan primer terletak di lingkungan dalam kota di kota midsize Amerika Serikat timur laut. Menyatakan berbagai perspektif umum profesional kesehatan yang dilaporkan pada kompetensi budaya adalah komunitas khas dari pasien, termasuk motivasi altruistik, promosi, dan mengatasi akar penyebab sementara memperlakukan pasien yang berbeda (Wahyudi, n.d.).

Apa yang membuat *Nurse Provider* membedakan antara pekerja di bidang kesehatan dalam penelitian ini adalah kejelasan kompetensi budaya yang mereka gunakan untuk mendekati pasien maupun dalam tim kesehatan untuk menciptakan kemitraan peka budaya dengan pasien, yang didorong dengan bantuan mandiri agar praktek yang diberikan dapat memuaskan pasien. Mereka juga mengembangkan celah di multidisiplin tim yang menekankan pendekatan holistik untuk membangun kepercayaan dan untuk melampaui batas-batas budaya, baik dengan profesional kesehatan lainnya dan kepada pasien.

Kompetensi perawat dalam buku yang berjudul *Intercultural Communication In Context* terdiri atas 2 komponen yaitu komponen individu yang terdiri atas L motivasi, perilaku, sikap, pengetahuan, serta kemampuan. Selain itu juga dalam komponen kontekstual antar budaya antara lain konteks historis, hubungan, budaya, gender dan ras (Suroso et al., 2015). Standar kompetensi perawat berbasis budaya yaitu : keadilan sosial, pemikiran kritis, pengetahuan tentang lintas budaya, praktik lintas budaya, sistem kesehatan, advokasi pasien, pelatihan dan pendidikan, komunikasi dan kepemimpinan lintas budaya (Suroso et al., 2015)

Perawat perlu memiliki kompetensi kultural agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang peka terhadap kebutuhan pasien, untuk memiliki kompetensi tersebut perawat perlu dilatih dan dipersiapkan agar memiliki pemahaman yang baik tentang konsep kebudayaan dan kaitannya dengan kesehatan, penyakit, serta konsep keperawatan transcultural disamping konsep-konsep yang berkaitan dengan asuhan keperawatan peka budaya. Kompetensi Yang Harus Dimiliki Oleh Perawat Antara Lain ("Iskandar, R (2010), Aplikasi teori transcultural nursing dalam proses keperawatan.pdf," n.d.) :

1. *Cultural Awarenesss* (Kesadaran Budaya)

Wunderle (2007) menyebutkan bahwa kesadaran budaya (*Cultural Awareness*) sebagai suatu kemampuan mengakui dan memahami pengaruh budaya terhadap nilai-nilai dan perilaku manusia. Implikasi dari kesadaran budaya terhadap pemahaman kebutuhan untuk mempertimbangkan budaya, faktor-faktor penting dalam menghadapi situasi tertentu. Pada tingkat dasar, kesadaran budaya merupakan informasi, memberikan makna tentang kemanusiaan untuk mengetahui tentang budaya. Prinsip dari tugas untuk mendapatkan pemahaman tentang kesadaran budaya adalah mengumpulkan informasi tentang budaya dan mentransformasikannya melalui penambahan dalam memberikan makna secara progresif sebagai suatu pemahaman terhadap budaya.

2. *Cultural Knowledge* (Pengetahuan Budaya)

Pengetahuan budaya (*Cultural knowledge*) merupakan faktor penting pada semua tingkat praktek keperawatan. Pengetahuan tentang suatu budaya dan dampaknya terhadap interaksi dengan pelayanan kesehatan merupakan hal esensial bagi perawat karena pengetahuan dan keterampilan tersebut akan makin menguatkan dan meluaskan sistem pemberian pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengetahui tentang bagaimana kelompok budaya tertentu memahami proses kehidupan, mendefinisikan sehat-sakit, mempertahankan kesehatan dan keyakinan mereka tentang penyebab penyakit dan sebagainya.

3. *Cultural Skill* (Keterampilan Budaya)

Keterampilan budaya adalah kemampuan untuk melakukan penilaian budaya untuk mengumpulkan data yang relevan mengenai masalah budaya. Sebagai perawat dituntut untuk memiliki

keterampilan dalam pengkajian budaya yang akurat dan komprehensif meliputi pengkajian fisik, warisan etnik, riwayat etnik, riwayat biocultural, kepercayaan, pola komunikasi dsb.

4. *Cultural Encounters* (Pertemuan Budaya)

Proses yang mendorong profesional kesehatan untuk langsung terlibat secara langsung untuk berinteraksi dengan budaya lain dari pertemuan dengan klien dari latar belakang budaya yang beragam dalam rangka untuk mengubah keyakinan yang ada tentang kelompok budaya dan untuk mencegah kemungkinan adanya stereotip.

5. *Cultural Desire* (Keinginan Budaya)

Motivasi dari profesional kesehatan untuk ingin terlibat dalam proses menjadi sadar budaya, berpengetahuan budaya, keterampilan budaya dan pertemuan budaya. Keinginan budaya adalah membangun spiritual dan penting dari kompetensi budaya yang memberikan energi sumber dan landasan untuk perjalanan satu terhadap kompetensi budaya. Oleh karena itu, kompetensi budaya dapat digambarkan sebagai gunung merapi, yang secara simbolis mewakili bahwa itu adalah keinginan budaya yang merangsang proses kompetensi budaya (Campinha-Bacote, 2002)

E. *Paradigma Transcultural Nursing*

Leininger mengartikan paradigma keperawatan transcultural sebagai cara pandang, keyakinan, nilai-nilai, konsep-konsep dalam terlaksananya asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya terhadap empat konsep sentral keperawatan yaitu : manusia, sehat, lingkungan dan keperawatan.

1. Manusia

Manusia adalah individu, keluarga atau kelompok yang memiliki nilai-nilai dan norma-norma yang diyakini dan berguna untuk menetapkan pilihan dan melakukan pilihan. Menurut Leininger manusia memiliki kecenderungan untuk mempertahankan budayanya pada setiap saat dimanapun dia berada (Campinha-Bacote, 2002).

2. Sehat

Kesehatan adalah keseluruhan aktifitas yang dimiliki klien dalam mengisi kehidupannya, terletak pada rentang sehat-sakit. Kesehatan merupakan suatu keyakinan, nilai, pola kegiatan dalam konteks budaya yang digunakan untuk menjaga dan memelihara keadaan seimbang/sehat yang dapat diobservasi dalam aktivitas sehari-hari. Klien dan perawat mempunyai tujuan yang sama yaitu ingin mempertahankan keadaan sehat dalam rentang sehat-sakit yang adaptif (Campinha-Bacote, 2002)

3. Lingkungan

Lingkungan didefinisikan sebagai keseluruhan fenomena yang mempengaruhi perkembangan, kepercayaan dan perilaku klien. Lingkungan dipandang sebagai suatu totalitas kehidupan dimana klien dengan budayanya saling berinteraksi. Terdapat tiga bentuk lingkungan yaitu : fisik, sosial dan simbolik. Lingkungan fisik adalah lingkungan alam atau diciptakan oleh manusia. Lingkungan sosial adalah keseluruhan struktur sosial yang berhubungan dengan sosialisasi individu, keluarga atau kelompok ke dalam masyarakat yang lebih luas. Lingkungan simbolik adalah keseluruhan bentuk dan simbol yang menyebabkan individu atau kelompok merasa bersatu

seperti musik, seni, riwayat hidup, bahasa dan atribut yang digunakan.

4. Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan latar belakang budayanya. Asuhan keperawatan ditujukan memandirikan individu sesuai dengan budaya klien.

F. Konsep Dan Prinsip dalam Asuhan Keperawatan Transkultural

Jika pemahaman mengenai latar belakang etnik, budaya, dan agama yang berbeda antar klien baik, maka akan dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan secara efektif. ("Kozier. Barbara et, al..(2010). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing. Edition 1st Australian ed. Pca~u Australia.pdf*," n.d.) menjelaskan beberapa konsep yang berhubungan dengan asuhan keperawatan transkultural ini.

1. Subkultur

Sebuah subkultur biasanya terdiri dari orang-orang yang mempunyai suatu identitas yang berbeda. Namun masih dihubungkan dengan suatu kelompok yang lebih besar.

2. Enkultural

Enkultural digunakan untuk mendeskripsikan orang yang menggabungkan (persilangan) dua budaya, gaya hidup, dan nilai-nilai.

3. Keanekaragaman

Keanekaragaman menunjuk pada fakta atau status yang menjadikan perbedaan. Diantaranya, ras, jenis kelamin, orientasi

seksual, etnik kebudayaan, status ekonomi-sosial, tingkat pendidikan, dan lain-lain.

4. Akulturasi

Proses akulturasi terjadi saat seseorang beradaptasi dengan ciri budaya lain. Anggota dari sebuah kelompok budaya yang tidak dominan seringnya terpaksa belajar kebudayaan baru untuk bertahan. Hal ini juga dapat didefinisikan sebagai perubahan pola kebudayaan terhadap masyarakat dominannya (Spector, 2000).

5. Asimilasi

Asimilasi merupakan proses seorang individu berkembang identitas kebudayaannya. Asimilasi berarti menjadi seperti anggota dari kebudayaan yang dominan. Beberapa aspeknya, seperti tingkah laku, kewarganegaraan, ciri perkawinan, dan sebagainya.

Ada beberapa faktor kebudayaan yang menjadi pertimbangan toleransi, diantaranya:

1. Ras

Ras merupakan klasifikasi orang-orang yang dibagi berdasarkan karakteristik biologis, tanda keturunan (genetik) dan corak. Orang dengan ras yang sama, umumnya mempunyai banyak persamaan karakter. Namun, penting untuk diketahui bahwa tidak semua orang dengan ras yang sama memiliki kebudayaan yang sama pula.

2. Prasangka

Prasangka merupakan sebuah kepercayaan negatif atau kecenderungan yang menyamaratakan pada satu kelompok dan hal tersebut akan menuntut pada dakwaan.

3. *Stereotype*

Stereotype adalah menyamakan seluruh anggota dari sebuah kebudayaan atau kelompok etnik bahwa mereka semua mirip/ sama. Perawat harus tahu bahwa tidak semua orang dari kelompok tertentu memiliki kepercayaan kesehatan yang sama, praktik dan nilai yang sama pula.

4. *Diskriminasi*

Diskriminasi merupakan pembedaan perlakuan individu atau kelompok berdasarkan kategori, seperti ras, etnik, jenis kelamin, dan kelas sosial.

5. *Culture Shock*

Culture shock adalah suatu guncangan atau ketidaknyamanan yang terjadi sebagai *respons* atas pergantian/ perpindahan dari satu kebudayaan ke kebudayaan lain.

Dalam buku ("Leininger. M & McFarland. M.R, (2012), *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Ed, USA, Mc-Graw Hill Companies.pdf," n.d.) terdapat beberapa konsep *Transcultural* yang terdiri dari:

- a. Budaya/ *Culture* adalah aturan yang dilakukan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan memberikan tujuan dengan cara berpikir, bertindak dan pengambilan keputusan.
- b. Nilai kebudayaan adalah kemauan individu dalam suatu tindakan yang lebih diinginkan atau tindakan yang selalu dipertahankan. Perbedaan budaya dalam keperawatan yaitu bentuk dari optimalnya pemberian asuhan keperawatan dan mengacu pada asuhan budaya serta menghargai nilai budaya orang lain.

- c. Kesatuan keperawatan *cultural* mempunyai arti bahwa memiliki kesamaan maupun pemahaman yang dominan, nilai-nilai, gaya hidup atau simbol yang digunakan dalam menolong orang lain.
- d. *Etnosentris* yaitu persepsi yang dimiliki oleh individu dalam anggapan bahwa budaya mereka adalah budaya terbaik dari budaya lainnya.
- e. Etnis yang berkaitan dengan ras tertentu maupun suku tertentu dengan ciri-ciri ataupun kebiasaan yang lazim.
- f. Ras merupakan macam-macam manusia dari asal muasal mereka.
- g. *Culture Care* adalah kemampuan dalam mengetahui nilai, pola ekspresi maupun kepercayaan yang digunakan dalam membimbing, memberi kesempatan kepada individu dan mencapai kematian dengan damai

G. Proses Keperawatan *Transcultural Nursing*

Modelkonseptual yang dikembangkan oleh Leininger dalam menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks budaya digambarkan dalam bentuk matahari terbit (*Sunrise Model*). Geisser (1991) menyatakan bahwa proses keperawatan ini digunakan oleh perawat sebagai landasan berfikir dan memberikan solusi terhadap masalah klien. Pengelolaan asuhan keperawatan dilaksanakan dari mulai tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Andrews and Boyle, n.d.).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 1995). Pengkajian

dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada “Sunrise Model” yaitu :

a. Faktor Teknologi (*Tecnological Factors*)

Teknologi kesehatan memungkinkan individu untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengkaji : persepsi kesehatan, kebiasaan berobat atau mengatasi masalah kesehatan, alasan mencari bantuan kesehatan, alasan klien memilih pengobatan alternatif dan persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan saat ini.

b. Faktor Agama dan Falsafah Hidup (*Religious And Philosophical Factors*)

Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang amat realistis bagi para pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran di atas segalanya, bahkan di atas kehidupannya sendiri. Faktor agama yang harus dikaji oleh perawat adalah : agama yang dianut, status pernikahan, cara pandang klien terhadap penyebab penyakit, cara pengobatan dan kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan.

c. Faktor Sosial dan Keterikatan Keluarga (*Kinship And Social Factors*)

Perawat pada tahap ini harus mengkaji faktor-faktor : nama lengkap, nama panggilan, umur dan tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, dan hubungan klien dengan kepala keluarga.

2. Nilai-Nilai Budaya dan Gaya Hidup (*Cultural Value And Life Ways*)

Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk.

Norma-norma budaya adalah suatu kaidah yang mempunyai sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. Yang perlu dikaji pada faktor ini adalah : posisi dan jabatan yang dipegang oleh kepala keluarga, bahasa yang digunakan, kebiasaan makan, makanan yang dipantang dalam kondisi sakit, persepsi sakit berkaitan dengan aktivitas sehari-hari dan kebiasaan membersihkan diri.

a. Faktor Kebijakan dan Peraturan Yang Berlaku (*Political And Legal Factors*)

Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya (Andrew and Boyle, 1995). Yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : peraturan dan kebijakan yang berkaitan dengan jam berkunjung, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu, cara pembayaran untuk klien yang dirawat.

b. Faktor Ekonomi (*Economical Factors*)

Klien yang dirawat di rumah sakit memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Faktor ekonomi yang harus dikaji oleh perawat diantaranya : pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, tabungan yang dimiliki oleh keluarga, biaya dari sumber lain misalnya asuransi, penggantian biaya dari kantor atau patungan antar anggota keluarga.

c. Faktor Pendidikan (*Educational Factors*)

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. Semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinan klien biasanya didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan individu tersebut dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : tingkat pendidikan klien, jenis pendidikan serta kemampuannya untuk belajar

secara aktif mandiri tentang pengalaman sakitnya sehingga tidak terulang kembali.

3. Prinsip-Prinsip Pengkajian Budaya

- a. Jangan menggunakan asumsi;
- b. Jangan membuat stereotip bisa terjadi konflik misal: orang padang pelit, orang jawa halus;
- c. Menerima dan memahami metode komunikasi;
- d. Menghargai perbedaan individual;
- e. Menghargai kebutuhan personal dari setiap individu;
- f. Tidak boleh membedakan keyakinan klien;
- g. Menyediakan *privacy* terkait kebutuhan pribadi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon klien sesuai latar belakang budayanya yang dapat dicegah, diubah atau dikurangi melalui intervensi keperawatan. (Giger and Davidhizar, 1995). Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan dalam asuhan keperawatan transkultural yaitu : gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan kultur, gangguan interaksi sosial berhubungan disorientasi sosiokultural dan ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

3. Perencanaan dan Pelaksanaan

Perencanaan dan pelaksanaan dalam keperawatan transkultural adalah suatu proses keperawatan yang tidak dapat dipisahkan. Perencanaan adalah suatu proses memilih strategi yang tepat dan pelaksanaan adalah melaksanakan tindakan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 1995).

Ada tiga pedoman yang ditawarkan dalam keperawatan transkultural (Andrews and Boyle, n.d.) yaitu : mempertahankan budaya yang dimiliki klien bila budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi budaya klien bila budaya klien kurang menguntungkan kesehatan dan merubah budaya klien bila budaya yang dimiliki klien bertentangan dengan kesehatan.

a. *Cultural care preservation / maintenance* / Mempertahankan Budaya

Mempertahankan budaya dilakukan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya, misalnya budaya berolahraga setiap pagi.

- 1) Identifikasi perbedaan konsep antara klien dan perawat tentang proses melahirkan dan perawatan bayi;
- 2) Bersikap tenang dan tidak terburu-buru saat berinteraksi dengan klien;
- 3) Mendiskusikan kesenjangan budaya yang dimiliki klien dan perawat.

b. *Cultural care accommodation/negotiation* /Negosiasi budaya

Intervensi dan implementasi keperawatan pada tahap ini dilakukan untuk membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatan. Perawat membantu klien agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan, misalnya klien sedang hamil mempunyai pantang makan yang berbau amis, maka ikan dapat diganti dengan sumber protein hewani yang lain. Gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh klien.

- 1) Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan.
- 2) Apabila konflik tidak terselesaikan, lakukan negosiasi dimana kesepakatan berdasarkan pengetahuan biomedis, pandangan klien dan standar etik.

c. *Cultural Care Repartening/Reconstruction /Restrukturisasi Budaya*
 Restrukturisasi budaya klien dilakukan bila budaya yang dimiliki merugikan status kesehatan. Perawat berupaya merestrukturisasi gaya hidup klien yang biasanya merokok menjadi tidak merokok. Pola rencana hidup yang dipilih biasanya yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut.

- 1) Beri kesempatan pada klien untuk memahami informasi yang diberikan dan melaksanakannya;
- 2) Tentukan tingkat perbedaan pasien melihat dirinya dari budaya kelompok;
- 3) Gunakan pihak ketiga bila perlu;
- 4) Terjemahkan terminologi gejala pasien ke dalam bahasa kesehatan yang dapat dipahami oleh klien dan orang tua;
- 5) Berikan informasi pada klien tentang sistem pelayanan kesehatan Perawat dan klien harus mencoba untuk memahami budaya masing-masing melalui proses akulturasi, yaitu proses mengidentifikasi persamaan dan perbedaan budaya yang akhirnya akan memperkaya budaya budaya mereka.

Bila perawat tidak memahami budaya klien maka akan timbul rasa tidak percaya sehingga hubungan terapeutik antara perawat dengan klien akan terganggu. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektifitas keberhasilan menciptakan hubungan perawat dan klien yang bersifat terapeutik.

4. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan transkultural dilakukan terhadap keberhasilan klien tentang mempertahankan budaya yang sesuai dengan kesehatan, mengurangi budaya klien yang tidak sesuai dengan kesehatan atau beradaptasi dengan budaya baru yang mungkin sangat bertentangan dengan budaya yang dimiliki klien. Melalui evaluasi dapat diketahui asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien.

H. Aplikasi Transkultural Pada Beberapa Masalah Kesehatan

1. Aplikasi transkultural pada masalah penyakit kronik

Penyakit kronik adalah penyakit yang timbul bukan secara tiba-tiba, melainkan akumulasi dari sesuatu penyakit hingga akhirnya menyebabkan penyakit itu sendiri. (*Kalbe medical portal*) Penyakit kronik ditandai banyak penyebab. Contoh penyakit kronis adalah diabetes, penyakit jantung, asma, hipertensi dan masih banyak lainnya.

Pengobatan terhadap penyakit kronik yang telah dilakukan di masyarakat saat ini amat beragam. Tidak dapat dipungkiri bahwa sistem pengobatan tradisional juga merupakan sub unsur kebudayaan masyarakat sederhana yang telah dijadikan sebagai salah satu cara pengobatan. Pengobatan inilah yang juga menjadi aplikasi dari transkultural dalam mengobati suatu penyakit kronik. Pengobatan tradisional ini dilakukan berdasarkan budaya yang telah diwariskan turun-temurun. Beberapa contohnya adalah sebagai berikut (Omeri, n.d.):

- a. Masyarakat negeri Pangean lebih memilih menggunakan ramuan dukun untuk menyembuhkan penyakit TBC, yaitu daun waru yang diremas dan airnya dimasak sebanyak setengah gelas.

- b. Masyarakat di Papua percaya bahwa penyakit malaria dapat disembuhkan dengan cara minta ampun kepada penguasa hutan lalu memetik daun untuk dibuat ramuan untuk diminum dan dioleskan ke seluruh tubuh.
- c. Masyarakat Jawa memakan pisang emas bersamaan dengan kutu kepala (Jawa: *tuma*) tiga kali sehari untuk pengobatan penyakit kuning.

Pengobatan tradisional yang sering dipakai berupa pemanfaatan bahan-bahan herbal. Herba sambiloto menjadi sebuah contoh yang khasiatnya dipercaya oleh masyarakat dapat mengobati penyakit-penyakit kronik, seperti hepatitis, radang paru (pneumonia), radang saluran nafas (bronchitis), radang ginjal (pielonefritis), radang telinga tengah (OMA), radang usus buntu, kencing nanah (gonore), kencing manis (diabetes melitus). Daun lidah budaya dan tanaman pare juga dijadikan sebagai pengobatan herbal. Tumbuhan tersebut berkhasiat menyembuhkan diabetes melitus.

Tidak hanya di Indonesia, di luar negeri pun masih ada negara yang meyakini bahwa pengobatan medis bukan satu-satunya cara mengobati penyakit kronik. Misalnya, di Afrika, penduduk Afrika masih memiliki keyakinan tradisional tentang kesehatan dan penyakit. Mereka menganggap bahwa obat-obatan tradisional sudah cukup untuk mengganti produk yang akan dibeli, bahkan mereka menggunakan dukun sebagai penyembuh tradisional. Hal seperti ini juga terjadi di Amerika, Eropa, dan Asia.

5. Aplikasi Transkultural Pada Gangguan Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari

bantuan perawatan kesehatan. Selanjutnya, definisi nyeri menurut keperawatan adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya. Peraturan utama dalam merawat pasien nyeri adalah bahwa semua nyeri adalah nyata, meskipun penyebabnya belum diketahui. Keberadaan nyeri adalah berdasarkan hanya pada laporan pasien bahwa nyeri itu ada.

Aplikasi transkultural pada gangguan nyeri baik yang dilakukan oleh pasien berdasarkan apa yang dipercaya olehnya atau yang dilakukan oleh perawat setelah melakukan pengkajian tentang latar belakang budaya pasien adalah sebagai berikut (*"Community as Partner: Theory and Practice in Nursing," n.d.*):

- a. Dengan membatasi gerak dan istirahat. Seorang pasien yang mengalami nyeri diharuskan untuk tidak banyak bergerak karena jika banyak bergerak dapat memperparah dan menyebabkan nyeri berlangsung lama. Menurut pandangan umat Islam, seseorang yang menderita nyeri untuk mengurangi atau meredakannya dengan posisi istirahat atau tidur yang benar yaitu badan lurus dan dimiringkan ke sebelah kanan. Hal ini menurut sunnah rasul. Dengan posisi tersebut diharapkan dapat meredakan nyeri karena peredaran darah yang lancar akibat jantung yang tidak tertindih badan sehingga dapat bekerja maksimal.
- b. Mengonsumsi obat-obatan tradisional. Beberapa orang mempercayai bahwa ada beberapa obat tradisional yang dapat meredakan nyeri bahkan lebih manjur dari obat yang diberikan oleh dokter. Misalnya, obat urut dan tulang 'Dapol Siburuk' dari burung siburuk yang digunakan oleh masyarakat Batak
- c. Dengan dipijat atau semacamnya. Kebanyakan orang mempercayai dengan dipijat atau semacamnya dapat

meredakan nyeri dengan waktu yang singkat. Namun, harus diperhatikan bahwa apabila salah memijat akan menyebabkan bertambah nyeri atau hal-hal lain yang merugikan penderita. Dalam budaya Jawa ada yang disebut dukun pijat yang sering didatangi orang banyak apabila mengalami keluhan nyeri misalnya kaki terkilir.

6. Aplikasi Transkultural Pada Gangguan Kesehatan Mental

Berbagai tingkah laku luar biasa yang dianggap oleh psikiater barat sebagai penyakit jiwa ditemukan secara luas pada berbagai masyarakat non-barat. Adanya variasi yang luas dari kelompok sindroma dan nama-nama untuk menyebutkannya dalam berbagai masyarakat dunia, Barat maupun non-Barat, telah mendorong para ilmuwan mengenai tingkahlaku untuk menyatakan bahwa penyakit jiwa adalah suatu 'mitos', suatu fenomena sosiologis, suatu hasil dari anggota-anggota masyarakat yang 'beres' yang merasa bahwa mereka membutuhkan sarana untuk menjelaskan, memberi sanksi dan mengendalikan tingkahlaku sesama mereka yang menyimpang atau yang berbahaya, tingkahlaku yang kadang-kadang hanya berbeda dengan tingkahlaku mereka sendiri. Penyakit jiwa tidak hanya merupakan 'mitos', juga bukan semata-mata suatu masalah sosial belaka. Memang benar-benar ada gangguan dalam pikiran, erasaan dan tingkahlaku yang membutuhkan pengaturan pengobatan. (Martin and Nakayama, 2010). Nampaknya, sejumlah besar penyakit jiwa non-barat lebih dijelaskan secara personalistik daripada naturalistik.

Sebagaimana halnya dengan generalisasi, selalu ada hal-hal yang tidak dapat dimasukkan secara tepat ke dalam skema besar tersebut. Kepercayaan yang tersebar luas bahwa pengalaman-pengalaman emosional yang kuat seperti iri, takut, sedih, malu, dapat mengakibatkan penyakit, tidaklah tepat untuk diletakkan di dalam

salah satu dari dua kategori besar tersebut. Mungkin dapat dikatakan bahwa tergantung situasi dan kondisi, kepercayaan-kepercayaan tersebut boleh dikatakan cocok untuk dikelompokkan ke dalam salah satu kategori. Misalnya, *susto*, penyakit yang disebabkan oleh ketakutan, tersebar luas di Amerika Latin dan merupakan *angan-angan*. Seseorang mungkin menjadi takut karena bertemu dengan hantu, roh, setan, atau karena hal-hal yang sepele, seperti jatuh di air sehingga takut akan mati tenggelam. Apabila agen-nya berniat jahat, etiologinya sudah tentu bersifat personalistik. Namun, kejadian-kejadian tersebut sering merupakan suatu kebetulan atau kecelakaan belaka bukan karena tindakan yang disengaja. Dalam ketakutan akan kematian karena tenggelam, tidak terdapat agen-agen apa pun.

Kepercayaan-kepercayaan yang sudah dijelaskan di atas menimbulkan pemikiran-pemikiran untuk melakukan berbagai pengobatan jika sudah terkena agen. Kebanyakan pengobatan yang dilakukan yaitu mendatangi dukun-dukun atau tabib-tabib yang sudah dipercaya penuh. Terlebih lagi untuk pengobatan gangguan mental, hampir seluruh masyarakat desa mendatangi dukun-dukun karena mereka percaya bahwa masalah gangguan jiwa/mental disebabkan oleh gangguan ruh jahat. Dukun-dukun biasanya melakukan pengobatan dengan cara mengambil dedaunan yang dianggap sakral, lalu menyapukannya ke seluruh tubuh pasien. Ada juga yang melakukan pengobatan dengan cara menyuruh pihak keluarga pasien untuk membawa sesajen seperti, berbagai macam bunga atau binatang ternak.

Para ahli antropologi menaruh perhatian pada ciri-ciri psikologis shaman. Shaman adalah seorang yang tidak stabil dan sering mengalami delusi, dan mungkin ia adalah seorang wadam atau homoseksual. Namun apabila ketidakstabilan jiwanya secara budaya diarahkan pada bentuk-bentuk konstruktif, maka individu tersebut

dibedakan dari orang-orang lain yang mungkin menunjukkan tingkahlaku serupa, namun digolongkan sebagai abnormal oleh para warga masyarakatnya dan merupakan subyek dari upacara-upacara penyembuhan. Dalam pengobatan, shaman biasanya berada dalam keadaan kesurupan (tidak sadar), dimana mereka berhubungan dengan roh pembinanya untuk mendiagnosis penyakit. Para penganut paham kebudayaan relativisme yang ekstrim menggunakan contoh shamanisme sebagai hambatan utama dalam argumen mereka bahwa apa yang disebut penyakit jiwa adalah sesuatu yang bersifat kebudayaan (Campinha-Bacote, 2002).

Dalam banyak masyarakat non-Barat, orang yang menunjukkan tingkahlaku abnormal tetapi tidak bersifat galak maka sering diberi kebebasan gerak dalam masyarakat mereka, kebutuhan mereka dipenuhi oleh anggota keluarga mereka. Namun, jika mereka mengganggu, mereka akan dibawa ke suatu tempat di semak-semak untuk dikucikan di kamarnya. Sebuah pintu khusus (2 x 2 kaki) dibuat dalam rumah, cukup untuk meletakkan makanan saja bagi mereka dan sebuah pintu keluar untuk keluar masuk komunitasnya.

Usaha-usaha untuk membandingkan tipe-tipe gangguan jiwa secara lintas-budaya umumnya tidak berhasil, sebagian disebabkan oleh kesulitan-kesulitan pada tahapan penelitian untuk membongkar apa yang diperkirakan sebagai gejala primer dari gejala sekunder. Misalnya, gejala-gejala primer yaitu yang menjadi dasar bagi depresi. Muncul lebih dulu dan merupakan inti dari gangguan. Gejala-gejala sekunder dilihat sebagai reaksi individu terhadap penyakitnya ; gejala-gejala tersebut berkembang karena ia berusaha untuk menyesuaikan diri dengan tingkahlakunya yang berubah (Martin and Nakayama, 2010).

I. Pedoman Aplikasi Keperawatan Transkultural

Untuk mengaplikasikan keperawatan transkultural dalam proses asuhan keperawatan dibutuhkan sejumlah pedoman yang bermanfaat sebagai petunjuk bagi perawat ataupun klien untuk bertindak. Berbagai pedoman itu dibutuhkan agar perawat dapat menjalankan tugasnya dengan baik, dan pasien dapat sembuh secara total ("Leininger. M & McFarland. M.R, (2012), *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Ed, USA, Mc-Graw Hill Companies.pdf," n.d.).

Pedoman-pedoman itu diantaranya adalah:

1. Selalu memperlakukan pasien dengan hormat. Perawat harus mampu memperlakukan pasien yang latar belakangnya berbeda dengan cara berbeda pula. Cara-cara yang unik dan khas terhadap pasien dapat menjadi cara perawat untuk menunjukkan rasa hormat serta atau pengertian. Dan jika ada hal-hal yang tidak dipahami, jangan secara semena-mena menganggap kita memahami makna dari perilaku itu.
2. Sebagai perawat, kita harus mengenali, memahami dan membiasakan diri dengan berbagai adat dan kepercayaan kelompok budaya tertentu pada ruang asuhan keperawatan yang kita jaga dan urus.
3. Kita harus secara pintar menggabungkan berbagai simbol dan praktik budaya ke dalam rencana asuhan keperawatan klien. Tentu jika itu semua memungkinkan, karena ada sejumlah hal yang belum tentu pas dengan berbagai bentuk pengobatan modern. Upaya memasukkan berbagai simbol dan praktik itu diharapkan dapat membuat pasien merasa nyaman dan sembuh dengan total.
4. Seorang perawat harus mampu melepaskan berbagai stereotipe kultural yang terkadang belum tentu tepat. Kita harus ingat

bahwa warna kulit seseorang tidak selalu menunjukkan latar belakang budaya orang tersebut, atau menunjukkan bagaimana orang itu berpikir atau bertingkah laku.

5. Perawat harus mampu mempelajari bagaimana klien memandang kesehatan, penyakit, kesedihan, kebahagiaan serta sistem pelayanan kesehatan.
6. Perawat harus mampu menerjemahkan atau mencari tenaga penerjemah untuk para pasien yang tidak memiliki kemampuan bahasa Indonesia yang baik.
7. Perawat harus selalu meletakkan kertas dan pensil di sisi tempat tidur pasien. Ini dibutuhkan agar pasien dapat mengutarakan berbagai hal yang ia anggap sangat privat, serta perlu mengutarakan perasaannya langsung kepada perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, M.M., Boyle, J.S., n.d. *Transcultural Concepts in Nursing Care* 3.
- Campinha-Bacote, J., 2002. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care*. J. Transcult. Nurs. 13, 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Community as Partner: *Theory and Practice in Nursing*, n.d. 418.
- Iskandar, R (2010), *Aplikasi teori transcultural nursing dalam proses keperawatan.pdf*, n.d.
- Kozier. Barbara et, al..(2010). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing*. Edition 1st Australian ed. Pca~u Australia.pdf, n.d.
- Leininger. M & McFarland. M.R, (2012), *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Ed, USA, Mc-Graw Hill Companies.pdf, n.d.
- Martin, J.N., Nakayama, T.K., 2010. *Intercultural communication in contexts, 5th ed.* ed. McGraw-Hill Higher Education, New York.
- Omeri, A., n.d. *Transcultural nursing: Pathways of cultural awareness* 225.
- Rahmah, T.A., 2019. PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER 2019 78.
- Suroso, S., Hariyati, Rr.T.S., Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta - Indonesia, Novieastari, E., Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta - Indonesia, 2015. *Pelayanan Keperawatan Prima Berbasis Budaya Berpengaruh terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di Rumah Sakit*. J. Keperawatan Indones. 18, 38–44. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i1.396>
- Wahyudi, J.T., n.d. *TRANCULTURAL NURSING* 6.

PROFIL PENULIS



Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep lahir di Padang, pada tanggal 25 Agustus 1990 merupakan anak kedua dari tiga orang bersaudara dari pasangan seorang ayah Drs. H. Maswardi, M.Kes dan Ibu Dra. Hj. Erti Praputri, M.Si. Penulis telah menyelesaikan studi Diploma (DIII) Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Padang Tahun 2010, Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Ners (Ns) di Universitas Andalas Tahun 2013, serta Magister Keperawatan (S2) di Universitas Andalas Tahun 2015. Penulis merupakan tenaga pengajar di Jurusan DIII Keperawatan Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Negeri Padang.

BAB 14

PRAKTIK KEPERAWATAN BERBASIS KOMUNITAS



Gusman Virgo

BAB 14

PRAKTIK KEPERAWATAN BERBASIS KOMUNITAS

A. Pengertian Keperawatan Komunitas

Tentu saja jika berbicara tentang keperawatan komunitas tidak dapat dipisahkan dari kesehatan masyarakat. Tujuan dari proses peduli masyarakat adalah untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat guna mencapai kesehatan yang optimal sehingga dapat menjalankan fungsi vitalnya sesuai dengan kapasitasnya.

Keperawatan Komunitas adalah sintesis praktik keperawatan dan praktik kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan populasi. Kelompok sasaran keperawatan komunitas adalah individu yaitu balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, lansia, dan penderita penyakit menular. Keluarga sasaran adalah keluarga yang rentan terhadap masalah dan prioritas kesehatan. Sasarannya adalah kelompok khusus, baik masyarakat sehat maupun sakit dengan masalah kesehatan atau pengobatan. Keperawatan Komunitas adalah layanan keperawatan profesional berbasis komunitas dengan pendekatan berisiko tinggi untuk mencapai kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, memastikan keterjangkauan layanan kesehatan yang diperlukan, dan bermitra dengan klien dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi layanan perawatan. Pelayanan keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat, termasuk individu, keluarga, dan kelompok berisiko tinggi, seperti keluarga yang tinggal di daerah kumuh, daerah terpencil, dan daerah yang

tidak terjangkau, termasuk kelompok bayi, anak kecil, lansia, dan ibu hamil (Veronica, Nuraeni & Supriyono, 2017).

Menurut American Nurses Association (ANA, 2010), Keperawatan Kesehatan Komunitas adalah sintesis dari praktik kesehatan masyarakat yang dirancang untuk mempromosikan dan memelihara kesehatan masyarakat. Praktik perawatan kesehatan komunitas ini bersifat komprehensif, tanpa membatasi layanan yang ditawarkan kepada kelompok usia tertentu, berkelanjutan dan melibatkan masyarakat. Perawat komunitas dapat bekerja dengan komunitas dan populasi untuk mengurangi resiko kesehatan dan meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan. Perawat kesehatan komunitas berkomitmen untuk mengubah kesehatan di tingkat sistem. Perawat kesehatan komunitas harus memahami dan menerapkan konsep dari berbagai bidang. Perawat komunitas juga harus menerapkan konsep organisasi dan pengembangan komunitas, koordinasi perawatan, pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan, dan ilmu kesehatan masyarakat.

Keperawatan Komunitas bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta memberikan dukungan melalui intervensi keperawatan sebagai landasan keahliannya untuk membantu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat menghadapi berbagai masalah perawatan kesehatan yang mereka hadapi dalam kehidupan sehari-hari.

B. Sasaran Keperawatan Komunitas

Menurut Veronica, Nuraeni & Supriyono (2017), sasaran keperawatan komunitas dibagi menjadi beberapa, antara lain :

1. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga. Jika orang tersebut memiliki masalah kesehatan/perawatan karena tidak dapat

mengurus dirinya sendiri karena alasan apapun, hal itu dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya secara fisik, psikologis dan sosial.

2. Keluarga

Keluarga adalah sekelompok individu yang terus menerus terhubung dan berinteraksi satu sama lain, baik secara individu maupun kolektif, dalam lingkungan mereka sendiri atau masyarakat secara keseluruhan.

3. Kelompok Khusus (Istimewa)

Kelompok Istimewa adalah sekelompok orang yang berjenis kelamin sama, usia, bermasalah dan yang sangat rawan terhadap gangguan kesehatan yakni :

- a. Kelompok khusus berkebutuhan khusus untuk tumbuh kembang
 - 1) Ibu hamil ;
 - 2) Bayi baru lahir ;
 - 3) Anak kecil ;
 - 4) Anak usia sekolah ;
 - 5) Lansia.
- b. Kebutuhan kesehatan khusus dan kelompok dengan memerlukan pengawasan dan asuhan keperawatan :
 - 1) Penderita penyakit menular seperti TBC, kusta, AIDS dan penyakit menular seksual lainnya;
 - 2) Penderita penyakit tidak menular : Diabetes mellitus, penyakit jantung koroner, gangguan fisik, gangguan kejiwaan, dll .
- c. Kelompok berisiko penyakit antara lain:
 - 1) Pelacur ;

- 2) Kelompok penyalahguna narkoba dan zat ;
 - 3) Kelompok pekerja tertentu dan lain-lain.
- d. Fasilitas, perawatan dan rehabilitasi sosial meliputi:
- 1) Panti jompo ;
 - 2) Panti Asuhan;
 - 3) Penitipan balita.

C. Standar Praktik Keperawatan Komunitas

Sejak 1986, standar praktik keperawatan komunitas telah ditulis dalam kerangka kerja proses keperawatan. Keperawatan kesehatan komunitas secara luas diartikan mencakup kesehatan masyarakat, perawatan di rumah, kesehatan kerja, sekolah perawat dan praktisi perawat primer, dan sub-bidang komunitas. kolaborasi dengan keluarga sangat penting. Oleh karena itu, praktik perawatan kesehatan berbasis masyarakat diarahkan pada individu, keluarga, dan kelompok, tetapi tanggung jawab utama terletak pada seluruh populasi (Friedman & Marilyn, 1983).

Menurut ANA (2010), standar praktik keperawatan komunitas adalah sebagai berikut.

1. Mengumpulkan data tentang keadaan umum klien dan berkelanjutan ;
2. Menetapkan diagnosis dari data ;
3. Perencanaan : Menetapkan tujuan ;
4. Memprioritaskan asuhan yang direncanakan;
5. Penyediaan tindakan perawatan (promosi, pemeliharaan dan peningkatan) ;
6. Tindakan perawatan untuk membantu klien meningkatkan kesehatannya;
7. Kemajuan klien dalam mencapai tujuan ;

8. Evaluasi berkelanjutan dari tindakan perawatan.

Standar Praktik Keperawatan Komunitas merupakan salah satu ciri profesi keperawatan komunitas yang diperlukan untuk menjamin mutu praktik keperawatan komunitas dan menjaga mutu asuhan keperawatan komunitas pada tingkat yang optimal. Standar Praktik Keperawatan adalah standar praktik keperawatan yang harus diikuti oleh perawat dan dirancang untuk membantu perawat memverifikasi kualitas dan mengembangkan keperawatan.

D. Tataan Praktik Keperawatan Komunitas

Perawatan komunitas berfokus pada peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, pendidikan, manajemen, dan koordinasi dan perawatan pemulihan berkelanjutan dalam komunitas klien. Perawatan komunitas menilai kebutuhan kesehatan individu, keluarga dan komunitas dan membantu klien mengatasi penyakit dan masalah kesehatan mereka. Meskipun perawatan kesehatan institusional berfokus pada individu dan keluarga. Komunitas dapat berbentuk lokasi tertentu, seperti kota/daerah terpencil, tempat kerja, sekolah, atau kelompok-kelompok orang lain dengan minat dan karakteristik tertentu. Tempat kerja ini meliputi area komunitas, pusat kesehatan kerja, sekolah, fasilitas perawatan di rumah, klinik, dan klinik swasta. (Perry & Potter, 2010)

E. Pusat Kesehatan Komunitas

Pusat kesehatan masyarakat menawarkan program upaya yang komprehensif untuk meningkatkan dan memelihara koordinasi kesehatan masyarakat, pendidikan, manajemen, dan perawatan. Puskesmas memberikan pelayanan rawat jalan (perawatan yang dibutuhkan oleh klien yang datang ke Puskesmas) dan home care.

Perawat yang bekerja di fasilitas ini seringkali lebih mandiri dari pada perawat yang bekerja di fasilitas lain (institusi). Puskesmas juga mempekerjakan petugas kesehatan lain, tetapi perawat umumnya melakukan sebagian besar perawatan dan bahkan dapat melakukan tugas mereka sendiri dan menjalankan fasilitas tersebut. Contoh puskesmas adalah klinik preventif orang tua (persiapan menjadi orang tua), pusat kesehatan keluarga, dan kesehatan jiwa.

Menurut Perry & Potter (2010), Penyelenggaraan pelayanan di komunitas meliputi pelayanan sebagai berikut:

1. Layanan Perawatan Sekolah atau Kampus

Pelayanan keperawatan yang diberikan meliputi pencegahan penyakit, promosi kesehatan dan pendidikan seks. Selain itu, perawat sekolah dapat merawat siswa dengan penyakit akut/non-darurat. Misalnya, infeksi saluran pernapasan atas dan infeksi virus. Perawat juga merujuk siswa dan keluarga mereka ketika perawatan medis yang lebih spesifik diperlukan.

Standar keperawatan sekolah adalah sebagai berikut:

- a. Perawat sekolah menggunakan basis pengetahuan klinis saat melakukan praktik medis di sekolah.
- b. Perawat sekolah menggunakan pendekatan sistematis untuk pemecahan masalah.
- c. Perawat sekolah berkontribusi pada pendidikan siswa dengan pendekatan keperawatan.
- d. Perawat sekolah secara efektif menggunakan keterampilan komunikasi mereka dalam melaksanakan tugasnya.
- e. Perawat sekolah membuat dan memelihara program kesehatan sekolah yang komprehensif.
- f. Perawat sekolah bekerja dengan staf lain untuk memenuhi kebutuhan siswa.

- g. Perawat sekolah bekerja dengan masyarakat untuk mengembangkan sistem pelayanan dan menjadi penghubung antara sekolah dan masyarakat.
- h. Perawat sekolah membantu klien (dalam hal ini siswa, keluarga, masyarakat) mencapai kesejahteraan yang optimal melalui pendidikan kesehatan.
- i. Perawat sekolah melakukan penelitian dan praktik inovatif untuk meningkatkan layanan kesehatan sekolah.
- j. Perawat sekolah meningkatkan kualitas pelayanan dan pengembangan profesional.

2. Lingkungan Kesehatan Kerja

Beberapa perusahaan menyediakan karyawan di Puskesmas. Fasilitas ini memiliki lima area perawatan. Perawat mengembangkan program untuk tujuan berikut:

- a. Meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja dengan mengurangi jumlah kecelakaan di tempat kerja.
- b. Mengurangi risiko penyakit akibat kerja.
- c. Mengurangi penularan penyakit menular antar pekerja.
- d. Menyelenggarakan program promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan pendidikan kesehatan.
- e. Melakukan intervensi dalam keadaan darurat dan memberikan pertolongan pertama jika terjadi kecelakaan.

3. Lembaga Perawatan Kesehatan di rumah

Pelanggan sering kali membutuhkan perawatan profesional yang dapat mereka berikan secara efisien di rumah. Perawat di fasilitas ini memberikan perawatan di rumah. Misalnya, perawat yang bekerja di fasilitas perawatan komunitas, *hospice*, dan fasilitas perawatan rumah pribadi menelepon ke rumah. Perawat rumah perlu memiliki

keterampilan klinis yang kompeten, kemampuan pendidikan, fleksibilitas, kreativitas, dan kepercayaan diri (Perry & Potter, 2010).

4. Lingkungan Kerja Lainnya

Ada banyak tempat lain di mana pengasuh dengan peran dan tanggung jawab yang berbeda dapat bekerja. Perawat dapat bekerja di klinik, membuka usaha sendiri, dan berkolaborasi dengan perawat lain untuk terlibat dalam pendidikan dan penelitian. Ketika datang ke lingkungan kerja, perawat perlu memberikan perawatan yang berkualitas. Penelitian keperawatan, yang menghubungkan penelitian tentang kualitas hasil keperawatan dengan biaya keperawatan, memberikan hasil yang dapat digunakan perawat untuk menjawab tantangan di atas. Staf keperawatan secara aktif terlibat dalam masalah kesehatan di semua tingkat pemerintahan.

F. Model Kemitraan Keperawatan Komunitas dalam Pengembangan Kesehatan Masyarakat

Pengembangan kesehatan masyarakat di Indonesia yang telah dijalankan selama ini masih memperhatikan adanya ketidaksesuaian antara pendekatan pembangunan kesehatan masyarakat dengan tanggapan masyarakat, manfaat yang diperoleh masyarakat, dan partisipasi masyarakat yang diharapkan. Meskipun di dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan telah ditegaskan bahwa tujuan pembangunan kesehatan masyarakat salah satunya adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya. Oleh karena itu, pemerintah maupun pihak-pihak yang memiliki perhatian cukup besar terhadap pembangunan kesehatan masyarakat (termasuk perawat komunitas) perlu mencoba mencari terobosan yang kreatif agar program-program tersebut dapat dilaksanakan secara optimal dan berkesinambungan.

Salah satu intervensi keperawatan komunitas di Indonesia yang belum banyak digali adalah kemampuan perawat komunitas dalam membangun jejaring kemitraan di masyarakat. padahal, membina hubungan dan bekerja sama dengan elemen lain dalam masyarakat merupakan salah satu pendekatan yang memiliki pengaruh signifikan pada keberhasilan program pengembangan kesehatan masyarakat.

Pada bagian lain, Ervin (2002) menegaskan bahwa perawat komunitas memiliki tugas yang sangat penting untuk membangun dan membina kemitraan dengan anggota masyarakat sebagai sebuah sumber daya yang perlu dioptimalkan (*community as resource*), di mana perawat komunitas harus memiliki keterampilan memahami dan bekerja bersama anggota masyarakat dalam menciptakan perubahan di masyarakat.

Ada lima model kemitraan yang tersedia. Model kemitraan meliputi kepemimpinan, pluralisme baru, radikalisme berorientasi negara (*state oriented radikalisme*), kewirausahaan (*entrepreneurship*), dan pembangunan gerakan. Seiring dengan praktik kepedulian masyarakat yang diuraikan di atas, Model Kewirausahaan (*Entrepreneurship*) adalah model kemitraan yang baik untuk mengorganisir elemen masyarakat untuk pengembangan jangka panjang derajat kesehatan masyarakat.

Model kewirausahaan memiliki dua prinsip utama. Yaitu, prinsip otonomi (advokasi kolektif) dan prinsip penentuan nasib sendiri (prinsip kewirausahaan). Model kewirausahaan memiliki dampak strategis terhadap pembangunan. Evaluasi model praktik keperawatan komunitas dan model kemitraan dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Praktik keperawatan mandiri atau hubungan dengan anggota komunitasnya dapat dipahami sebagai institusi yang memiliki dua tugas sekaligus yakni : institusi ekonomi dan, khususnya, institusi

yang melindungi kepentingan komunitas dalam hal prinsip. Dari prinsip-prinsip keadilan sosial dan kesetaraan dalam sistem perawatan kesehatan. Oleh karena itu, praktik keperawatan institusional memiliki dampak yang signifikan terhadap dinamika pengembangan masyarakat.

G. Kegiatan Praktik Keperawatan Komunitas

Kegiatan praktik keperawatan komunitas yang dilakukan oleh perawat sangat luas dan terus menyesuaikan dengan tingkat pelayanan kesehatan tempat perawat bekerja, namun secara umum kegiatan praktik keperawatan komunitas adalah sebagai berikut.

1. Tahap persiapan

- a. Masyarakat dan departemen kesehatan melaporkan program-program praktis.
- b. Wilayah, wilayah, sistem komunitas, isu-isu kunci, dan penargetan kesehatan.
- c. Persiapan peralatan data.
- d. Menguji peralatan akuisisi data.
- e. Memperkenalkan dan menjelaskan program latihan dan menandatangani kontrak dengan jemaat pada pertemuan pertama jemaat dan keluarga.
- f. Melakukan pendataan dengan melibatkan petugas dan pejabat kesehatan setempat.
- g. Agregasi data, analisis data menggunakan pendekatan demografi, epidemiologi, dan statistik, serta visualisasi/penyajian data.
- h. Keputusan konsultasi awal masyarakat: Pembentukan komite.

2. Tahap implementasi

- a. Reorganisasi rencana kerja sebagai hasil konsultasi bersama dengan Pokja Kesehatan.
- b. Pelaksanaan kegiatan masyarakat dan kelompok kerja kesehatan:
 - 1) Pelatihan tenaga kesehatan;
 - 2) Pendidikan kesehatan;
 - 3) Simulasi / demonstrasi;
 - 4) Percontohan / percontohan;
 - 5) Perawatan kesehatan di rumah;
 - 6) Pengabdian masyarakat, dll.
- c. Koordinasi dengan Puskesmas dan organisasi terkait dalam melaksanakan kegiatan.

3. Tahap Evaluasi

- a. Setiap kegiatan yang dilakukan di masyarakat dievaluasi untuk kegiatan masyarakat dan kesesuaian, efektivitas, dan keberhasilan kegiatan.
- b. Penilaian semua kegiatan masyarakat dalam hal pencapaian tujuan masyarakat, pemecahan masalah, dan kemampuan pemecahan masalah.

4. Tahap Asuhan Keperawatan

Penerapan Pendekatan Proses Keperawatan dengan Langkah Selanjutnya:

- a. Evaluasi ;
- b. Diagnosa Keperawatan ;
- c. Perencanaan ;
- d. Implementasi ;
- e. Evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and Standards of Practice*, 2nd Edition.
- Ervin, N. (2002). *Advanced Community Health Nursing Practice: Population Focused Care*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Friedman, M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. (2010). *Fundamental Of Nursing: Concep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta: EGC.
- Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992, Tentang Kesehatan. (t.thn.).
- Veronika, N, S. N. (2017). *Efektifitas Pelaksanaan Pendampingan Oleh Kader Dalam Pengaturan Diet Rendah Garam Terhadap Kestabilan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi Dikelurahan Puwoyoso*. Semarang: Ilmu Keperawatan dan Kebidanan.
- Widagdo. (2016). *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

PROFIL PENULIS



Ns. Gusman Virgo, S.Kep, M.KL., lahir di Pasir Pengarayan 22 Agustus 1974 merupakan anak ke 2 dari 7 bersaudara. Mengenyam pendidikan di SDN 26 pasir Pengarayan selesai tahun 1987, melanjutkan pendidikan di SMPN 2 Pasir Pengarayan tamat tahun 1990, SMUN Pasir Pengarayan (1993) AKPER Muhammadiyah Pekanbaru (1997) Sarjana Keperawatan (2013) STIKes Tuanku Tambusai dan Program profesi Ners (2019) Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, dan melanjutkan pendidikan Magister kesehatan Lingkungan (2015) Universitas Riau.

Riwayat pekerjaan terdaftar tahun 2013 sampai sekarang tercatat menjadi dosen tetap di Stikes Tuanku Tambusai yg sekarang berubah menjadi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.

BAB 15

KESEHATAN SPIRITUAL



Herman Ariadi

BAB 15

KESEHATAN SPIRITUAL

A. Kesehatan Spritual

Menurut WHO kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Undang-undang RI Nomor 36, 2009). Kesehatan (*wellness*) adalah suatu keseimbangan dimensi kebutuhan manusia yang berbeda secara terus menerus-spiritual, sosial, emosional, intelektual, fisik, okupasional, dan lingkungan (Ah. Yusuf et al., 2016)

Spiritual adalah dasar dari kehidupan manusia dalam aktivitas kehidupan di dunia. Salah satu peristiwa yang terjadi dalam kehidupan adalah hubungan sosial antar manusia (Darmawan & Wardhaningsih, 2020). Spiritual adalah sesuatu yang berhubungan dengan spirit, semangat untuk mendapatkan keyakinan, harapan dan makna hidup(Ah. Yusuf et al., 2016). Spritual adalah berhubungan dengan atau bersifat kejiwaan (Rohani dan Batin) (Departemen Pendidikan Nasional, 2008). Spritual adalah keyakinan atau hubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, kekuatan menciptakan, sesuatu yang bersifat ketuhanan, atau sumber energi yang terbatas (Kozier et al, 1997)

Kesehatan spiritual atau kesejahteraan adalah rasa keharmonisan saling kedekatan antara diri dengan orang lain, alam, dan dengan kehidupan yang tertinggi (Potter and Perry, 2017). Kesehatan spiritual adalah kondisi yang dalam pandangan sufistik disebut sebagai terbebasnya jiwa dari berbagai penyakit ruhaniah, seperti syirik (*polytheist*), kufur (*atheist*), *nifaa* atau munafik (*hypocrite*), dan *fusuq* (melanggar hukum). Kondisi spiritual yang sehat terlihat dari hadirnya *ikhlas* (ridha dan senang menerima pengaturan Illahi), *tauhid* (meng-Esa-kan Allah), *tawakal* (berserah diri sepenuhnya kepada Allah) (Ah. Yusuf et al., 2016).

Kesehatan Spritual adalah keadaan sehat yang bersifat rohani dan batin yang mencakup mental yang sehat, ketenangan hati, pikiran atau perasaan dari cemas, was-was dan ketakutan yang berlebihan.

Kesehatan spritual juga mencakup hati yang bersih dari penyakit hati seperti syirik, kufur, munafik, iri hati, dengki, takabur dan sombong. Elemen penting lain dari kesehatan spritual adalah membawa individu lebih dekat dengan Tuhan. Untuk mencapai hal tersebut, pendekatan spiritual dengan menekankan nilai-nilai spiritual keagamaan sangat penting.

Kesehatan spritual merupakan salah satu hal yang teramat penting disamping kesehatan medis. Karena kesehatan spritual sering terlupakan dalam menyusun intervensi keperawatan, jika secara fisik yang sakit pastilah disadari oleh individu yang sakit dan segera dilakukan intervensi medis ataupun keperawatan. Namun spritual yang sakit seringkali tidak disadari sehingga yang terjadi kerusakan perilaku atau mental.

Dampak sakitnya spritual lebih parah daripada fisik yang sakit. Bila fisik yang sakit maka yang merasakanya adalah individu yang sakit. Sakit fisik pun lebih mudah disadari dan segera dilakukan tindakan pengobatan. Namun bila spritual yang sakit terkadang hal tersebut tidak disadari oleh individu tersebut. Selayaknya spritual terjaga dalam kondisi yang baik dan sehat, menyehatkan spritual dilakukan dengan menyehatkan pikiran dan hati. Mewujudkan spritual yang sehat harus berawal dari kesadaran. Kesadaran ini harus di pupuk dengan nilai-nilai religius, jika kesadaran dan nafas religi selalu mengiringi gerak langkah individu yang sakit maka pastilah kesehatan spritual selalu terjaga dan terwujud.

Spiritualitas adalah suatu keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa, Maha Pencipta (Hamid, 1999). Spiritualitas sebagai *“an experiential realisation of connectedness with a reality beyond the immediate goals of the individual”* (Walach and Schmidt, 2011). Spiritualitas merupakan bagian dari diri manusia yang bersifat nonfisik, tidak berhubungan dengan kepercayaan kepada Tuhan. Komponen non fisik ini menjadi salah satu sumber kekuatan seseorang pasien ketika menderita penyakit. Namun demikian hal tersebut bukan merupakan sesuatu yang supranatural (Weil, 1997).

Spiritualitas ini sangat penting ketika sebuah pandemi menyerang dunia, dan itu harus dihadapi oleh orang yang sehat dan yang sakit. Apa yang harus kita lakukan ketika menghadapi cobaan yang Tuhan berikan kepada kita, dan apa yang harus kita lakukan untuk mengendalikan hati kita. Kita pasti merasakan kesedihan ketika kita ditimpa musibah atau penyakit. Kesedihan terjadi ketika hati jauh dari Tuhan Yang Maha Esa.

Saat kita diuji, pasti ada kesedihan, kekecewaan, stres, yang mungkin karena hati kita kotor. Ketika pikiran baik, seluruh tubuh baik. Sebaliknya, jika pikiran buruk, seluruh tubuh juga buruk. Mari kita raih ketenangan hati dengan berhusnudzon atau berprasangka baik kepada Tuhan Yang Maha Esa, Allah SWT.

Meningkat Spritualitas perlu dilakukan oleh setiap individu sehingga bisa berdamai dengan keadaan atau kejadian yang sudah terjadi, Bagaimana melakukannya menurut persepektif ajara agama islam:

1. Meningkatkan kesabaran yang tinggi, berlapang dada seraya melakukan ikhtiar;
2. Meminta pertolongan kepada Allah dengan sabar dan sholat;
3. Memperbanyak zikir dan menguatkan jiwa yang ikhlas;
4. Memperbanyak tilawah Al-Quran, salah satu fungsi Al-Quram adalah *Asy-Syifa* (Kesembuhan);
5. Memperbanyak sedekah karena sedekah dapat mencegah bala;
6. Bertawakkal yaitu menyerahkan diri kepada Allah SWT.

Individu yang sehat sebagai cerminan individu yang sejahtera. Dubos memandang sehat sebagai suatu proses kreatif dan menjelaskannya sebagai kualitas hidup, termasuk kesehatan sosial, emosional, mental, spiritual, dan biologis dari individu, yang disebabkan oleh adaptasi terhadap lingkungan. Kontinum sehat dan kesehatan mencakup enam dimensi sehat yang mempengaruhi gerakan di sepanjang kontinum. Dimensi ini diuraikan sebagai berikut :

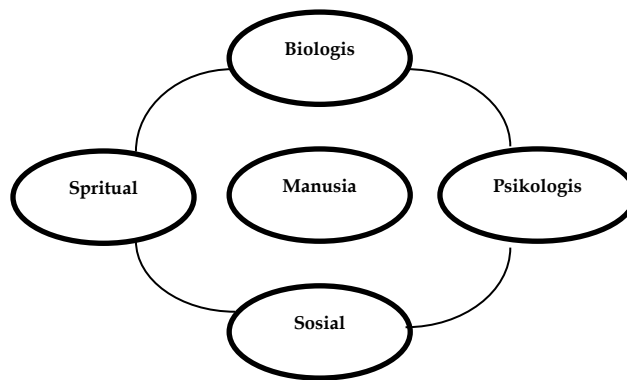
1. Sehat fisik ukuran tubuh, ketajaman sensorik, kerentanan terhadap penyakit, fungsi tubuh, kebugaran fisik, dan kemampuan sembuh;
2. Sehat intelektual kemampuan untuk berfikir dengan jernih dan menganalisis secara kritis untuk memenuhi tantangan hidup;

3. Sehat sosial kemampuan untuk memiliki hubungan interpersonal dan interaksi dengan orang lain yang memuaskan;
4. Sehat emosional ekspresi yang sesuai dan control emosi; harga diri, rasa percaya dan cinta;
5. Sehat lingkungan penghargaan terhadap lingkungan eksternal dan peran yang dimainkan seseorang dalam mempertahankan, melindungi, dan memperbaiki kondisi lingkungan;
6. Sehat spiritual keyakinan terhadap Tuhan atau cara hidup yang ditentukan oleh agama; rasa terbimbing akan makna atau nilai kehidupan (Ah. Yusuf *et al.*, 2016).

Individu manusia terdiri dari berbagai dimensi meliputi Bio-Psiko-Sosial-Spiritual, dimana dimensi tersebut harus terpenuhi secara menyeluruh. Sering terjadi diagnosis yang muncul berkaitan dengan biologi menyebabkan terjadinya masalah psiko-sosial-spiritual. Ketika individu mengalami sakit, berduka, stress kekuatan spiritual lah yang dapat membantu individu menuju penyembuhan dan pemenuhan kesehatan spiritual.

B. Proses Penyembuhan Secara Spiritualitas

Hubungan antara spiritualitas dan proses penyembuhan dapat dijelaskan dengan konsep holistik perawatan pasien. Konsep holistik adalah sarana dimana penyedia layanan kesehatan dapat membantu pasien dalam proses penyembuhan secara keseluruhan. Pelayanan holistik yang dimaksud adalah, dalam memberikan pelayanan kesehatan semua petugas harus memperhatikan klien dari semua komponen seperti biologis, psikologis, sosial, kultural bahkan spiritual (Dossey, *et al* 2005) Berikut adalah model bio-psiko-sosial-spiritual yang diintegrasikan dalam keperawatan holistik:



Gambar 15.1

Model Holistik Dalam Keperawatan, Diadaptasi dari Dossey, 2005.

Model holistik adalah model yang komprehensif dalam memandang berbagai respons sehat sakit. Dalam model holistik, semua penyakit mengandung komponen psikosomatik, biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Penyakit dapat disebabkan faktor bio-psiko-sosial-spiritual, demikian juga respons akibat penyakit. Dimensi biologis terkait dengan semua komponen organ tubuh yang mengalami sakit. Dimensi psikologis terkait dengan semua perilaku dan faktor yang mempengaruhi perilaku yang ditampilkan akibat penyakit. Dimensi sosial terkait dengan dampak penyakit terhadap pola komunikasi klien dengan masyarakat sekitar dengan berbagai tata nilai dan budayanya. Dimensi spiritual dalam model ini meliputi konsep tentang nilai, makna, dan persiapan untuk hidup. Semua ini direfleksikan dalam semua sifat pembawaan manusia dalam mencari keperawatan, cinta, ketulusan hati, kejujuran, kebebasan, dan imajinasi (Ah. Yusuf *et al.*, 2016).

Individu yang sakit yang di rawat inap di layanan kesehatan maupun rumah sakit, mereka tidak hanya sakit biologis saja tetapi

mungkin juga sakit secara psikologis. Individu yang sakit mempunyai respon psikologis dipengaruhi oleh berbagai kondisi, baik kondisi sosial dan spritual individu. Seorang tenaga perawat mempunyai tugas yang penting dalam mengatasi masalah klien dengan menerapkan asuhan keperawatan secara holistik.

Holistik artinya utuh. Di sisi lain, pandangan holistik memiliki implikasi luas untuk membangun kehidupan manusia yang memuaskan, sehat, dan seimbang dengan memperhatikan semua aspek elemen kehidupan seperti aspek fisik, emosional, spiritual, moral, imajinatif, intelektual, budaya, dan estetika. Dengan demikian, pandangan yang sehat tidak hanya berarti aspek fisik, tetapi juga sinergi tubuh, pikiran, dan jiwa.

Perawat fokus merawat pasien secara keseluruhan, bukan hanya mengobati gejala penyakit. Dengan demikian, praktisi perawat dapat mendorong pasiennya untuk menjaga keseimbangan pikiran, tubuh dan jiwa secara keseluruhan dengan mengintegrasikan perawatan diri, spiritualitas yang tercermin dalam kehidupan mereka melalui praktik keperawatan profesional.

Sebuah studi di Iran bahwa pemberian pendidikan kesehatan spiritual Islam berpengaruh dalam peningkatan kesejahteraan spiritual (*Spiritual Wellbeing*) pada pasien wanita yang menderita kanker (Sajadi *et al.*, 2018). Menurut (Oh and Kim, 2014), Spiritual care pada pasien dengan penyakit terminal dirasakan oleh pasien sebagai hal yang penting. Satu-satunya sumber penyembuhan (healing) bagi pasien dengan penyakit terminal adalah aspek spiritualitas mereka. Pasien membutuhkan intervensi spiritual dengan porsi yang cukup besar, selain pengobatan ataupun perawatan fisik (Hsiao *et al.*, 2011)

Peran perawat sangat dibutuhkan pasien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya selama dirawat di rumah sakit. Perawat dituntut harus memahami tentang konsep keperawatan spiritual.

Perawatan spiritual mencakup usaha meningkatkan integritas pribadi, relasi antar pribadi dan pencarian makna hidup. Keperawatan spiritual didefinisikan dengan meringkasnya menjadi 5 (Lima) R ; *reason and reflection*, alasan dan renungan tiap manusia yang mengalami situasi ekstrim atau wajar saja mencari makna dan tujuan hidup; *religion* (religi atau agama), agama merupakan sarana untuk mengungkapkan spiritualitas yang meliputi nilai-nilai, praktik dan kepercayaan; *relationships* (relasi) relasi dengan sesama, diri sendiri, dan Tuhan menjadi pusat spiritualitas tiap manusia: *restoration* (restorasi/pemulihan), aspek ini mengacu pada kemampuan spiritualitas seseorang untuk secara positif mempengaruhi keadaan fisiknya (Young & Freedman, 2007).

Berbagai penelitian terkait dengan intervensi keperawatan secara spritual baik di dalam negeri dan luar negeri. Seperti penelitian dengan randomized control trial (RCT) di Iran yang dilakukan oleh Sajadi tahun 2018 baru – baru ini, menemukan bahwa pengaruh pendidikan islam melalui konseling dengan delapan kali sesi pertemuan pada wanita yang menderita kanker payudara terdapat adanya peningkatan aspek psikologis, dan kesejahteraan spiritual (Spiritual Wellbeing), yang ditandai dengan meningkatnya hubungan pasien dengan tuhanNya dan lebih memaknai tujuan hidup dengan harapan kehidupan (Sajadi *et al.*, 2018).

Sedangkan penelitian di dalam negeri dengan konsep Zikir 4T yang dilakukan oleh Sukarni *et al* tahun 2014 menunjukkan hasil bahwa dzikir 4T yang terdiri dari kalimat (Subhanallah, Alhamdulillah, Allahuakbar dan Laaillahaillallah), dapat menurunkan kecemasan selama dalam 72 jam setelah masuk perawatan pada pasien sindrom koroner akut ($p < 0,05$). Ada pengaruh yang sangat bermakna penurunan kecemasan yaitu pada jam ke- 24 jam ($p < 0,001$) dan 72 jam ($p < 0,001$) (Sukarni, Mardiyono & Wenten Parwati, 2014).

Sebagai tenaga kesehatan, perawat berperan penting dalam memenuhi kebutuhan spiritual tanpa membedakan keyakinan agama pasien saat memberikan perawatan. Oleh karena itu, setiap perawat harus dapat memahami kondisi setiap pasien dengan pengalaman keyakinan spiritual yang berbeda dan bagaimana keyakinan spritual dapat mempengaruhi kehidupan setiap orang.

C. Doa-Doa Tema Kesehatan Menurut Ajaran Agama Islam

Karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan penulis, maka pembahasan spiritualitas dalam buku ini dibahas dengan menggunakan pendekatan spiritual Islami. Namun, penulis yakin bahwa hal ini tidak akan mengurangi rasa hormat terhadap keyakinan agama lain. Doa-doa tema kesehatan antara lain:

1. Doa Memohon Ilmu, Rizki dan Kesehatan

"Allahumma inni as-aluka 'ilmaan naafi'an wa rizqan waa-si'an wa syifaa-an min kulli daa-in"

Artinya: "Ya Allah sungguh aku memohon kepadamu ilmu yang bermanfaat, rizki yang berlimpah ruah serta penawar dari segala macam penyakit" (HR. Thabrani).

2. Doa Akan Minum Obat

"Bismillahirrahmanirrahim"

Artinya: "Dengan menyebut nama Allah yang maha pengasih lagi maha penyanyang" (HR. Tirmidzi).

3. Doa Selesai Minum Obat

"Alhamdu lillaahi ladzii kafaanaa wa arwaanaa ghaira makfiyyin walaa makfuurin"

Artinya: "Segala puji bagi Allah yang telah memberi kepada kita kecukupan dan kepuasan yang tiada terabaikan dan bertolak" (HR. Bukhari dari Abi Umamah).

4. Doa Ketika Akan Dioperasi

"Hasbunallaahu wani'mal wakiilu `alallaahi tawakkalna"

Artinya: "Ya Allah yang maha mencukupi aku dan yang sebaik-baiknya melindungi aku. Kepada Allah aku berserah diri" (HR. Tirmidzi).

5. Doa Setelah Operasi

"Alhamdulillah"

Artinya: "Segala puji bagi Allah"

6. Doa Mohon Lekas Sembuh

"Allahumma inni as-alukal 'afwa wal 'afiyata fid dunya wal akhiroh".

Artinya: "Ya Allah, sesungguhnya aku memohon ampunan dan kesehatan di dunia dan akhirat" (HR. Ibnu Majah).

7. Doa Menghadapi Kesulitan

"Allahumma laa sahla illa maa ja'altahu sahlan wa anta taj'alhul hazana idza syi'ta sahlan"

Artinya: "Ya allah, tidak ada yang mudah selain yang engkau mudahkan, dan engkau jadikan kesusahan itu mudah jika engkau menghendaki menjadi mudah" (HR. Ibny Hibban dan Ibnu Sunni).

8. Doa Menjenguk Orang Sakit

"Allahumma robbannas adzhibilba' sa isyfi antasysyafi la syifauka syifa' an la yughodiru saqoma"

Artinya: "Ya Allah hilangkan penderitaan, Ya Tuhan Manusia, sembuhkanlah. Engkau maha penyembuh, tidak ada penyembuhan kecuali penyembuhan dari engkau, penyembuhan yang tidak meninggalkan rasa sakit sama sekali" (HR. Tirmidzi). (AIPNEMA, 2015)

D. Asuhan Keperawatan Spritual

1. Pengkajian Keperawatan Spritual

Mengkaji aspek spiritual, perawat bertanya lebih mendalam tentang pandangan spiritual pasien, bagaimana pasien mengatasi suatu kondisi yang sedang dihadapi, kondisi dirinya membuatnya tidak bisa beribadah.

2. Diagnosis Keperawatan Spritual

Diagnosis keperawatan terkait dengan spiritual pasien mengacu pada distress spiritual dan hambatan religiolitas.

3. Intervensi Keperawatan Spritual

Dalam intervensi keperawatan spiritual, perawat membantu pasien untuk mencapai kepuasan spiritual.

4. Implementasi Keperawatan Spritual

Dalam implementasi spiritual pasien perawat perlu berkolaborasi dengan pemuka agama dalam mendukung, mendengarkan keluhan, memberikan motivasi. Karena kehadiran dan dukungan perawat dapat menjadikan pasien menjadi bermakna dan memiliki tujuan hidup, sehingga tujuan keperawatan sesuai kriteria hasil perawat tercapai.

5. Evaluasi Keperawatan Spritual

Evaluasi merupakan pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan dan implementasi. Dengan evaluasi yang jelas, asuhan keperawatan spiritual pada pasien dapat dilaksanakan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf *et al.* (2016) *KEBUTUHAN SPIRITUAL Konsep dan Aplikasi dalam Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- AIPNEMA (2015) *Pedoman Kurikulum Penciri Pendidikan Tinggi Keperawatan Muhammadiyah 'Aisyiyah*. Semarang.
- Andrew Weil, M. (1997) *Spontaneous Happiness*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Darmawan, A. I. and Wardhaningsih, S. (2020) 'Peran Spritual Berhubungan Dengan Perilaku Sosial dan Seksual Remaja', *Keperawatan Jiwa*, 8(1), pp. 75–82.
- Departemen Pendidikan Nasional (2008) *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta.
- Dossey, A., Keegan, L. and Guzzetta, C. (2005) *Holistic Nursing a Handbook For Practice*. Fourth Edi. Jones and Bartlet Publisher Inc. Massachusetts.
- Hamid, A. . (1999) *Aspek Spritual Dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Hsiao, S.-M. *et al.* (2011) 'An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes', *Journal of Clinical Nursing*, 20(7–8), pp. 950–959. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03278.x>.
- Kozier, B. and et al (1997) *Fundamental Of Nursing Practice In Canada (1st Canadian ed)*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Oh, P.-J. and Kim, S. H. (2014) 'The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis.', *Oncology nursing forum*. United States, 41(5), pp. E290-301. doi: 10.1188/14.ONF.E290-E301.

- Potter, P. . and Perry, A. . (2017) *Fundamental Of Nursing: Concept, Process an Practice*. Philadelphia: Mocby Years Book Inc.
- Sajadi, M. *et al.* (2018) 'Complementary Therapies in Clinical Practice Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial', *Complementary Therapies in Clinical Practice*. Elsevier Ltd, 30, pp. 79–84. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.12.011.
- Sukarni, S., Mardiyono, M. and Wenten Parwati, M. D. (2014) '4T Zikr in Anxiety Reduction in Acute Coronary Syndrome Patients', *Jurnal Riset Kesehatan*, 3(2), pp. 567–575. doi: 10.31983/jrk.v3i2.225.
- Undang-undang RI Nomor 36 (2009) *Tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Walach, H. and Stefan Schmidt (2011) *Neuroscience, Consciousness, and Sprituality*. New York: Springer.
- Young, H. . and Freedman, R. . (2007) *University Physics 12th Edition, Person-Addison Wesley*. New York.

PROFIL PENULIS



Herman Ariadi, Ns.,M.Kep, Lahir di Banua Padang Kabupaten Tapin Tanggal 25 Juli 1987. Latar Belakang Pendidikan lulus S1 Keperawatan Lulus Tahun 2010, Profesi Ners Lulus Tahun 2011 di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin, S2 Keperawatan Lulus Tahun 2018 di Program Studi Magister Keperawatan Konsentrasi Kepemimpinan dan Manajemen

dalam Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Mulai karir sebagai Dosen di Mulai Tahun 2018 sampai sekarang di UM Banjarmasin dan Aktif diberbagai Organisasi baik di Organisasi Profesi maupun Organisasi kemasyarakatan, Penulis juga aktif sebagai Narasumber di Rumah Sakit Maupun di Peguruan Tinggi yang berkaitan dengan Keilmuan. Penulis juga aktif dalam pendampingan kegiatan kemahasiswaan tingkat universitas maupun nasional. Berbagai jurnal penelitian dan pengabdian masyarakat sudah terbit di jurnal nasional. Berbagai buku, Format, video pembelajaran sudah terdaftar di Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual Kementerian Hukum dan HAM Republik Indonesia.

BAB 16

SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN



Yenny Safitri

BAB 16

SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN

A. Pengertian Sistem Informasi Keperawatan

Saat ini kita memasuki era revolusi industri 4.0, dimana terjadi GAP analisis antara dunia pendidikan tinggi dengan dunia kerja, untuk mengurangi GAP tersebut diperlukan suatu pola yang mampu mengantarkan peserta didik (perawat) ke perguruan tinggi untuk di didik sehingga peserta didik mampu dan siap bersaing di dunia industri dan sesuai harapan masyarakat.

Kondisi yang terjadi saat ini banyak masyarakat yang mengeluh dengan pelayanan kesehatan yang diterimanya dari perawat. Untuk itu, kinerja perawat perlu ditingkatkan sehingga kualitas pelayanan asuhan keperawatan bisa diberikan dengan baik. Menurut Maria (2009) salah satu ukuran berkualitas atau tidaknya suatu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat adalah tingkat kepuasan bagi masyarakat penerima jasa pelayanan itu sendiri. Ditambah lagi hampir semua perusahaan sudah menggunakan berbagai macam teknologi untuk memperoleh berbagai macam informasi. Oleh karena itu, kondisi ini memaksa kita untuk ikut memahami dan mempelajari sistem dan teknologi tersebut.

Sistem dan program pendidikan tinggi perlu disesuaikan agar relevan dengan era revolusi industri 4.0, antara lain rekonstruksi kurikulum yang dapat memberikan peserta didik :

1. Keterampilan/kompetensi yang lebih luas dan baru (*al. coding, big data, artificial intelligent*)

2. Menggunakan format baru proses pembelajaran (*face to face, blended learning, full online learning*)(Academy, 2020a).

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya, yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Tugas perawat bukan hanya semata-mata pada proses layanan kepada masyarakat namun juga berkewajiban melakukan proses asuhan keperawatan dengan standar NANDA, bukan hanya pada kegiatan layanan tetapi juga dokumentasi ketika memberikan penanganan pasien di Puskesmas ataupun Rumah Sakit. Tingginya layanan kepada pasien berdampak tidak sepenuhnya dokumentasi dapat dilakukan oleh petugas perawat secara maksimal apalagi dokumentasi/pencatatan tersebut dilakukan secara manual atau tulisan tangan. Kurangnya penguasaan standar NANDA oleh petugas perawat juga berdampak pada tidak tepatnya dalam melakukan analisa hasil pengkajian pasien berdampak pada kesalahan dalam melakukan rencana tindakan.

Standar pengetahuan perawat yang harus dimiliki diantaranya ilmu biomedis, farmakologi, hukum, manajemen dan yang lainnya,. Sehingga di lapangan perawat akhirnya harus memiliki kemampuan melakukan analisa kebutuhan pasien dengan analisa keilmuan yang tepat dan benar. Perawat melakukan interaksi di rumah sakit selama 24 jam, sehingga tahu pada setiap perubahan respon pasien. Kebutuhan pengobatan yang dilakukan oleh dokter akan memberikan respon terhadap pasien, sehingga perawat melakukan fungsi *advocacy* pasien sehubungan dengan pengobatan yang diberikan oleh dokter.

Sistem informasi adalah hasil dari pengolahan data dalam suatu bentuk yang lebih berguna dan berarti bagi penerima yang menggambarkan suatu kejadian yang nyata dan yang digunakan untuk pengambilan keputusan. (Academy, 2020a)

Sistem informasi merupakan suatu kumpulan dari komponen-komponen dalam organisasi yang berhubungan dengan proses penciptaan dan pengaliran informasi. Sistem informasi mempunyai komponen-komponen yaitu proses, prosedur, struktur organisasi, sumber daya manusia, produk, pelanggan *supplier* dan rekanan. (Elisabet Yunaeti Anggraeni, 2017)

Jadi, dapat disimpulkan bahwa sistem informasi merupakan suatu kumpulan antara teknologi informasi dan organisasi yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dimana komponen-komponen yang terdapat dalam sistem informasi terdiri dari proses, prosedur, struktur organisasi, sumber daya manusia, produk, pelanggan *supplier* dan rekanan.

Sistem informasi kesehatan merupakan suatu pengelolaan informasi dari seluruh tingkat pemerintah secara sistematis dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat. (Elisabet Yunaeti Anggraeni, 2017)

Sistem informasi keperawatan menurut *American Nurses Association* (2001) adalah area khusus yang mengintegrasikan ilmu keperawatan, ilmu komputer, dan ilmu informasi untuk mengatur dan mengkomunikasikan data, informasi, dan pengetahuan dalam praktik keperawatan (Potter & Perry, 2010). Penggunaan sistem informasi keperawatan sebagai teknologi baru tentunya menuntut peran perawat aktif sebagai instrumen utama dari organisasi pelayanan kesehatan (Lee, 2006). Ragneskog dan Gerdnert (2006) menjelaskan bahwa penting bagi perawat untuk percaya diri dalam menggunakan teknologi informasi. (Dewi Sartika^{1*}, Rr. Tutik Sri Hariyati², 2014)

Sistem informasi keperawatan adalah sistem informasi yang menyediakan informasi yang dipakai dalam pelayanan keperawatan yang mencakup semua transaksi atau pelayanan keperawatan di RS maupun klinik/puskesmas (Academy, 2020a)

Sedangkan menurut ANA (Vestal, Khaterine, 1995 dikutip oleh Hariyati, RT., 1999) sistem informasi keperawatan berkaitan dengan legalitas untuk memperoleh dan menggunakan data, informasi dan pengetahuan tentang standar dokumentasi, komunikasi, mendukung proses pengambilan keputusan, mengembangkan dan mendesiminasikan pengetahuan baru, meningkatkan kualitas, efektifitas dan efisiensi asuhan keperawatan dan memberdayakan pasien untuk memilih asuhan kesehatan yang diinginkan. Kehandalan suatu sistem informasi pada suatu organisasi terletak pada keterkaitan antar komponen yang ada sehingga dapat dihasilkan dan dialirkan menjadi suatu informasi yang berguna, akurat, terpercaya, detail, cepat, relevan untuk suatu organisasi. (Indonesia dokumen, 2018)

Jadi, sistem informasi keperawatan merupakan gabungan ilmu komputer, ilmu informasi dan ilmu keperawatan yang digunakan untuk mendukung manajer keperawatan/perawat dalam mengambil keputusan yang menyangkut pelayanan keperawatan.

1. Komponen Sistem Informasi

- a. Perangkat keras (*hardware*) piranti fisik seperti computer, printer, dll;
- b. Perangkat lunak (*software*) yaitu sekumpulan instruksi yang memungkinkan perangkat keras memproses data;
- c. Prosedur yaitu sekumpulan aturan yang dipakai mewujudkan pemrosesan data dan pembangkit keluaran yang dikehendaki;
- d. Orang yang bertanggungjawab dalam pengembangan sistem informasi;
- e. Basis data/*databased*;
- f. Jaringan komputer dan komunikasi data, sistem penghubung yang memungkinkan data dapat di akses. (Academy, 2020b)

2. Klasifikasi Sistem Informasi

a. Sistem Abstrak dan Sistem Fisik

Sistem abstrak yaitu sistem yang berupa konsep atau gagasan yang tidak terlihat secara fisik sedangkan sistem fisik yaitu sistem yang terlihat secara fisik seperti sistem computer, sistem transportasi dan akuntansi.

b. Sistem Deterministik dan Sistem Probabilistik

Sistem deterministik adalah sistem yang bergerak atau beroperasi dengan cara dapat diperkirakan secara tetap dan dapat mengetahui interaksi yang terjadi pada setiap bagiannya, seperti sistem komputer, sedangkan sistem probabilistik suatu sistem yang tidak dapat memperkirakan hasil akhirnya seperti sistem persediaan barang, sistem pemilihan presiden

c. Sistem Terbuka dan Sistem Tertutup

Sistem terbuka merupakan sistem yang dapat berhubungan dengan lingkungan luar dan mendapatkan pengaruh dari luar seperti sistem keorganisasian sedangkan sistem tertutup adalah sistem yang tidak berhubungan atau sistem yang tidak mendapatkan pengaruh dari lingkungan luar. Contoh reaksi kimia dalam tabung

d. Sistem Alamiah dan Sistem Buatan

Sistem alamiah adalah sistem yang terjadi karena proses alam seperti rotasi perputaran bumi sedangkan sistem buatan adalah sistem yang karena campur tangan manusia, dan merupakan sistem yang dirancang manusia. Contoh sistem computer

e. Sistem Sederhana dan Sistem Kompleks

Sistem sederhana adalah sistem pada seperda, sedangkan sistem kompleks adalah sistem pada otak manusia (Academy, 2020b)

3. Karakteristik Sistem Informasi

- a. Komponen sistem;
- b. Batas sistem;

- c. Lingkungan luar sistem;
- d. Penghubung sistem;
- e. Input sistem;
- f. Output sistem;
- g. Proses sistem;
- h. Tujuan sistem. (Academy, 2020b)

4. Kriteria Sistem Informasi

- a. Relevan;
- b. Akurat;
- c. Tepat waktu;
- d. Lengkap (Academy, 2020b).

5. Sejarah Sistem Informasi Keperawatan

Komputer telah dikenal sekitar 50 tahun yang lalu, tetapi rumah sakit lambat dalam menangkap revolusi komputer. Perawat terlambat mendapatkan manfaat dari komputer, usaha pertama dalam menggunakan komputer oleh perawat terjadi pada akhir tahun 1960-an dan awal tahun 1970-an, penggunaannya mencakup otomatisasi catatan perawat untuk menjelaskan status dan perawatan pasien dan penyimpanan hasil sensus dan gambaran staf keperawatan untuk analisa kecenderungan masa depan staf. Pada pertengahan tahun 1970-an ide dari sistem informasi rumah sakit diterapkan dan perawat mulai menerapkan sistem informasi manajemen keperawatan. Pada akhir tahun 1980-an munculah sistem mikro komputer yang semakin mendukung pengembangan sistem informasi keperawatan. Di Indonesia sistem informasi manajemen keperawatan masih minim penerapannya, pendokumentasian keperawatan umumnya masih menggunakan pendokumentasian tertulis. Pemerintah Indonesia sudah memiliki visi tentang sistem informasi kesehatan nasional, yaitu Reliable Health Information 2010 (Depkes,2001). Pada perencanaannya

sistem informasi kesehatan akan di bangun di Rumah Sakit kemudian di masyarakat, tetapi pelaksanaanya belum optimal.

6. Fungsi Sistem Informasi Keperawatan

Konseptual model dalam sistem informasi keperawatan berdasarkan 4 fungsi utama dalam praktik keperawatan klinik dan administratif:

a. Proses Perawatan Pasien

Proses perawatan pasien adalah apa yang telah dilakukan oleh perawat kepada pasien yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, jadwal perawatan dan pengobatan, catatan keperawatan, pola makan, prospektif, beban kerja , administrasi pasien.

b. Proses Manajemen Bangsal

Aktivitas yang berhubungan dengan fungsi bangsal untuk secara efektif menggunakan menggunakan sumber dalam merencanakan objek secara spesifik. Mentransformasikan informasi pada manajemen yang berorientasi informasi dalam pengambilan keputusan: jaminan kualitas, sudut pandang aktivitas di bangsal keperawatan, jadwal dinas karyawan, manajemen perseorangan, perencanaan keperawatan, manajemen inventarisasi dan penyediaan sarana dan prasarana, manajemen finansial, kontroling terhadap infeksi.

c. Proses Komunikasi

Seluruh aktivitas dikonsentrasikan pada komunikasi pada pasien dan subjek lain yang memiliki hubungan dengan subjek pengobatan, perjanjian dan penjadwalan, review data, transformasi data, dan segala bentuk pesan.

d. Proses Pendidikan dan Penelitian

Pendokumentasian fungsi dan prosedural. (Indonesia dokumen, 2018).

7. Fitur dalam Sistem Informasi Keperawatan

Untuk menerapkan sistem informasi keperawatan digunakan data base dengan menggunakan pengklasifikasian keperawatan yang telah baku seperti : *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Intervention Classification* (NIC) dan *Nursing Outcome Classification* (NOC).

Beberapa fitur yang disediakan oleh sistem informasi keperawatan terdiri dari:

- a. Catatan keperawatan: tanda-tanda vital, pengkajian keperawatan, perencanaan keperawatan dan implementasi keperawatan.
- b. Jadwal dinas perawat: Perawat dapat menjadwalkan sendiri pembagian shift nya menggunakan pola yang disediakan dalam modul, kemudian hasilnya akan dikonfirmasi kepada koordinator atau manajer keperawatan. Modul jadwal dinas dirancang untuk mengelola daftar kehadiran, kelebihan jam kerja, jenjang karir dan efektivitas pembiayaan perawat.
- c. Integrasi data klinis: Disini diberikan informasi dari seluruh profesi sebagai umpan balik untuk kemudian dilihat, dianalisis oleh staf perawat kemudian diintegrasikan dalam perencanaan asuhan keperawatan.

Pendukung dalam pengambilan keputusan: Modul yang digunakan untuk mendukung dalam pengambilan keputusan dapat ditambahkan dalam sistem informasi keperawatan sehingga dapat dilakukan pengambilan keputusan yang cepat dan tepat, selama didalamnya terdapat panduan hubungan antara penyakit dengan tanda dan gejala, etiologi yang berhubungan dengan faktor-faktor dan

populasi pasien. Hubungan langsung dengan dokter juga dapat disediakan. (Indonesia dokumen, 2018)

8. Konsep Sistem Informasi Keperawatan

Hasil penelitian telah membuktikan bahwa penggunaan sistem informasi keperawatan yang efektif dan teknologi tepat guna akan dapat mengurangi kesalahan dalam memberikan perencanaan keperawatan pada pasien. Penggunaan sistem informasi keperawatan juga akan meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan.

Pada pengkajian keperawatan, penerapan *Standar Nursing Language* (SNL) berbasis TI (Teknologi Informasi) yang ada dalam sistem. Pada pengkajian data, perawat tinggal memilih data yang tersedia. Setelah data dipilih secara lengkap, komputer akan secara otomatis menganalisa data yang telah dipilih perawat, dan memunculkan masalah sesuai data yang dipilih. Komputer akan membantu melakukan analisis data yang dimasukan oleh perawat saat melakukan pengkajian kepada pasien. Dengan menggunakan sistem “pakar” maka perawat sedikit berkurang bebannya dalam melakukan analisis data untuk dijadikan diagnosa keperawatan. Masalah yang munculpun menjadi semakin riil dan akurat, karena masalah yang dimunculkan oleh komputer merupakan analisa baku.

Diagnosa Keperawatan dihasilkan dari analisa yang dilakukan oleh komputer, berdasarkan data-data yang dimasukan saat pengkajian perawatan. Komputer akan secara otomatis menganalisa data yang ada dan memunculkan masalah keperawatan. Perawat tinggal memilih etiologi yang ada disesuaikan dengan kondisi pasien. Sehingga di sinilah, peran perawat tidak bisa digantikan oleh komputer, karena *judgment* terakhir tetap di tangan perawat. Apakah masalah yang dimunculkan oleh komputer diterima atau tidak oleh perawat. (Maria, 2009).

Tujuan Keperawatan dalam sistem informasi keperawatan menggunakan *Nursing Outcome Clasification* (NOC). Perawat tinggal memilih Label dari NOC yang telah tersedia pada masing-masing diagnosa keperawatan yang ada, serta menentukan batas waktu (dalam hari) masalah diperkirakan dapat terselesaikan.

Sedangkan intervensi keperawatan dalam sistem informasi keperawatan menggunakan *Nursing Intervention Clasification* (NIC) dan sama dengan membuat tujuan, perawat tinggal memilih label NIC yang tersedia pada masing-masing diagnosa keperawatan.

Implementasi keperawatan dalam sistem informasi keperawatan menggunakan label NIC dan aktifitas dalam NIC. Perawat tinggal mengetikkan aktifitas-aktifitas perawatan yang telah dilakukan, menambahkan jam pelaksanaan dan menuliskan pelaksana dari aktifitas tersebut. Yang istimewa dalam sistem ini adalah implementasi yang diinputkan oleh perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan langsung diintegrasikan dengan billing sistem rumah sakit, sehingga tidak ada *double entry* dalam keuangan pasien. Masing masing tindakan perawat telah memiliki harga sendiri sendiri yang telah disahkan oleh rumah sakit, dan perawat tinggal mendokumentasikan dalam sistem informasi keperawatan (Laurie,2008). Sedangkan untuk evaluasi keperawatan menggunakan hasil penilaian subyek, observasi, analisa, dan planning keperawatan.(Syafrafrandinel, 2013).

9. Pengembangan Sistem informasi Keperawatan

a. Tahap 1 : upaya persiapan

- 1) Melihat RS/pelayanan keperawatan sebagai suatu sistem.
- 2) Mengidentifikasi subsistem-subsistem RS/pelayanan keperawatan.

- b. Tahap 2 : upaya definisi
 - 1) Melanjutkan dari sistem ketingkat sub sistem.
- c. Tahap 3 : upaya solusi
 - 1) Mengidentifikasi solusi-solusi alternatif.
 - 2) Mengevaluasi solusi alternatif.
 - 3) Memilih solusi terbaik.
 - 4) Mengimplementasi solusi.
 - 5) Menindaklanjuti untuk memastikan bahwa solusi tersebut efektif (Academy, 2020b).

10. Metodologi dalam pengembangan Sistem Informasi Keperawatan

- a. SDLC (perencanaan, analisis, desain, implementasi dan penggunaan).
- b. Menyusun *prototype* (mengidentifikasi kebutuhan pengguna, membuat suatu *prototype*, menentukan apakah *prototype* diterima, membuat kode sistem baru, menguji sistem baru, menentukan apakah sistem baru diterima, dan membuat sistem baru menjadi sebuah produksi).
- c. Pengembangan aplikasi cepat dengan RAD yang ditemukan oleh James Martin yaitu sebuah kumpulan strategi metodologi dan alat terintegrasi dalam suatu kerangka kerja atau dikenal dengan rekayasa informasi.
- d. Unsur penting dalam RAD (manajemen, orang, metodologi dan alat). (Academy, 2020b)

11. Cara Membuat Rancangan Sistem Informasi Keperawatan

- a. Metode Fast (*framework for the application of sistem technique*)
 - 1) Lingkup definisi;
 - 2) Analisis permasalahan;

- 3) Analysis kebutuhan;
- 4) Desain logis;
- 5) Analisi keputusan;
- 6) Desain logis;
- 7) Konstruksi dan ujicoba;
- 8) Operasi sistem dan pelatihan. (Academy, 2020b)

12. Manfaat Sistem Informasi Keperawatan

Dengan adanya kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, maka sangat dimungkinkan bagi perawat untuk memiliki sistem pendokumentasian asuhan keperawatan yang lebih baik. Metode pendokumentasian asuhan keperawatan saat sudah mulai menunjukkan perkembangan, dari yang sebelumnya manual, bergeser ke arah komputerisasi. Metode pendokumentasian tersebut dengan menggunakan Sistem Informasi Manajemen.

Sistem informasi manajemen berbasis komputer tidak hanya bermanfaat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, namun juga dapat menjadi pendukung pedoman bagi pengambil kebijakan/pengambil keputusan di keperawatan/*Decision Support Sistem dan Executive Information Sistem* (Eko,I. 2001).

Manfaat sistem informasi dalam keperawatan (Malliarou & zyga, 2009):

- a. Lebih banyak waktu dengan pasien dan lebih sedikit waktu di *nurse station*.
- b. Mengurangi penggunaan kertas.
- c. Dokumentasi keperawatan secara otomatis.
- d. Standar yang sama dalam perawatan (proses keperawatan).
- e. Mengurangi biaya.
- f. Kualitas pelayanan keperawatan dapat di ukur.(Syafrandinel, 2013).

Perawat menggunakan sistem informasi keperawatan dengan tujuan untuk mengkaji pasien secara jelas, menyiapkan rencana keperawatan, mendokumentasikan asuhan keperawatan, dan untuk mengontrol kualitas asuhan keperawatan. Perawat dapat memiliki pandangan terhadap data secara terintegrasi (misalnya integrasi antara perawat dan dokter dalam rencana perawatan pasien).

Dengan memanfaatkan sistem informasi keperawatan tersebut perawat dapat menghemat waktu untuk melakukan pencatatan dibandingkan bila dilakukan pencatatan secara manual. Di samping itu, data yang tercatat dengan menggunakan sistem informasi keperawatan akan lebih terjamin keberadaannya. Resiko data yang dicatat akan hilang sangat kecil. Berbeda dengan pencatatan yang berdasarkan *paper base*, dimana kemungkinan untuk hilangnya data sangat mungkin untuk terjadi. Selain itu keberadaan sistem informasi keperawatan juga akan meningkatkan keefektifan dan efisien kerja dari tenaga keperawatan (Cheryl, 2007).

Manfaat sistem informasi dalam keperawatan (Malliarou & zyga, 2009):

- a. Lebih banyak waktu dengan pasien dan lebih sedikit waktu di *nurse station*;
- b. Mengurangi penggunaan kertas ;
- c. Dokumentasi keperawatan secara otomatis ;
- d. Standar yang sama dalam perawatan (proses keperawatan);
- e. Mengurangi biaya ;
- f. Kualitas pelayanan keperawatan dapat di ukur ;

Menurut American Association of Nurse Executive (1993) dalam Saba & McCormick (2001) mengemukakan manfaat penting dalam penggunaan informasi teknologi, yaitu:

- a. Meningkatkan pemanfaatan sumber daya staf perawat;
- b. Meningkatkan pelayanan dalam memonitoring pasien;
- c. Meningkatkan dokumentasi;
- d. Meningkatkan komunikasi;
- e. Meningkatkan perencanaan;
- f. Meningkatkan standar praktik keperawatan;
- g. Kemampuan menetapkan masalah;
- h. Meningkatkan evaluasi keperawatan;
- i. Mendukung organisasi yang dinamik. (Annisaekarahma watisiku, 2017).

13. Kelebihan dan Kekurangan Sistem Informasi Keperawatan

- a. Kelebihan Sistem Informasi Keperawatan
- 3) Sistem Informasi manajemen asuhan keperawatan lebih efisien, dan produktifitas.
- 4) Dengan sistem dokumentasi yang berbasis komputer pengumpulan data dapat dilaksanakan dengan cepat dan lengkap.
- 5) Data yang telah disimpan juga dapat lebih efektif dan dapat menjadi sumber dari penelitian.
- 6) Dapat melihat kelanjutan dari edukasi ke pasien.
- 7) Melihat epidemiologi penyakit serta dapat memperhitungkan biaya dari pelayanan kesehatan. (Liaw, T. 1993).
- 8) Dokumentasi keperawatan juga dapat tersimpan dengan aman.
- 9) Akses untuk mendapat data yang telah tersimpan dapat dilaksanakan lebih cepat dibandingkan bila harus mencari lembaran kertas yang bertumpuk di ruang penyimpanan.
- 10) Menurut Herring dan Rochman (1990) diambil dalam Emilia, 2003: beberapa institusi kesehatan yang menerapkan sistem komputer, setiap perawat dalam tugasnya dapat menghemat

sekitar 20-30 menit waktu yang dipakai untuk dokumentasi keperawatan dan meningkat keakuratan dalam dokumentasi keperawatan

- 11) Dokumentasi keperawatan dengan menggunakan komputer seyogyanya mengikuti prinsip-prinsip pendokumentasian, serta sesuai dengan standar pendokumentasian internasional seperti: ANA, NANDA, NIC(Nursing Interventions Classification, 2000).
 - 12) Sistem informasi manajemen berbasis komputer dapat menjadi pendukung pedoman bagi pengambil kebijakan/pengambil keputusan di keperawatan/*Decision Support Sistem dan Executive Information Sistem*.(Eko,I. 2001)
 - 13) Informasi asuhan keperawatan dalam sistem informasi manajemen yang berbasis komputer dapat digunakan dalam menghitung pemakaian tempat tidur /BOR pasien, angka nosokomial, penghitungan budget keperawatan dan sebagainya. Dengan adanya data yang akurat pada keperawatan maka data ini juga dapat digunakan untuk informasi bagi tim kesehatan yang lain. Sistem Informasi asuhan keperawatan juga dapat menjadi sumber dalam pelaksanaan riset keperawatan secara khususnya dan riset kesehatan pada umumnya. (Udin,and Martin, 1997)
 - 14) Menghemat tempat karena dapat tersimpan dalam ruang yang kecil yang berukuran 10 cm x 15 cm x 5 cm . Sistem ini sering dikenal dengan Sistem informasi manajemen.
- b. Kekurangan Sistem Informasi Keperawatan
- 1) Sistem informasi manajemen keperawatan sampai saat ini juga masih sangat minim di rumah sakit Indonesia.

- 2) Komponen-komponen yang ada dalam sistem informasi yang dibutuhkan dalam keperawatan masih banyak kelemahannya.
- 3) Kekawatiran hilangnya data dalam satu *hard-disk*. Pada kondisi tersebut hilangnya data telah diantisipasi sebagai perlindungan hukum atas dokumen perusahaan yang diatur dalam UU No. 8 Tahun 1997. Undang-undang ini mengatur tentang keamanan terhadap dokumentasi yang berupa lembaran kertas, namun sesuai perkembangan teknologi, lembaran yang sangat penting dapat dialihkan dalam *Compact Disk Read Only Memory* (CD ROM). CD ROM dapat dibuat kopinya dan disimpan di lain tempat yang aman . Pengalihan ke CD ROM ini bertujuan untuk menghindari hilangnya dokumen karena peristiwa tidak terduga seperti pencurian komputer, dan kebakaran.
- 4) Memutuskan untuk menerapkan sistem informasi manajemen berbasis komputer ke dalam sistem praktek keperawatan di Indonesia tidak terlalu mudah. Hal ini karena pihak manajemen harus memperhatikan beberapa aspek yaitu struktur organisasi keperawatan di Indonesia, kemampuan sumber daya keperawatan, sumber dana, proses dan prosedur informasi serta penggunaan dan pemanfaatan bagi perawat dan tim kesehatan lain. (Syafraendinel, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Academy, R. (2020a) *[DEMO with Watermark] kuliah sistem informasi keperawatan part 1(1)*. Surabaya.
- Academy, R. (2020b) *[DEMO with Watermark] Kuliah Sistem Informasi keperawatan part 2(1)*. Surabaya.
- Annisaekarahmawatisiku (2017) 'Peran Sistem Informasi Dalam Asuhan Keperawatan'. Available at: <http://annisaekarahmawatisikupnvj.blogspot.com/2017/11/peran-sistem-informasi-dalam-asuhan.html>.
- Dewi Sartika^{1*}, Rr. Tutik Sri Hariyati², E. N. (2014) '196386-ID-self-efficacy-perawat-dalam-penggunaan-s'. Jakarta, pp. 65-73. Available at: Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 17, No.2, Juli 2014, hal 65-73.
- Elisabet Yunaeti Anggraeni (2017) 'Pengantar Sistem Informasi', *Igarss* 2017, 150(1), pp. 1-5. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Pengantar_Sistem_Informasi/8VNLDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1.
- Indonesia dokumen (2018) 'UNIT 1 Konsep Sistem Informasi Keperawatan UHN UNIT 1 Konsep Sistem Informasi Keperawatan UHN PASIEN STROKE 120 Menit â€¢ PENGANTAR Sistem informasi manajemen berbasis komputer - [PDF Document]', p. 12. Available at: <https://fdokumen.com/document/unit-1-konsep-sistem-informasi-keperawatan-uhn-unit-1-konsep-sistem-informasi.html>.
- Syafrandinel, R. (2013) 'Makalah Sistem Informasi', *Makalah Sistem Informasi Akuntansi*, pp. 2-53.

PROFIL PENULIS



Yenny Safitri, M.Kep, lahir di Ombilin Danau Singkarak pada tanggal 2 Agustus 1982, merupakan anak 1 pertama dari 3 bersaudara. Riwayat pendidikan dimulai dari SDN 007 Ombilin, Perguruan Diniyyah Puteri Padang Panjang (1995), SMA Adabiah Padang (1998), D3 AKPER Mercubaktijaya Padang (2001) dan Universitas Andalas Padang (2011). Sejak tahun 2007, penulis sudah tercatat sebagai dosen tetap di STIKes Tuanku Tambusai yang sekarang berubah menjadi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai (2017).

BAB 17

TERAPI KOMPLEMENTER



Esme Anggeriyane

BAB 17

TERAPI KOMPLEMENTER

A. Latar Belakang

Negara Indonesia memiliki banyak kekayaan alam dan sumber rempah-rempah yang bermanfaat untuk proses penyembuhan penyakit. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan komplementer pun merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan di negara maju dan berkembang. Salah satu alasannya adalah filosofi umum terapi komplementer, yaitu adanya keselarasan diri sendiri dan promosi kesehatan dalam terapi holistik. Bagiastra and Sudantra (2018) menjelaskan bahwa masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai suku dan agama yang tersebar pada berbagai kepulauan yang ada di Indonesia serta memiliki produk budaya yang berhubungan dengan kesehatan. Perwujudan budaya di bidang kesehatan dalam bentuk pengobatan tradisional dan cara yang digunakan masyarakat yang digunakan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan. *World Health Organization* sangat peduli terhadap perkembangan pengobatan tradisional salah satunya dengan mengeluarkan buku Panduan Umum Penelitian Pengobatan Tradisional.

Semua izin praktik pengobatan tradisional di Indonesia diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Bahkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Permenkes RI No 15 Tahun 2018 tentang "Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer". Hal ini berdasarkan pertimbangan dari ketentuan pasal 13, pasal 20 ayat (3), pasal 26 ayat (3) dan pasal 65 Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang "Pelayanan

Kesehatan Tradisional” (Kemenkes RI, 2018a, 2018b; Situmorang, 2018).

Rajin (2020) menegaskan bahwa penerapan terapi komplementer pada keperawatan merujuk pada teori-teori yang mendasari praktik keperawatan dan teori tokoh keperawatan seperti teori Rogers yang memandang manusia sebagai sistem terbuka, kompleks, mempunyai berbagai dimensi dan energi sehingga teori keperawatan juga dapat menjadi fondasi perawat dalam mengembangkan terapi komplementer di bidang kesehatan. Selain itu, teori Leininger memperkenalkan *transcultural nursing* yang berfokus pada nilai budaya, kepercayaan dan pelayanan kesehatan berbasis budaya (Anggeriyane, 2019).

Data Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2019 menyajikan data 5.522 Puskesmas yang telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan tradisional dan meningkat dari tahun 2018 dengan data 4.252 puskesmas sehingga dari tahun 2015-2019 terjadi peningkatan setiap tahunnya (Kemenkes RI, 2020).

B. Definisi Terapi Komplementer

Kemenkes RI (2018) menjelaskan pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai pengobatan dan/atau yang diberikan baik dengan cara dan pengobatan yang merujuk pada pengalaman dan keterampilan yang diturunkan secara turun temurun dari generasi sebelumnya ke generasi sekarang yang dapat dibuktikan secara empiris dan ditetapkan sesuai yang berlaku ditengah-tengah masyarakat. Sedangkan pelayanan kesehatan tradisional komplementer adalah perwujudan kesehatan tradisional, yang digambarkan berdasarkan manfaat ilmu biomedis dan biokultural serta keamanan yang terbukti secara ilmiah. Vitahealth

(2007) menegaskan bahwa terapi komplementer berbeda dengan pengobatan kedokteran.

Elfira (2020) dalam bukunya yang berjudul "*Diagnosis Nyeri Sendi Dengan Terapi Komplementer dan Electromyography Berbasis Arduino Uno*" mendefinisikan terapi komplementer merupakan suatu disiplin ilmu yang digunakan dengan pengobatan konvensional. Rajin (2020) menyebutkan bahwa terapi komplementer merupakan gabungan pengobatan holistik dan terapi tradisional didalam suatu pengobatan modern. Perawatan modern ini mempengaruhi keharmonisan pribadi dan aspek biologis, psikologis dan spiritual. Hasil terapi tersebut sudah teruji secara klinis berdasarkan *evidence based practice* sehingga terapi ini dapat disamakan dengan obat modern.

Terapi komplementer merupakan perawatan yang diberikan oleh tenaga medis dalam rangka merawat pikiran dan/ atau tubuh seseorang (Indrawati, Elfira and Yufdel, 2021).

Berdasarkan pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa terapi komplementer adalah kombinasi perawatan terapi holistik dan tradisional yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan cara ataupun pengobatan yang berdasarkan bukti ilmiah yang dapat dipertanggungjawabkan.

C. Jenis-Jenis Terapi Komplementer

National Center for Complementary and Alternative Medicine of National Institutes of Health (NIH), Pengobatan Komplementer dan Alternatif atau dikenal dengan *Complementary and Alternative Medicine (CAM)* membagi jenis-jenis terapi komplementer meliputi Aromaterapi, Akupunktur, Teknik Alexander, Ayurveda, Biofeedback, Kiropraktik, Terapi Diet, Terapi Herbal, Keperawatan Holistik, Homeopati, Terapi Pijat, Hipnosis, Pengobatan, Naturopati, Terapi

Nutrisi, Osteopathic Manipulative Therapy (OMT), Qi gong (Qigong internal dan eksternal), refleksologi, Reiki, Penyembuhan Spiritual, Tai Chi, Traditional Chinese Medicine (TCM) dan Yoga (Elfira, 2020).

Ada banyak jenis terapi komplementer seperti akupunktur, pijat dan naturopati. Jenis terapi ini disebut juga dengan “pengobatan integratif” (Indrawati, Elfira and Yufdel, 2021). Novieastari *et al.* (2020) menjelaskan maksud dari perawatan kesehatan integratif merupakan keadaan ketika seseorang memberikan perawatan pada klien dengan menggunakan pendekatan pengobatan lengkap yang terdiri biomedis dan komplementer.

Rajin (2020) membagi terapi komplementer menjadi 2 (dua) yaitu ada invasif dan noninvasif. Penting bagi perawat mengetahui jenis-jenis dari terapi komplementer. Klasifikasi terapi dan sistem pelayanan terbagi menjadi beberapa kategori yaitu:

1. Terapi Tubuh-Pikiran (*Mind-Body Therapy*)

Mind-body therapy merupakan teknik yang mencakup berbagai teknik untuk memfasilitasi kemampuan berpikir untuk mempengaruhi gejala fisik dan fungsi tubuh. Contoh terapi ini termasuk yoga, terapi musik, doa, *journaling*, *biofeedback*, humor, tai chi, dan terapi seni.

2. Terapi Biomedis

Perawatan biomedis adalah pelayanan kesehatan yang didasarkan pada pengembangan pendekatan pelayanan biomedis. Contoh terapi ini seperti pengobatan tradisional cina, ayurveda, pengobatan asli Amerika, cundarismo, homeopathy, naturopathy.

3. Terapi Biologis

Terapi biologis merupakan layanan alami dan praktik biologis, dan produk seperti jamu dan makanan.

Cara pengobatan/ perawatan yang dilakukan terbagi menjadi 3 (tiga) yaitu dengan menggunakan keterampilan (seperti teknik manual, terapi energi dan olah pikir), ramuan atau kombinasi antara ramuan dan keterampilan (Kemenkes RI, 2018b; Situmorang, 2018; Swisari, 2021).

D. Karakteristik Terapi Komplementer

Terapi komplementer berbasis tradisi budaya turun temurun dari suatu masyarakat tertentu. Tatacara pemeriksaan didasarkan pada kemampuan wawancara, penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan serta dapat dibantu dengan alat dan teknologi yang bekerja berdasarkan konsep kesehatan tradisional (Kemenkes RI, 2018b).

Titik berat penyembuhan pada terapi komplementer adalah pengaktifan organ-organ yang ada didalam tubuh agar menjadi sinkron dan mampu melawan penyakit dan akhirnya sembuh. Sedangkan terapi medis menitikberatkan pada pemberian obat agar penyakit klien dapat disembuhkan. Pada dasarnya tujuan terapi komplementer dan medis sama yaitu untuk sama-sama berperan dalam menyehatkan Bangsa Indonesia (Mardjan, 2016).

Pengobatan dilakukan dengan bahan alam, teknik manual, teknik olah pikir, dan teknik energi baik menggunakan alat dan teknologi ciri khas kesehatan tradisional (Kemenkes RI, 2018b).

E. Tujuan Pengaturan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer

Kemenkes RI (2018) menjelaskan pada Permenkes RI No 15 Tahun 2018 pasal 2 tentang pengaturan pelayanan kesehatan tradisional komplementer yaitu:

1. Memberikan pelayanan pengobatan tradisional komplementer yang aman, bermutu dan efektif;
2. Menetapkan tolak ukur dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional yang melengkapi tatanan tradisional seperti pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat, fasilitas kesehatan, dan tenaga kesehatan tradisional; dan
3. Adanya arahan dan pengawasan aktif dari pemerintah pusat, pemerintah daerah dan sektor terkait.

F. Manfaat Terapi Komplementer

Elfira (2020) menyebutkan manfaat terapi komplementer banyak sekali, yaitu:

1. Efek samping pengobatan berkurang;
2. Kekebalan tubuh meningkat;
3. Perubahan mood berubah positif;
4. Lebih bersemangat menjalani pengobatan;
5. Membantu penyembuhan penyakit kronis lainnya.

G. Syarat Tenaga Kesehatan Tradisional

Kemenkes RI (2018b; Situmorang, 2018) dalam syarat tenaga kesehatan tradisional Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 15 Tahun 2018 dan Kemenkes RI (2019) dalam Permenkes RI No 26 Tahun 2019 pasal 22 ayat (1-5) tentang keperawatan, yaitu:

1. Tenaga kesehatan tradisional adalah setiap orang yang mempunyai komitmen di bidang kesehatan tradisional dan yang pengetahuan dan/atau keterampilannya melalui pendidikan di bidang kesehatan tradisional yang memerlukan kewenangan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan tradisional.

2. Perawat memiliki keterampilan keperawatan komplementer dan alternatif yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan keperawatan.
3. Dilakukan oleh Tenaga Kesehatan Tradisional di tenaga medis tradisional pada fasilitas pelayanan kesehatan lainnya seperti pelayanan kesehatan tradisional integrasi yang ditentukan oleh undang-undang.
4. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) bagi perawat.
5. Memiliki Surat Tanda Registrasi Tenaga Kesehatan Tradisional (STRTKT) sebagai sebagai bukti tertulis kewenangan memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
6. Memiliki Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional (SIPTKT) sebagai bukti tertulis yang diberikan kepada tenaga kesehatan tradisional dalam memberikan pelayanan kesehatan tradisional komplementer.
7. Memiliki wadah organisasi yang disebut Organisasi Profesi Tenaga Kesehatan Tradisional atau Organisasi Profesi.
8. Memiliki kriteria potensi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif baik fisik, mental dan sosial serta tidak membahayakan klien.
9. Pelayanan kesehatan komplementer tradisional menampilkan konsep pelayanan kesehatan tradisional, berdasarkan budaya dan prosedur untuk menentukan status kesehatan individu (prosedur diagnostik).

H. Pelaksanaan Yankestrad Komplementer

Situmorang (2018; Swisari, 2021) mensosialisasikan tentang pelayanan kesehatan komplementer tradisional yang diberikan oleh tenaga kesehatan tradisional (nakestrad) dapat dilakukan di:

1. Griya Sehat (fasilitas pelayanan kesehatan tradisional)
Contohnya: Griya Sehat Kementerian Kesehatan RI
2. Rumah Sakit dan Puskesmas berupa pelayanan kesehatan tradisional integrasi
Contohnya:
 - a. Rumah Sakit: RSUD Dr. Soetomo Surabaya, RSUD Dr. Sardjito Yogyakarta, RSUP Dr. Wahidin Makassar, RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Jawa Tengah, RSUP Prof. Dr. Kandou Manado, RSUP Nasional Cipto Mangunkusmo Jakarta, RSUD Provinsi Syaiful Anwar Malang, dll.
 - b. Puskesmas: Puskesmas Kebayoran Lama, Puskesmas Baru Lampung dll.

I. Peran Perawat dalam Tindakan Komplementer

Rajin (2020) menjelaskan prinsip holistik pada keperawatan perlu didukung dengan kemampuan perawat dalam menguasai berbagai terapi keperawatan termasuk terapi komplementer sehingga peran yang dapat dilakukan perawat pada terapi komplementer, yaitu:

1. Konselor

Peran perawat sebagai konselor adalah tempat dimana klien dapat bertanya, berkonsultasi, dan mendiskusikan apa yang klien butuhkan informasi terkait yang perlu mereka ketahui sebelum mereka dapat mengambil keputusan.

2. Pendidik Kesehatan

Perawat dapat berperan sebagai pendidik atau mengajarkan tentang kesehatan pada calon-calon perawat di sekolah pendidikan perawat berdasarkan kurikulum pendidikan.

3. Peneliti

Perawat dapat berperan sebagai peneliti dengan melakukan berbagai penelitian yang dikembangkan berdasarkan bukti-bukti ilmiah yang ditemukan.

4. Pemberi Pelayanan Langsung

Perawat dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dengan melakukan integrasi terapi komplementer.

5. Koordinator

Peran perawat sebagai koordinator seperti perawat lebih banyak berinteraksi dengan klien dan mendiskusikan terapi komplementer dengan dokter yang merawat dan unit yang terkait.

6. Advokat

Peran perawat sebagai advokat untuk memenuhi kebutuhan perawatan komplementer yang dapat diberikan kepada klien, termasuk perawatan alternatif.

Salah satu cara bagi perawat untuk menciptakan lingkungan terapeutik bagi klien dengan menggunakan diri sendiri sebagai alat atau media penyembuh dari masalah kesehatan. Perawat holistik harus mampu mengintegrasikan prinsip *mind-body* dan modalitas dalam kehidupan sehari-hari dan praktek keperawatannya. Dengan kata lain, terapi komplementer dapat digunakan secara bersamaan dengan terapi medis konvensional (RSUD Puri Husada, 2021).

J. Organisasi yang melindungi Pengobat Tradisional di Indonesia

Organisasi yang melindungi pengobat tradisional yang ada di Indonesia diantaranya yaitu:

1. Perkumpulan Induk Organisasi Kesehatan Tradisional Indonesia (PIKTI)

PIKTI dideklarasikan oleh 15 organisasi kesehatan tradisional Indonesia seperti Terapis Kesehatan Holistik Indonesia, Perkumpulan Para Pemijat Penyehatan Indonesia, Perkumpulan Praktisi Ilmu Kesehatan Ruang Tubuh Indonesia, Andalan Penyembuh Alternatif Indonesia, Perkumpulan Asosiasi Spa Terapis Indonesia, Persaudaraan Pelaku & Pemerhati Akupuntur Indonesia, Persaudaraan Pelaku & Pemerhati Pijat Refleksi Indonesia, Perkumpulan Tuina Indonesia, Perkumpulan Naturopatis Indonesia, Asosiasi Pengobatan Tradisional Ramuan Indonesia, Asosiasi Medikal Hipnoterapi Indonesia, LKS-Pijat Akupresur Indonesia, LKS-Sinshe TCM Indonesia/ STAB Nalanda, Yayasan Keluarga 70 dan LKS Pijat Tradisional Indonesia. Tujuan PIKTI adalah *“memanfaatkan dan mensinergikan seluruh potensi sumber daya induk-induk organisasi kesehatan tradisional di Indonesia dalam rangka mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, adil, makmur dan sejahtera”* (PIKTI, 2021).

2. Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI)

HPHI merupakan himpunan keperawatan yang terakhir dalam naungan PPNI yang bergerak di bidang keperawatan Komplementer & Alternatif. HPHI terbentuk secara resmi pada 20 Oktober 2018 di Denpasar, Bali. HPHI memiliki salam perawat holistik yaitu *“Body, mind and soul”* (PPNI, 2019). Keperawatan holistik adalah pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan keperawatan, yang merupakan alternatif dan/atau komplementer dari bentuk pelayanan biologis, psikologis, kognitif, sosial, budaya dan spiritual yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit sepanjang siklus hidup manusia.

K. Dasar-Dasar Terapi Komplementer

NILAI ESENSIAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Dasar-dasar terapi komplementer menjadi perhatian bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dituangkan dalam peraturan, diantaranya:

1. Peraturan Pemerintah (PP) No. 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional;
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 61 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 37 Tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.

L. Tantangan Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi

Situmorang (2018) menjelaskan dalam penyampaian materinya tentang *“Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi di Indonesia: Tantangan dan Kemajuan Terkini”* yang diadakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bahwa tantangan yang terjadi pada yankestrad integrasi diantaranya:

1. Stigma negatif terhadap yankestrad;
2. Ketidaktahuan masyarakat tentang manfaat yankestrad;
3. Dukungan dari Komite Medik dan Pemda belum optimal;
4. Pembiayaan yang belum ditanggung sepenuhnya oleh asuransi kesehatan seperti BPJS;
5. Data uji klinis produk masih terbatas;

6. Harga obat herbal tidak lebih murah dari obat konvensional;
7. Masuknya obat herbal asing dan tenaga asing.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggeriyane, E. (2019) *Pengalaman Ibu dalam Penanganan Anak Balita Demam dengan Bapidara di Kota Banjarmasin*. Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Available at: <http://eprints.umbjm.ac.id/1027/3/BAB 2.pdf>.
- Bagiastra, I. N. and Sudantra, I. K. (2018) 'BALI DALAM PENGEMBANGAN PENGOBATAN TRADISIONAL KOMPLEMENTER (Kajian Yuridis Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer)', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Sains dan Humaniora*, 2(2), pp. 88-97. Available at: <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JPPSH/article/view/17487> (Accessed: 23 October 2021).
- Elfira, E. (2020) *Diagnosis Nyeri Sendi Dengan Terapi Komplementer dan Electromyography Berbasis Arduino Uno*. Yogyakarta: Deepublish.
- Indrawati, Elfira, E. and Yufdel (2021) *Terapi Komplementer Pada Kehamilan*. Jawa Barat: Media Sains Indonesia.
- Kemenkes RI (2018a) 'Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi di Indonesia', p. 47. Available at: <https://kesmas.ums.ac.id/wp-content/uploads/sites/49/2017/12/Materi-1-Dr.-Ina-Rosalina-Kemenkes-RI.pdf>.
- Kemenkes RI (2018b) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer'. Indonesia. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_

- No._15_Th_2018_ttg_Penyelenggaraan_Pelayanan_Kesehatan_Tradisional_Komplementer_.pdf.
- Kemenkes RI (2019) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan'. Indonesia. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__26_Th_219_ttg_Peraturan_Pelaksanaan_UU_Nomor_38_Tahun_2014_tentang_Keperawatan.pdf.
- Kemenkes RI (2020) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019, Short Textbook of Preventive and Social Medicine*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. doi: 10.5005/jp/books/11257_5.
- Mardjan (2016) *Pengobatan Alternative Holistik Modern*. Bandung: Mujahid Press Bandung.
- Novieastari, E. et al. (2020) *Dasar-Dasar Keperawatan Volume 1, 9th Indonesia Edition*. Indonesia: Elsevier Ltd.
- PIKTI (2021) *Perkumpulan Induk Organisasi Kesehatan Tradisional Indonesia - Masyarakat Sehat Indonesia Maju*. Available at: <https://piktikestrad.com/> (Accessed: 25 October 2021).
- PPNI (2019) *HPHI: Himpunan Perawat Termuda & Perlu Dukungan*. Available at: <https://www.ppni-inna.org/index.php/public/information/news-detail/442> (Accessed: 25 October 2021).
- Rajin, M. (2020) *Buku Bahan Ajar Keperawatan Komplementer Terapi Akupunktur*. : Kediri: Chakra Brahmanda Lentera.
- RSUD Puri Husada (2021) *Terapi Komplementer dalam Keperawatan*. Available at: <http://rsudpurihusada.inhilkab.go.id/terapi-komplementer-dalam-keperawatan/> (Accessed: 27 October 2021).
- Situmorang, Y. (2018) *Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi di*

- Indonesia: Tantangan dan Kemajuan Terkini*. Surakarta. Available at: <https://kesmas.ums.ac.id/wp-content/uploads/sites/49/2017/12/Materi-1-Dr.-Ina-Rosalina-Kemenkes-RI.pdf> (Accessed: 25 October 2021).
- Swisari, G. (2021) *Sosialisasi Permenkes no. 15 tahun 2018 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional komplementer*. Jakarta. Available at: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2021/02/Sosialisasi-PMK-15-th-2018-Gita-16-Feb-2021.pdf>.
- Vitahealth (2007) *Asam Urat*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

PROFIL PENULIS



Esme Anggeriyane, Ns.,M.Kep, lahir di Buntok tanggal 31 Desember 1990. Penulis telah menyelesaikan studi Diploma 3 Keperawatan Kelas Internasional STikes Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2011, S1 Keperawatan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2017 dan Magister Keperawatan Konsentrasi Gawat Darurat Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2019. Menulis tesis dengan judul “Pengalaman Ibu dalam Penanganan Anak Balita Demam dengan *Bapidara*” yang mengangkat Budaya Kesehatan Anak di Masyarakat Banjar. Setelah selesai pendidikan, penulis mendedikasikan diri sebagai Dosen Keperawatan *Homebase* S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin sampai sekarang serta aktif melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat) pada Rumpun Ilmu Keperawatan yang telah dipublikasikan secara Nasional dan telah didaftarkan sebagai HKI. Penulis aktif sebagai anggota Ikatan Perawat Nasional Indonesia (IPANI) Kalimantan Selatan dan Dewan Pengurus Komisariat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Universitas Muhammadiyah Banjarmasin Periode 2019-2024.

Peningkatan pengetahuan dan teknologi yang sedemikian cepat dalam segala bidang serta meningkatnya pengetahuan masyarakat berpengaruh pula terhadap meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan. Hal ini merupakan tantangan bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan profesionalisme selama memberi pelayanan yang berkualitas. Kualitas pelayanan yang tinggi memerlukan landasan komitmen yang kuat dengan basis pada etik dan moral yang tinggi. Sikap etis profesional yang kokoh dari setiap perawat akan tercermin dalam setiap langkahnya, termasuk penampilan diri serta keputusan yang diambil dalam merespon situasi yang muncul. Oleh karena itu pemahaman yang mendalam tentang etika dan moral serta penerapannya menjadi bagian yang sangat penting dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan dimana nilai-nilai pasien selalu menjadi pertimbangan dan dihormati.