



Konsep-Konsep DASAR KEPERAWATAN



Dian Permatasari • Anis Laela Megasari • Andria Praghlapati
Cory Nelia Damayanti • Nurhidayah Amir • Budiono
Shieva Nur Azizah Ahmad • Melva Epy Mardiana Manurung
Zulfa Khusniyah • Angga Sugiarto • Jenti Sitorus
Abigail Asfas Tandilangi • Ressa Andriyani Utami

Konsep-Konsep **DASAR** **KEPERAWATAN**



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Konsep-Konsep Dasar Keperawatan

Dian Permatasari, Anis Laela Megasari, Andria Pragholapati
Cory Nelia Damayanti, Nurhidayah Amir, Budiono
Shieva Nur Azizah Ahmad, Melva Epy Mardiana Manurung
Zulfa Khusniyah, Angga Sugiarto, Jenti Sitorus
Abigail Asfas Tandilangi, Ressa Andriyani Utami



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Konsep-Konsep Dasar Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Dian Permatasari, Anis Laela Megasari, Andria Pragholapati
Cory Nelia Damayanti, Nurhidayah Amir, Budiono
Shieva Nur Azizah Ahmad, Melva Epy Mardiana Manurung
Zulfa Khusniyah, Angga Sugiarto, Jenti Sitorus
Abigail Asfas Tandilangi, Ressa Andriyani Utami

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Dian Permatasari., dkk.

Konsep-Konsep Dasar Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 192 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-652-7

Cetakan 1, Desember 2022

- I. Konsep-Konsep Dasar Keperawatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur ke hadirat Allah Subhanawwata'ala karena atas rahmat dan petunjuk-Nya semata, Buku Konsep-Konsep Dasar Keperawatan sebagai bagian dari buku ini yang dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya.

Buku ini dibuat sebagai pedoman dalam melakukan kegiatan pengajaran mata kuliah Konsep-Konsep Dasar Keperawatan bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan. Buku ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa dalam mempersiapkan dan melaksanakan pembelajaran dengan lebih terarah.

Buku membahas tentang :

Bab 1 Konsep Caring

Bab 2 Evidence-Based Nursing Practice Teori Keperawatan Caring

Bab 3 Aplikasi Caring Dalam Kehidupan Sehari-Hari Dalam Praktek Keperawatan

Bab 4 Fungsi Holistik Dalam Konteks Keperawatan

Bab 5 Pendekatan Dalam Keperawatan, Fungsi Perawat, Dan Peran Perawat

Bab 6 Hakikat Keperawatan Sebagai Profesi

Bab 7 Hakikat Keperawatan Sebagai Ilmu dan Seni

Bab 8 Standar Praktik Keperawatan Profesional

Bab 9 Konsep Interprofessional Education (IPE) dan Interprofessional Collaboration (IPC)

Bab 10 Konsep Manusia Sehat Sakit

Bab 11 Pelayanan Keperawatan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Bab 12 Etik Dan Legal Keperawatan

Bab 13 Prinsip-Prinsip Legal Etis Pada Pengambilan Keputusan Dalam Konteks Keperawatan

Tentunya buku ini belum sepenuhnya dapat memenuhi semua keinginan pembaca. Oleh karena itu, apabila pembaca ingin mengetahui secara lebih mendalam, pembaca dapat membaca sumber-sumber yang terdapat pada Daftar Pustaka. Demikian pula, untuk kesempurnaan buku ini, penyusun sangat mengharapkan saran-saran dari pembaca.

Akhir kata, penyusun mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terbitnya buku ini.

Sumenep, November 2022

Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Konsep Caring

1.1 Pengertian Caring	1
1.2 Pengertian Aplikasi Caring Menurut Jean Watson	3
1.3 Komponen Caring	5
1.4 Nurse Care Behavior	6
1.5 Tantangan Bagi Profesi Perawat	7
1.6 Proses Caring Dalam Keperawatan	9
1.7 Perilaku Caring Dalam Praktik Keperawatan	10

Bab 2 Evidence-Based Nursing Practice Teori Keperawatan Caring

2.1 Pendahuluan	13
2.2 Evidenced-Based Practice (EBP)	14
2.3 Langkah EBP	16
2.4 Model EBP	19
2.5 Teori Keperawatan Caring	21

Bab 3 Aplikasi Caring Dalam Kehidupan Sehari-Hari Dalam Praktek Keperawatan

3.1 Pendahuluan	25
3.2 Konsep Caring Dalam Keperawatan	27
3.3 Persepsi Caring Antar Perawat	32
3.4 Caring Dalam Praktik Keperawatan	33

Bab 4 Fungsi Holistik Dalam Konteks Keperawatan

4.1 Pendahuluan	39
4.2 Fungsi Holistik	41
4.3 Perawatan Holistik	43

Bab 5 Pendekatan Dalam Keperawatan, Fungsi Perawat, Dan Peran Perawat

5.1 Falsafah Keperawatan	51
5.2 Paradigma Keperawatan	52
5.3 Konsep Keperawatan	53

Bab 6 Hakikat Keperawatan Sebagai Profesi

6.1 Falsafah Keperawatan	61
6.2 Hakikat Keperawatan Sebagai Profesi.....	65
6.3 Perkembangan Pelayanan Keperawatan Profesional.....	67
6.4 Peran, Fungsi, dan Tanggung Jawab Perawat	69
6.5 Kode Etik Profesi.....	75
6.6 Kode Etik Profesi Keperawatan	78
6.7 Organisasi Profesi Keperawatan	80

Bab 7 Hakikat Keperawatan Sebagai Ilmu dan Seni

7.1 Pendahuluan.....	85
7.2 Keperawatan Sebagai Ilmu.....	86
7.3 Keperawatan Sebagai Seni	96

Bab 8 Standar Praktik Keperawatan Profesional

8.1 Pendahuluan.....	99
8.2 Standar Praktik Professional	100
8.2.1 Pengkajian	101
8.2.2 Diagnosa Keperawatan	102
8.2.3 Intervensi/Rencana Keperawatan	103
8.2.4 Implementasi Keperawatan	104
8.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	106
8.3 Faktor Memengaruhi Standar Praktik Keperawatan Profesional	107

Bab 9 Konsep Interprofessional Education (IPE) dan Interprofessional Collaboration (IPC)

9.1 Pendahuluan.....	109
9.2 Pengertian, Tujuan, dan Karakteristik IPE dan IPC.....	110
9.3 Kompetensi IPE dan IPC	113
9.4 Kerangka Kerja IPE dan IPC.....	118

Bab 10 Konsep Manusia Sehat Sakit

10.1 Konsep Sehat	127
10.2 Konsep Sakit	129
10.3 Model-Model Sehat-Sakit.....	130
10.3.1 Health Belief Model	131
10.3.2 The Health Promotion Model	132
10.3.3 The Health–Illness Continuum.....	134
10.3.4 Model Agent–Host–Environment.....	134

Bab 11 Pelayanan Keperawatan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

11.1 Pendahuluan.....	137
11.2 Tingkat Pelayanan Kesehatan	138
11.3 Lembaga Pelayanan Kesehatan.....	140
11.4 Stratifikasi Sistem Pelayanan Kesehatan.....	142
11.5 Pelayanan Keperawatan Dalam Pelayanan Kesehatan.....	143

Bab 12 Etik Dan Legal Keperawatan

12.1 Pendahuluan.....	147
12.2 Tujuan Kode Etik Keperawatan	148
12.3 Teori Dalam Etika Keperawatan.....	153
12.4 Legal Keperawatan.....	155

Bab 13 Prinsip-Prinsip Legal Etis Pada Pengambilan Keputusan Dalam Konteks Keperawatan

13.1 Prinsip Legal Keperawatan.....	159
13.2 Prinsip Etik Dalam Asuhan Keperawatan.....	160
13.3 Prinsip Legal Etis Pada Pengambilan Keputusan Dalam Konteks Keperawatan.....	166
Daftar Pustaka	177
Biodata Penulis	187

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Komponen EB	15
Gambar 2.2: Penyusunan EBP	15
Gambar 2.3: Contoh Jenis Pertanyaan Penelitian.....	17
Gambar 2.4: Level Of Evidence For Intervention dan Diagnostic Question...	18
Gambar 4.1: Pendekatan Holistik Pada Individu	41
Gambar 9.1: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, menurut WHO (2010).....	118
Gambar 10.1: Health Belief Model	131
Gambar 10.2: Illness-Wellness Continuum.....	134
Gambar 10.3: Epidemiologic Triad.....	135
Gambar 13.1: Faktor Memengaruhi Pengambilan Keputusan Pembelajaran.	170
Gambar 13.2: Kerangka Pembuatan Keputusan	171
Gambar 13.3: Kerangka Pemecahan Masalah Dilema Etik Keperawatan...	173

Daftar Tabel

Tabel 3.1: Klasifikasi Tindakan Keperawatan Mandiri.....	27
Tabel 13.1: Integrasi Teknologi Sebagai Alat Asesmen Pembelajaran.....	171

Bab 1

Konsep Caring

1.1 Pengertian Caring

Caring merupakan suatu orientasi *human science* dan kemanusiaan terhadap proses, fenomena, dan pengalaman human caring. Caring juga meliputi seni dan kemanusiaan. *Transpersonal Caring* mengakui kesatuan dalam hidup dan hubungan-hubungan yang terdapat dalam lingkaran caring yang konsentrik – dari individu, pada orang lain, pada masyarakat, pada dunia, pada planet Bumi, pada alam semesta (Paul Morrison, 2009).

Watson (1988) dalam George (1990) mendefinisikan caring lebih dari sebuah *existensial philosophy*, ia memandang sebagai dasar spiritual, baginya Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 1 No.3, September 2008:147-150. Caring adalah ideal moral dari keperawatan. Manusia akan eksistensi bila dimensi spiritualnya meningkat ditunjukkan dengan penerimaan diri, tingkat kesadaran diri yang tinggi, kekuatan dari dalam diri, intuitif.

Caring sebagai esensi dari keperawatan berarti juga pertanggungjawaban hubungan antara perawat-klien, di mana perawat membantu partisipasi klien, membantu memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan. Teori human caring yang dikembangkan oleh Watson antara tahun 1975-1979, hanya berkisar pada sepuluh *carative factors* sebagai suatu kerangka untuk memberikan suatu bentuk dan fokus terhadap fenomena keperawatan.

Watson menganggap istilah “factors” terlalu stagnan terhadap sensibilitasnya di masa kini. Ia pun kemudian menawarkan suatu konsep yang lebih sesuai dengan evolusi teorinya dan arahnya di masa depan. Konsep tersebut adalah “clinical caritas” dan “caritas processes”, yang dianggapnya lebih cocok dengan ide-ide dan arah perkembangan teorinya (Arief, 2017)

Mayehoff memandang caring sebagai suatu proses yang berorientasi pada tujuan membantu orang lain bertumbuh dan mengaktualisasikan diri. Mayehoff memperkenalkan sifat-sifat caring seperti jujur, sabar dan rendah hati. Sobey mendefinisikan caring sebagai suatu rasa peduli, hormat dan menghargai orang lain. Artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan-kesukaan seseorang dan bagaimana seseorang berpikir, bertindak dan berperasaan. Caring sebagai *therapeutic intervention*.

Dalam hal ini tindakan caring yang dibutuhkan pasien seperti mendengarkan dengan aktif, mendidik pasien, menjadi penasihat pasien, menyentuh, menemani pasien dan kemampuan teknik mengenai prosedur atau intervensi keperawatan. Apabila perawat dalam perannya menempatkan caring sebagai pusat yang sangat mendasar, maka perawat dapat membedakan caring dari curing tanpa mengabaikan kerja sama sebagai tim pelayanan kesehatan.

Karakteristik Caring

Karakteristik caring adalah sebagai berikut:

1. *Be our self*, sebagai manusia harus jujur, dapat dipercaya, tergantung pada orang lain.
2. *Clarity*, keinginan untuk terbuka dengan orang lain.
3. *Respect*, selalu menghargai orang lain.
4. *Separateness*, dalam caring perawat tidak terbawa dalam depresi atau ketakutan dengan orang lain.
5. *Freedom*, memberi kebebasan kepada orang lain untuk mengekspresikan perasaannya.
6. *Empathy*, mengalami emosi yang serupa dengan emosi orang lain, mengetahui apa yang orang lain rasakan dan pikirkan.
7. *Communicative*, komunikasi verbal dan non verbal harus menunjukkan kesesuaian dan evaluasi dilakukan secara bersama-sama.

1.2 Pengertian Aplikasi Caring Menurut Jean Watson

Daftar dimensi caring (Caring Dimensions Inventory = CDI) yang didesain oleh Watson dan Lea merupakan instrumen yang dikembangkan untuk meneliti perilaku perawat (perilaku caring). Daftar dimensi caring tersebut antara lain (Muhlisin, A., & Ichsan, 2018):

CDI 1. Membantu klien dalam ADL.

CDI 2. Membuat catatan keperawatan mengenai klien.

CDI 3. Merasa bersalah /menyesal kepada klien

CDI 4. Memberikan pengetahuan kepada klien sebagai individu.

CDI 5. Menjelaskan prosedur klinik.

CDI 6. Berpakaian rapi ketika bekerja dengan klien.

CDI 7. Duduk dengan klien.

CDI 8. Mengidentifikasi gaya hidup klien.

CDI 9. Melaporkan kondisi klien kepada perawat senior.

CDI 10. Bersama klien selama prosedur klinik.

CDI 11. Bersikap manis dengan klien.

CDI 12. Mengorganisasi pekerjaan dengan perawat lain untuk klien.

CDI 13. Mendengarkan klien.

CDI 14. Konsultasi dengan dokter mengenai klien.

CDI 15. Mengajukan klien mengenai aspek *self care*.

CDI 16. Melakukan *sharing* mengenai masalah pribadi dengan klien.

CDI 17. Memberikan informasi mengenai klien.

CDI 18. Mengukur tanda vital klien.

CDI 19. Menempatkan kebutuhan klien sebelum kebutuhan pribadi.

CDI 20. Bersikap kompeten dalam prosedur klinik.

CDI 21. Melibatkan klien dalam perawatan.

CDI 22. Memberikan jaminan mengenai prosedur klinik.

CDI 23. Memberikan privasi kepada klien.

CDI 24. Bersikap gembira dengan klien.

CDI 25. Mengobservasi efek medikasi kepada klien.

Hasil penelitian Lea Amanda et all (1998) menjelaskan bahwa semua item pada CDI mempunyai korelasi positif dengan item lainnya kecuali CDI no. 3 dan 16. Untuk mengukur perilaku caring perawat, kelompok IV menyusun instrumen berdasarkan CDI 1-25.

Content of the Theory

The major conceptual elements of the original and emergent theory are:

1. Carative factors (evolving toward "clinical caritas processes").
2. Transpersonal caring relationship.
3. Caring moment/caring occasion.

Other dynamic aspects of the theory which are emerging as more explicit components include:

1. Expanded views of self and person (transpersonal mindbodyspirit unity of being; embodied spirit).
2. Caring-healing consciousness and intentionality to care and promote healing.
3. Caring consciousness as energy within the human environment field of a caring moment.
4. Phenomenal field/unitary consciousness: unbroken wholeness and connectedness of all.
5. Advanced caring-healing modalities/nursing arts as a future model for advanced practice of nursing qua nursing; (consciously guided by one's nursing theoretical-philosophical orientation) (Muhlisin & Ichsan, 2008).

1.3 Komponen Caring

Dwidiyanti (2017) menjelaskan beberapa komponen caring meliputi 5 C yaitu:

1. Compassion (bela rasa)
Compassion memiliki kepekaan terhadap kesulitan dan kepedihan.
2. Competence (kemampuan)
Competence (kemampuan), memiliki ilmu pengetahuan, keterampilan, pengalaman, energi dan motivasi sebagai rasa tanggung jawab terhadap profesi.
3. Confidence (kepercayaan diri)
Confidence (kepercayaan diri) suatu keadaan untuk memelihara hubungan antar manusia dengan penuh percaya diri.
4. Conscience (suara hati)
Conscience (suara hati) perawat memiliki standar moral yang tumbuh dari sistem nilai humanistik – altruistik yang dianut dan direfleksikan pada tingkah lakunya.
5. Commitment
Komitmen dalam melakukan tugas secara konsekuen dan berkualitas terhadap karir yang dipilih.

Hubungan Interpersonal Yang Menunjukkan Perilaku Caring

Hubungan interpersonal menunjukkan perilaku caring yang dapat diaplikasikan dalam memberikan asuhan keperawatan (Muhlisin, A., & Ichsan, 2018), meliputi:

1. memberi salam/ menyapa orang lain terlebih dahulu saat bertemu;
2. memberikan perhatian;
3. berbagi perasaan dengan orang lain;
4. membantu orang tanpa pamrih;
5. menjadi seorang pemaaf;
6. memberikan dukungan/ harapan pada orang lain;
7. dapat dipercaya;
8. menjadi pendengar yang baik;
9. mendampingi seseorang saat berduka;

10. memberikan rasa nyaman terhadap orang lain.

1.4 Nurse Care Behavior

Nurse Care Behavior merupakan serangkaian perilaku caring yang diharapkan klien dan keluarga. Klien mempunyai harapan dari caring perawat sesuai karakteristik masing-masing (Arief, 2017)

1. Persepsi klien wanita
 - a. berespons terhadap keunikan klien;
 - b. memahami dan mendukung perhatian klien;
 - c. hadir secara fisik;
 - d. memiliki sikap dan menunjukkan perilaku yang membuat klien merasa dihargai sebagai manusia;
 - e. kembali ke klien dengan sukarela tanpa diminta;
 - f. menunjukkan perhatian yang memberi kenyamanan dan relaksasi klien bersuara lembut;
 - g. memberi perasaan nyaman.
2. Persepsi klien pria
 - a. hadir secara fisik sehingga klien merasa dihargai;
 - b. kembali ke klien dengan sukarela tanpa diminta;
 - c. membuat klien merasa nyaman, relaks dan aman;
 - d. hadir untuk memberi kenyamanan dan memenuhi kebutuhan klien sebelum diminta;
 - e. menggunakan suara dan sikap yang baik, halus, lembut dan menyenangkan.
3. Persepsi klien kanker dan keluarga
 - a. mengetahui bagaimana memberikan injeksi dan mengelola peralatan;
 - b. bersikap ceria;
 - c. mendorong klien untuk menghubungi perawat bila klien mempunyai masalah;
 - d. mengutamakan / mendahulukan kepentingan klien;
 - e. mengantisipasi pengalaman pertama adalah yang terberat.

4. Persepsi klien dewasa yang dirawat
 - a. kehadirannya menentramkan hati;
 - b. memberi informasi;
 - c. mendemonstrasikan pengetahuan dan keterampilan profesional;
 - d. mampu menangani nyeri/rasa sakit;
 - e. memberi waktu yang lebih banyak dari yang dibutuhkan;
 - f. mempromosikan otonomi;
 - g. mengenali kualitas dan kebutuhan individual;
 - h. selalu mengawasi klien.
5. Persepsi keluarga
 - a. jujur;
 - b. memberi informasi dengan jelas;
 - c. selalu menginformasikan keluarga;
 - d. mencoba untuk membuat klien nyaman;
 - e. menunjukkan minat dalam menjawab pertanyaan;
 - f. memberikan perawatan emergensi bila perlu;
 - g. menjamin klien bahwa pelayanan keperawatan tersedia;
 - h. menjawab pertanyaan anggota keluarga secara jujur, terbuka dan ikhlas;
 - i. mengizinkan klien melakukan sesuatu untuk dirinya sebisa mungkin;
 - j. mengajarkan keluarga cara memelihara kondisi fisik yang relatif nyaman;

1.5 Tantangan Bagi Profesi Perawat

1. Dapat membantu orang lain yang membutuhkan merupakan alasan banyak orang untuk memasuki profesi keperawatan.
2. Caring telah menjadi bagian dari disiplin keperawatan sejak permulaan.

3. Profesi keperawatan, berbeda dengan kedokteran, dapat merawat dan membantu orang tanpa diagnosa medis atau teknologi baru dan pengobatan.
4. Caring merupakan kekuatan motivasi bagi seseorang untuk menjadi perawat dan ini menjadi sumber kepuasan bila perawat mengetahui bahwa mereka telah membuat suatu perbedaan dalam kehidupan pasien.
5. Saat ini banyak tantangan yang dihadapi dalam sistem pelayanan kesehatan. Menjadi bagian dalam profesi kesehatan adalah sulit dan banyak tuntutan. Perawat memiliki sedikit waktu untuk pasien. Perkembangan teknologi juga dapat mengancam perhatian manusia. Sering kali pasien hanya dilihat dalam jumlahnya saja dan kebutuhan mereka sering kali diabaikan atau dilupakan.
6. Manusia tidak dapat disamakan dengan robot atau mesin dan pelayanan kesehatan harus lebih humanis.
7. Perawat dapat berperan penting dengan menjadikan “care” sebagai bagian integral dalam sistem pelayanan kesehatan.

Apa Yang Dapat Dilakukan?

1. Dengan membuat caring sebagai bagian dari filosofi dan lingkungan di tempat kerja.
2. Menggabungkan konsep perawatan (concepts of care) dalam standar asuhan keperawatan sebagai panduan tindakan perawat.
3. Dalam praktik keperawatan dengan pasien dan keluarga, perawat harus menjalankan (committed) caring dan bersedia untuk menegakkan hubungan yang diperlukan bagi pemberian asuhan keperawatan yang personal dan bermakna (Hidayat, 2007).

1.6 Proses Caring Dalam Keperawatan

Menurut Burnard Philip & Morrison Paul (2019) terdapat empat langkah dalam proses caring, yaitu pengkajian, perencanaan, pengimplementasian dan proses evaluasi.

Adapun penjelasan langkah-langkah proses caring adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Proses caring pada tahap ini meliputi pengamatan/observasi, mengidentifikasi, melakukan review masalah, menggunakan pengetahuan dan konseptual dari berbagai literatur yang dapat untuk diterapkan, membentuk konseptualisasi kerangka kerja yang digunakan untuk mengkaji masalah dan pengkajian juga meliputi pendefinisian variabel yang akan diteliti dalam menyelesaikan masalah.

2. Perencanaan

Perencanaan dapat membantu menentukan bagaimana variabel-variabel akan diteliti dan diukur, meliputi pendekatan konsep atau *design* untuk menyelesaikan masalah yang mengacu pada asuhan keperawatan dan meliputi penentuan data yang akan dikumpulkan pada siapa dan bagaimana data tersebut dikumpulkan.

3. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan berdasarkan dari rencana yang telah disusun berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan.

4. Evaluasi

Evaluasi adalah metode, proses analisa, serta efek dari tindakan yang telah dilakukan berdasarkan data yang meliputi intervensi hasil, tingkat di mana suatu tujuan tercapai atau tidak, dan apakah hasil yang didapat dapat digeneralisasikan.

1.7 Perilaku Caring Dalam Praktik Keperawatan

Caring bukanlah sesuatu yang dapat diajarkan, tetapi merupakan hasil dari kebudayaan, nilai-nilai, pengalaman, dan dari hubungan dengan orang lain. Sikap keperawatan yang berhubungan dengan caring adalah kehadiran, sentuhan kasih sayang, mendengarkan, memahami klien, caring dalam spiritual, dan perawatan keluarga (Simamora, M., Pardede, J. A., & Irwan, 2020).

Kehadiran

Kehadiran adalah suatu pertemuan antara seseorang dengan seseorang lainnya yang merupakan sarana untuk mendekatkan diri dan menyampaikan manfaat caring. Menurut Fredriksson (1999), kehadiran berarti “ada di” dan “ada dengan”. “

Ada di” berarti kehadiran tidak hanya dalam bentuk fisik, melainkan juga komunikasi dan pengertian. Sedangkan “ada dengan” berarti perawat selalu bersedia dan ada untuk klien (Pederson, 1993). Kehadiran seorang perawat membantu menenangkan rasa cemas dan takut klien karena situasi tertekan.

Sentuhan

Sentuhan merupakan salah satu pendekatan yang menenangkan di mana perawat dapat mendekatkan diri dengan klien untuk memberikan perhatian dan dukungan.

Ada dua jenis sentuhan, yaitu sentuhan kontak dan sentuhan non-kontak. Sentuhan kontak merupakan sentuhan langsung kulit dengan kulit. Sedangkan sentuhan non-kontak merupakan kontak mata.

Kedua jenis sentuhan ini digambarkan dalam tiga kategori:

1. Sentuhan berorientasi-tugas

Saat melaksanakan tugas dan prosedur, perawat menggunakan sentuhan ini. Perlakuan yang ramah dan cekatan ketika melaksanakan prosedur akan memberikan rasa aman kepada klien. Prosedur dilakukan secara hati-hati dan atas pertimbangan kebutuhan klien.

2. Sentuhan pelayanan (caring)

Yang termasuk dalam sentuhan caring adalah memegang tangan klien, memijat punggung klien, menempatkan klien dengan hati-hati, atau terlibat dalam pembicaraan (komunikasi non-verbal). Sentuhan ini dapat memengaruhi keamanan dan kenyamanan klien, meningkatkan harga diri, dan memperbaiki orientasi tentang kenyataan).

3. Sentuhan perlindungan

Sentuhan ini merupakan suatu bentuk sentuhan yang digunakan untuk melindungi perawat dan/atau klien. Contoh dari sentuhan perlindungan adalah mencegah terjadinya kecelakaan dengan cara menjaga dan mengingatkan klien agar tidak terjatuh. Sentuhan dapat menimbulkan berbagai pesan, oleh karena itu harus digunakan secara bijaksana.

Mendengarkan

Untuk lebih mengerti dan memahami kebutuhan klien, mendengarkan merupakan kunci, sebab hal ini menunjukkan perhatian penuh dan ketertarikan perawat.

Mendengarkan membantu perawat dalam memahami dan mengerti maksud klien dan membantu menolong klien mencari cara untuk mendapatkan kedamaian.

Memahami Klien

Salah satu proses caring menurut Swanson (1991) adalah memahami klien. Memahami klien sebagai inti suatu proses digunakan perawat dalam membuat keputusan klinis. Memahami klien merupakan pemahaman perawat terhadap klien sebagai acuan melakukan intervensi berikutnya.

Pemahaman klien merupakan gerbang penentu pelayanan sehingga, antara klien dan perawat terjalin suatu hubungan yang baik dan saling memahami.

Caring Dalam Spiritual

Kepercayaan dan harapan individu mempunyai pengaruh terhadap kesehatan fisik seseorang. Spiritual menawarkan rasa keterikatan yang baik, baik melalui hubungan intrapersonal atau hubungan dengan dirinya sendiri, interpersonal

atau hubungan dengan orang lain dan lingkungan, serta transpersonal atau hubungan dengan Tuhan atau kekuatan tertinggi.

Hubungan caring terjalin dengan baik apabila antara perawat dan klien dapat memahami satu sama lain sehingga keduanya bisa menjalin hubungan yang baik.

Bab 2

Evidence-Based Nursing Practice Teori Keperawatan Caring

2.1 Pendahuluan

Evidence Based Practice (EBP) merupakan salah satu panduan seorang petugas kesehatan dalam memilih tindakan perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai yang dimiliki oleh pasien. EBP dapat terwujud ketika petugas kesehatan melaksanakan beberapa Langkah seperti proses bertanya, menemukan informasi dari pertanyaan, menilai informasi secara kritis, mengintegrasikan informasi dengan kondisi klinis maupun preferensi pasien. Terdapat tiga komponen yang dapat dijadikan sebagai rujukan dalam mewujudkan EBP, yaitu keahlian klinis, perspektif pasien, dan hasil riset terbaru (Horntvedt et al., 2018).

Dalam dunia keperawatan EBP merupakan suatu proses pengumpulan informasi/data, pemrosesan informasi/data, dan penerapan hasil penelitian terbaru yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik klinis, lingkungan, dan hasil yang ingin dicapai. Penerapan EBP dalam praktik keperawatan dapat

memberikan manfaat kepada perawat dalam melakukan tindakan seefektif mungkin.

Perawat dalam memberikan layanan kesehatan pasti melibatkan keluarga maupun petugas kesehatan lainnya. Penerapan EBP dapat meningkatkan peran serta perawat dalam memberikan layanan asuhan keperawatan yang melibatkan orang lain sehingga *outcome* dari asuhan keperawatan dapat dicapai. Bukan hanya itu, EBP juga dapat meningkatkan kualitas *patient safety*. Implementasi EBP juga akan menurunkan biaya perawatan yang memberi dampak positif tidak hanya bagi pasien, perawat, tapi juga bagi institusi pelayanan kesehatan (Melnyk and Fineout-Overhold, 2022).

Keahlian seorang perawat menentukan tingkat keberhasilan penerapan EBP dalam pelayanan asuhan keperawatan yang optimal. Salah satu keahlian yang harus dimiliki perawat yaitu memiliki sikap caring. Caring merupakan salah satu nilai inti yang harus dimiliki oleh setiap perawat. Perawat harus dapat mengutamakan nilai-nilai kemanusiaan di setiap tindakan yang dilakukan. Sikap caring dapat dilatih melalui *critical thinking*. *Critical thinking* merupakan salah satu komponen penting untuk melakukan asuhan melalui EBP. Berdasarkan hal tersebut, perlu adanya integrasi caring dalam asuhan keperawatan dengan pendekatan EBP untuk peningkatan kualitas asuhan

2.2 Evidenced-Based Practice (EBP)

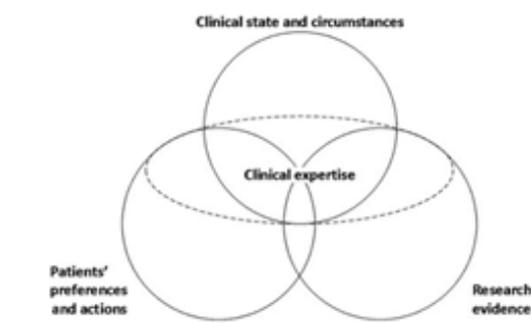
Definisi

EBP didefinisikan sebagai suatu tindakan yang menerapkan hasil penelitian terkini terhadap pengambilan keputusan klinis dalam praktik perawatan pada pasien. EBP mengintegrasikan hasil penelitian berdasarkan pada pengetahuan dan keahlian klinis, serta mempertimbangkan bahwa antar individu satu dengan individu lainnya berbeda.

EBP dapat membantu tenaga kesehatan dalam meningkatkan mutu dengan memperoleh informasi terkini yang dapat digunakan sebagai acuan atau bahan dalam pengambilan keputusan klinis yang efektif dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pasien. Penerapan EBP menggunakan metode yang efektif dan tervalidasi secara ilmiah untuk memenuhi kebutuhan pasien secara individu.

Model EBP memiliki empat bagian komponen, di antaranya:

1. Keadaan klinis saat ini klien.
2. Bukti penelitian terbaik yang relevan.
3. Nilai dan preferensi klien.
4. Keahlian klinis praktisi (Grove and Gray, 2018).



Gambar 2.1: Komponen EB

EBP sering juga disebut sebagai *evidence summary*, yaitu pembuatan rangkuman berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan ulasan yang terstruktur dan sistematis berupa *systematic review*. EBP dilakukan menggunakan pendekatan ilmiah yang sistematis untuk meringkas pengetahuan, jadi bahwa variasi lintas studi dan hasil studi yang kontradiktif dapat dipahami dalam satu kesimpulan. *Systematic review* memberikan kesimpulan "keadaan sains" tentang bukti yang mendukung manfaat dan risiko dari praktik kesehatan tertentu.



Gambar 2.2: Penyusunan EBP

Tujuan

Tujuan utama penerapan EBP adalah untuk meningkatkan kualitas asuhan dan memberikan hasil terbaik dari asuhan keperawatan. Tidak hanya itu, dengan memaksimalkan tingkat mutu pelayanan terhadap pasien, pemulihan dapat dipercepat, lama pengobatan dapat dikurangi, dan biaya pengobatan dapat ditekan. Metode yang digunakan dalam EBP berbasis bukti.

Hal tersebut dimaksudkan untuk mendapatkan bukti terbaik sebagai jawaban atas pertanyaan klinis yang muncul, dan kemudian bukti ini dapat diterapkan pada praktik keperawatan untuk meningkatkan kualitas asuhan pasien. Contohnya, contoh dapat kita lihat dari edukasi yang diberikan kepada para ibu bahwa menempatkan bayinya dalam posisi tengkurap pada waktu tidur adalah posisi terbaik untuk mencegah aspirasi bayi saat tidur.

Namun, bukti menunjukkan bahwa posisi pronasi bayi dapat meningkatkan risiko sindrom kematian bayi mendadak (Prastyanto, Suprpti and Suriyanto, 2022).

Manfaat EBP

Berikut merupakan beberapa manfaat penerapan EBP:

1. merupakan penghubung antara praktik klinis dengan penelitian;
2. meningkatkan kualitas pelayanan;
3. memaksimalkan fungsi sumber daya terbaik;
4. mengeliminasi penelitian yang tidak sesuai;
5. meminimalisir *overload* tentang hasil penelitian;
6. mencegah “practice which is not evidence based”.

2.3 Langkah EBP

Model EBP disampaikan dalam praktiknya menggunakan langkah-langkah yang bertingkat. Berikut merupakan langkah-langkah dalam EBP(Tucker and Gallagher-Ford, 2019):

Langkah 1

Langkah pertama EBP yaitu identifikasi masalah praktik tertentu atau masalah yang mencerminkan kebutuhan dan situasi klien. Pada langkah ini perawat

harus dapat menumbuhkan semangat dalam melakukan penyelidikan. Tahap ini membutuhkan keterampilan latihan yang sangat baik, waktu, dan keterbukaan dari klien.

Memberikan pertanyaan klinis menggunakan format PICO (T). Format pertanyaan PICO (T):

- P: Patient Population (populasi)
- I: Intervention (intervensi)
- C: Comparison (Kelompok Pembanding)
- O: Outcome: (hasil yang diharapkan)
- T: Times (Batas waktu)

Beberapa jenis pertanyaan klinis:

1. Intervention question
Meneliti terkait keefektifan intervensi.
2. Diagnostic question
Meneliti terkait keakuratan dan manfaat suatu instrumen.
3. Prognostic question
Meneliti tentang kondisi pasien tentang kondisi tertentu.
4. Etiology question
Meneliti tentang hubungan sebab akibat dan risiko tinggi kondisi yang merugikan.
5. Meaning question
Meneliti tentang arti suatu hal.

Berikut merupakan contoh dari berbagai jenis pertanyaan dalam penelitian:

JENIS PERTANYAAN PENELITIAN	CONTOH
Intervention	Bagaimanakah pencegahan terhadap kejadian pressure ulcers dengan teknik "X" jika dibandingkan dengan pelayanan standar yaitu diganti posisi setiap 2 jam terhadap munculnya gejala munculnya pressure ulcers pada pasien yang dirawat di ruang perawatan dalam jangka panjang dimana pasien mempunyai resiko untuk pressure ulcers?
Prognostic	Apakah diet karbohidrat mampu <u>memprediksi</u> pemeliharaan berat badan yang sehat (BMI < 25) selama lebih dari 6 bulan pada pasien yang mempunyai riwayat keluarga obesitas (BMI > 30)?
Diagnostic	Apakah d-dimer assay lebih akurat dalam <u>mendiagnosa</u> deep vein thrombosis jika dibandingkan dengan ultrasound pada pasien suspected deep vein thrombosis?
Etiology	Apakah wanita kulit putih yang terpapar sinar UV ray berkepanjangan dan tidak menggunakan protection (>1 jam) <u>meningkatkan resiko</u> terkena melanoma jika dibandingkan wanita kulit hitam yang tidak terpapar UV ray?
Meaning	Bagaimanakah wanita paruh baya dengan fibromialgia <u>mempersepsikan</u> kehilangan motor functions?

Gambar 2.3: Contoh Jenis Pertanyaan Penelitian

Langkah 2

Menemukan penelitian terbaik yang mengandung sumber pengetahuan dalam mengatasi masalah. Pada langkah ini membutuhkan keterampilan referensi akurat dan harus melibatkan pakar agar perawat dapat menemukan penelitian yang relevan dan dapat dijadikan sebagai bahan dalam mengatasi masalah.

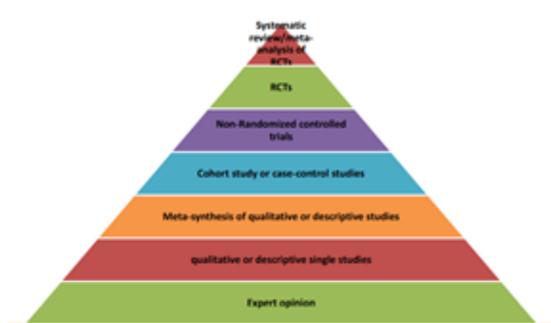
Inti kegiatan pada langkah kedua yaitu mencari dan mengajukan pertanyaan PICO (T). Beberapa database yang dapat dijadikan sebagai sumber informasi seperti Scopus, Cochrane Databases, Pubmed, CINAHL, dan Ovid-medline.

Langkah 3

Pada langkah ini bertujuan untuk menemukan bukti maupun informasi terbaik. Melibatkan tinjauan kritis terhadap kualitas lokasi penelitian dan relevansinya dengan klien masalah. Langkah ini membutuhkan keterampilan dan *critical thinking* terhadap berbagai penelitian yang bervariasi.

Langkah 4

Berfokus pada penilaian terhadap bukti maupun informasi yang telah ditemukan. Pada tahap ini mengintegrasikan hasil penelitian dengan ahli klinis dengan mempertimbangkan asas kebermanfaatannya untuk pasien



Gambar 2.4: Level Of Evidence For Intervention dan Diagnostic Question

Langkah 5

Berfokus pada proses integrasi bukti dengan keahlian klinis dan pertimbangan pasien dalam menentukan keputusan klinis. Melibatkan penyelesaian rencana perawatan secara aktif, kolaboratif melalui diskusi antar petugas kesehatan, menghormati nilai-nilai dan preferensi klien serta keahlian praktisi. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan

Langkah 6

Melakukan evaluasi hasil terkait perubahan setelah penerapan EBP. Menyebarkan hasil EBP melalui beberapa kegiatan seperti oral presentasi, poster presentasi, panel presentasi, small-group presentai, podcast, community meeting, dan journal.

Setiap langkah proses EBP menuntut kualitas pelayanan kesehatan yang optimal, dan hanya upaya berkualitas tinggi yang akan mencapai hasil yang secara optimal membantu praktisi dan klien dalam meningkatkan derajat kesehatan.

2.4 Model EBP

Keberhasilan EBP dapat dipengaruhi pemilihan model EBP. Pemilihan model EBP ini bertujuan untuk membantu perawat atau tenaga kesehatan lainnya dalam mengembangkan konsep melalui berbagai pendekatan yang sistematis, ketepatan alokasi waktu, sumber daya yang terlibat, serta mencegah implementasi yang tidak terorganisir dan tidak lengkap dalam suatu organisasi.

Masing-masing model EBP tentunya memiliki kelebihan dan kelemahan. Oleh karena itu, penting bagi perawat agar dapat memilih model EBP dengan tepat. Beberapa model EBP di antaranya (Van Os et al., 2019):

1. Iowa model (2001)

model EBP yang sering digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Karakteristik Iowa model yaitu adanya konsep *triggers*. *Triggers* merupakan informasi maupun masalah klinis di luar organisasi. Terdapat 3 faktor penting yang dapat dijadikan sebagai acuan dalam membuat suatu keputusan, yaitu penyebab timbulnya masalah, penelitian yang memiliki hasil yang kuat, pertimbangan tentang kemungkinan diterapkannya atau tidak diterapkannya perubahan dalam implementasi asuhan keperawatan.

2. Stetler model (2001)

Model ini merumuskan masalah berdasarkan informasi internal dan eksternal yang bersumber dari penelitian. Model ini tepat diterapkan

untuk mendidik perawat baru karena tidak berorientasi pada perubahan formal namun tergantung pada perubahan individu.

3. ACE STAR model (2004)

Model ini berfokus pada transformasi pengetahuan berdasarkan hasil penelitian. *Evidence* yang bersumber selain riset tidak digunakan ada model ini. Model ini cocok diterapkan pada mahasiswa *undergraduated*.

4. John Hopkins Evidence-Based Practice model (2007)

Model ini juga sering diterapkan dalam pemberian layanan kesehatan. John Hopkin's model memiliki 3 komponen prioritas masalah, di antaranya: praktik keperawatan, penelitian, dan pendidikan.

Tahapan penerapan EBP menggunakan metode ini diawali dengan menyusun *practice question*, memilih *evidence* yang jelas, dan memiliki translation yang sistematis. Model ini sangat tepat dipraktikkan pada mahasiswa tingkat sarjana dan magister.

5. Evidence based practice model for staff nurse (2008)

Pelaksanaan EBP Pada Keperawatan

1. Mengakui status atau arah praktik 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. Praktik berdasarkan fakta berperan penting dalam perawatan kesehatan.
5. Praktik berdasarkan hasil temuan riset akan meningkatkan kualitas praktik, 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.

Hambatan 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 praktik yang terbaik untuk diterapkan pada klien.

2.5 Teori Keperawatan Caring

Definisi

Teori keperawatan caring termasuk dalam *middle range theory*. Teori caring didefinisikan sebagai suatu ilmu yang berorientasi pada manusia. Teori caring menekankan pada kepedulian dalam proses perawatan individu berdasarkan kebutuhan individu tersebut. penerapan teori caring diharapkan dapat menimbulkan kepercayaan, memenuhi kebutuhan pasien, memberikan kesejahteraan jasmani dan rohani serta menciptakan perasaan dalam perkembangan untuk mendukung proses kesehatan(Elon et al., 2021).

Caring merupakan inti dari praktik keperawatan. Konsep "caring" digunakan untuk menyoroti fakta bahwa fokusnya adalah pada inti terdalam dari keperawatan, di mana konsep "keperawatan" berkaitan dengan pekerjaan konkret perawat, yaitu profesi. Pengembangan caring dapat meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan yang menjunjung tinggi nilai etika.

Teori caring pada praktik keperawatan memiliki sepuluh faktor carative:

1. memberikan kasih sayang dan sikap terbuka dengan pasien;
2. membangun harapan dan membina hubungan saling percaya dengan pasien;
3. meningkatkan sensitivitas kepada diri sendiri maupun orang lain;
4. membangun komunikasi yang efektif;
5. memberikan semangat kepada pasien untuk dapat menerima kondisi penyakitnya;
6. menerapkan caring yang kreatif dalam menyelesaikan permasalahan berdasarkan menggunakan sumber yang ilmiah;
7. mengajarkan kepada pasien untuk dapat mandiri dengan cara meningkatkan keterampilan dalam melakukan perawatan diri;
8. memberikan dukungan, menstabilkan mental, fisik, spiritual pasien;
9. memberikan ruang untuk meningkatkan hubungan spiritual.

Paradigma Keperawatan Caring

Paradigma keperawatan menurut Swanson terdiri dari empat komponen yaitu manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan (Aini, 2018).

1. **Manusia**
Menurut teori caring, manusia adalah makhluk unik yang memiliki pikiran, perasaan, dan perilaku yang antara satu individu dengan individu lainnya berbeda.
2. **Kesehatan**
Merupakan suatu proses penyembuhan yang bersifat kompleks, seperti merasakan sehat sakit, mengembalikan integrasi, serta membangun makna baru.
3. **Lingkungan**
Merupakan komponen yang memengaruhi pasien. Lingkungan yang dimaksud seperti ekonomi, politik, budaya, sosial, dan biofisik.
4. **Keperawatan**
Tindakan caring itu sendiri untuk meningkatkan kesejahteraan orang lain.

Dimensi Caring

Dimensi caring didefinisikan sebagai sikap pelayanan yang dapat dinilai oleh pasien. Terdapat empat dimensi caring (Putri, 2020):

1. Kehadiran perawat diharapkan dapat meningkatkan suasana ketenangan pasien.
2. Mengenal individu yang unik dengan ciri khas masing – masing.
3. Menjaga hubungan kebersamaan dengan klien.
4. Memberikan perhatian penuh kepada klien.

Proses Caring Dalam Keperawatan

Proses caring dalam keperawatan terdiri dari empat langkah: penilaian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Gozali, 2020):

1. Pengkajian
Pada tahap ini, proses caring meliputi mengamati, mengidentifikasi, mengkaji masalah, menerapkan pengetahuan dan konsep dari berbagai literatur, mengembangkan kerangka konseptualisasi untuk mengkaji masalah, dan mendefinisikan variabel yang akan dipelajari dalam pemecahan masalah.
2. Perencanaan
Perencanaan dapat membantu dalam menentukan bagaimana variabel akan dipelajari dan diukur, termasuk pendekatan konseptual atau desain untuk memecahkan masalah asuhan keperawatan, serta menentukan data mana yang akan dikumpulkan tentang siapa dan bagaimana data akan dikumpulkan.
3. Implementasi.
Implementasi adalah tindakan yang diambil sebagai tanggapan atas rencana yang telah disusun berdasarkan data yang dikumpulkan.
4. Evaluasi
Evaluasi adalah suatu cara, proses, dan efek tindakan berdasarkan data yang meliputi hasil intervensi, tingkat tercapai atau tidaknya suatu tujuan, dan apakah hasil yang diperoleh dapat digeneralisasikan.

Perilaku Caring Dalam Praktik Keperawatan

Perilaku caring bukanlah sesuatu yang bisa diajarkan tetapi dapat timbul dari hasil integrasi budaya, nilai-nilai, pengalaman, dan hubungan interpersonal. Kehadiran, sentuhan kasih sayang, mendengarkan, memahami klien, spiritual caring, dan *family care* merupakan sikap keperawatan yang berhubungan dengan caring.

1. Kehadiran

Kehadiran perawat meredakan kecemasan dan ketakutan klien sebagai akibat dari situasi stres.

2. Sentuhan

Sentuhan adalah teknik menenangkan di mana perawat mendekati klien untuk memberikan perhatian dan dukungan. Sentuhan diklasifikasikan menjadi dua jenis: sentuhan kontak dan sentuhan non-kontak. Kontak langsung kulit-ke-kulit disebut sebagai kontak sentuhan. Kontak mata adalah sentuhan non-kontak.

3. Mendengarkan

Mendengarkan sangat penting untuk pemahaman tentang kebutuhan klien. Mendengarkan membantu perawat dalam memahami maksud klien dan membantu klien menemukan cara untuk menemukan kedamaian.

4. Memahami klien

Memahami klien merupakan salah satu proses caring, menurut Memahami klien adalah inti dari proses yang digunakan oleh perawat untuk membuat keputusan klinis. Pemahaman perawat terhadap klien menjadi acuan untuk intervensi selanjutnya.

5. Caring dalam spiritual

Keyakinan dan harapan individu berdampak pada kesehatan fisik. Spiritualitas memberikan rasa keterikatan yang kuat, baik melalui hubungan intrapersonal dengan diri sendiri, hubungan interpersonal dengan orang lain dan lingkungan, atau hubungan transpersonal dengan Tuhan atau kekuatan tertinggi. Hubungan caring terjalin dengan baik jika perawat dan klien dapat saling memahami sehingga keduanya dapat menjalin hubungan yang baik.

Bab 3

Aplikasi Caring Dalam Kehidupan Sehari-Hari Dalam Praktek Keperawatan

3.1 Pendahuluan

Perawat bekerja sebagai bagian dari tim profesional perawatan kesehatan garis depan yang mendiagnosis dan merawat pasien di berbagai rangkaian. Perawat bekerja dengan tim multidisiplin, termasuk ahli bedah, dokter, spesialis, asisten, teknisi, dan banyak penyedia layanan kesehatan lainnya. Rutinitas harian perawat jarang sama dua kali. Bekerja di garis depan perawatan pasien berarti mereka selalu berinteraksi dengan orang-orang yang berada dalam situasi stres, sehingga perawat harus berempati dan bekerja dengan baik di bawah tekanan.

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Republik Indonesia, 2014). 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 (Republik Indonesia, 2014).

Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan (Republik Indonesia, 2014). Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya. Perawat juga harus bereaksi dengan tepat terhadap keadaan darurat dan kejadian tak terduga, sehingga keterampilan memecahkan masalah yang baik dan berpikir cepat adalah kualitas yang ideal bagi perawat (Republik Indonesia, 2014).

Seorang perawat melakukan tindakan keperawatan mandiri dan tidak memerlukan arahan dari orang lain. Tindakan ini didasarkan pada pengetahuan dan kemampuan perawat dan tetap fokus pada keselamatan pasien. Untuk penelitian ini, tindakan keperawatan mandiri meliputi aktivitas hidup sehari-hari (tindakan pemenuhan aktivitas pasien seperti kebutuhan mobilisasi), Caring dan Support (berfokus pada kepedulian merawat pasien), dan Rehabilitasi (Tindakan yang berfokus pada fase rehabilitasi pasca rumah sakit) (“apriadi,+BNJ+Vol+3(5)-478-486 (1),” n.d.).

Tindakan keperawatan mandiri yang belum selesai atau tidak terselesaikan akan berdampak buruk pada proses asuhan keperawatan, salah satunya ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Studi di sebuah rumah sakit Amerika Serikat menyatakan bahwa perawat tidak dapat menghibur dan berbicara dengan pasien serta tidak mampu melaksanakan rencana perawatan pasien.

Dari 12 kegiatan keperawatan, hanya sebagian dilaksanakan oleh perawat dan ada pula yang tidak dilaksanakan dalam satu sif. Sehingga dampak dari fenomena tersebut menimbulkan persepsi bahwa perawat tidak mampu melakukan tindakan mandiri yang berujung pada rendahnya citra profesional perawat. Selain itu, studi menyatakan bahwa dampak dari tindakan keperawatan mandiri yang rendah adalah kesalahan pengobatan, infeksi baru, dekubitus, infus kering, infus infiltrasi, dan masalah lain selama rawat inap (“Apriadi,+BNJ+Vol+3(5)-478-486 (1),” n.d.).

Tabel 3.1: Klasifikasi Tindakan Keperawatan Mandiri

<p>Klasifikasi kehidupan sehari-hari Membantu memindahkan pasien dari tempat tidur Membantu memberi makan pasien Melakukan mobilisasi Melakukan verbedent</p>
<p>Caring dan Dukungan Menanyakan kondisi pasien Selalu tersenyum saat bertemu pasien dan keluarga Berdiskusi dengan pasien tentang kondisinya Memberikan penguatan positif yang positif (hebat, anda bisa, luar biasa) kepada pasien Mendengarkan keluhan pasien Respon cepat atas keluhan pasien Melibatkan keluarga dalam setiap tindakan yang diberikan</p>
<p>Rehabilitasi Menanyakan pasien dan keluarga tentang harapan mereka setelah pulang Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaanya tentang meninggalkan rumah sakit, antisipasi masalah, ketakutan, dan pemecahan masalah. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga tentang tujuan dan harapan setelah pulang</p>

3.2 Konsep Caring Dalam Keperawatan

Watson mendefinisikan caring sebagai: *“the moral ideal of nursing whereby the end is protection, enhancement, and preservation of human dignity. Human caring involves values, a will and a commitment to care, knowledge, caring actions, and consequences. All of human caring is related to inter subjective human response to health-illness; environmental-personal interaction; a knowledge of the nurse caring process; self knowledge, knowledge of one’s power and transaction limitations ”* (Blasdell, 2017; Rieman, 1989; Watson, 1988).

Cita-cita moral keperawatan di mana tujuannya adalah perlindungan, peningkatan, dan pelestarian martabat manusia. Kepedulian manusia melibatkan nilai-nilai, kemauan dan komitmen untuk peduli, pengetahuan, tindakan peduli, dan konsekuensi. Semua kepedulian manusia terkait dengan respons intersubjektif manusia terhadap sehat-sakit; interaksi lingkungan-pribadi; pengetahuan tentang proses perawatan perawat; pengetahuan diri, pengetahuan tentang kekuatan seseorang dan keterbatasan transaksi”.

Selain itu, Watson berpendapat bahwa “esensi dari nilai caring dan kepedulian manusia mungkin sia-sia kecuali jika berkontribusi pada filosofi tindakan. Tindakan nyata kepedulian yang nyata dapat melampaui nilai (dan

menyebarkannya). Nilai kepedulian didasarkan pada perawat kreatif yang melampaui diri sendiri". Watson percaya bahwa interaksi keperawatan perawat manusia-ke-manusia tidak dapat divalidasi atau dipahami menggunakan "pola pikir positivistik, deterministik, materialistik"(McCance, 2003).

Seorang perawat wajib melakukan tindakan tertentu bagi pasiennya yang mengikat secara hukum dan etika. Watson berpendapat bahwa nilai kepedulian dan kepedulian manusia lebih dari sekadar tindakan kinerja. Caring melibatkan rasa identitas diri dan semangat orang tersebut. Caring melibatkan rasa dedikasi dan komitmen yang murni kepada pasien. Tindakan Caring tertentu dapat melampaui nilai karena "didasarkan pada perawat kreatif yang melampaui diri sendiri".

Berikut ini adalah sebelas asumsi Watson yang terkait dengan Nilai Perawatan Manusia dalam Keperawatan (Watson, 1988):

1. Perawatan dan cinta adalah kekuatan kosmik yang paling universal, paling luar biasa, dan paling misterius: mereka terdiri dari energi psikis utama dan universal.
2. Sering kali kebutuhan ini diabaikan; atau kita tahu orang-orang saling membutuhkan dalam cara yang penuh kasih dan perhatian, tetapi sering kali kita tidak berperilaku baik satu sama lain. Namun, jika kemanusiaan kita ingin bertahan, kita perlu menjadi lebih peduli dan penuh kasih untuk memelihara kemanusiaan kita dan berkembang sebagai peradaban dan hidup bersama.
3. Karena keperawatan adalah profesi caring, kemampuannya untuk mempertahankan cita-cita dan ideologi caring dalam praktik akan memengaruhi perkembangan peradaban manusia dan menentukan kontribusi keperawatan kepada masyarakat
4. Sebagai permulaan kita harus memaksakan kehendak kita sendiri untuk peduli dan mencintai perilaku kita sendiri dan bukan pada orang lain. Kita harus memperlakukan diri kita dengan kelembutan dan martabat sebelum kita dapat menghormati dan merawat orang lain dengan kelembutan dan martabat.
5. Keperawatan selalu memiliki sikap caring dan merawat terhadap orang-orang dengan masalah sehat-sakit.

6. Caring adalah esensi keperawatan dan fokus paling sentral dan pemersatu untuk praktik keperawatan.
7. Perawatan manusia, pada tingkat individu dan kelompok, semakin tidak mendapat penekanan dalam sistem pengiriman perawatan kesehatan.
8. Nilai-nilai caring perawat dan keperawatan telah menyatu. Keperawatan dan masyarakat, oleh karena itu, berada dalam situasi kritis saat ini dalam mempertahankan cita-cita perawatan manusia dan ideologi kepedulian dalam praktiknya. Peran perawatan manusia terancam oleh peningkatan teknologi nuklir medis, kendala kelembagaan birokrasi-manajerial dalam masyarakat. Pada saat yang sama telah terjadi proliferasi teknik penyembuhan dan pengobatan radikal sering kali tanpa memperhatikan biaya.
9. Pelestarian dan kemajuan perawatan manusia baik sebagai upaya epistemik dan klinis merupakan masalah penting untuk keperawatan saat ini dan di masa depan.
10. Kepedulian manusia dapat didemonstrasikan dan dipraktikkan secara efektif hanya secara interpersonal. Proses intersubjektif manusia tetap menghidupkan akal sehat kemanusiaan; itu mengajarkan kita bagaimana menjadi manusia dengan mengidentifikasi diri kita dengan orang lain, di mana kemanusiaan yang satu tercermin pada yang lain.
11. Sumbangan sosial, moral, dan ilmiah keperawatan untuk umat manusia dan masyarakat terletak pada komitmennya terhadap cita-cita perawatan manusia dalam teori, praktik, dan penelitian.

Kesebelas asumsi Nilai Human Care dalam Keperawatan memberikan pemahaman tentang bagaimana keperawatan terhubung dengan Caring. Asumsi-asumsi tersebut memberikan tujuan pada konsep Caring dari perspektif Watson.

Untuk memahami keperawatan sebagai ilmu Caring, Watson menurunkan 10 faktor karatif utama. Faktor carative melibatkan aspek interpersonal dari caring dan berfungsi sebagai panduan struktural untuk memahami care sebagai fenomena dalam proses hubungan interpersonal. Faktor dan proses carative

terkait dengan kebutuhan dasar manusia, hubungan manusia, dan pemeliharaan kesehatan (Watson, 1979).

Sepuluh faktor karatif yaitu:

1. terbentuknya sistem nilai yang humanistik-altruistik;
2. penanaman iman-harapan;
3. penanaman kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain;
4. berkembangnya hubungan tolong-menolong;
5. promosi dan penerimaan ekspresi perasaan positif dan negatif;
6. penggunaan sistematis metode pemecahan masalah ilmiah untuk pengambilan keputusan;
7. promosi belajar-mengajar antarpribadi;
8. penyediaan dukungan, pelindung, dan (atau) korektif lingkungan mental, fisik, sosiokultural, dan spiritual;
9. bantuan dengan pemuasan kebutuhan manusia;
10. kelonggaran untuk kekuatan eksistensial-fenomenologis.

Watson (Rieman, 1989) menjelaskan bahwa faktor karatif mengacu pada bagaimana intervensi dikaitkan dengan proses perawatan manusia. Saat perawat berinteraksi dengan pasien, faktor karatif menjadi teraktualisasi. Watson menjelaskan bahwa tingkat Caring yang lebih tinggi dapat terjadi antara perawat yang berbeda dan pengalaman yang berbeda. Dimensi transpersonal perawat-pasien merupakan bagian dari dinamika proses caring manusia.

Suatu peristiwa, seperti peristiwa Caring manusia yang sebenarnya, adalah titik fokus dalam ruang dan waktu dari mana pengalaman dan persepsi terjadi, tetapi peristiwa Caring yang sebenarnya memiliki bidangnya sendiri yang lebih besar daripada peristiwa itu sendiri. Kesempatan Caring yang sebenarnya seperti yang disebut, mencakup tindakan dan pilihan oleh pasien dan perawat. Pengalaman berkumpul bersama dalam situasi caring memberi dua orang kesempatan untuk merumuskan keputusan "bagaimana berada dalam hubungan - apa yang harus dilakukan saat ini".

Teori Human Care Watson melibatkan tiga bidang utama:

1. Keperawatan dalam konteks sains dan seni manusia.
2. Mutualitas pribadi/diri perawat dan pasien dengan *mind body-soul gestalt*, dalam konteks intersubjektivitas.
3. Ideal moral dari hubungan perawatan manusia dalam keperawatan yang mencakup konsep-konsep seperti bidang fenomenal, kesempatan perawatan aktual, dan kepedulian transpersonal.

Tujuan sebenarnya dari teori ini terkait dengan pertumbuhan mental dan spiritual untuk diri sendiri dan orang lain, menemukan makna dalam keberadaan dan pengalaman seseorang, menemukan kekuatan dan kontrol batin, dan meningkatkan kejadian transendensi dan penyembuhan diri (Rieman, 1989).

Agen perubahan yang sebenarnya dianggap sebagai pasien. Namun, perawat dapat menjadi peserta bersama dalam perubahan melalui proses perawatan manusia. Agen perubahan adalah "mekanisme mental-spiritual internal pribadi dari orang yang memungkinkan diri untuk disembuhkan melalui berbagai cara internal atau eksternal, atau tanpa agen eksternal, tetapi melalui proses saling tergantung antar-subjektif di mana kedua orang dapat melampaui diri sendiri. dan pengalaman biasa".

Intervensi Watson's Human Care Theory dikaitkan dengan proses perawatan manusia dengan partisipasi penuh perawat/orang dalam hubungannya dengan pasien/orang. Intervensi ini memerlukan niat, dorongan, hubungan, dan tindakan Prosesnya membutuhkan komitmen untuk caring sebagai kewajiban moral yang diarahkan pada pelestarian kemanusiaan.

Faktor karatif, seperti yang disebutkan sebelumnya, dirumuskan oleh basis pengetahuan dan kompetensi klinis, hanya ketika perawat sedang dengan orang lain faktor karatif dapat diaktualisasikan. Penting untuk diingat bahwa perspektif Watson's Human Care Theory adalah spiritual-eksistensial dan fenomenologis dalam orientasinya. Namun, juga dipengaruhi oleh Filsafat Timur. Konteksnya adalah kemanusiaan dan metafisik dan menggabungkan seni dan ilmu keperawatan. Ilmu ditekankan dalam konteks ilmu manusia.

Asuhan keperawatan terdiri dari pemahaman profesional, pengetahuan dan keterampilan untuk mempraktikkan keperawatan dan interaksi antara perawat dan pasien (Dinç, 2010). Menurut teori Leininger tentang Keperawatan

Transkultural, keperawatan digambarkan sebagai ilmu dan jenis seni yang dapat dipelajari. Caring adalah inti dari keperawatan dan kebutuhan dasar manusia. Setiap budaya memiliki beberapa perbedaan dan persamaan dalam hal nilai-nilai etika dan moral.

Dengan demikian, perawat diharapkan dapat memberikan perawatan kepada pasiennya secara holistik, sesuai dengan struktur budayanya dan juga menghormatinya (Alpar et al., 2013). Mampu memberikan perawatan yang cukup, profesional dan peka budaya kepada individu merupakan aspek penting dari keperawatan (Murphy et al., 2009).

Saat mengajarkan aspek perawatan ini di sekolah perawat, ada penekanan besar pada bagaimana memberikan perawatan pasien dengan benar. Dengan demikian, baik belajar mengajar keperawatan merupakan proses yang membutuhkan upaya baik oleh fakultas keperawatan maupun mahasiswa keperawatan. Baik definisi maupun pemberian aktivitas caring dalam keperawatan sulit dan multidimensi.

Tidak ada definisi yang diterima secara universal tentang konsep caring. Peduli mencakup perspektif seperti kasih sayang, atau caring terhadap orang lain; melakukan untuk orang lain apa yang tidak dapat mereka lakukan untuk diri mereka sendiri; merawat masalah medis dan kompetensi dalam membawa. Perawat melakukan aktivitas caring setiap hari. Namun tidak setiap aspek caring perlu digunakan oleh perawat pada satu waktu agar asuhan keperawatan menjadi efektif (Finkelman & Kenner, 2013) (Akansel et al., 2021).

3.3 Persepsi Caring Antar Perawat

Persepsi caring dalam keperawatan memiliki arti yang berbeda bagi perawat, mahasiswa keperawatan, pasien dan keluarganya, dan persepsi ini dibentuk oleh beberapa faktor. Secara bersamaan, persepsi perawat dan pasien terkait dengan caring tidak selaras (Papastavrou et al., 2011). Studi yang berfokus pada persepsi perawat tentang caring sangat sedikit di Turki (Acaroğlu et al., 2009; Karadağ & Taşçı, 2005; Kılıç & Ztun, 2015).

Sebagian besar perawat menekankan aspek psikologis keperawatan sebagai hal yang penting dalam perawatan tetapi mereka biasanya mengandalkan kegiatan teknis karena alasan seperti jumlah staf yang terbatas, jam kerja yang panjang dan rasio pasien yang tinggi.

Studi Kılıç dan ztunç (2008) mengungkapkan menghilangkan rasa sakit pasien, memberikan obat tepat waktu seperti yang diprioritaskan oleh staf perawat; hak istimewa pasien dan perawat "bersama pasien" sebagai aktivitas asuhan keperawatan yang penting. Sebuah studi oleh O'Connell dan Landers (2008) menunjukkan bahwa perawat ICU dan kerabat pasien sangat menghargai kompetensi teknis dan aspek altruistik dan emosional keperawatan sebagai perilaku peduli. Pasien biasanya fokus pada keterampilan teknis perawat serta kompetensi mereka (Geçkil et al., 2008; Wysong & Driver, 2009), karena mereka percaya keterampilan teknis yang baik mengurangi ketidaknyamanan mereka dan mengurangi rasa sakit (Ayyub et al., 2015).

Dalam penelitian ini, aspek perawatan seperti mengamati efek dari kompeten secara teknis dengan prosedur klinis, berkonsultasi dengan dokter, menginstruksikan pasien tentang aspek perawatan, mendengarkan pasien, menjelaskan prosedur klinis kepada pasien dan mendampingi pasien. pasien selama prosedur klinis termasuk di antara item yang didukung yang kongruen dengan dua penelitian sebelumnya (Akansel et al., 2012; Watson et al., 2003) (Akansel et al., 2021).

3.4 Caring Dalam Praktik Keperawatan

Caring dapat dipahami sebagai inti dari praktik keperawatan (Eriksson, 2018a). Konsep "Caring" digunakan untuk menyoroti fakta bahwa fokusnya adalah pada inti terdalam dari keperawatan, di mana konsep "keperawatan" berhubungan dengan pekerjaan konkret profesi perawat (Eriksson, 1997).

Etos dan caritas adalah kekuatan dasar yang mempertahankan fenomena pengasuhan dalam konteks yang berbeda (Eriksson & Lindström, 2003). Etos adalah di mana nilai-nilai batin dalam perilaku bergizi memiliki bahasanya sendiri. Untuk mengembangkan perawatan berbasis etika dan bukti, diperlukan pengetahuan yang berlabuh dalam etos caring (Eriksson, 2002).

Pengetahuan teoritis saja tidak cukup dalam keperawatan, dan ada juga kebutuhan akan pengetahuan diri dan kesadaran akan perawatan. Nilai dan sikap seseorang terhadap orang lain (Eriksson, 2002). Menurut Buber (1989), hanya kebaikan yang dapat dilakukan dengan sepenuh hati. Baik dan buruk berkaitan dengan kebebasan manusia, di mana kebebasan berarti bertanggung jawab kembali untuk tidak menimbulkan penderitaan.

Brilowsky dan Wendler (2005) mengidentifikasi hubungan, tindakan, sikap, penerimaan dan variabilitas sebagai atribut inti dari asuhan keperawatan. Profesi yang berbeda terlibat dalam perawatan, yang mungkin menyembunyikan kenyataan yang sebenarnya, yang Schopenhauer (1912) istilahkan "cadar Maya." Kerudung Maya mencegah manusia melihat kenyataan yang sebenarnya.

Dalam realitas empiris, terdapat struktur yang jelas tentang bagaimana perawatan harus dilakukan, misalnya dengan metode. Tetapi metode, yang harus diikuti, dapat menghalangi wawasan perawat dan menyembunyikan kenyataan yang sebenarnya. Oleh karena itu penting bagi perawat untuk menyadari bahwa kenyataan menjadi semakin teknis dan dapat menyembunyikan esensi kepedulian (Eriksson, 2003). Dengan etos dan caritas yang sadar, perawat dapat menciptakan sikap di mana mereka peduli dan bertanggung jawab dalam kekuatan cinta (Eriksson, 2018b). Dalam praktik keperawatan profesional, inti caring diperlukan untuk menjadi pengasuhan dan tindakan apa yang terbaik untuk pasien. Selain itu, diperlukan pemahaman bersama tentang caring, penderitaan, kesehatan, lingkungan dan pribadi sebagai manusia.

Anåker dan Elf (2014) mengemukakan bahwa profesi keperawatan membutuhkan kesadaran tentang bagaimana aktivitas perawatan berinteraksi dengan lingkungan. Etos berupa nilai-nilai internal harus melekat dalam praktik keperawatan caring dan mendukung asuhan. Karlsson, Nyström, dan Bergbom (2012) menyatakan bahwa melihat pasien dalam praktik keperawatan adalah untuk melihat kerentanan mereka dan memungkinkan mereka untuk menjadi orang yang mereka inginkan (Karlsson and Pennbrant, 2020).

Pengetahuan Tentang Praktik Perawatan Diri

Pengetahuan tentang perawatan diri masih baru. Hal ini mungkin terjadi karena praktik kesehatan masih berlabuh kuat dalam model biomedis dan oleh campur tangan organisasi di lingkungan kerja, sehingga perawat tidak mengidentifikasi kebutuhan untuk mengurus diri sendiri sehingga mereka dapat merawat orang lain secara efektif. Kesadaran tentang perawatan diri dapat dipupuk dalam tim keperawatan dalam lingkungan kerja dengan mendorong profesional dan fleksibilitas manajer.

Sebuah proposal tindakan yang dikembangkan di wilayah Selatan Brazil berusaha meningkatkan kesadaran tentang perawatan diri pada tim

keperawatan dari unit perawatan intensif dengan mengusulkan kegiatan yang berbeda seperti peregangan, kegiatan kelompok dan kegiatan relaksasi. Proposal tersebut mendapatkan hasil yang positif, karena para profesional melaporkan bahwa mereka merasa diperhatikan dan dihargai, mengenal satu sama lain dengan lebih baik, dan mempraktikkan tindakan kepedulian untuk diri mereka sendiri.

Praktik perawatan diri dapat dan harus dimasukkan ke dalam pekerjaan sehari-hari perawat. Kesadaran tersebut akan mengarah pada praktik perawatan yang sangat baik dengan peningkatan keselamatan pasien. Satu studi berusaha memahami perawatan diri dan praktik promosi kesehatan di antara perawat di rumah sakit di Amerika Serikat untuk menentukan apakah ada kebutuhan untuk mengembangkan program perawatan diri holistik dengan para profesional ini. Studi menunjukkan bahwa sebagian besar perawat mengetahui pentingnya merawat diri sendiri dan lebih memilih untuk berpartisipasi dalam aktivitas fisik dan program pendidikan gizi untuk mencapai tujuan ini.

Praktik inovatif diidentifikasi di rumah sakit di Amerika Serikat untuk mempromosikan perawatan diri di antara perawat, seperti penggunaan terapi komplementer. Mengevaluasi efektivitas pelatihan profesional dalam Jin Shin Jyutsu (seni penyembuhan kuno yang menggunakan kontak tangan pada bagian tubuh tertentu untuk menyelaraskan energi kehidupan setiap orang) dan menghubungkan pelatihan dengan persepsi stres pribadi dan organisasi serta perawatan pasien, sebuah penelitian menunjukkan peningkatan sikap positif, rasa syukur, motivasi, ketenangan, komunikasi yang efektif dan pengurangan yang signifikan dari kemarahan, dendam, depresi, gejala stres dan masalah moral. Perawat melaporkan berkurangnya nyeri otot, insomnia, dan sakit kepala.

Peningkatan efektivitas perawatan juga diamati, terjadi karena empati, ketenangan, menghormati perbedaan, individualisasi, kemampuan untuk meminimalkan situasi stres, perencanaan berbagai kebutuhan dan kreativitas dalam perawatan. Studi lain menyajikan hasil serupa dengan mengeksplorasi pengalaman perawat yang mempraktikkan Reiki (terapi yang menggunakan sentuhan untuk menyeimbangkan pusat energi tubuh) untuk perawatan diri.

Latihan ini membantu dalam pengelolaan stres sehari-hari, dalam penguatan harga diri dan spiritualitas dan dalam hubungan dengan diri sendiri, dengan orang lain dan dengan keseluruhan. Studi kategori ini telah menunjukkan bahwa program intervensi berbasis bukti diperlukan untuk melatih perawat

tentang adopsi gaya hidup yang lebih baik, dan bahwa manajer harus mempromosikan lingkungan kerja yang lebih sehat, yang dapat meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan (Silva Júnior et al., 2020).

Implikasi Perawatan Diri Dalam Praktik Profesional

Kategori ini mengelompokkan artikel yang mengevaluasi efek perawatan diri dalam perawatan orang lain. Empat studi diidentifikasi, dua dengan pendekatan kualitatif dan dua dengan pendekatan kuantitatif. Temuan menunjukkan relevansi perawatan diri, berusaha untuk mengidentifikasi persepsi perawat perawat tersebut dan untuk menggambarkan tindakan yang diambil untuk menerapkannya, membahas dampaknya terhadap kesehatan.

Perawatan diri terkait dengan tindakan yang dilakukan oleh individu untuk meningkatkan dan mengubah diri mereka sendiri dengan merefleksikan cara mereka berada dan bertindak dan ditemukan bahwa perawatan diri relevan untuk kesehatan fisik dan mental, dan untuk pekerjaan karena tindakan yang dikembangkan untuk mempertahankan perawatan tersebut meningkatkan kualitas kehidupan pribadi dan profesional perawat.

Isu kritis berkaitan dengan cara perawat memandang diri mereka sendiri ketika memperluas kesadaran diri mereka, dan menjaga orang lain. Studi menunjukkan bahwa persepsi diri profesional sebagai makhluk sensitivitas, estetika, kemungkinan, keyakinan dan nilai-nilai merupakan bagian integral dari perluasan kesadaran diri. Pendalaman hubungan individu dengan diri sendiri juga dapat meningkatkan cara seseorang terlibat dalam hubungan dengan orang lain, karena perilaku yang benar dalam hubungan membutuhkan perawatan diri yang penuh dan efektif. Hubungan seperti itu harus melupakan perspektif kepentingan individu yang egois, tetapi mencari peningkatan individu, mengatasi batasan dan menetapkan tujuan.

Pentingnya etika yang berkaitan dengan pasien adalah sumbu panduan penting dari studi ini, dipahami sebagai produk dari praktik yang efektif pada perawatan diri. Kritik adalah hal mendasar tetapi tidak hanya terhadap orang lain, terutama terhadap diri sendiri, karena pengelolaan yang tepat atas kehidupan seseorang akan memungkinkan dia untuk berperilaku dan merawat orang lain dengan baik. Intervensi untuk membantu perawat Amerika meningkatkan kualitas hidup mereka telah ditunjukkan dalam penelitian lain yang berfokus pada program *Nurses Living Fit* (NLF), yang dirancang untuk mengurangi indeks massa tubuh (BMI) peserta dan untuk membantu, selain perawat, pasien dan keluarga mereka.

Mengingat cara multidimensi manusia dibentuk, membahas perawatan dengan tubuh sebagai poros pemandu untuk perawatan diri sangat penting. Hasil penelitian menunjukkan bahwa para peserta mengalami penurunan BMI dan lingkaran pinggang yang signifikan, serta peningkatan frekuensi olahraga dan diet mereka. Studi lain membahas transisi demografis di Amerika Serikat, khususnya di negara bagian Nevada.

Pertumbuhan populasi yang besar terkait dengan kurangnya penyedia layanan kesehatan dapat menghasilkan kelebihan tenaga profesional yang tersedia untuk merawat orang lain. Dengan demikian, individu yang sama dapat mengalami lebih dari satu pekerjaan, lebih banyak mengalami efek negatif pada kesehatan, seperti penyakit dan penurunan kepuasan dan produktivitas, yang menunjukkan kebutuhan untuk memahami pentingnya perawatan diri. Praktik perawatan diri dengan demikian dipahami sebagai bermanfaat tidak hanya untuk profesional, tetapi juga untuk pasien dan keluarga mereka (Silva Júnior et al., 2020).

Bab 4

Fungsi Holistik Dalam Konteks Keperawatan

4.1 Pendahuluan

Sejarah holistik dimulai sebelum istilah *holism* diperkenalkan oleh Jan Christiaan Smuts dalam bukunya “Holism and Evolution”. Holisme saat ini berkembang dalam istilah holistik, yang mengkombinasikan penyembuhan, seni, dan ilmu hidup. Holistik populer dengan cepat di tahun 70-an. Walaupun istilah holisme diperkenalkan di tahun 1926, penyembuhan holistik sebenarnya sudah ada jauh di jaman kuno kira-kira 5000 tahun yang lalu. Sejarawan belum bisa memastikan dari bangsa manakah pertama kali ia dipraktikkan. Kebanyakan sejarawan percaya bahwa penyembuhan holistik dimulai di India dan atau Cina.

Para praktisi holistik mempraktikkan prinsip hidup sehat lewat menyeimbangkan tubuh, pikiran, dan roh untuk menyatu atau harmonis dengan alam. Contoh praktis holistik adalah Socrates, yang hidup 4 abad sebelum kelahiran Kristus. Ia menganut pandangan ini dan mengajarkan bahwa kita harus memandang tubuh sebagai keseluruhan, bukannya bagian yang terpisah.

Holistik merupakan salah satu konsep yang mendasari tindakan keperawatan yang meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual. Dimensi tersebut merupakan suatu kesatuan yang utuh. Apabila satu dimensi terganggu akan memengaruhi dimensi lainnya. Holistik terkait dengan kesejahteraan (Wellness).

Untuk mencapai kesejahteraan terdapat lima dimensi yang saling memengaruhi yaitu: fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual (Hidayat, 2013). Holistik memiliki arti 'menyeluruh' yang terdiri dari kata *holy and healthy*. Pandangan holistik bermakna membangun manusia yang utuh dan sehat, dan seimbang terkait dengan seluruh aspek dalam pembelajaran; seperti spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, estetika, emosi, dan fisik.

Saat ini keperawatan holistik sangat dibutuhkan dalam pemecahan masalah kesehatan Global. Permasalahan tersebut adalah permasalahan yang dialami pasien misalnya resistan antibiotik mikroba meningkat, dan faktor – faktor ekonomi, lingkungan, dan sosial yang memengaruhi kesehatan. Keperawatan holistik pada penyakit kronis secara global belum dikembangkan, padahal sangat dibutuhkan dalam pelayanan yang sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien yaitu bukan hanya fisik, tetapi psikososial dan spiritual (Bec-Deva, 2010).

Pengertian Holistik Menurut Para Ahli

Adapun definisi holistik menurut para ahli, antara lain:

1. Willian F.O Nell
Holistik sebagai sudut pandang filosofi yang menganggap bahwa segala hal tercakup dalam wilayah kekuatan yang bersatu
2. Hall dan Lindzey
Holistik ialah pandangan manusia sebagai suatu organisme utuh dan padu.
3. Kamus Besar Bahasa Indonesia
Holistik memiliki dua macam arti, yaitu:
 - a. sebagai sebuah cara pendekatan pada suatu masalah dan gejala sebagai kesatuan yang utuh;
 - b. sebagai sebuah sifat, di mana holistik saling berhubungan sebagai suatu kesatuan yang lebih dari sekedar sekelompok bagian.

4. Merriam Webster

Holistik adalah kata yang berasal dari atau berkaitan dengan *holism* sehingga berkaitan dengan lubang atau dengan sistem lengkap daripada dengan analisis, perawatan, atau pembedahan menjadi beberapa bagian

Pengertian holistik adalah komprehensif atau menyeluruh yang terdiri dari *body to body, mind to mind and spirit to spirit* atau bisa juga dikatakan secara bio, psiko, sosial dan cultural (Dossey, 2005). Pengertian lain tentang pelayanan holistik adalah melihat pasien secara holistik yang terdiri dari masalah fisik, psikososial, spiritual dan kultural yang memengaruhi persepsi tentang sakit (Hidayat, no date)

Pendekatan holistik terlihat menekankan pada pasien secara komprehensif memperhatikan nilai manusia, yang mempunyai nilai individu yang mempunyai keyakinan, perasaan dan kemampuan berpikir dan mengambil keputusan.

Manusia terdiri dari bio psikososial dan spiritual, seperti terlihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 4.1: Pendekatan Holistik Pada Individu (Dossey, 2005)

4.2 Fungsi Holistik

pelayanan holistik hanya bisa dilakukan oleh perawat/ners yang mempunyai perilaku caring yaitu menggunakan hati, kognitif dan touch (Hatthakit, 2012). Menurut *American Holistic Nurses' Association* (2005), sebagai seorang perawat holistik, berkolaborasi dengan pasien untuk membuat rencana

perawatan berdasarkan keyakinan mereka yang unik tentang kesehatan, latar belakang budaya, orientasi seksual, nilai-nilai, dan preferensi. Rencana ini berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan, atau meninggal dengan damai, semua dilakukan untuk membantu pasien mandiri (Muhlisin, A., & UMS, 2014).

Konsep Holistic Care (Caring, Holisme, Humanisme) Dalam Pelayanan Keperawatan

Holistik merupakan salah satu konsep yang mendasari tindakan keperawatan yang meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual. Dimensi tersebut merupakan suatu kesatuan yang utuh, apabila satu dimensi terganggu akan memengaruhi dimensi lainnya. Holistik terkait dengan kesejahteraan (*wellness*). Untuk mencapai kesejahteraan tersebut, individu harus memiliki kemampuan beradaptasi terhadap stimulus. Teori Sister Callista Roy dapat digunakan.

Teori ini menggunakan pendekatan yang dinamis, di mana peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memfasilitasi kemampuan klien untuk melakukan adaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya (Nursalam, 2010).

Konsep *holistic care* ada tiga, yaitu:

1. Holisme, yaitu cara pendekatan terhadap suatu masalah atau gejala dengan memandang masalah atau gejala itu sebagai suatu kesatuan yang utuh.
2. Humanisme, yaitu kemanusiaan.
3. Caring

Menurut Watson (1979) *Theory of Human Caring*: jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian memengaruhi kesanggupan pasien sembuh.

Menurut Marriner dan Tomey (1994): yaitu tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien, agar si klien merasa sangat berkesan nyaman dengan tindakan perawat sehingga memberikan dampak yang positif terhadap klien.

4.3 Perawatan Holistik

Semua bentuk praktik keperawatan yang tujuannya adalah membantu kesembuhan seseorang secara menyeluruh. Perawat melihat pasien sebagai manusia secara total di mana ada keterkaitan antara tubuh, pikiran, emosi, sosial/budaya, spirit, relasi, konteks lingkungan. Asuhan keperawatan yang didasarkan kepada perawatan pasien secara total yang mempertimbangkan kebutuhan fisik, emosi, sosial, ekonomi dan spiritual seseorang.

Perawat Perlu mempertimbangkan respons pasien terhadap penyakitnya dan mengkaji tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan dirinya. Perawat harus menjadi teman yang mendukung dan memotivasi pasien, mendorong pasien agar pasien memahami arti kehidupan.

Holistik nursing adalah sebuah konsep dalam integritas pendidikan keperawatan. Holisme dan kesehatan menyembuhkan manusia secara utuh Untuk menjadikan sehat itu menjadi utuh secara bio, psiko, spiritual dan kultural.

Konsep Holistik Dalam Keperawatan Melalui Pendekatan Model Adaptasi Sister Calista Roy

Salah satu teori yang mendasari praktik keperawatan profesional adalah memandang manusia secara holistik, yaitu meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual sebagai suatu kesatuan yang utuh. Apabila satu dimensi terganggu akan memengaruhi dimensi lainnya. Sebagai pemberi asuhan keperawatan, konsep holistik ini merupakan salah satu konsep keperawatan yang harus dipahami oleh perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada klien.

Selain konsep holistik salah satu teori model keperawatan yang menunjang perkembangan keperawatan adalah teori model adaptasi Sister Callista Roy, yang juga memandang manusia sebagai makhluk yang holistik. Teori adaptasi ini menggunakan pendekatan yang dinamis, di mana peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memfasilitasi kemampuan klien untuk melakukan adaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya. Dalam proses adaptasi ini, Roy juga memandang manusia secara holistik yang merupakan satu kesatuan.

Betty Neuman (Marriner- Tomey, 1994) mengubah istilah holistik menjadi wholistik yang makna dan pengertiannya sama, yaitu memandang manusia

(klien) sebagai suatu keseluruhan yang bagian-bagiannya saling memengaruhi dan berinteraksi secara dinamis. Bagian-bagian tersebut meliputi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Perubahan istilah tersebut untuk meningkatkan pemahaman terhadap manusia secara keseluruhan.

Kozier (1995), mengemukakan bahwa dalam holistik, memandang semua kehidupan organisme sebagai interaksi. Gangguan pada satu bagian akan mengganggu sistem secara keseluruhan. Dengan kata lain adanya gangguan pada salah satu bagian akan menimbulkan dampak pada keseluruhan.

Erikson, Tomlin dan Swain (dalam Marriner-Tomey, 1994) juga mengemukakan tentang *holism*, yang memandang bahwa manusia adalah individu secara keseluruhan yang terdiri dari banyak subsistem yang saling ketergantungan dan tidak dapat dipisahkan. Hal ini terkait dengan pembawaan yang berhubungan dengan keturunan dan pengendalian spiritual. Tubuh, pikiran, emosi dan semangat merupakan unit keseluruhan yang sifatnya dinamis. Bersifat saling memengaruhi dan mengendalikan satu sama lain. Interaksi dari berbagai sub sistem ini tidak dapat dipisahkan, yang akhirnya menghasilkan *holism*.

Holistik berkaitan dengan kesejahteraan (*wellness*) yang diyakini mempunyai dampak terhadap status kesehatan manusia. Anspaugh (dalam Kozier, 1995) menyatakan bahwa untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan, ada lima dimensi yang saling terkait dan ketergantungan dan dimiliki oleh tiap individu, yaitu:

1. Dimensi fisik

Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pencapaian kesehatan, memelihara nutrisi secara adekuat dan berat badan ideal, terhindar dari ketergantungan obat dan alkohol atau rokok serta secara umum melakukan kebiasaan hidup positif.

2. Dimensi sosial

Terkait dengan kemampuan seseorang berinteraksi secara baik dengan orang lain dan lingkungan, membina dan memelihara keakraban dengan orang lain serta menghargai dan toleransi terhadap kepercayaan yang berbeda.

3. Dimensi emosional

Menekankan bahwa individu memiliki kemampuan untuk menghadapi stres dan mengekspresikan emosi dengan baik.

Kesejahteraan emosional, bila dapat mengenal, menerima dan mengekspresikan perasaan dan kekurangan orang lain.

4. Dimensi intelektual

Terkait dengan kemampuan seseorang untuk belajar dan menggunakan karier. Kesejahteraan intelektual meliputi usaha meneruskan pertumbuhan dan belajar menghadapi masalah baru secara efektif.

5. Dimensi spiritual

Terkait dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti: alam, ilmu, agama atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan. Meliputi moral, nilai, dan etik yang dimiliki seseorang.

Berdasarkan konsep di atas, dapat dijelaskan bahwa seorang perawat dalam merawat pasien harus memandang sebagai satu kesatuan yang utuh. Bagian-bagian atau dimensi saling berinteraksi dan apabila terjadi gangguan pada salah satu bagian akan memengaruhi keseimbangan dan keutuhan kesatuan tersebut.

Model Adaptasi Sister Callista Roy

Seperti telah disinggung sebelumnya, bahwa holistik berkaitan dengan kesejahteraan (wellness) yang diyakini mempunyai dampak terhadap status kesehatan manusia. Untuk sejahtera harus tercipta keseimbangan antara bagian-bagian atau dimensi menjadi satu kesatuan yang utuh. Hal tersebut dapat dicapai melalui proses adaptasi seperti yang telah dikemukakan oleh Sister Calista Roy.

Berikut tentang pandangan Roy tentang komponen sentral paradigma keperawatan (Awaru, 2020):

1. Manusia

Manusia sebagai penerima pelayanan asuhan keperawatan mencakup individu, keluarga, kelompok atau masyarakat.

2. Lingkungan

Menurut Roy lingkungan merupakan konsep utama dalam interaksi manusia secara konstan. Lingkungan adalah semua kondisi, keadaan

dan kondisi tertentu yang dapat memengaruhi perkembangan dan perilaku individu maupun kelompok.

3. Sehat dan kesehatan

Kesehatan adalah suatu keadaan dan proses berfungsinya manusia karena terjadinya adaptasi terus-menerus. Digambarkan oleh Roy dari mulai rentang kematian sampai pada puncak kesehatan, dengan sehat normal ada di tengah. Kesehatan rendah sebagai hasil dari mal adaptasi terhadap perubahan lingkungan.

4. Keperawatan

Roy menjelaskan bahwa keperawatan sebagai proses interpersonal yang di awal adanya kondisi mal adaptasi akibat perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal. Manusia sebagai sistem, berinteraksi dengan lingkungan dan mengatasi lingkungan melalui mekanisme adaptasi bio-psiko- sosial.

Adaptasi ditingkatkan bila terjadi peningkatan atau pengurangan pemenuhan kebutuhan. Di dalam menghadapi perubahan atau stimulus, manusia harus menjaga integritas dirinya dan selalu beradaptasi secara menyeluruh (holistik adaptive system).

Tindakan keperawatan diarahkan untuk mengurangi atau mengatasi dan meningkatkan kemampuan adaptasi manusia. Peran perawat adalah memfasilitasi potensi klien untuk mengadakan adaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya untuk mempertahankan homeostatis atau integritasnya.

Perubahan atau stimulus yang menimbulkan akibat pada manusia dibagi menjadi tiga, yaitu:

- a. Fokal; yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan manusia (saat ini).
- b. Kontekstual; yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang memengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara obyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan di mana dapat menimbulkan respons negatif pada stimulus fokal (presipitasi).
- c. Residual; berupa ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi, meliputi

kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai dengan pengalaman masa lalu yang dapat membantu untuk belajar toleransi terhadap sesuatu. Roy mengemukakan pandangan tentang manusia sebagai penerima asuhan keperawatan dalam kaitannya dengan teori adaptasi, bahwa manusia makhluk bio-psiko- sosial secara utuh (holistik). adaptasi dijelaskan oleh Roy melalui sistem efektor/model adaptasi yang terdiri dari empat faktor, yaitu:

- Fisiologis; terdiri dari: oksigenasi, eliminasi, nutrisi, aktivitas dan istirahat, sensori, cairan dan elektrolit, fungsi saraf, fungsi endokrin dan reproduksi.
- Konsep diri; menunjukkan pada nilai, kepercayaan, emosi, cita-cita serta perhatian yang diberikan untuk menyatakan keadaan fisik.
- Fungsi peran; menggambarkan hubungan interaksi seseorang dengan orang lain yang tercermin pada peran primer, sekunder, dan tersier.
- Saling ketergantungan (interdependen); mengidentifikasi nilai manusia, cinta dan keseriusan. Proses ini terjadi dalam hubungan manusia dengan individu dan kelompok.

Menurut Roy (1991), elemen dari proses keperawatan meliputi pengkajian tingkat pertama, pengkajian tingkat kedua, diagnosis keperawatan, penentuan tujuan, intervensi, dan evaluasi (Burnard Philip & Morrison Paul, 2019).

Dalam praktik keperawatan, penerapan konsep holistik pada proses asuhan keperawatan melalui pendekatan model adaptasi Roy dapat digambarkan sebagai berikut:

Pengkajian Tingkat Pertama

Pada tahap ini pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat berfokus pada sekumpulan tingkah laku sebagai sistem adaptasi yang berhubungan dengan empat model adaptasi; yaitu: fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen melalui pendekatan sistem dan memandang manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial secara utuh (holistik).

Pengkajian Tingkat Kedua

Pada tahap ini perawat menganalisis kegawatan dan gambaran tingkah laku klien, baik pada individu, keluarga maupun masyarakat secara menyeluruh terkait dengan kognator; yaitu proses pikir individu (psiko-sosial) dan regulator; yaitu proses fisiologi tubuh (biologi). Kemudian diidentifikasi sebagai respons yang adaptif atau mal adaptif setelah diberi dorongan oleh perawat. Perawat mengumpulkan data stimulus yang menjadi penyebab (etiologi), baik stimulus fokal, kontekstual maupun residual yang juga terkait dengan empat model adaptasi; yaitu: fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen.

Diagnosis Keperawatan

Keputusan tentang penentuan diagnosis keperawatan, oleh Roy terkait dengan kondisi ketidakmampuan beradaptasi (maladaptif). Diagnosis keperawatan dirumuskan dengan mengobservasi tingkah laku klien terhadap pengaruh lingkungan.

Dalam menetapkan diagnosis keperawatan Roy (1988, dalam Marriner-Tomme, 1994), menyatakan ada tiga alternatif yang dapat digunakan, yaitu:

1. Menggunakan tipologi diagnosis yang dikembangkan oleh Roy dan terkait dengan model adaptasi, yaitu: fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependen.
2. Merumuskan diagnosa dengan mengobservasi tingkah laku yang berhubungan dengan stimulus, baik fokal, kontekstual maupun residual.
3. Sebagai kesimpulan satu atau lebih model adaptasi yang berhubungan dengan stimulus.

Diagnosis yang ditetapkan tersebut dapat berupa diagnosis adaptif (potensial), maladaptif (Aktual) maupun risiko maladaptif (risiko). Jenis diagnosa keperawatan yang dikaitkan dengan empat model adaptasi, adalah:

1. Fisiologi, terdiri dari sembilan kelompok, yaitu: aktivitas istirahat, nutrisi, eliminasi, cairan dan elektrolit, oksigenasi dan sirkulasi, sistem endokrin, perlindungan kulit, sensori rasa serta fungsi gerak.
2. Konsep diri, terdiri dari dua, yaitu: physical self dan personal self.

3. Fungsi peran; ditekankan pada psikososial dalam menjalankan peran individual dan sosial.
4. Interdependen; terkait dengan keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya.

Penentuan Tujuan

Pada asuhan keperawatan adalah terkait dengan kemampuan klien yang tergambar dari keseluruhan tingkah laku yang menunjukkan resolusi dari masalah adaptasi. Tujuan jangka panjang menggambarkan akhir dari kemampuan adaptasi klien dan kemampuan tersebut terkait dengan kemampuan klien secara menyeluruh, seperti: kemampuan hidup, tumbuh, reproduksi, dan kekuasaan.

Sedangkan tujuan jangka pendek adalah tujuan yang diharapkan dari tingkah laku klien setelah dilakukan manipulasi stimulus. Misalnya tentang kemampuan klien mencegah terjadinya kembali masalah yang sudah pernah dialami (Muhlisin, A., & Ichsan, 2018).

Intervensi

Pelaksanaan direncanakan dengan tujuan mengubah atau memanipulasi penyebab (stimulus), baik focal, konseptual maupun residual dan difokuskan pada kemampuan individu dalam beradaptasi terhadap stimulus. Hal ini dilakukan dengan mempertimbangkan keseluruhan aspek yang ada pada klien meliputi bio-psiko- sosial (holistik).

Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini, hal yang dilakukan adalah membandingkan tingkah laku klien sebelum dan sesudah implementasi. Hal ini terkait dengan kemampuan klien dalam beradaptasi dan mencegah timbulnya kembali masalah yang pernah dialami. Kemampuan adaptasi ini meliputi seluruh aspek, baik bio, psiko maupun sosial.

Bab 5

Pendekatan Dalam Keperawatan, Fungsi Perawat, Dan Peran Perawat

5.1 Falsafah Keperawatan

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, termasuk Anda sekarang ini. Sebagai seorang perawat wajib bagi Anda untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan dalam diri Anda ketika bergaul dengan masyarakat atau pada saat Anda memberikan pelayanan keperawatan pada pasien.

Falsafah keperawatan bukan suatu hal yang harus dihafal, melainkan sebuah atribut atau nilai yang melekat pada diri perawat. Dengan kata lain, falsafah keperawatan merupakan “jiwa” dari setiap perawat. Oleh karena itu, falsafah keperawatan harus menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya. Sebagai seorang perawat tentunya dalam menjalankan profesi

keperawatan Anda harus senantiasa menggunakan nilai-nilai keperawatan dalam melayani pasien.

Pada aspek lain bahwa falsafah keperawatan dapat digunakan untuk mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas. Dalam falsafah keperawatan pasien dipandang sebagai makhluk holistik, yang harus dipenuhi segala kebutuhannya, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan secara komprehensif. Pelayanan keperawatan senantiasa memperhatikan aspek kemanusiaan setiap pasien berhak mendapatkan perawatan tanpa ada perbedaan. Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan keperawatan menjadikan pasien sebagai mitra yang aktif, dalam keadaan sehat dan sakit terutama berfokus kepada respons mereka terhadap situasi.

Falsafah keperawatan menurut Roy (Mc Quiston, 1995) terbagi menjadi delapan elemen, empat berdasarkan falsafah prinsip humanisme dan empat berdasarkan prinsip falsafah *veritvity*. Falsafah humanisme/kemanusiaan “mengenali manusia dan sisi subyektif manusia dan pengalamannya sebagai pusat rasa ingin tahu dan rasa menghargai”. Sehingga ia berpendapat bahwa seorang individu:

5.2 Paradigma Keperawatan

Setelah Anda mempelajari tentang falsafah keperawatan, kita lanjutkan dengan mempelajari paradigma keperawatan. Apakah Anda tahu tentang paradigma? Secara umum paradigma diartikan cara pandang, melihat, memikirkan, memaknai, menyikapi, serta memilih tindakan atas masalah atau fenomena yang ada.

Paradigma dapat pula diartikan suatu diagram atau kerangka berpikir seseorang dalam menjelaskan suatu masalah atau fenomena dari suatu kejadian. Paradigma keperawatan adalah cara pandangan secara global yang dianut atau dipakai oleh mayoritas kelompok keperawatan atau menghubungkan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan antara teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan.

Beberapa ahli di bidang keperawatan mempunyai pendapat sendiri tentang arti dari paradigma keperawatan. Menurut Gaffar (1997), paradigma keperawatan

adalah cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan.

Dengan demikian, paradigma keperawatan berfungsi sebagai acuan atau dasar dalam melaksanakan praktik keperawatan. Bagaimana paradigma keperawatan dibangun atau disusun atas dasar unsur apa saja? Paradigma keperawatan terbentuk atas empat unsur, yaitu: manusia atau klien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Empat unsur/elemen ini saling berhubungan dan memengaruhi satu sama lainnya. Unsur-unsur yang membentuk paradigma keperawatan inilah yang membedakan dengan paradigma teori lain. Teori keperawatan didasarkan pada keempat konsep tersebut, yakni

5.3 Konsep Keperawatan

Keperawatan merupakan unsur pertama dalam paradigma keperawatan, yang berarti suatu bentuk layanan kesehatan profesional. Keperawatan pada masa sekarang ini merupakan suatu seni dan ilmu yang mencakup berbagai aktivitas, konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu lain.

Keperawatan mempunyai fungsi yang unik yaitu membantu individu, baik sehat maupun sakit, yang ditampilkan dengan melakukan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan, penyembuhan penyakit bahkan membantu klien mendapatkan kematian yang damai, hal ini dilakukan untuk membantu klien mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin.

Sesuai dengan hasil kesepakatan lokakarya keperawatan nasional tentang konsep keperawatan yaitu, Keperawatan merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Layanan ini berbentuk layanan bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan masyarakat (Lokakarya Keperawatan Nasional,1983).

Layanan keperawatan adalah bagian yang tidak terpisahkan dari profesi kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien. Sebagai bagian integral dari layanan kesehatan kedudukan perawat dengan profesi

kesehatan lain (misal dokter) adalah sama, yakni sebagai mitra. Ini tentunya juga harus diiringi dengan pengakuan dan penghormatan terhadap profesi perawat.

Apa tugas dan fungsi perawat ? Tugas dan fungsi perawat secara umum memberikan bantuan atau pelayanan kepada pasien (dari level individu, keluarga hingga masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan. Layanan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik, mental, dan keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan untuk dapat melaksanakan kegiatan kehidupan sehari-hari secara mandiri.

Keahlian dalam memberikan asuhan keperawatan merupakan hasil dari pengetahuan dan pengalaman klinik yang dimiliki oleh seorang perawat. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik dan membuat keputusan yang kompleks merupakan inti dari asuhan keperawatan dan menjadi dasar pengembangan praktik keperawatan dan ilmu keperawatan.

Lalu siapa saja yang bisa disebut sebagai perawat? Masyarakat awam menganggap perawat adalah orang yang bekerja di rumah sakit atau puskesmas dengan mengenakan seragam putih-putih. Ada pula yang mengatakan bahwa perawat adalah orang yang bekerja sebagai pembantu dokter.

Menurut Anda sendiri siapa yang berhak disebut sebagai perawat? Apakah benar bahwa perawat itu pembantu dokter? Coba tuliskan jawaban Anda! Selanjutnya bandingkan atau cocokkan jawaban Anda dengan beberapa pendapat para ahli berikut.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 647/Menkes/SK/IV/2000 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, yang kemudian diperbaharui dengan Kepmenkes RI No.1239/SK/XI/2001, dijelaskan bahwa perawat adalah orang yang telah lulus dari pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Selanjutnya perawat adalah suatu profesi yang mandiri yang mempunyai hak untuk memberikan layanan keperawatan secara mandiri, dan bukan sebagai profesi pembantu dokter

Pengertian Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan (vokasi, akademik atau profesi), baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang memberikan asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (UU RI Nomor 38 Tahun 2014).

Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan di mana adanya interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya guna mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya, di mana dalam praktiknya harus berasaskan perikemanusiaan, nilai ilmiah, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, perlindungan, kesehatan dan keselamatan klien (UU RI Nomor 38 Tahun 2014).

Tugas dan Wewenang Perawat

Menurut UU RI Nomor 38 Tahun 2014 menerangkan bahwa tugas dan wewenang perawat adalah sebagai berikut:

1. Pemberi asuhan keperawatan

Dalam melaksanakan tugas sebagai pemberi asuhan, perawat berwenang untuk:

- a. melakukan pengkajian keperawatan secara holistik;
- b. menetapkan diagnosis keperawatan;
- c. merencanakan tindakan keperawatan;
- d. melaksanakan tindakan keperawatan;
- e. mengevaluasi hasil tindakan keperawatan;
- f. melakukan rujukan;
- g. memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
- h. memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
- i. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;

- j. melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.
2. Penyuluh dan konselor bagi klien
Dalam melaksanakan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi klien, perawat berwenang untuk:
 - a. melakukan pengkajian keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat;
 - b. melakukan pemberdayaan masyarakat;
 - c. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;
 - d. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;
 - e. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.
 3. Pengelola pelayanan keperawatan
Dalam melaksanakan tugas sebagai pengelola pelayanan keperawatan, perawat berwenang untuk:
 - a. melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan;
 - b. merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi pelayanan keperawatan;
 - c. mengelola kasus.
 4. Peneliti keperawatan
Dalam melaksanakan tugas sebagai peneliti keperawatan, perawat berwenang untuk:
 - a. melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika;
 - b. menggunakan sumber daya pada fasilitas pelayanan kesehatan atas izin pimpinan;
 - c. menggunakan klien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 5. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
Dalam melaksanakan tugas sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, perawat berwenang untuk:
 - a. melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis;

- b. melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat;
 - c. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program pemerintah.
6. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu
- Dalam melaksanakan tugas sebagai pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu, perawat berwenang untuk:
- a. melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis;
 - b. merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada sistem rujukan;
 - c. melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian.

Hak Perawat

Hak perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan yaitu (UU RI Nomor 38 Tahun 2014):

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan Perundang-undangan.
2. Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari klien dan/atau keluarganya.
3. Menerima imbalan jasa atas pelayanan keperawatan yang telah diberikan
4. Menolak keinginan klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

Peran Perawat

Menurut Hidayat, 2012 peran perawat adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat klien, pendidik, koordinator, kolaborator, konsultan dan pembaharu.

1. Pemberi asuhan keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan diberikan mulai dari yang sederhana sampai dengan yang kompleks, dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai standar dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya.

2. Advokat klien

Peran sebagai advokat ini dilakukan perawat untuk membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien, dan juga dapat berperan dalam mempertahankan dan melindungi hak-hak klien yaitu hak untuk mendapatkan pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

3. Edukator

Peran sebagai edukator bertujuan untuk membantu klien dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan, gejala penyakit dan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku. Kepatuhan perawat dalam mendidik menentukan keberhasilan pelayanan keperawatan.

4. Koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

5. Kolaborator

Peran perawat sebagai kolaborator dilakukan untuk mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan klien yang dilakukan dengan diskusi atau tukar pendapat bersama tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lainnya.

6. Konsultan

Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan dan masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan.

7. Pembaharu

Peran ini dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

Kewajiban Perawat

Kewajiban perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan yaitu (UU RI Nomor 38 Tahun 2014):

1. Melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
2. Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan Perundang-undangan.
3. Merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya.
4. Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar.
5. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya.
6. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat.
7. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah.

Bab 6

Hakikat Keperawatan Sebagai Profesi

6.1 Falsafah Keperawatan

Pada bab 6 ini akan menjelaskan tentang; pengertian profesi, profesi keperawatan, ciri-ciri profesi, keperawatan sebagai profesi, etika etik dan kode profesi, Kode Etik keperawatan, perkembangan profesi keperawatan, peran, fungsi dan tugas perawat, Organisasi Keperawatan di Perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan sesuai dengan kewenangannya, terutama terkait dengan lingkup praktik dan perawat.

Praktik keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerja sama bersifat kolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya (Asmadi, 2008).

Profesi keperawatan merupakan profesi yang kompleks dan beragam. Perawat berpraktik di berbagai tempat yang menuntut aspek keterampilan dan keahlian serta disiplin yang tinggi. Keahlian dalam keperawatan merupakan hasil dari pengetahuan dan pengalaman klinik yang dijalaninya. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik dan membuat keputusan yang

kompleks dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan berkualitas. Profesi keperawatan berkembang karena adanya tuntutan masyarakat serta perubahan kebutuhan kesehatan dan berbagai kebijakan pemerintah terkait dengan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan (Nursalam, 2001).

Lingkup kewenangan perawat dalam praktik keperawatan profesional meliputi sistem klien (individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat) dalam rentang sehat dan sakit, sepanjang daur kehidupan. Untuk penerapan praktik keperawatan tersebut perlu ketetapan (legislasi) yang mengatur hak dan kewajiban perawat yang terkait, dengan pekerjaan profesi. Legislasi dimaksudkan untuk memberikan perlindungan hukum bagi masyarakat, dan perawat.

Dalam rangka perlindungan hukum tersebut, perawat perlu diregistrasi, disertifikasi dan memperoleh izin praktik (lisensi). Dengan demikian maka perawat pekerja dan bertindak secara profesional dan terlindungi secara hukum ketika melakukan pekerjaannya.

Pengertian dan Kriteria Profesi

Pengertian profesi dan profesional, profesi berasal dari kata *profession*, serta profesional berasal dari kata *professional*, yang mempunyai batasan bervariasi tergantung dari konteks yang ingin diungkapkan. Belum ada kata sepakat mengenai pengertian profesi karena tidak ada standar pekerjaan/tugas yang bagaimanakah yang bisa dikatakan sebagai profesi (Priharjo Robert., 2008).

Profesi adalah suatu pekerjaan yang membutuhkan pelatihan dan keahlian terhadap suatu pengetahuan khusus. Suatu profesi biasanya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Contoh profesi adalah pada bidang hukum, kedokteran, keuangan, militer, teknik dan desainer.

Seseorang yang memiliki suatu profesi tertentu, disebut profesional. Walaupun begitu, istilah profesional juga digunakan untuk suatu aktivitas yang menerima bayaran, sebagai lawan kata dari amatir. Contohnya adalah petinju profesional menerima bayaran untuk pertandingan tinju yang dilakukannya, sementara olahraga tinju sendiri umumnya tidak dianggap sebagai suatu profesi.

Seseorang disebut memiliki profesi bila ia memenuhi 8 (delapan) kriteria dan Selanjutnya ditambah 2 (dua) kriteria lainnya (Nursalam, 2001):

1. Profesi harus mengandung keahlian
Artinya, suatu profesi itu mesti ditandai oleh suatu keahlian yang khusus untuk profesi itu. keahlian itu tidak dimiliki oleh profesi lain. keahlian itu diperoleh dengan cara mempelajarinya secara khusus; profesi bukan diwarisi.
2. Profesi dipilih karena panggilan hidup dan dijalani sepenuh waktu
Artinya, profesi dipilih karena dirasakan sebagai kewajiban; sepenuh waktu maksudnya dijalani dalam jangka yang panjang bahkan seumur hidup; bukan *part-time*, melainkan *full-time*; bukan dilakukan sebagai pekerjaan sambilan atau pekerjaan sementara yang akan ditinggalkan bila ditemukan pekerjaan lain yang dirasakan lebih menguntungkan.
3. Profesi memiliki teori-teori yang baku secara universal
Artinya, profesi itu dijalani menurut aturan yang jelas, dikenal umum, teorinya terbuka. secara universal pegangannya itu diakui.
4. Profesi adalah untuk masyarakat, bukan untuk diri sendiri
Maksudnya ialah profesi itu merupakan alat dalam mengabdikan diri kepada masyarakat, bukan untuk kepentingan diri sendiri seperti untuk mengumpulkan uang atau mengejar kedudukan.
5. Profesi harus dilengkapi dengan kecakapan diagnostik dan kompetensi aplikasi
Kompetensi dan kecakapan itu diperlukan untuk meyakinkan peran profesi itu terhadap kliennya. Kecakapan diagnostik sudah jelas kelihatan pada profesi kedokteran. akan tetapi, kadang kala ada profesi yang kurang jelas kecakapan diagnostiknya; ini tentu disebabkan oleh belum berkembangnya teori dalam profesi itu. Kompetensi aplikatif adalah kewenangan menggunakan teori-teori yang ada dalam keahliannya. Penggunaan itu harus didahului oleh diagnosis. seseorang yang tidak mampu mendiagnosis tentu tidak berwenang melakukan apa-apa terhadap kliennya.

6. Pemegang profesi memiliki otonomi dalam melakukan tugas profesinya
Otonomi ini hanya dapat dan boleh diuji atau dinilai oleh rekan-rekan seprofesinya. tegasnya, tidak boleh semua orang berbicara dalam semua bidang yang bukan keahliannya.
7. Profesi mempunyai kode etik, disebut kode etik profesi
Gunanya ialah untuk dijadikan pedoman dalam melakukan tugas profesi. kode etik itu tidak akan bermanfaat bila tidak diakui oleh pemegang profesi dan juga oleh masyarakat.
8. Profesi harus mempunyai klien yang jelas, yaitu orang yang membutuhkan layanan
Klien di sini maksudnya ialah pemakai jasa profesi. Pemakai profesi kedokteran adalah orang sakit atau orang yang tidak ingin sakit. Klien guru adalah murid. Klien tukang las adalah pemilik barang yang perlu diulas.
9. Profesi memerlukan organisasi profesi yang kuat
Gunanya adalah untuk keperluan meningkatkan mutu dan memperkuat profesi itu sendiri.
10. Profesi harus mengenali dengan jelas hubungannya dengan profesi lain
Pengenalan ini terutama diperlukan karena ada kalanya suatu garapan melibatkan lebih dari satu profesi dan bahkan sebenarnya tidak ada aspek kehidupan yang hanya ditangani oleh satu profesi saja. misalnya, profesi pengobatan bersangkutan erat dengan masalah-masalah kemasyarakatan, ekonomi, agama bahkan politik. Oleh karena itu dokter harus juga mengetahui sangkutan profesinya dengan profesi lain tersebut.

Kecenderungan spesialisasi hendaknya dibatasi pada pendalaman untuk meningkatkan teori-teori dalam profesinya. ini tidak diartikan “hanya berkewajiban mengetahui teori-teori dalam profesinya”. spesialisasi yang tidak mengenal apa-apa yang ada di lingkungannya bukanlah profesi, karena spesialisasi seperti itu tidak akan mampu melayani kliennya. kliennya adalah objek yang tidak terlepas dari lingkungannya.

6.2 Hakikat Keperawatan Sebagai Profesi

Suatu pekerjaan yang membutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang berkualitas tinggi dalam melayani atau mengabdikan pada kepentingan umum untuk mencapai kesejahteraan manusia. Keterampilan teknis yang didukung oleh pengetahuan dan sikap kepribadian tertentu yang dilandasi oleh norma-norma yang mengatur perilaku anggota profesi.

Sebagai sebuah profesi, keperawatan masih berusaha menunjukkan jati diri untuk mendapatkan pengakuan dari profesi lain, profesi keperawatan dihadapkan pada banyak tantangan. Tantangan ini bukan hanya dari eksternal tapi juga dari internal profesi ini sendiri (Asmadi, 2008).

Keperawatan yang semula belum jelas ruang lingkupnya dan batasannya, secara bertahap mulai berkembang. Pada masa itu banyak di kalangan masyarakat memersepsikan bahwa profesi perawat adalah “pembantu dokter”. Seorang perawat banyak diartikan serta dipersepsikan sebagai seseorang yang hanya menuruti kata dokter dan bisa di suruh-suruh seenaknya. Perawat itu bukan pembantu dokter melainkan sebuah profesi yang sebenarnya setingkat dengan dokter. Bila dokter adalah dalam hal medisnya sedangkan perawat dengan profesi perawat tentunya bertugas dan berperan di bidang keperawatan itu sendiri (Budiono, 2015).

Profesi Keperawatan telah memenuhi sebagai suatu profesi, salah satunya cirinya bahwa profesi keperawatan telah menyelenggarakan program pendidikan keprofesian bertujuan menghasilkan “perawat” yang bertanggung jawab, mempunyai kemampuan dan kewenangan melaksanakan pelayanan keperawatan dalam segala aspek dengan selalu berpedoman pada “Kode Etik Keperawatan” dalam memberikan setiap layanan keperawatan kepada pasien (Kusnanto, 2013).

Keperawatan suatu bentuk pelayanan profesional yang sepenuhnya terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga dan komunitas baik sakit maupun sehat mencakup seluruh aspek kehidupan.

Berdasarkan pengertian diatas, jelas keperawatan merupakan suatu bentuk profesi, karena keperawatan mempunyai ciri-ciri sebagai profesi. Berdasarkan definisi oleh para ahli mengenai profesi, maka keperawatan layak dianggap

sebagai profesi, karena telah memenuhi syarat-syarat sebagai profesi, yaitu (Kusnanto, 2013):

1. Mempunyai body of knowledge

Tubuh pengetahuan yang dimiliki keperawatan adalah ilmu keperawatan (nursing science) yang mencakup ilmu – ilmu dasar (alam, sosial, perilaku), ilmu biomedik, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu keperawatan dasar, ilmu keperawatan klinis dan ilmu keperawatan komunitas.

2. Pendidikan berbasis keahlian pada jenjang pendidikan tinggi

Di Indonesia berbagai jenjang pendidikan telah dikembangkan dengan mempunyai standar kompetensi yang berbeda-beda mulai D III Keperawatan sampai dengan S3 akan dikembangkan.

3. Memberikan pelayanan kepada masyarakat melalui praktik dalam bidang profesi

Keperawatan dikembangkan sebagai bagian integral dari Sistem Kesehatan Nasional. Oleh karena itu sistem pemberian askep dikembangkan sebagai bagian integral dari sistem pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang terdapat di setiap tatanan pelayanan kesehatan. Pelayanan/ askep yang dikembangkan bersifat humanistik/menyeluruh didasarkan pada kebutuhan klien, berpedoman pada standar asuhan keperawatan dan etika keperawatan.

4. Memiliki perhimpunan/organisasi profesi

Keperawatan harus memiliki organisasi profesi, organisasi profesi ini sangat menentukan keberhasilan dalam upaya pengembangan citra keperawatan sebagai profesi serta mampu berperan aktif dalam upaya membangun keperawatan profesional dan berada di garda depan dalam inovasi keperawatan di Indonesia. Saat ini di Indonesia memiliki organisasi profesi keperawatan dengan nama PPNI, dengan anggaran dasar dan anggaran rumah tangga, sedangkan organisasi keperawatan di dunia dengan nama *Internasional Council Of Nurse* (ICN).

5. Pemberlakuan kode etik keperawatan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat profesional selalu menunjukkan sikap dan tingkah laku profesional keperawatan sesuai kode etik keperawatan.

6. Otonomi

Keperawatan memiliki kemandirian, wewenang, dan tanggung jawab untuk mengatur kehidupan profesi, mencakup otonomi dalam memberikan aspek dan menetapkan standar asuhan keperawatan melalui proses keperawatan, penyelenggaraan pendidikan, riset keperawatan dan praktik keperawatan dalam bentuk legislasi keperawatan (Kemenkes No.1239 Tahun 2001).

7. Motivasi bersifat altruistik

Masyarakat profesional keperawatan Indonesia bertanggung jawab membina dan mendudukkan peran dan fungsi keperawatan sebagai pelayanan profesional dalam pembangunan kesehatan serta tetap berpegang pada sifat dan hakikat keperawatan sebagai profesi serta selalu berorientasi kepada kepentingan masyarakat.

6.3 Perkembangan Pelayanan Keperawatan Profesional

Perkembangan keperawatan sebagai pelayanan profesional didukung oleh ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh dari pendidikan dan pelatihan yang terarah dan terencana. Di Indonesia, keperawatan telah mencapai kemajuan yang sangat bermakna bahkan merupakan suatu lompatan yang jauh ke depan. Hal ini bermula dari dicapainya kesepakatan bersama pada Lokakarya Nasional Keperawatan pada bulan Januari 1983 yang menerima keperawatan sebagai pelayanan profesional (professional service) dan pendidikan keperawatan sebagai pendidikan profesi (professional education) (Hidayat, 2007).

Tenaga keperawatan yang merupakan jumlah tenaga kesehatan terbesar seyogyanya dapat memberikan kontribusi esensial dalam keberhasilan

pembangunan kesehatan. Untuk itu tenaga keperawatan dituntut untuk dapat meningkatkan kemampuan profesionalnya agar mampu berperan aktif dalam pembangunan kesehatan khususnya dalam pelayanan keperawatan profesional.

Pengembangan pelayanan keperawatan profesional tidak dapat dipisahkan dengan pendidikan profesional keperawatan. Pendidikan keperawatan bukan lagi merupakan pendidikan vokasional/ kejuruan akan tetapi bertujuan untuk menghasilkan tenaga keperawatan yang menguasai ilmu keperawatan yang siap dan mampu melaksanakan pelayanan / asuhan keperawatan profesional kepada masyarakat. Jenjang pendidikan keperawatan bahkan telah mencapai tingkat Doktoral.

Dalam Lokakarya Keperawatan tahun 1983, telah dirumuskan dan disusun dasar-dasar pengembangan Pendidikan Tinggi Keperawatan. Sebagai realisasinya disusun kurikulum program pendidikan D-III Keperawatan, dan dilanjutkan dengan penyusunan kurikulum pendidikan Sarjana (S1) Keperawatan. Pendidikan tinggi keperawatan diharapkan menghasilkan tenaga keperawatan profesional yang mampu mengadakan pembaharuan dan perbaikan mutu pelayanan/asuhan keperawatan, serta penataan perkembangan kehidupan profesi keperawatan (Hidayat, 2007).

Keperawatan sebagai suatu profesi, dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab pengembangannya harus mampu mandiri. Untuk itu memerlukan suatu wadah yang mempunyai fungsi utama untuk menetapkan, mengatur serta mengendalikan berbagai hal yang berkaitan dengan profesi seperti pengaturan hak dan batas kewenangan, standar praktik, standar pendidikan, legislasi, kode etik profesi dan peraturan lain yang berkaitan dengan profesi keperawatan.

Perkembangan keperawatan bukan saja karena adanya pergeseran masalah kesehatan di masyarakat, akan tetapi juga adanya tekanan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan serta perkembangan profesi keperawatan dalam menghadapi era globalisasi.

Dalam menghadapi tuntutan kebutuhan dimasa datang maka langkah konkret yang harus dilakukan antara lain adalah: penataan standar praktik dan standar pelayanan/asuhan keperawatan sebagai landasan pengendalian mutu pelayanan keperawatan secara profesional, penataan sistem pemberdayagunaan tenaga keperawatan sesuai dengan kepakarannya, pengelolaan sistem pendidikan keperawatan yang mampu menghasilkan keperawatan profesional serta penataan sistem legislasi keperawatan untuk mengatur hak dan batas

kewenangan, kewajiban, tanggung jawab tenaga keperawatan dalam melakukan praktik keperawatan (Kozier, Erb, Berman, 2011).

6.4 Peran, Fungsi, dan Tanggung Jawab Perawat

Peran Perawat

Peran adalah pola sikap, perilaku nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat Peran diartikan sebagai tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam sistem, di mana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan.

Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 terdiri dari (Asmadi, 2008):

1. Pemberi asuhan keperawatan

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks.

2. Advokat klien

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi

tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

3. Edukator

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bukan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4. Koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

5. Kolaborator

Peran perawat di sini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

6. Konsultan

Peran di sini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

7. Peneliti / pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

Fungsi Perawat

Organisasi keperawatan dunia ICN (1973) berpendapat bahwa, fungsi unik perawat yaitu melakukan pengkajian pada individu sehat maupun sakit, di mana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk kesehatan dan pemulihan kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki. Aktivitas ini dilakukan

dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin”.

Dalam menjalankan perannya, perawat akan melaksanakan berbagai fungsi di antaranya (Kusnanto, 2013):

1. Fungsi independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, di mana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

2. Fungsi dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagian tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3. Fungsi interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun yang lainnya.

Tanggung Jawab Perawat

Tanggung jawab adalah kesadaran manusia akan tingkah laku atau perbuatan yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Tanggung jawab juga berarti berbuat sebagai perwujudan kesadaran akan kewajibannya. Tanggung jawab

(Responsibility) merupakan ketentuan hukum (eksekusi) terhadap tugas-tugas yang berhubungan dengan peran tertentu dari perawat, agar tetap kompeten dalam pengetahuan, sikap dan kerja sesuai kode etik.

Dalam melakukan pelayanan terhadap pasien, maka perawat harus sesuai dengan peran dan kompetensinya. Di luar peran dan kompetensinya bukan menjadi tanggung jawab perawat (Kusnanto, 2013). Perawat secara retrospektif harus bisa mempertanggung-jawabkan meskipun tindakan perawat tersebut dianggap benar menurut pertimbangan medis. Perawat dituntut untuk bertanggung jawab dalam setiap tindakannya khususnya selama melaksanakan tugas di rumah sakit, puskesmas, panti, klinik, atau masyarakat.

Meskipun tidak dalam rangka tugas atau tidak sedang melaksanakan dinas, perawat dituntut untuk bertanggung jawab dalam tugas-tugas yang melekat dalam diri perawat. Perawat memiliki peran dan fungsi yang sudah disepakati. Perawat sudah berjanji dengan sumpah perawat bahwa ia akan senantiasa melaksanakan tugas-tugasnya.

Macam-macam Tanggung Jawab Perawat Berdasarkan tanggung jawab perawat diidentifikasi menjadi 3 yaitu: (Kusnanto, 2013)

1. Responsibility to God (tanggung jawab utama terhadap Tuhannya)
Dalam sudut pandang etika normatif, tanggung jawab perawat yang paling utama adalah tanggung jawab di hadapan Tuhannya. Sesungguhnya penglihatan, pendengaran dan hati akan dimintai pertanggungjawabannya di hadapan Tuhan.
2. Responsibility to Client and Society (tanggung jawab terhadap pasien dan masyarakat)
Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, atau komunitas, perawat sangat memerlukan etika keperawatan yang merupakan filsafat yang mengarahkan tanggung jawab moral yang mendasar terhadap pelaksanaan praktik keperawatan, di mana inti dari falsafah tersebut adalah hak dan martabat manusia. Untuk memelihara dan meningkatkan kepercayaan masyarakat, diperlukan peraturan tentang hubungan antara perawat dengan masyarakat, yaitu sebagai berikut:
 - a. Perawat, dalam melaksanakan pengabdianya, senantiasa berpedoman pada tanggung jawab yang bersumber dari adanya

- kebutuhan terhadap keperawatan individu, keluarga, dan masyarakat.
- b. Perawat, dalam melaksanakan pengabdian di bidang keperawatan, memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari individu keluarga, dan masyarakat.
 - c. Perawat, dalam melaksanakan kewajibannya terhadap individu, keluarga, dan masyarakat, senantiasa dilandasi rasa tulus ikhlas sesuai dengan martabat dan tradisi luhur keperawatan.
 - d. Perawat menjalin hubungan kerja sama dengan individu, keluarga, dan masyarakat, khususnya dalam mengambil prakarsa dan mengadakan upaya kesehatan, serta upaya kesejahteraan pada umumnya sebagai bagian dari tugas dan kewajiban bagi kepentingan masyarakat.
3. Responsibility to Colleague and Supervisor (tanggung jawab terhadap rekan sejawat dan atasan)
- Ada beberapa hal yang berkaitan dengan tanggung jawab perawat terhadap rekan sejawat atau atasan. Di antaranya adalah sebagai berikut:
- a. Membuat pencatatan yang lengkap (pendokumentasian) tentang kapan melakukan tindakan keperawatan, berapa kali, di mana dengan cara apa dan siapa yang melakukan.
 - b. Mengajarkan pengetahuan perawat terhadap perawat lain yang belum mampu atau belum mahir melakukannya.
 - c. Memberikan teguran bila rekan sejawat melakukan kesalahan atau menyalahi standar.
 - d. Memberikan kesaksian di pengadilan tentang suatu kasus yang dialami klien. Bila terjadi gugatan akibat kasus-kasus malpraktek seperti aborsi, infeksi nosokomial, kesalahan diagnostik, kesalahan pemberian obat, klien terjatuh, over hidrasi, keracunan obat, over dosis dsb. Perawat berkewajiban untuk menjadi saksi dengan menyertakan bukti-bukti yang memadai.

Tanggung jawab perawat terhadap pasien seorang perawat dalam menjalankan tugasnya yaitu melayani pasien memiliki beberapa tanggung jawab yang harus diterapkan ketika melakukan pelayan keperawatan di antaranya sebagai berikut (Nursalam, 2001):

1. Perawat senantiasa merawat mutu pelayanan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan perawat sesuai dengan kebutuhan orang, seseorang atau penderita, keluarga dan masyarakat.
2. Seorang perawat memiliki tanggung jawab untuk memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat. Dengan kata lain, ketika menjalankan tugasnya perawat harus memiliki keterampilan dan keahlian yang mempunyai agar tugas yang dijalankan sesuai dengan kaidah – kaidah kedokteran (keperawatan), tidak secara serampangan. Tugas perawat berkaitan erat dengan keselamatan jiwa banyak orang.
3. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya sehubungan yang dipercayakan kepadanya. Seorang perawat bertanggung jawab untuk merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan terhadapnya, kecuali diperlukan oleh pihak yang berwenang sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dengan kata lain ada beberapa informasi yang harus diketahui oleh publik (pasien) dan ada beberapa informasi yang tidak boleh dibocorkan kepada siapa pun kecuali atas persetujuan institusi yang menaunginya.
4. Perawat tidak akan menggunakan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang dimilikinya untuk tujuan yang bertentangan dengan norma-norma kemanusiaan. Dalam setiap melaksanakan tugasnya sebagai perawat, pekerja tidak diperkenankan menggunakan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang dimilikinya dengan tujuan yang bertentangan dengan norma-norma kemanusiaan. Misalnya, memberikan informasi kepada khalayak bagaimana cara

- menggugurkan bayi secara mudah dan alamiah sehingga memicu banyak orang untuk menggugurkan kandungannya dan lain-lain.
5. Perawat dalam menunaikan tugas dan kewajibannya, senantiasa berusaha dengan penuh kesadaran agar tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik, agama yang dianut, dan kedudukan sosial. Dalam setiap menjalankan tugas dan kewajibannya seorang perawat senantiasa bertanggung jawab untuk bersikap netral, independen dan objektif. Artinya ketika menjalankan tugasnya sebagai perawat, dengan penuh kesadaran seorang perawat tidak boleh terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin aliran politik, agama yang dianut, budaya dan adat istiadat, serta kedudukan sosial.
 6. Perawat mengutamakan perlindungan dan keselamatan pasien atau klien dalam melaksanakan tugas keperawatannya, serta matang dalam mempertimbangkan kemampuan jika menerima atau mengalih tugaskan tanggung jawab yang ada hubungannya dengan keperawatan. Setiap perawat bertanggung jawab untuk mengutamakan perlindungan dan keselamatan pasien atau klien dalam setiap melaksanakan tugas keperawatan, baik di institusi maupun di luar institusi yaitu keselamatan jiwa pasien. Tidak hanya itu perawat juga harus matang dalam mempertimbangkan kemampuannya jika menerima atau mengalih tugas tanggung jawab yang ada hubungannya dengan dunia keperawatan.

6.5 Kode Etik Profesi

Kode Etik

Setelah Anda mempelajari ciri-ciri profesi termasuk di dalamnya ciri profesi keperawatan. Di mana salah satu ciri profesi harus memiliki kode etik, yang disebut dengan kode etik profesi. Demikian pula dengan profesi Keperawatan sebagai profesi, keperawatan harus mempunyai kode etik keperawatan.

Keberadaan kode etik keperawatan di sini bukan semata sebagai syarat administrasi. Tetapi di dalamnya juga terkandung tujuan yang sangat tinggi (Budiono, 2015).

Perlu Anda pahami bahwa sebelum membahas tentang Kode Etik, Anda harus mengerti tentang etik atau etika. Dalam kehidupan sehari-hari kita berada dalam kehidupan yang bermasyarakat yang bersifat saling berdampingan satu dengan yang lainnya. Dalam kehidupan bermasyarakat kita memerlukan etika yang baik dalam bermasyarakat sehingga pandangan orang terhadap kita sangatlah baik. Banyak sekali etika-etika yang harus kita pahami misalnya, etika dalam komunikasi. Jadi etika dalam profesi di bidang kesehatan dan keperawatan sangatlah penting. (Budiono, 2015)

Etika

Etika berarti watak kesusilaan atau adat kebiasaan (custom). Etika biasanya berkaitan erat dengan perkataan moral, adat kebiasaan atau cara hidup seseorang dengan melakukan perbuatan yang baik (kesusilaan), dan menghindari hal-hal tindakan yang buruk. Etika ini dipengaruhi pula oleh budaya dari organisasi, kode etik, panutan dari pimpinan, kebijakan organisasi serta kenyataan yang berlaku di dalam organisasi.

Dari uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa etika itu berkaitan dengan baik buruknya perilaku seseorang, serta sejauh mana kode etik diperhatikan oleh individu baik di dalam ataupun di luar lingkungan pekerjaannya (Kozier, Erb, Berman, 2011). Definisi lainnya etika adalah Ilmu yang membahas perbuatan baik dan perbuatan buruk manusia sejauh yang dapat dipahami oleh pikiran manusia.

Menurut kamus bahasa Indonesia, etika adalah:

1. Ilmu tentang apa yang baik dan buruk tentang hak dan kewajiban moral.
2. Kumpulan asas/nilai yang berkenaan dengan akhlak.
3. Nilai mengenai apa yang benar dan salah yang dianut masyarakat (Kozier, Erb, Berman, 2011).

Adapun hal yang perlu diperhatikan oleh para pelaksana profesi, Etika Profesi berkaitan dengan bidang pekerjaan yang telah dilakukan seseorang sangatlah perlu untuk menjaga profesi di kalangan masyarakat atau terhadap klien.

Dengan kata lain orientasi utama profesi adalah untuk kepentingan masyarakat dengan menggunakan keahlian yang dimiliki.

Akan tetapi tanpa disertai suatu kesadaran diri yang tinggi, profesi dapat dengan mudahnya disalahgunakan oleh seseorang seperti pada penyalahgunaan profesi seseorang dibidang komputer misalnya pada kasus kejahatan komputer yang berhasil mengcopy program komersial untuk diperjualbelikan lagi tanpa izin dari hak pencipta atas program yang dikomersialkan itu. Sehingga perlu pemahaman atas etika profesi dengan memahami kode etik profesi (Kozier, Erb,Berman, 2011).

Kode Etik Profesi

Kode Etik Profesi profesi merupakan sarana untuk membantu para pelaksana seseorang sebagai seseorang yang profesional supaya tidak dapat merusak etika profesi. Definisi kode etik sendiri adalah norma-norma yang harus diindahkan oleh setiap profesi di dalam melaksanakan tugas profesinya dan di dalam hidupnya di masyarakat.

Kode etik juga diartikan sebagai suatu ciri profesi yang bersumber dari nilai-nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan pengetahuan komprehensif suatu profesi yang memberikan tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesi.

Ada tiga hal pokok yang merupakan fungsi dari kode etik profesi (Nursalam, 2001):

1. Kode etik profesi memberikan pedoman bagi setiap anggota profesi tentang prinsip profesionalitas yang digariskan. Maksudnya bahwa dengan kode etik profesi, pelaksana profesi mampu mengetahui suatu hal yang boleh dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan.
2. Kode etik profesi merupakan sarana kontrol sosial bagi masyarakat atas profesi yang bersangkutan. Maksudnya bahwa etika profesi dapat memberikan suatu pengetahuan kepada masyarakat agar juga dapat memahami arti pentingnya suatu profesi, sehingga memungkinkan pengontrolan terhadap para pelaksana di lapangan kerja (kalanggaman social).
3. Kode etik profesi mencegah campur tangan pihak di luar organisasi profesi tentang hubungan etika dalam keanggotaan profesi. Arti tersebut dapat dijelaskan bahwa para pelaksana profesi pada suatu

instansi atau perusahaan yang lain tidak boleh mencampuri pelaksanaan profesi lain instansi.

4. Penyalahgunaan profesi dalam bidang keperawatan yaitu orang-orang yang menyalahgunakan profesinya dengan cara penipuan.

Maka dari itu banyak orang yang mempunyai profesi tetapi tidak tahu ataupun tidak sadar bahwa ada kode Etik tertentu dalam profesi yang mereka miliki, dan mereka tidak lagi bertujuan untuk menolong kepentingan klien atau masyarakat, tapi sebaliknya masyarakat merasa dirugikan oleh orang yang menyalahgunakan profesi.

6.6 Kode Etik Profesi Keperawatan

Kode etik adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Aturan yang berlaku untuk seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas/fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, di mana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan (Nursalam, 2001).

Kode etik keperawatan adalah asas atau moral tertulis yang harus dijadikan pedoman/prinsip bagi setiap perawat dalam berinteraksi dengan pasien agar perilaku perawat tetap berada pada koridor kebenaran. Kode etik keperawatan ini harus sudah tertanam dalam diri setiap perawat. Karenanya, setiap perawat harus mengetahui apa yang menjadi fungsi kode etik tersebut.

Kode etik keperawatan di Indonesia disusun dan ditetapkan oleh Dewan Pimpinan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI) pada tanggal 29 November 1989. Kode etik keperawatan Indonesia kemudian direvisi dan ditetapkan melalui Musyawarah Nasional VI Persatuan Perawat Nasional Indonesia di Bandung pada tanggal 14 April 2000. Kode etik Keperawatan Indonesia terdiri atas lima bab, yaitu: tanggung jawab perawat terhadap klien, terhadap masyarakat, terhadap rekan sejawat, dan terhadap profesinya.

Kode etik Keperawatan Indonesia hasil Munas PPNI VI Bandung (Kusnanto, 2013):

1. Perawat dan klien
 - a. Perawat dalam memberikan layanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, kesukaan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran, politik, dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
 - b. Perawat dalam memberikan layanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat-istiadat, dan kelangsungan hidup beragama dari klien.
 - c. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
 - d. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya, kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai ketentuan hukum yang berlaku
2. Perawat dan praktik
 - a. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi di bidang keperawatan.
 - b. Melalui upaya belajar yang terus menerus.
 - c. Perawat senantiasa memelihara mutu layanan keperawatan yang tinggi serta kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
 - d. Perawat membuat keputusan berdasarkan informasi yang adekuat dan senantiasa mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang saat melakukan konsultasi, menerima delegasi, dan memberikan delegasi kepada orang lain.
 - e. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu memperlihatkan perilaku profesional.

3. Perawat dan masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendorong berbagai kegiatan-kegiatan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan.

4. Perawat dan rekan sejawat

- a. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun tenaga kesehatan lain dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja dan mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang menyeluruh.
- b. Perawat bertindak melindungi pasien dari tenaga kesehatan yang memberi layanan kesehatan yang tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

5. Perawat dan profesi

- a. Perawat mempunyai peran penting dalam menentukan standar pendidikan dan layanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
- b. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.
- c. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

6.7 Organisasi Profesi Keperawatan

Peran, Fungsi dan Manfaat Organisasi Profesi

Organisasi profesi adalah organisasi praktisi yang menilai mempertimbangkan seseorang memiliki kompetensi profesional dan ikatan bersama untuk menyelenggarakan fungsi sosial yang mana tidak dapat dilaksanakan secara terpisah sebagai individu. Organisasi profesi memberikan wadah atau tempat bagi perawat dalam menghadapi tantangan yang ada saat ini dan akan datang serta bekerja ke arah positif terhadap perubahan-perubahan profesi sesuai dengan perubahan sosial (Asmadi, 2008).

Bagaimana peran dan fungsi organisasi profesi bagi anggota:

1. Peran organisasi profesi
 - a. sebagai pembina, pengembang, dan pengawas terhadap mutu pendidikan keperawatan;
 - b. sebagai pembina, pengembang, dan pengawas terhadap pelayanan keperawatan;
 - c. sebagai pembina serta pengembang ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan;
 - d. sebagai pembina, pengembang, dan pengawas kehidupan profesi.

2. Fungsi organisasi profesi
 - a. Bidang pendidikan keperawatan
 - menetapkan standar pendidikan keperawatan;
 - mengembangkan pendidikan keperawatan berjenjang lanjut.
 - b. Bidang pelayanan keperawatan
 - menetapkan standar profesi keperawatan;
 - memberikan izin praktik;
 - memberikan registrasi tenaga keperawatan;
 - menyusun dan memberlakukan kode etik keperawatan.
 - c. Bidang IPTEK
 - merencanakan, melaksanakan, dan mengawasi riset keperawatan;
 - merencanakan, melaksanakan, dan mengawasi perkembangan iptek dalam keperawatan.
 - d. Bidang kehidupan profesi
 - membina, mengawasi organisasi profesi;
 - membina kerja sama dengan pemerintah, masyarakat, profesi lain dan antar anggota;
 - membina kerja sama dengan organisasi profesi sejenis dengan negara lain;
 - membina, mengupayakan dan mengawasi kesejahteraan anggota.

3. Manfaat organisasi profesi
 - a. mengembangkan dan memajukan profesi;
 - b. menertibkan dan memperluas ruang gerak profesi;
 - c. menghimpun dan menyatukan pendapat warga profesi;
 - d. memberikan kesempatan pada semua anggota untuk berkarya dan berperan aktif dalam mengembangkan dan memajukan profesi.

Organisasi Profesi Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Organisasi keperawatan tingkat nasional di Indonesia digunakan sebagai wadah perawat untuk menyalurkan aspirasi, bernama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (sering disingkat dengan PPNI). PPNI didirikan pada tanggal 17 Maret 1974 dan merupakan gabungan dari berbagai organisasi keperawatan di masa itu, seperti IPI (Ikatan Perawat Indonesia), PPI (Persatuan Perawat Indonesia), IGPI (Ikatan Guru Perawat Indonesia), IPWI (Ikatan Perawat Wanita Indonesia).

Setiap orang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang sah dapat mendaftarkan diri sebagai anggota PPNI, dan semua siswa/ mahasiswa keperawatan yang sedang belajar dapat disebut sebagai calon anggota (Kusnanto, 2013).

Tujuan PPNI adalah sebagai berikut:

1. Membina dan mengembangkan organisasi profesi keperawatan antara lain: persatuan dan kesatuan, kerja sama dengan pihak lain, dan pembinaan manajemen organisasi.
2. Membina, mengembangkan, dan mengawasi mutu pendidikan keperawatan dan pelayanan keperawatan di Indonesia.
3. Membina dan mengembangkan IPTEK keperawatan di Indonesia.
4. Membina dan mengupayakan kesejahteraan anggota.

Fungsi PPNI adalah sebagai berikut:

1. Sebagai wadah tenaga keperawatan yang memiliki kesatuan kehendak sesuai dengan posisi jabatan, profesi, dan lingkungan untuk mencapai tujuan organisasi.
2. Mengembangkan dan mengamalkan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada program-program pembangunan manusia secara

holistik tanpa membedakan golongan, suku, keturunan, agama/ kepercayaan terhadap Tuhan YME.

3. Menampung, memadukan, menyalurkan, dan memperjuangkan aspirasi tenaga keperawatan serta mengembangkan keprofesian dan kesejahteraan tenaga keperawatan.

Kewajiban anggota PPNI:

1. Menjunjung tinggi, menaati dan mengamalkan AD dan ART organisasi.
2. Membayar uang pangkal dan uang iuran kecuali anggota penghormatan.
3. Menaati dan menjalankan segala keputusan.
4. Menghadiri rapat yang diadakan organisasi.
5. Menyampaikan usul untuk mencapai tujuan yang digariskan dalam program kerja.
6. Memelihara kerukunan dalam organisasi secara konsekuen.
7. Setiap anggota baru yang diterima menjadi anggota membayar uang pangkal dan uang iuran.

Hak anggota PPNI:

1. Semua anggota berhak mendapat pembelaan dan perlindungan dari organisasi dalam hal yang benar dan adil dalam rangka tujuan organisasi.
2. Semua anggota berhak mendapat kesempatan dalam menambah dan mengembangkan ilmu serta kecakapannya yang diadakan oleh organisasi.
3. Semua anggota berhak menghadiri rapat, memberi usul baik lisan maupun tulisan.
4. Semua anggota kecuali anggota kehormatan yang memiliki hak untuk memilih dan dipilih sebagai pengurus atau perwakilan organisasi.

Bab 7

Hakikat Keperawatan Sebagai Ilmu dan Seni

7.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan suatu seni dan ilmu pengetahuan. Seni keperawatan didasarkan pada filosofi ontologi relasional, yang menggambarkan sifat hubungan dan hubungan antara perawat dan mereka yang membutuhkan (Watson, 2018). Ilmu keperawatan didasarkan atas pengetahuan, penelitian, dan teori keperawatan, Barrett (2017), menjelaskan apa yang dilakukan perawat, bagaimana mereka melakukan apa yang mereka lakukan, dan mengapa mereka melakukan apa yang mereka lakukan

Dalam definisi modern keperawatan sebagai seni dan ilmu pengetahuan yang difokuskan pada promosi kualitas hidup manusia, keluarga melalui sebuah pengalaman hidup yang dimulai dari kelahiran sampai asuhan menjelang ajal. Sebagai perawat profesional, perawat harus mampu memberikan perawatan dengan penuh kasih sayang, perhatian dan rasa hormat terhadap harga diri klien.

Perawat sebagai profesi yang memiliki hubungan lebih dekat dengan pasien dalam pemenuhan kebutuhannya, dibutuhkan suatu pendekatan dengan metode ilmiah dan sistematis sehingga mempermudah pemecahan masalah

pasien. Metode tersebut adalah proses keperawatan (Haryanto, 2008). Layanan asuhan keperawatan dilaksanakan oleh tenaga keperawatan yang bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya dalam mencapai kesehatan yang optimal (Effendy, 1995).

7.2 Keperawatan Sebagai Ilmu

Ilmu merupakan sebuah pengetahuan tentang sebab akibat atau asal usul yang memiliki ciri adanya suatu metodologi yang harus dicapai secara logis dan koheren, memiliki hubungan dengan tanggung jawab ilmuwan, dapat dikomunikasikan, bersifat universal, kritis tidak ada teori ilmiah yang definitif, terbuka bagi peninjauan kritis dan berguna sebagai wujud hubungannya antara teori dan praktik (Hidayat, 2009).

Ilmu merupakan terjemahan dari bahasa Inggris dari kata *Science* yang pada awalnya berasal dari bahasa Latin yaitu *Scientia* yang berarti pengetahuan. Ilmu merupakan sebuah kumpulan dari pengetahuan namun tidak dapat diartikan bahwa kumpulan dari pengetahuan itu adalah ilmu. Seiring perkembangan cakupan keilmuan, ilmu sendiri memiliki pengertian sebagai sebuah pengetahuan yang diperoleh dari proses teratur dan sistematis (Soeprapto, 2010).

Seperti halnya disiplin ilmu lain yang keberadaannya ditopang oleh berbagai disiplin ilmu yang telah berkembang, ada kalanya ilmu keperawatan mempertanyakan identitas dirinya sebagai sebuah disiplin ilmu yang mandiri. Ilmu keperawatan dapat dikatakan sebagai disiplin ilmu yang mandiri karena memenuhi karakteristik dan spesifikasi sebagai sebuah pengetahuan yang berdimensi dan bersifat ilmiah yang ditinjau dari sudut filsafat ilmu.

Secara umum cabang pengetahuan dapat dibedakan menurut hal-hal yang diketahuinya (ontologi), cara pengetahuan tersebut diperoleh dan disusun (epistemologi, serta nilai yang terkait dengan nilai tersebut (aksiologi) (Asmadi, 2008).

Sebuah ilmu menjadi eksis jika ditopang dengan komponen filsafat ilmu. Hakikat ilmu dibagi tiga bagian diantaranya yaitu:

Aspek Ontologi

Berdasarkan tinjauan aspek ontologi, setiap disiplin ilmu harus mempunyai objek yang akan menjadi fokus penelitiannya. Objek suatu ilmu, Menurut Wijadna (1986) dalam Darji (2006) dapat dibedakan menjadi objek material dan objek formal. Objek material merupakan segala sesuatu yang dijadikan pemikiran, yang diselidiki atau segala sesuatu yang bisa dipelajari (Mudhofir, 2010).

Objek material ilmu keperawatan adalah manusia yang dipandang sebagai sosok yang unik dan tersusun atas bio-psiko-sosio-spiritual (Asmadi, 2008). Objek material dalam objek keperawatan adalah manusia yang tidak dapat berfungsi secara sempurna dalam kaitannya dengan kondisi kesehatan dan proses penyembuhan.

Objek formal adalah sebuah cara pandang seorang peneliti dalam meninjau sebuah objek material dari berbagai sudut pandang (Mudhofir, 2020). Dalam ilmu keperawatan, objek material "manusia" dipandang atau ditinjau dari aspek kesehatan, aspek lingkungan atau aspek keperawatan itu sendiri. Selain itu, bantuan yang bersifat holistik diberikan pada individu yang tidak berfungsi secara sempurna dalam konteks dan proses penyembuhan juga menjadi objek formal (Asmadi, 2008).

Ontologi ilmu meliputi apa hakikat dari ilmu, kemudian apa hakikat kebenaran dan kenyataan (Siswomihardjo, 2010). Ilmu keperawatan dikarakteristikkan menjadi dua cabang filosofi pengetahuan sebagai pengembangan disiplin ilmu. Banyak istilah dalam dua cabang ini seperti empiris dan interpretif, mekanistik dan holistik, kualitatif dan kuantitatif, serta bentuk deduktif dan induktif (Hardin, 2014).

Ilmu keperawatan merupakan ilmu yang terdiri dari ilmu-ilmu dasar, perilaku manusia, biomedik, sosial, dan ilmu keperawatan itu sendiri (dasar, anak, maternitas, medikal bedah, jiwa, dan komunitas) yang dikembangkan melalui pendekatan dan metode ilmiah dalam penyelesaian masalah agar kebutuhan dasar manusia secara menyeluruh dapat dipertahankan, ditopang, dipelihara dan ditingkatkan integritasnya (Nursalam, 2008).

Aspek Epistemologi

Epistemologi menunjukkan bagaimana sebuah ilmu itu bisa dicapai dengan mengikuti tata cara penggunaan sumber dan sarana yang ada (Siswomihardjo, 2010). Sehingga pertanyaan yang sesuai dengan epistemologi ilmu yaitu "Bagaimana cerita lahirnya ilmu keperawatan?" pada awalnya sekitar 4000 SM, evolusi keperawatan dimulai pada komunitas primitif di mana *mother-nurses* bekerja bersama pendeta. Perawat pertama yang tercatat dalam sejarah adalah Deborah.

Dalam perkembangannya keperawatan dipengaruhi oleh keagamaan pertama kali di India sekitar 800-600 SM. Hingga akhir tahun 1800an perang sipil terjadi dan seorang perawat bernama Florence Nightingale muncul sebagai penemu keperawatan yang modern. Beliau menjadi ibu dari keperawatan karena teorinya menjadi filosofi keperawatan (Delaune & Ladner, 2010).

Metaparadigma keperawatan dalam filosofinya terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan yang menjadikan keperawatan sebagai ilmu dan seni (Marchuk, 2014). Hingga sekarang banyak teori keperawatan berkembang dan dikembangkan oleh para ilmuwan. Mulai dari filosofi, *grand theory*, *middle theory* hingga *micro theory*.

Epistemologi keilmuan dapat dilihat dari sifat pengetahuan ilmiah dan proses pembentukan pengetahuan ilmiah. Maka ilmu keperawatan ditinjau dari sudut epistemologi memiliki karakteristik antara lain:

1. Pengetahuan adalah milik umum
Artinya pengetahuan itu disampaikan kepada masyarakat melalui publikasi ilmiah. Ilmu keperawatan dapat dipelajari oleh siapa saja yang berminat.
2. Objektif
Ilmu keperawatan dapat menginterpretasikan objek yang sama dengan cara yang sama sehingga diperoleh hasil yang sama pula.
3. Abstraksi
Artinya ilmu keperawatan ditujukan bagi umat manusia yang tidak lepas dari kebutuhan. Ini tertuang dalam sejumlah konsep manusia, yakni manusia sebagai makhluk holistik, manusia sebagai makhluk yang unik, manusia sebagai makhluk yang memiliki kebutuhan, dan manusia sebagai sistem terbuka.

4. Konseptual

Artinya ilmu keperawatan mempunyai konsepsi yang membangun teori keperawatan.

5. Generalisasi

Artinya ilmu keperawatan dapat diterima oleh umum. Masyarakat dapat mengenal ilmu keperawatan melalui realitas asuhan keperawatan atau melalui bantuan yang diberikan.

Aspek Aksiologi

Aksiologi ilmu mencakup nilai-nilai atau *value* yang bersifat normatif di setiap memberikan makna pada kebenaran atau kenyataan dan wajib dipatuhi dalam kegiatan keilmuan (Siswomihardjo, 2010). Asas dalam keilmuan digunakan atau dimanfaatkan untuk kebaikan umat manusia. Asas moral yang terkandung di dalamnya ditujukan untuk meningkatkan taraf hidup manusia dengan tetap memperhatikan kodrat manusia, martabat manusia dan keseimbangan/kelestarian alam lewat pemanfaatan ilmu pengetahuan ilmiah secara komunal dan universal.

Selain itu aksiologi mencakup cara penggunaan atau pemanfaatan dari pengetahuan ilmiah (Asmadi, 2008). "Apakah nilai-nilai yang ada pada ilmu keperawatan?" menjadi pertanyaan dalam aksiologi ilmu ini.

Dalam penerapan ilmu keperawatan, perawat tidak hanya bertanggung jawab secara profesional namun juga dalam hal moral. Keperawatan memiliki nilai-nilai luhur disebut *The Core Professional Value of Nursing*, yang terdiri dari *altruism, autonomy, human dignity, integrity* dan *social justice* (Shaw & Degazon, 2008).

Nilai-nilai tersebut tertuang dalam kode etik keperawatan yang menjadi landasan etik dalam melakukan praktik keperawatan profesional. Secara aksiologi, keperawatan yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan mempunyai andil besar terhadap masyarakat. Orientasi keperawatan tidak hanya pada individu yang sakit tetapi pada individu yang sehat.

Keperawatan selalu berupaya untuk mengembangkan diri ke arah profesionalisme. Aplikasi moral dari ilmu keperawatan adalah tanggung jawab profesional terhadap klien, masyarakat dan Tuhan Yang Maha Esa.

Sejarah Perkembangan Ilmu

Menurut Hidayat (2009) sejarah perkembangan ilmu dibagi menjadi 6 (enam) yaitu:

1. Zaman pra Yunani kuno
Pada zaman ini perkembangan sebuah ilmu dapat diketahui atas dasar pengalaman. Sikap pengalaman tersebut dihubungkan dengan kekuatan magis. Kemampuan menulis, berhitung dan menentukan kalender atas sintesis dari hasil abstraksi yang dilakukan. Selain itu terdapat kemampuan meramal yang didasari atas peristiwa yang pernah terjadi.
2. Zaman Yunani kuno
Pada zaman ini sudah mulai ada perkembangan dalam ide yang didasari atas kebebasan seseorang dalam mengungkapkan ide-ide pendapatnya, sudah tidak mempercayai kekuatan magis atau mitos yang ada.
3. Zaman pertengahan
Para ilmuwan dikaitkan dengan para ahli agama dan aljabar sehingga segala kegiatan ilmiah diarahkan untuk mendukung adanya kebenaran agama. Pada masa itu, perkembangan ilmu sudah mulai di wilayah timur melalui peradaban dunia Islam dengan dilakukannya penerjemahan karya-karya filosofis sehingga pada zaman itu terdapat penemuan cara pengamatan astronomi, ilmu kedokteran, ilmu kimia, ilmu bumi, serta terdapat sistem desimal dan dasar-dasar.
4. Zaman Renaissance
Perkembangan ilmu ditandai dengan banyak terjadi penemuan-penemuan ilmu pengetahuan modern dan pada zaman ini pemikiran manusia mulai berkembang yaitu adanya pemikiran bahwa dalam mencapai kemajuan atas hasil usaha sendiri tidak didasarkan atas campur tangan ilahi. Pada zaman ini sudah ditemukan cara-cara berpikir ilmiah seperti adanya pengamatan, pengingkaran segala hal yang tidak termasuk dalam peristiwa yang diamati, idealisasi dan adanya penyusunan teori atas dasar peristiwa, adanya percobaan untuk menguji peristiwa yang ada.

5. Zaman modern

Pada zaman ini ditandai dengan adanya penemuan ilmiah dan telah disusun beberapa langkah dalam berpikir secara ilmiah. Adanya cara berpikir dari hal sederhana hingga ke hal yang paling rumit serta adanya perincian secara lengkap dan pemeriksaan menyeluruh dari berbagai hal.

6. Zaman Kontemporer

Terjadi perkembangan ilmu yang pesat dengan dimulainya teori-teori alam serta ditemukan adanya teknologi yang canggih seperti teknologi informasi dan komunikasi. Terjadi perkembangan ilmu kedokteran yang terbagi dalam spesialisasi dan sub spesialisasi. Seiring dengan perkembangan ilmu kedokteran maka ilmu keperawatan juga mulai dikembangkan dengan perkembangan spesialisasi.

Karakteristik Ilmu

Suatu kegiatan dikatakan sebuah ilmu apabila memiliki 6 (enam) karakteristik di antaranya:

1. Masalah

Masalah merupakan suatu kegiatan ilmiah yang bertitik tolak dari persoalan yang dapat menarik perhatian. Apabila tidak terdapat suatu masalah, maka juga tidak terdapat sebuah ilmu, sebab ilmu tumbuh dari suatu permasalahan yang ada untuk dipecahkan. Rasa ingin tahu dari masalah itulah yang akan menimbulkan sebuah ilmu.

2. Sikap

Karena adanya suatu masalah, maka seseorang harus memiliki sikap terhadap masalah tersebut agar masalah tersebut dapat teratasi. Sikap ingin tahu inilah yang harus dimiliki seseorang untuk menghadapi suatu masalah untuk menghasilkan sebuah ilmu.

3. Metode

Metode merupakan sebuah cara yang digunakan dalam menyelesaikan persoalan. Tanpa memiliki cara-cara tertentu, masalah

sulit terselesaikan, cara-cara yang dimaksud harus dapat dipertanggungjawabkan untuk menghasilkan sebuah ilmu.

4. Aktivitas

Merupakan seluruh aktivitas manusia dalam menghadapi permasalahan yang jelas dan terencana. Dengan aktivitas inilah dapat digunakan untuk membangun sebuah ilmu, dan aktivitas ini tergantung kepada kemampuan yang dimiliki seseorang, keterampilan, adanya kesadaran moral dan usaha bagi seseorang yang ingin menghasilkan sebuah ilmu.

5. Solusi

Solusi merupakan ciri yang menandakan bahwa sebuah ilmu akan dapat memecahkan persoalan dengan menggunakan sebuah prinsip umum atau hukum-hukum tertentu.

6. Pengaruh

Pengaruh merupakan bagian dari kegiatan ilmiah yang dapat memperlihatkan sejauh mana pengaruh ilmu terhadap masalah-masalah kehidupan. Apakah berpengaruh positif atau juga dapat berpengaruh negatif. Hasil pemecahan masalah dan pengaruh tersebut merupakan konsekuensi dari masing-masing ilmu (Hidayat, 2009).

Sumber-Sumber Ilmu

Menurut Asmadi (2008) Ilmu diperoleh melalui beberapa cara antara lain rasional, empiris, intuisi, dan wahyu.

1. Rasional

Kebenaran ilmu melalui rasional menitikberatkan pada rasio atau akal pikiran. Pandangan ini menyatakan bahwa akal adalah dasar kepastian pengetahuan. Pengetahuan yang benar diperoleh dan diukur dengan akal. Manusia memperoleh pengetahuan melalui aktivitas akal. Akal inilah yang telah mengangkat kedudukan manusia dan sekaligus menjadikannya makhluk yang utama. Kaum rasionalis mengembangkan sebuah paham yang dikenal dengan rasionalisme. Rasionalisme tidak mengingkari kegunaan indera dalam memperoleh pengetahuan. Pengalaman indera diperlukan untuk merangsang akal

dan memberikan bahan yang membuat akal bekerja. Laporan indera menurut rasionalisme merupakan bahan yang belum jelas dan masih kacau. Bahan ini kemudian dipertimbangkan oleh akal dalam pengalaman berpikir. Akal mengatur bahan tersebut sedemikian rupa sehingga terbentuk sebuah pengetahuan yang besar.

2. Empiris

Kata empiris berasal dari bahasa Yunani yaitu *empeirkos* yang artinya pengalaman. Kaum empiris berpendapat bahwa pengetahuan manusia bukan didapat melalui penalaran rasional yang abstrak, melainkan melalui pengalaman konkret. Berbagai gejala yang timbul merupakan hal yang konkret dan dapat ditangkap oleh panca indera manusia. Metode empiris memiliki kelemahan diantaranya:

- a. indera manusia yang terbatas sehingga menimbulkan ketidaksesuaian antara hasil yang dilaporkan dan objek sebenarnya;
- b. indera yang menipu merupakan sesuatu yang ditangkap oleh indera bisa saja bertentangan dengan kebenaran dari objek tersebut;
- c. objek fatamorgana.

Metode empiris merupakan suatu bukti terukur. Karenanya empirisme dijelaskan melalui pandangan rasional. Kerja sama antara empirisme dan rasionalisme akan melahirkan suatu metode sains yang kemudian melahirkan pengetahuan sains.

3. Intuisi

Intuisi merupakan pengetahuan yang diperoleh melalui proses penalaran tertentu. Seseorang yang sedang terpusat pada suatu masalah, tiba-tiba saja menemukan jawaban atas permasalahan tersebut tanpa harus melalui proses berpikir yang panjang. Kegiatan intuitif ini sifatnya sangat personal dan tidak dapat diramalkan. Intuisi muncul dari dalam hati manusia sebagai sebuah respons terhadap suatu hal. Intuisi disebut sebagai super indra atau indera keenam karena ditangkap oleh manusia dalam wujud perasaan, intuisi yang muncul bisa saja benar ataupun keliru.

4. Wahyu

Wahyu adalah pengetahuan yang disampaikan oleh Allah kepada manusia lewat perantara nabi. Para nabi memperoleh dari Tuhan tanpa upaya, tanpa bersusah payah. Pengetahuan mereka terjadi atas kehendak Tuhan. Tuhan menyucikan jiwa mereka untuk memperoleh kebenaran dengan jalan wahyu. Wahyu sendiri berisi prinsip-prinsip mengenai kehidupan.

Fungsi Ilmu

Ilmu memiliki beberapa fungsi, dalam Asmadi (2008) dijelaskan mengenai fungsi ilmu sebagai berikut:

1. Fungsi deskripsi

Ilmu dapat menjelaskan berbagai gejala alam yang terjadi. Idealnya suatu disiplin ilmu harus mampu menjelaskan berbagai hal yang masuk dalam bidang garapannya. Fungsi deskripsi membuat suatu ilmu bisa diterima oleh masyarakat umum, bukan sebatas kalangan yang berkecimpung di bidang keilmuan itu saja, sebab ilmu bersifat universal.

2. Prediksi

Ilmu dapat meramalkan kejadian yang akan terjadi secara ilmiah. Salah satu cara untuk memperoleh ilmu adalah melalui pengalaman dan upaya uji coba yang kemudian disimpulkan hasilnya. Kesimpulan ini menjadi pedoman dalam menjelaskan berbagai fenomena alam.

3. Fungsi kontrol

Ilmu dapat mengendalikan gejala alam. Fungsi ini baru bisa berlaku jika ilmu telah mampu menjelaskan dan meramalkan berbagai fenomena alam. Tujuan fungsi kontrol adalah untuk mencegah peristiwa yang tidak diinginkan.

4. Fungsi Eksplanasi

Ilmu dapat menjelaskan berbagai gejala alam yang memungkinkan manusia melakukan serangkaian kegiatan untuk menguasai gejala tersebut.

Wawasan Keilmuan

Tubuh pengetahuan yang dimiliki keperawatan adalah ilmu keperawatan (nursing science) yang mencakup ilmu-ilmu dasar (alam, sosial, perilaku), ilmu biomedik, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu keperawatan dasar (basic nursing science), ilmu keperawatan klinis (clinical nursing science) dan ilmu keperawatan komunitas.

Pada aplikasinya digunakan pendekatan dan metode pemecahan masalah secara ilmiah yaitu proses keperawatan yang ditujukan untuk mempertahankan, menopang dan memelihara serta meningkatkan integritas seluruh kebutuhan dasar manusia. Ilmu keperawatan bertumpu pada perkembangan beberapa ilmu lain yang terkait yaitu ilmu dasar, ilmu perilaku, ilmu sosial, ilmu biomedik dan ilmu kesehatan publik.

Wawasan ilmu keperawatan mencakup ilmu-ilmu yang mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar melalui pengkajian mendasar tentang hal-hal yang melatarbelakangi serta mempelajari berbagai bentuk upaya untuk mencapai kebutuhan dasar tersebut melalui pemanfaatan semua sumber yang ada dan potensial (Kusnanto, 2004).

Perkembangan Ilmu Keperawatan

Pada perkembangannya ilmu keperawatan selalu mengikuti perkembangan ilmu lain dikarenakan ilmu keperawatan adalah ilmu terapan yang selalu berubah sesuai tuntutan zaman. Dalam proses berkembangnya ilmu keperawatan dituntut adanya riset dan pengembangan ilmu keperawatan sehingga diharapkan perawat dapat melakukan penelitian.

Untuk menjadi ilmuwan dalam bidang keperawatan diperlukan pengakuan oleh ilmuwan lain terkait metode ilmiah yang dipergunakan dalam bidang ilmu sejenis, pendidikan formal yang ditempuh diakui secara akademis, memiliki kejujuran ilmiah sehingga tidak akan mengklaim temuan orang lain yang dianggap miliknya dan harus memiliki rasa ingin tahu yang tinggi (Hidayat, 2009).

Perkembangan kelompok ilmu keperawatan terdiri dari ilmu keperawatan dasar, ilmu keperawatan komunitas, ilmu keperawatan klinis dan ilmu penunjang dengan penjabaran yaitu:

1. Ilmu Keperawatan Dasar
 - a. Konsep Dasar Keperawatan

- b. Keperawatan Profesional
 - c. Komunikasi Keperawatan
 - d. Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
 - e. Kebutuhan Dasar Manusia
 - f. Pendidikan Keperawatan
 - g. Pengantar Riset Keperawatan
 - h. Dokumentasi Keperawatan
2. Ilmu Keperawatan Klinik
- a. Keperawatan Anak
 - b. Keperawatan Komunitas
 - c. Keperawatan Medikal Bedah
 - d. Keperawatan Jiwa
 - e. Keperawatan Gawat Darurat
3. Ilmu Keperawatan Komunitas
- a. Keperawatan Komunitas
 - b. Keperawatan Keluarga
 - c. Keperawatan Gerontik
4. Ilmu Penunjang
- a. Ilmu Humaniora
 - b. Ilmu Dasar Alam
 - c. Ilmu Perilaku
 - d. Ilmu Sosial
 - e. Ilmu Biomedik
 - f. Ilmu Kesehatan Masyarakat
 - g. Ilmu Kedokteran Klinik

7.3 Keperawatan Sebagai Seni

Seni dan ilmu keperawatan memengaruhi setiap perawat sehingga perawat tidak lagi dipandang sebagai pengasuh atau sosok ibu. Perawat saat ini menerapkan pengetahuan ilmiah, berbasis bukti, berpikir kritis dan mandiri. Perawat tidak lagi dipandang hanya sebagai bawahan dokter, hanya menerima perintah tanpa bertanya (Jasmine, 2009).

Berkaitan dengan keperawatan, Nightingale (1859), menulis secara detail tentang konsep estetika dan seolah menyadari hubungan kualitas tertentu seperti kesehatan dan kecantikan. "Perawatan adalah seni, dan jika ingin dijadikan seni, itu membutuhkan pengabdian yang eksklusif." Namun pengertian keperawatan dan eksplorasinya dalam artian seni mengandaikan suatu definisi yang jelas tentang apakah sebenarnya seni yang menjadikan suatu kerajinan atau keterampilan menjadi seni (Donahue, 1996).

Perawat sekarang dilihat sebagai bagian dari kelompok profesional kesehatan kolaboratif yang mempertanyakan perintah dokter dan membela pasien bila diperlukan. Akar keperawatan diketahui merawat orang sakit, mengembalikan kepada kesembuhan (Castledine, 2010).

Kunci penerapan seni asuhan keperawatan menurut Idczack (2007) adalah perawat menyadari kemampuan sendiri, memiliki prinsip, memiliki moralitas dan kesadaran kepada keseluruhan diri yang akhirnya perawat mengetahui keterbatasan yang dimiliki sehingga perawatan pasien lebih realistis dan efektif.

Seni keperawatan dalam sejarahnya berakar pada norma-norma kejuruan yang berkaitan dengan peran sebagai ibu dan pekerjaan rumah tangga (Peplau, 1988; White, 2002). Seiring dengan berkembangnya waktu seni keperawatan didefinisikan sebagai kemampuan perawat untuk berbelas kasih, peduli dan komunikatif (Palos, 2014).

Perilaku ini memungkinkan perawat untuk berhubungan secara interpersonal dengan pasien. Keterampilan yang sangat penting untuk kualitas perawatan yang berpusat pada pasien dan sangat dihargai oleh pasien dan keluarga. Perawatan holistik oleh perawat dapat mengeksplorasi penyebab penyakit pasien dalam perawatan kesehatan sehingga perawat dapat melakukan pengkajian terkait kebutuhan fisik, mental, psikososial pasien guna mengoptimalkan perawatan bagi pasien dan keluarga.

Perawat paling dekat dengan pasien yang selalu hadir dan paling mampu membaca isyarat emosional pasien dan membangun koneksi dan hubungan manusia. Intrinsik dengan seni keperawatan, welas asih sejalan dengan cita-cita profesional tertinggi perawat. *Compassion* adalah respons emosional untuk mengurangi rasa sakit atau penderitaan orang lain (Goetz, Dacher, & Simon-Thomas, 2010).

Ini melibatkan pengambilan tindakan, dan dibedakan dari empati, prekursor belas kasih yang diperlukan yang didefinisikan sebagai merasakan dan memahami penderitaan seseorang (Trzeciak & Mazzarelli, 2019). Belas kasih meningkatkan kepedulian melalui tindakan, suara, dan sentuhan, memotivasi bentuk lain dari keterhubungan relasional yang ditunjukkan melalui praktik kepedulian dan komunikasi (Goetz et al., 2010).

Ketika keterhubungan relasional terbentuk, peluang individual untuk perawatan yang disesuaikan dan berpusat pada pasien ada, memberikan wawasan yang dibutuhkan perawat untuk mengetahui dan melakukan berbagai hal secara berbeda. Nilai dari pekerjaan ini terletak pada tindakan fisik yang dihasilkan dan keputusan yang ditanamkan secara intelektual dan emosional pada inti pekerjaan perawat. Sayangnya, ini sering tetap tidak terlihat.

Seni dalam pelayanan keperawatan ini adalah hal penting yang dimiliki perawat. Pemberian pelayanan yang membuahkan rasa aman dan nyaman serta kepercayaan pasien didapatkan dari pemberi pelayanan bukan hanya sekedar memberikan asuhan keperawatan tetapi dibarengi sifat-sifat kemanusiaan serta nilai keagamaan yang juga merupakan hal penting untuk diberikan pada pasien.

Bab 8

Standar Praktik Keperawatan Profesional

8.1 Pendahuluan

Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014). Perawat dalam melakukan Pelayanan profesional harus berdasarkan Standar praktik Keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Standar praktik keperawatan merupakan ekspektasi atau harapan dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

Asuhan keperawatan dilakukan secara sistematis dan ilmiah untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Suarli & Yahya, 2012).

Tujuan praktik keperawatan profesional adalah untuk membantu individu agar mandiri, selain itu mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam

bidang kesehatan, kemudian membantu individu mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatan, serta membantu individu memperoleh derajat kesehatan secara optimal.

Profesi Keperawatan harus berkomitmen dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan oleh anggota profesi. Dengan adanya standar keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan diharapkan perawat mempunyai patokan atau pedoman, sehingga tidak terjadi tumpang tindih antara profesi yang satu dengan yang lain, dan tidak sampai terjadi malpraktek (Ali. Z, 2001).

8.2 Standar Praktik Professional

Perawat bertugas memberikan asuhan keperawatan, membantu penyembuhan, membantu memecahkan masalah pasien di bawah pengawasan dokter atau kepala ruang (Swanburg, R. 2000). Perawat disebut Profesional bila menguasai dan menerapkan ilmu dasar yang kuat, menggunakan proses berpikir ilmiah setiap kegiatan, yang tercermin dalam menentukan suatu keputusan yang didasari oleh disiplin tinggi, bertanggungjawab dan bertanggung gugat. Praktik Keperawatan berbentuk pelayanan humanistik yang mendahulukan kepentingan kesehatan klien melalui hubungan profesional perawat-klien (Potter & Perry, 2009).

Dalam melakukan praktik keperawatan, seorang perawat harus berorientasi pada kebutuhan klien, tindakan diarahkan pada pencapaian tujuan, bertanggung jawab dalam menyelesaikan masalah klien, memahami kondisi klien dengan berbagai keterbatasan, memberi penilaian berdasarkan norma yang disepakati, wajib membantu klien agar mampu mandiri, membina hubungan saling percaya, bekerja sesuai kaidah etik, menjaga kerahasiaan serta berkomunikasi secara efektif.

Keperawatan mempunyai ciri-ciri:

1. Otonomi dalam pekerjaan di mana seorang perawat mempunyai hak melakukan tugasnya tanpa campur tangan dari luar.
2. Bertanggung jawab dan bertanggung gugat, perawat harus dapat bertanggung jawab terhadap apa yang dia kerjakan.

3. Pengambilan keputusan yang mandiri keperawatan tanpa kendali dari luar.
4. Kolaborasi dengan disiplin lain, perawat harus melakukan kolaborasi dengan disiplin ilmu lain.
5. Pemberian pembelaan (*advocacy*), seorang perawat dapat bertindak demi hak klien untuk mendapatkan asuhan yang bermutu dengan mengadakan interaksi untuk kepentingan atau demi klien, dalam mengatasi masalahnya serta berhadapan dengan pihak-pihak lain yang lebih luas.
6. Memfasilitasi kepentingan pasien atau klien.

8.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, yakni pengumpulan data secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan secara *anamnesa* dan *halo anamnesa* yang dilakukan secara komprehensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual klien guna menentukan kesehatan klien.

Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien (Carpenito, 2009).

1. Rasional
Pengkajian keperawatan bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan pasien yang digunakan untuk merumuskan masalah pasien dan rencana tindakan.
2. Kriteria struktur
 - a. Metode pengumpulan data dilakukan sistematis dan lengkap, data dijaga kerahasiaan, kemudahan memperoleh data dan data diperbaharui dalam pencatatan sesuai kondisi klien.
 - b. Sistem pengumpulan data keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pencatatan pengumpulan data pasien.
 - c. Sistem pencatatan singkat, menyeluruh, akurat dan berkesinambungan.
 - d. Pengumpulan data keperawatan merupakan bagian dari sistem pencatatan kesehatan pasien.

- e. Terdapat sistem penyimpanan data yang dapat memungkinkan diperoleh kembali bila diperlukan.
 - f. Tersedia sarana dan lingkungan yang mendukung.
3. Kriteria proses
- a. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara (anamnesa), dan *halo anamnesa* (observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang, serta mempelajari catatan lain).
 - b. Sumber data adalah pasien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, rekam medis, serta catatan lain.
 - c. Pasien berpartisipasi dalam proses pengumpulan data.
 - d. Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi: status kesehatan pasien saat ini, status kesehatan pasien masa lalu, status biologis, psikologis, skultural, spiritual, respons terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, risiko masalah potensial
4. Kriteria hasil
- a. Data dicatat dan dianalisis sesuai standar dan format yang ada.
 - b. Data yang dihasilkan akurat, terkini, dan relevan sesuai kebutuhan pasien.

8.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan masalah atau status kesehatan klien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Diagnosis keperawatan berfungsi untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan memecahkan masalah keperawatan klien secara spesifik.

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

1. Rasional

Diagnosis keperawatan merupakan dasar pengembangan rencana intervensi keperawatan untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan pasien.

2. Kriteria struktur
 - a. Memberi kesempatan kepada teman sejawat, pasien untuk melakukan validasi diagnosa keperawatan.
 - b. Terdapat mekanisme pertukaran informasi dalam menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat.
 - c. Memberi kesempatan untuk mengakses sumber-sumber dan program pengembangan profesional yang terkait.
 - d. Pencatatan sistematis terkait diagnosis pasien.
3. Kriteria proses
 - a. Dihasilkan analisis, interpretasi data, identifikasi masalah pasien dan perumusan diagnosis keperawatan.
 - b. Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (P), penyebab (E), gejala/tanda (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE).
 - c. Tercipta kerja sama perawat dengan pasien, tenaga kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.
 - d. Melakukan kaji ulang dan revisi diagnosis berdasarkan data terbaru.
4. Kriteria hasil
 - a. Diagnosis keperawatan divalidasi oleh pasien bila memungkinkan.
 - b. Diagnosis keperawatan yang dibuat diterima oleh teman sejawat sebagai diagnosis yang relevan dan signifikan.
 - c. Diagnosis didokumentasikan untuk memudahkan perencanaan, implementasi, evaluasi dan penelitian.

8.2.3 Intervensi/Rencana Keperawatan

Intervensi Keperawatan merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya dan diagnosis keperawatan. Tahap ini memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga klien dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami oleh klien.

1. Rasional
Perencanaan dikembangkan berdasarkan diagnosis keperawatan.
2. Kriteria struktur
 - a. Terdapat sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan perencanaan.
 - b. Tatahan praktik memiliki mekanisme pencatatan, sehingga dapat dikomunikasikan.
3. Kriteria proses
 - a. Penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan.
 - b. Terdapat kerja sama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
 - c. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien.
 - d. Mendokumentasikan rencana keperawatan.
4. Kriteria hasil
 - a. Tersusunnya suatu rencana asuhan keperawatan pasien.
 - b. Perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan.
 - c. Perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah didapat.
 - d. Perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan.

8.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap di mana perawat melakukan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Carpenito, 2009).

1. Rasional
Perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi pasien dalam tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang diharapkan.
2. Kriteria struktur
 - a. Terdapat sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan.

- b. Tenaga kesehatan sesuai kebutuhan.
 - c. Terdapat mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara periodik.
 - d. Disediakan pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis keperawatan.
 - e. Diadakan sistem Konsultasi keperawatan.
3. Kriteria proses
- a. Bekerja sama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
 - b. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan pasien.
 - c. Tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah pasien.
 - d. Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan di bawah tanggung jawabnya.
 - e. Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap pasien untuk mencapai tujuan kesehatan.
 - f. Menginformasikan kepada pasien tentang status kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
 - g. Memberikan pendidikan pada pasien, keluarga tentang konsep dan keterampilan asuhan diri serta membantu pasien memodifikasi lingkungan untuk meningkatkan status kesehatan pasien.
 - h. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respons pasien.
4. Kriteria hasil
- a. Tindakan keperawatan dan respons pasien didokumentasikan secara sistematis dan dengan mudah diperoleh kembali.
 - b. Tindakan keperawatan dapat diterima pasien.
 - c. Ada bukti-bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan Asmadi (2008).

8.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan yang membandingkan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Carpenito, 2009).

1. Rasional

Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan Efektivitas asuhan keperawatan tergantung pada pengkajian yang berulang-ulang.

2. Kriteria struktur

- a. Terdapat sarana dan lingkungan yang mendukung terlaksananya proses evaluasi.
- b. Adanya akses informasi yang dapat digunakan perawat dalam penyempurnaan perencanaan.
- c. Dilakukan supervisi dan konsultasi untuk membantu perawat melakukan evaluasi secara efektif dan mengembangkan alternatif perencanaan yang tepat.

3. Kriteria proses

- a. Menyusun rencana evaluasi hasil tindakan secara komprehensif, tepat waktu dan terus-menerus.
- b. Menggunakan data dasar dan respons pasien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan.
- c. Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan sejawat dan pasien.
- d. Bekerja sama dengan pasien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- e. Mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.
- f. Melakukan supervisi dan konsultasi klinik.

4. Kriteria hasil

- a. Diperoleh hasil revisi data, diagnosis, rencana tindakan berdasarkan evaluasi.

- b. Pasien berpartisipasi dalam proses evaluasi dan revisi rencana tindakan.
- c. Hasil evaluasi digunakan untuk mengambil keputusan.
- d. Evaluasi tindakan terdokumentasikan untuk memberikan kontribusi terhadap efektivitas tindakan keperawatan dan penelitian.

8.3 Faktor Memengaruhi Standar Praktik Keperawatan Profesional

Proses keperawatan adalah faktor penting dalam survival pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif dan preventif perawatan kesehatan (Doengoes, 2000).

Dalam melaksanakan standar praktik keperawatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1. Kecakapan intelektual memungkinkan perawat mampu untuk membuat keputusan dan berpikir kritis dalam memecahkan masalah klien.
2. Ilmu pengetahuan, perawat dituntut agar selalu mengembangkan ilmunya sehingga pelayanan keperawatan dapat terlaksana dengan baik.
3. Percaya diri perawat, karena dengan kepercayaan diri seorang perawat dapat dan mampu atau memampukan dirinya untuk mengembangkan penilaian positif baik terhadap diri sendiri maupun terhadap lingkungan maupun situasi yang telah dihadapinya.
4. Tersedianya sarana dalam melakukan standar praktik keperawatan untuk mencapai tujuan, baik dari aspek alat, teknologi, dan sumber daya manusia.
5. Komunikasi, perawat dengan klien perlu memiliki komunikasi yang baik sehingga informasi yang berkenaan dengan kegiatan keperawatan dapat diterima dengan baik, Nursalam (2007).

6. Pengalaman kerja perawat, pengalaman bekerja akan memberikan keahlian dan keterampilan kerja. Pengalaman bekerja merupakan modal utama seseorang untuk terjun dalam bidang tertentu.
7. Motivasi atau dorongan yang timbul pasien dan perawat akan menciptakan kerja sama sehingga dalam penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional dapat berjalan dengan baik (Apriyanti, 2008).
8. Kedisiplinan akan membentuk sikap dan pemikiran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang dapat dilihat dari perilaku.
9. Kreativitas perawat, ide baru dan kreativitas sangat penting dalam keperawatan karena merupakan dasar dalam merawat pelanggan atau klien. Banyak hal yang harus dipelajari perawat untuk menjadi cocok, terpadu, dan bekerja menyesuaikan keunikan klien.

Bab 9

Konsep Interprofessional Education (IPE) dan Interprofessional Collaboration (IPC)

9.1 Pendahuluan

Interprofessional education dan *interprofessional collaboration* adalah konsep yang terpisah namun saling terkait. *Interprofessional Education* (IPE) adalah pendekatan pedagogis yang sangat penting untuk mempersiapkan mahasiswa profesi kesehatan memasuki lingkungan kerja. *Interprofessional Education* (IPE) memungkinkan mahasiswa memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan agar dapat melakukan tindakan kolaboratif dalam melakukan perawatan pasien.

IPE juga memungkinkan mahasiswa profesi kesehatan membangun lingkungan perawatan kolaboratif, dengan mengakuisisi keterampilan dan wawasan lingkungan praktik kolaboratif (Spaulding et al., 2019). Tindakan kolaboratif atau yang dikenal juga dengan istilah *Interprofessional*

Collaboration (IPC) adalah kunci untuk mengatasi kompleksitas perawatan kesehatan saat ini, oleh karena itu sangat penting bahwa mahasiswa dari berbagai disiplin ilmu kesehatan memiliki akses ke pendidikan interprofesional untuk membekali mereka dengan keterampilan dan atribut yang diperlukan untuk praktik kolaboratif (Walker, Cross and Barnett, 2019; van Diggele et al., 2020).

Kemampuan interpersonal adalah salah satu kompetensi yang harus dimiliki setiap profesi kesehatan yang diinisiasi oleh *World Health Organization* (WHO), agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien tidak terfragmentasi.

Diyakini bahwa keberadaan pelayanan kesehatan komprehensif akan berdampak pada sistem kesehatan yang harus lebih baik dan menghasilkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan paripurna. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang menyeluruh seperti upaya preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotif, akan sulit jika hanya dilakukan oleh salah satu profesi kesehatan saja. Seluruh profesi kesehatan harus bekerja sama untuk memahami pelayanan kesehatan yang komprehensif di seluruh tatanan perawatan kesehatan, untuk memperoleh hasil yang maksimal. (Sukaesih et al., 2021)

9.2 Pengertian, Tujuan, dan Karakteristik IPE dan IPC

Interprofessional Education (IPE) atau pendidikan interprofesional menurut *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE, 2008) didefinisikan sebagai “Suatu proses pembelajaran di mana mahasiswa dari dua atau lebih profesi di bidang perawatan kesehatan belajar bersama selama atau sebagian dari proses pendidikan profesional mereka dengan tujuan memupuk praktik kolaboratif untuk memberikan perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien” (Freeth, Savin-Baden and Thistlethwaite, 2018).

Interprofessional Education (IPE) mencakup mahasiswa yang belajar dari, dengan dan tentang mahasiswa profesi lain, baik pada tahap pendidikan akademik maupun klinis atau tahap profesi. *World Health Organization* (2010) menyatakan bahwa pendidikan interprofesional atau IPE terjadi ketika

mahasiswa dari dua atau lebih proses belajar tentang, dari, dan dengan satu sama lain untuk memungkinkan kolaborasi yang efektif dan pada akhirnya meningkatkan outcome kesehatan".

Peran pendidikan interprofesional atau IPE adalah untuk mempersiapkan mahasiswa agar dapat mengembangkan keterampilan bekerja sama secara efektif sebagai anggota dari profesional kesehatan yang siap menjalani praktik kolaboratif. Idealnya, pendidikan interprofesional harus dilihat secara kontinu dan dengan demikian dimulai lebih awal selama masa pendidikan di lingkungan universitas dan terus menerus dilakukan sepanjang karir profesional kesehatan (Spaulding et al., 2019).

Interprofessional Collaboration (IPC) atau kolaborasi interprofesional merupakan kemitraan antar tenaga kesehatan yang memiliki latar belakang profesi berbeda dan saling bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan dan menyediakan pelayanan kesehatan serta mencapai tujuan bersama. *Interprofessional Collaboration* (IPC) terjadi ketika berbagai profesional kesehatan bekerja dengan keluarga, pasien, pemberi layanan kesehatan dan komunitas untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan berkualitas tinggi (Ita, Pramana and Righo, 2021).

Interprofessional collaboration (IPC) dapat berjalan dengan baik jika dari awal saat pendidikan tenaga kesehatan sudah pernah menerapkan *Interprofessional Education* (IPE). Berdasarkan hasil penelitian bahwa *Interprofessional Education* (IPE) dapat meningkatkan kerja sama yang baik dalam praktik kolaboratif yang efektif (Ita, Pramana and Righo, 2021). *Interprofessional Education* (IPE) adalah strategi utama untuk meningkatkan *Interprofessional collaboration* (IPC).

Pertimbangan utama *Interprofessional Education* (IPE) adalah konsep sosialisasi profesional, yang didefinisikan sebagai proses pembelajaran nilai, sikap, keterampilan, norma, dan perilaku peran profesional. Sosialisasi profesional dapat memengaruhi persepsi, harapan, dan praktik dalam kaitannya dengan peran profesional, identitas profesional, dan dinamika interpersonal.

Peluang untuk sosialisasi interprofesional dapat berkontribusi pada pemahaman individu tentang peran mereka dalam kaitannya dengan tim perawatan kesehatan yang lebih luas dengan cara menghargai kontribusi dan ruang lingkup unik profesi mereka, dan tidak mendorong oposisi terhadap peran profesi lain.

Dimasukkannya strategi IPE di awal program pendidikan profesional kesehatan merupakan strategi penting untuk mengatasi stereotip dan ketegangan profesional yang berdampak pada *Interprofessional collaboration* (IPC) di masa depan (Price et al., 2021) Pengenalan awal *Interprofessional Education* (IPE) akan membentuk pikiran dan menanamkan sikap yang tepat terhadap profesional kesehatan lainnya (Zechariah et al., 2019).

Sebagai kesimpulan bahwa *Interprofessional Education* (IPE) merupakan momentum yang penting untuk menanamkan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperlukan dalam kerja sama kolaboratif yang efektif.

Menurut WHO tujuan pendidikan interprofesional adalah untuk mempersiapkan mahasiswa profesi kesehatan agar secara sadar dapat bekerjasama dan berkolaborasi untuk mencapai tujuan bersama yaitu membangun sistem perawatan kesehatan yang lebih aman, komprehensif, dan lebih baik (Sukaesih et al., 2021).

IPE juga memberikan kesempatan kepada mahasiswa dan praktisi kesehatan untuk belajar bersama guna mengembangkan atribut dan keterampilan yang dibutuhkan untuk bekerja secara kolaboratif yang efektif dan akhirnya dapat membangun sistem perawatan kesehatan yang berpusat pada pasien dengan lebih baik (Korniewicz, 2015; Freeth, Savin-Baden and Thistlethwaite, 2018).

Interprofessional Collaboration (IPC) dipandang sebagai dasar untuk meningkatkan kualitas dan keamanan layanan kesehatan. Pemberian layanan kesehatan yang terkoordinasi dan kolaboratif dapat mengurangi angka kematian, mengurangi lama perawatan dan masuk kembali ke rumah sakit, serta meningkatkan kepuasan pasien akan layanan kesehatan. WHO (2010) mengemukakan bahwa pendekatan kolaboratif juga memiliki dampak positif pada kepuasan pemberi layanan, pengurangan durasi pengobatan, penurunan biaya perawatan, mengurangi tingkat bunuh diri, dan meningkatkan pengobatan gangguan kejiwaan.

Secara keseluruhan, perawatan kolaboratif meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan memiliki dampak positif pada hasil kesehatan dan perawatan, serta keselamatan pasien (Baillie and Black, 2015).

Karakteristik utama *Interprofessional Education* (IPE) seperti yang diidentifikasi oleh CAIPE (2008) adalah:

1. Tidak ada satu profesi kesehatan yang memiliki keahlian untuk merespons dengan cepat, memadai dan efektif terhadap kompleksitas

kebutuhan pasien, IPE merupakan strategi yang efektif untuk mengatasi hal tersebut. IPE mampu menghasilkan seorang profesi kesehatan dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang baik untuk meningkatkan kualitas perawatan.

2. Mendorong profesi untuk belajar dengan, dari dan tentang satu sama lain, karena IPE memberikan kesempatan untuk memperkenalkan keterampilan, bahasa dan perspektif yang terkait dengan setiap profesi. IPE bersifat komparatif, kolaboratif, dan interaktif, memperhitungkan peran dan tanggung jawab masing-masing, pengetahuan dan keterampilan, kewenangan dan tugas, kode etik, nilai, peluang serta kendala. Dengan demikian IPE menumbuhkan budaya saling percaya dan menghormati, budaya yang mengakui perbedaan, menghadapi kesalahpahaman dan stereotip, dan menghilangkan persaingan dan prasangka.
3. IPE didasarkan pada rasa saling menghormati dan menghargai perbedaan pengalaman dan keahlian yang dibawa oleh setiap peserta dari praktik profesional mereka.
4. Meningkatkan pemahaman terhadap praktiknya sendiri, dan selanjutnya pemahaman tersebut dapat melengkapi dan memperkuat pemahaman terhadap praktik profesi lain. Hal ini menunjukkan dan memperkuat pentingnya kerja sama tim dan praktik kolaboratif (George, Renjith and G, 2015).

9.3 Kompetensi IPE dan IPC

Interprofessional Education Collaborative (IPEC, 2011) menerbitkan empat domain kompetensi inti dari IPE dan IPC, empat domain inti tersebut adalah sebagai berikut:

1. Nilai dan etika
Bekerja dengan individu dari profesi lain untuk menjaga iklim saling menghormati dan nilai-nilai bersama.
2. Peran dan tanggung jawab

Menggunakan pengetahuan tentang peran profesi sendiri dan peran profesi lain untuk menilai dan menangani kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan masyarakat yang dilayani.

3. Komunikasi interprofesional

Berkomunikasi dengan pasien, keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan lainnya secara responsif dan bertanggung jawab yang mendukung pendekatan tim untuk pemeliharaan kesehatan dan pengobatan penyakit.

4. Tim dan kerja sama tim

Menerapkan nilai-nilai kerja sama yang membangun dan prinsip-prinsip dinamika kelompok untuk terlibat secara efektif dalam merencanakan dan memberikan perawatan yang berpusat pada pasien atau masyarakat dengan aman, tepat waktu, efisien, efektif, dan adil (NLN Board of Governors, 2015; Zechariah et al., 2019; Masters, 2020).

Keempat domain kompetensi inti tersebut selanjutnya dijabarkan menjadi satu set kompetensi khusus pada masing-masing domain. Kompetensi khusus tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. Domain nilai dan etika

- a. Menempatkan kebutuhan klien dan masyarakat sebagai pusat dari kolaborasi antar profesi untuk memberikan pelayanan Kesehatan.
- b. Menghormati martabat dan privasi pasien sambil tetap menjaga kerahasiaan dalam pemberian perawatan berbasis tim.
- c. Menghormati keragaman budaya dan perbedaan individu yang mencirikan pasien, masyarakat, dan tim perawatan kesehatan.
- d. Menghormati keunikan budaya, nilai, peran/tanggung jawab, dan keahlian profesi kesehatan lainnya.
- e. Bekerja sama dengan mereka yang menerima perawatan, mereka yang memberikan perawatan, dan orang lain yang berkontribusi atau mendukung pemberian layanan pencegahan dan kesehatan.
- f. Mengembangkan hubungan saling percaya dengan pasien, keluarga, dan anggota tim lainnya.

- g. Menunjukkan standar perilaku etis dan kualitas perawatan yang tinggi.
 - h. Mengelola dilema etik yang terjadi pada saat memberikan pelayanan kepada klien dalam tim antar profesi.
 - i. Bertindak dengan kejujuran dan integritas dalam berhubungan dengan pasien, keluarga, dan anggota tim lainnya.
 - j. Mempertahankan kompetensi dalam profesi sendiri sesuai dengan ruang lingkup praktik.
2. Domain peran dan tanggung jawab
- a. Mengkomunikasikan peran dan tanggung jawab seseorang dengan jelas kepada pasien, keluarga, dan profesional lainnya.
 - b. Mengenali keterbatasan seseorang dalam keterampilan, pengetahuan, dan kemampuan.
 - c. Melibatkan semua profesi yang terkait dalam pelayanan atau pemenuhan kebutuhan klien.
 - d. Menjelaskan peran dan tanggung jawab penyedia perawatan lain dan bagaimana tim bekerja sama untuk memberikan perawatan.
 - e. Menggunakan seluruh pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dipunyai oleh seluruh tim untuk memberikan perawatan yang aman, tepat waktu, efisien, efektif, dan adil.
 - f. Berkomunikasi dengan anggota tim untuk mengklarifikasi tanggung jawab setiap anggota dalam melaksanakan komponen rencana keperawatan atau intervensi kesehatan pada masyarakat.
 - g. Menjalinkan hubungan yang saling bergantung dengan profesi lain untuk meningkatkan perawatan dan pembelajaran lanjutan.
 - h. Terlibat dalam pengembangan profesional dan interprofesional yang berkelanjutan untuk meningkatkan kinerja tim.
 - i. Menggunakan kemampuan unik dan saling melengkapi dari semua anggota tim untuk mengoptimalkan perawatan pasien.
3. Domain Komunikasi Interprofesional

- a. Memilih alat dan teknik komunikasi yang efektif, termasuk sistem informasi dan teknologi komunikasi, untuk memfasilitasi diskusi dan interaksi yang meningkatkan fungsi tim.
 - b. Mengatur dan mengkomunikasikan informasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim layanan kesehatan dalam bentuk yang dapat dimengerti, menghindari terminologi yang hanya dimengerti oleh profesi sendiri.
 - c. Mengungkapkan pengetahuan dan pendapat seseorang kepada anggota tim yang terlibat dalam perawatan pasien dengan percaya diri, kejelasan, dan rasa hormat, bekerja untuk memastikan pemahaman yang sama tentang informasi dan keputusan pengobatan dan perawatan.
 - d. Mendengarkan secara aktif, dan mendorong ide dan pendapat anggota tim lain.
 - e. Berikan umpan balik yang tepat waktu, sensitif, dan instruktif kepada orang lain tentang kinerja tim, menanggapi dengan hormat sebagai anggota tim untuk umpan balik dari orang lain.
 - f. Menggunakan bahasa yang sesuai dan sopan ketika menghadapi situasi yang sulit, percakapan yang sensitif dan konflik interprofesional.
 - g. Mengenali bagaimana keunikan seseorang, termasuk tingkat pengalaman, keahlian, budaya, kekuasaan, dan hierarki dalam tim perawatan kesehatan, berkontribusi pada komunikasi yang efektif, resolusi konflik, dan hubungan kerja interprofesional yang positif.
 - h. Komunikasikan secara konsisten pentingnya kerja tim dalam perawatan yang berpusat pada pasien dan berfokus pada masyarakat.
4. Domain tim dan kerja sama tim
- a. Jelaskan proses pengembangan tim dan peran serta praktik tim yang efektif.
 - b. Mengembangkan konsensus tentang prinsip-prinsip etika untuk memandu semua aspek perawatan pasien dan kerja tim.

- c. Melibatkan profesi kesehatan lain yang sesuai apabila diperlukan untuk situasi tertentu.
- d. Mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan profesi lain yang sesuai untuk situasi tertentu.
- e. Menerapkan praktik kepemimpinan yang mendukung praktik kolaboratif dan efektivitas tim
- f. Libatkan diri sendiri dan orang lain untuk mengelola perbedaan pendapat secara konstruktif tentang nilai, peran, tujuan, dan tindakan yang muncul di antara profesional kesehatan, pasien dan keluarga.
- g. Berbagi akuntabilitas dengan profesi lain, pasien dan masyarakat untuk mencapai tujuan promosi kesehatan.
- h. Memerlihatkan pencapaian performance yang tinggi secara individu untuk meningkatkan performa kelompok.
- i. Menggunakan strategi perbaikan proses untuk meningkatkan efektivitas kerja tim interprofessional dan perawatan berbasis tim.
- j. Menggunakan bukti yang tersedia untuk menginformasikan kerja tim yang efektif dan berbasis praktik tim
- k. Melakukan kerja tim sesuai peran dan fungsinya di dalam tim di dalam situasi yang berbeda (Schmitt et al., 2011; West et al., 2015).

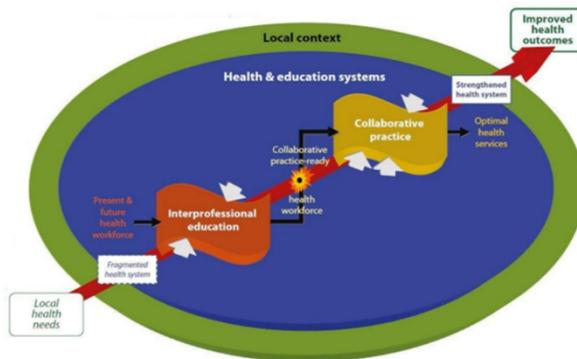
Kompetensi IPE dapat memberikan dasar bagi aktivitas interprofessional berikut:

1. Menjelaskan peran, tanggung jawab dan ruang lingkup praktik profesional seseorang untuk profesional kesehatan lain.
2. Memahami bagaimana berkolaborasi dengan profesi lain dalam merawat pasien dengan memahami peran, tanggung jawab dan kompetensi mereka.
3. Menetapkan tujuan bersama dengan berkolaborasi dengan profesional lain, pengambilan keputusan bersama, pemecahan masalah dan resolusi konflik.

4. Berkontribusi pada efektivitas tim dengan berbagi informasi, mendengarkan secara aktif, menghargai pendapat orang lain, bersikap fleksibel, menggunakan bahasa yang sama, memberikan umpan balik dan menanggapi umpan balik dari profesi lain.

9.4 Kerangka Kerja IPE dan IPC

WHO (2010) mengembangkan kerangka kerja penerapan Interprofessional Education (IPE) dan praktik kolaboratif. Model tersebut mengidentifikasi mekanisme yang membentuk kerja tim kolaboratif yang sukses dan menguraikan serangkaian item tindakan yang dapat diterapkan oleh pembuat kebijakan dalam sistem kesehatan lokal mereka. Kerangka kerja ini terutama memberikan ide dan langkah untuk pembuatan kebijakan dalam pendidikan interprofesional dan praktik kesehatan kolaboratif yang bermanfaat secara maksimal di wilayahnya masing-masing.



Gambar 9.1: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, menurut WHO (2010) dikutip dari Freeth, Savin-Baden and Thistlethwaite (2018)

Kerangka kerja WHO berfokus pada kebutuhan kesehatan lokal dan menekankan untuk melatih mahasiswa dengan tujuan menjadikan IPE sebagai persiapan menjadi tenaga kesehatan profesional yang siap untuk melakukan praktik kolaboratif.. Kerangka kerja WHO menekankan perlunya dukungan

institusi, budaya kerja dan elemen-elemen lingkungan yang mendorong praktik kolaboratif antara perancang kurikulum dan pendidik.

Model ini mengintegrasikan aktivitas yang dapat digunakan oleh para pemimpin dan pembuat kebijakan untuk memperkuat pendidikan interprofesional dan praktik kolaboratif untuk perubahan layanan perawatan kesehatan.

Tujuan dari kerangka kerja ini adalah untuk memberikan strategi dan ide yang akan membantu pembuat kebijakan kesehatan menerapkan elemen pendidikan interprofesional dan praktik kolaboratif yang paling bermanfaat di lingkungan mereka sendiri (WHO, 2010). Dua komponen utama dari model ini adalah *Interprofessional Education (IPE)* dan *Collaborative Practice (IPC)*.

Menurut model ini, "Pendidikan interprofesional terjadi ketika dua atau lebih profesi belajar tentang, dari dan satu sama lain untuk memungkinkan kolaborasi yang efektif dan meningkatkan hasil kesehatan" dan "Praktik kolaboratif dalam perawatan kesehatan terjadi ketika beberapa petugas kesehatan dari latar belakang profesional yang berbeda memberikan pelayanan komprehensif dengan bekerja bersama pasien, keluarga, profesi kesehatan lain dan masyarakat untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik (George, Renjith and G, 2015).

Kegiatan Interprofessional Education (IPE)

Terdapat tiga jenis kegiatan IPE, yaitu: kegiatan eksposur (exposure activities), kegiatan imersi (immersion activities) dan kegiatan penguasaan (mastery activities).

1. Kegiatan eksposur (exposure activities)

Aktivitas IPE yang berbasis pengetahuan, lebih berfokus pada apa peran & tanggung jawab, dan menunjukkan kesadaran akan ruang lingkup praktik profesi kesehatan lainnya. Kegiatan ini umumnya berdurasi jangka pendek, contohnya termasuk diskusi panel multi disiplin dan refleksi tertulis tentang interaksi interprofesional yang dialami pada pembelajaran klinik.

2. Kegiatan imersi (immersion activities)

Kegiatan imersi lebih lama durasinya dan membutuhkan lebih banyak interaksi antara tenaga kesehatan profesional dan mahasiswa dari profesi lain. Kegiatan ini akan membahas empat kompetensi IPE

secara keseluruhan. Mahasiswa yang terlibat dalam pendidikan interprofesional perlu berkolaborasi dengan mahasiswa lain di bidang yang berbeda, membuat keputusan dan memecahkan masalah dengan bekerja sama. Kelas tutorial, kegiatan pembelajaran berbasis e-learning adalah contoh dari kegiatan imersi.

3. Kegiatan mastery (mastery activities)

Kegiatan mastery adalah kegiatan yang kompleks dan sangat terintegrasi. Pengetahuan dan keterampilan mahasiswa akan diintegrasikan dalam lingkungan tim. Karena prosedur ini memakan waktu lebih lama, hubungan antara mahasiswa meningkat dan akan memunculkan kerja tim. Mahasiswa akan sepenuhnya terlibat dalam pengambilan keputusan tim dalam perawatan klien. Contoh kegiatan mastery adalah kegiatan praktik klinis di institusi pelayanan kesehatan.

Keikutsertaan mahasiswa kesehatan dalam kegiatan IPE di atas bersifat wajib. Dengan demikian diharapkan pada akhirnya semua mahasiswa kesehatan diharapkan dapat menunjukkan kompetensi interprofesional sebelum lulus dari jenjang pendidikan di universitas.

Nilai-Nilai Interprofessional Education (IPE)

Nilai-Nilai dalam Interprofessional Education (IPE) menurut CAIPE (2011) adalah sebagai berikut:

1. Berfokus pada kebutuhan individu, keluarga, dan masyarakat untuk meningkatkan kualitas perawatan, hasil perawatan kesehatan dan kesejahteraan mereka.
2. Menerapkan peluang yang sama dalam dan profesi, dan secara keseluruhan dengan siapa mereka belajar dan bekerja.
3. Menghargai individualitas, perbedaan dan keanekaragaman dalam dan antar profesi, secara keseluruhan dengan siapa mereka belajar dan bekerja.
4. Mempertahankan identitas dan keahlian dari masing-masing profesi.
5. Meningkatkan Mempromosikan kesetaraan antar profesi dalam lingkungan belajar.

6. Menanamkan nilai dan perspektif interprofesional di seluruh unprofesional dan pembelajaran multi-profesional.

Manfaat IPE

Manfaat dari pendidikan interprofesi adalah mahasiswa akan belajar dalam suasana pengasuhan di mana mereka dapat berbagi pandangan dan memperoleh pengetahuan dalam lingkungan yang nyaman dan seimbang. Interaksi dengan profesional kesehatan akan membantu dalam mengembangkan praktik profesional yang baik di masa depan. Pengetahuan mahasiswa tentang berbagai profesi dalam tim multidisiplin akan meningkatkan manajemen perawatan pasien.

IPE meningkatkan kemampuan untuk melaksanakan kerja tim multidisiplin yang sukses. Hal ini membantu mahasiswa dalam memutuskan bagaimana dan kapan harus merujuk pasien untuk memberikan perawatan pasien yang paling tepat. IPE meningkatkan hubungan dan perawatan pasien melalui peningkatan komunikasi di antara anggota tim. Mahasiswa akan mendapatkan kesempatan untuk melakukan refleksi dan kritik atas praktik yang mereka lihat dan mendapatkan kesempatan untuk belajar dari kesalahan. IPE juga efektif dalam meningkatkan keterampilan kolaboratif dan mengubah perilaku kolaboratif (George, Renjith and G, 2015; Spaulding et al., 2019)

Keuntungan atau manfaat dari IPE secara rinci dijabarkan sebagai berikut:

1. Manfaat bagi mahasiswa
 - a. Memperoleh kesempatan untuk merefleksikan dan mengklarifikasi peran pasien atau pengguna layanan dalam perawatan.
 - b. Peningkatan pemahaman tentang nilai kerja tim yang baik.
 - c. Peningkatan apresiasi akan pentingnya komunikasi efektif pada seluruh tim.
 - d. Memperoleh kesempatan yang bagus untuk menghubungkan teori dengan praktik.
 - e. Memperoleh kesempatan untuk menghubungkan teori dengan praktik.
 - f. Memperoleh kesempatan untuk mengembangkan dan meningkatkan keterampilan kerja sama tim.

- g. Memperoleh kesempatan untuk mengembangkan diri menjadi praktisi yang kompeten dan berkualifikasi dengan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk bekerja secara kolaboratif dalam berbagai lingkungan.
2. Manfaat untuk para praktisi:
 - a. Kesempatan untuk berbagi pengetahuan dan keterampilan
 - b. Kesempatan yang memungkinkan mereka merefleksikan praktik mereka sendiri
 - c. Kesempatan untuk berbagi pengalaman bekerja secara kolaboratif dengan mahasiswa
 - d. Kesempatan untuk mengembangkan hubungan dengan profesional lain
 3. Manfaat bagi pengguna layanan
 - a. Meningkatkan potensi untuk merencanakan dan melakukan dan koordinasi dari perawatan mereka
 - b. Meningkatkan kesempatan untuk memahami dan berkontribusi pada perawatan yang mereka butuhkan.

Dampak Pelaksanaan IPC

1. Keselamatan pasien
Interprofessional Collaboration memberikan pengaruh yang baik terhadap pelaksanaan sasaran keselamatan pasien yang ada di rumah sakit, karena melalui kolaborasi dan kerja sama yang baik maka tingkat keselamatan pasien akan mengikuti menjadi lebih baik.
2. Kepuasan pasien
Interprofessional Collaboration memungkinkan tim profesional kesehatan di rumah sakit membangun hubungan dan kemitraan yang baik, sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien semakin baik dan kepuasan pasien akan pelayanan kesehatan akan meningkat.
3. Kualitas Pelayanan Rumah Sakit
Kerja sama interprofesional merupakan strategi efektif untuk mencapai kualitas hasil yang diharapkan, karena melalui kerja sama yang baik kualitas dan mutu pelayanan rumah sakit juga akan

meningkat. Kerja sama interprofesional merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit (Ita, Pramana and Righo, 2021).

Faktor memengaruhi Pelaksanaan IPC

1. Komunikasi

Komunikasi merupakan hal penting yang harus dilaksanakan dalam pelaksanaan kolaborasi, karena melalui komunikasi proses penyampaian informasi antara satu dengan yang lain akan lebih jelas dan dapat meningkatkan kerja sama serta kolaborasi yang baik. Salah satu faktor yang menghambat terselenggaranya kerja sama antar profesi kesehatan adalah komunikasi yang kurang baik. Komunikasi yang buruk antar profesi kesehatan menjadi faktor penghambat dalam pelaksanaan *Interprofessional collaboration*, karena komunikasi yang buruk menyebabkan kesalahpahaman dan perawatan yang kurang baik pada pasien sehingga dapat menyebabkan dampak yang buruk pada keselamatan serta kesehatan pasien.

2. Latar belakang tingkat pendidikan yang berbeda

Latar belakang tingkat pendidikan dari masing-masing profesi kesehatan akan memengaruhi perilaku seseorang dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya saat melakukan tindakan kolaborasi. Perbedaan tingkat pendidikan dapat menjadi penghambat kolaborasi interprofesi, karena profesi kesehatan dengan jenjang pendidikan yang tinggi cenderung merasa mempunyai pengetahuan dan peran yang lebih tinggi dari profesi yang lain, dengan demikian kolaborasi dan kerja sama yang dilakukan menjadi kurang baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin besar keinginannya dalam memanfaatkan keterampilan dan pengetahuannya

3. Keterbatasan pemahaman tentang peran masing-masing profesi

Keterbatasan pemahaman akan peran masing-masing jabatan akan memengaruhi pelaksanaan kerja sama, di antaranya pelaksanaan kerja sama antara perawat dan dokter sering menimbulkan kesalahpahaman yaitu masih banyak dokter yang kurang memahami ruang lingkup

praktik perawat, sehingga tanggung jawab perawat dan dokter sering tumpang tindih, sehingga dokter kurang yakin dengan kemampuan perawat dalam mengambil keputusan tentang perawatan pasien.

Faktor-faktor lain yang dapat meningkatkan kinerja tim dalam kolaborasi interprofesional menurut Masters (2020) termasuk komunikasi yang terbuka, lingkungan yang tidak menghakimi, arahan dan peran yang jelas untuk anggota tim, suasana hormat, prosedur pengambilan keputusan yang jelas, rutin berkomunikasi dan berbagi informasi, partisipasi yang seimbang anggota tim dalam tugas, spesifikasi yang jelas tentang otoritas dan akuntabilitas, dan tanggung jawab bersama untuk kesuksesan tim.

Komponen utama yang diperlukan agar kolaborasi Interprofesional menjadi efektif menurut Black (2017) adalah: kemampuan menghormati anggota tim yang lain, mempunyai keyakinan akan pengetahuannya sendiri, kesediaan untuk belajar, semangat gotong royong, mempunyai keyakinan akan tujuan bersama, menghargai kontribusi nilai profesi lain, kesediaan untuk bernegosiasi, keterampilan komunikasi yang baik, kesadaran diri yang tinggi, toleransi terhadap perbedaan pendapat, tidak terancam dengan adanya konflik dan pengetahuan akan batasan diri.

Hambatan Pelaksanaan IPE dan IPC

Hambatan utama yang sering dijumpai untuk pelaksanaan pendidikan interprofesional adalah: kendala waktu pelaksanaan, adanya konflik penjadwalan dan komunikasi antar mahasiswa yang terlibat dalam IPE (Zechariah et al., 2019). Sedangkan Hambatan untuk kolaborasi interprofesional mencakup isu-isu seperti perbedaan budaya, perbedaan gender, perbedaan generasi, perbedaan kepribadian, hierarki, budaya organisasi, perbedaan jadwal dan rutinitas, perbedaan bahasa, persaingan profesional, perilaku yang mengganggu, perbedaan nilai dan harapan, kualifikasi dan status yang bervariasi, dan kompleksitas perawatan yang membutuhkan pengambilan keputusan dengan cepat.

Beberapa hambatan tersebut dapat bermanifestasi sebagai konflik. Sebagai contoh hambatan kolaborasi interprofesional adalah perilaku yang mengganggu dari anggota tim yang dapat dimanifestasikan secara verbal dengan mengumpat, mengeluarkan kata-kata kotor, marah dan lainnya, dapat juga dimanifestasikan dengan tindakan fisik seperti: melempar benda-benda, mengintimidasi, perilaku yang merusak budaya keselamatan, perilaku yang

mendorong kesalahan medis, perilaku yang berkontribusi pada rendahnya kepuasan pasien (Masters, 2020).

Meleis (2016) menyampaikan penghalang utama kolaborasi untuk kemitraan adalah adanya perbedaan kekuatan dan identitas profesional. Secara global, kekuatan dokter lebih dihargai dan dominan, supremasi ilmu kedokteran dan kepemimpinan dokter mengakar secara historis. Sumber daya struktural berfokus pada ilmu kedokteran dan intervensi medis; karena itu, pendidikan kedokteran juga menjadi fokus utama dibandingkan dengan pendidikan profesi kesehatan lain.

Hambatan yang kedua adalah Profesi-sentrisme, yang artinya paralel dengan etnosentrisme. Mahasiswa dari masing-masing profesi menghabiskan banyak waktu untuk mempelajari bahasa, nilai, dan kepercayaan mereka sendiri, memelihara praktik mereka sendiri, berinvestasi dalam komunitas mereka sendiri, dan menciptakan rasa sebagai orang dalam dan orang luar. Tujuannya adalah untuk mengembangkan identitas profesional yang mirip dengan identitas etnis, hanya saja identitas ini disamakan di bawah tujuan profesionalisme, yang berfokus pada kesamaan dalam suatu profesi dan perbedaan dari profesi lain.

Upaya untuk melestarikan dan melindungi identitas profesional akan meningkatkan isolasi, elitisme dan teritorial. Meskipun sangat penting untuk setiap profesi memastikan bahwa mahasiswa mengembangkan identitas profesional yang kuat berdasarkan keahlian, yang memberi mereka kepercayaan diri untuk berpendapat, untuk menggunakan penilaian klinis mereka, dan untuk mempraktikkan pemikiran kritis dan advokasi mereka. Paradoksnya adalah bagaimana identitas tersebut tidak menjadi aspek negatif yang mengarah pada perilaku *eksklusivitas* yang berpusat pada profesi.

Tim kolaboratif bergantung pada bagaimana mendidik dan melatih anggota tim bersama-sama, yang bersedia untuk menghormati profesi masing-masing, dan mampu berfungsi sesuai dengan kapasitas individu yang selaras dengan pendidikan mereka. Kemitraan dalam pendidikan dan praktik di layanan kesehatan tidak terjadi dalam semalam. “Butuh waktu, kesabaran dan ketekunan untuk membangun kolaborasi interprofesional”.

Bab 10

Konsep Manusia Sehat Sakit

10.1 Konsep Sehat

Masyarakat secara umum terkadang memandang kesehatan sebagai sebuah kondisi yang berbalikan dari tidak adanya penyakit atau kondisi sakit. Pandangan tersebut cukup sederhana, hanya terdapat dua sisi sehat dan sakit. Tidak ada rentang antara kondisi sehat dan sakit. Sebenarnya kesehatan merupakan konsep multidimensi yang harus dilihat secara luas.

Mendefinisikan kesehatan dengan baik tidaklah mudah karena setiap individu mempunyai konsep kesehatan yang tidak sama. Sehat bukan sebuah pengetahuan ilmiah yang bisa didapat, atau suatu benda, bagian tubuh, fungsi tubuh, atau hal lainnya yang berhubungan. Sehat merupakan sebuah kondisi di mana individu akan mendefinisikannya sesuai dengan nilai-nilai, kepribadian, dan gaya hidup yang ada pada diri masing-masing. Setiap orang mendefinisikan kesehatan berdasarkan nilai-nilainya sendiri dan kepercayaan. Keluarga, budaya, komunitas, dan masyarakat di mana seseorang hidup juga memengaruhi persepsi pribadi seseorang kesehatan (Taylor et al., 2011).

Pengkajian tingkat kesehatan merupakan aspek yang penting bagi perawat. Model kesehatan mencakup perspektif untuk memahami hubungan antara konsep sehat, sejahtera, dan sakit. Perawat mempunyai peran dalam membantu klien meraih dan mempertahankan derajat kesehatan yang optimal dan

mencegah dari sakit. Perbedaan sikap seseorang akan menyebabkan cara yang berbeda dalam menyikapi kondisinya atau anggota keluarganya yang sedang sakit. Sosiologis medis menyebutnya dengan *illness behaviour*. Perawat yang paham bagaimana pasien menyikapi kondisi sakit dapat meminimalkan efek sakitnya dan membantu pasien dan keluarganya untuk meraih dan mempertahankan tingkat fungsi tertingginya (Potter et al., 2013)

Tujuan utama perawat sebagai pemberi asuhan adalah untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan memfasilitasi menghadapi penyakit, kecacatan, atau kematian. Tujuan ini fokus perawatan untuk memaksimalkan kesehatan pasien dari segala usia, dalam semua pengaturan, dan dalam kesehatan dan penyakit. Kesehatan lebih dari hanya tidak adanya penyakit; itu adalah proses aktif di mana individu bergerak menuju potensi maksimalnya. Juga memiliki definisi yang berbeda untuk individu yang berbeda.

Untuk memberikan perawatan holistik, perawatan yang membahas banyak dimensi yang terdiri dari seluruh individu, perawat harus memahami dan menghormati definisi kesehatan masing-masing orang dan respons terhadap penyakit dan harus terbiasa dengan model kesehatan dan penyakit. Pengetahuan perawat tentang sehat dan sakit bahkan lebih penting karena fokus hari ini pada promosi kesehatan dan advokasi, tren berkelanjutan menuju perawatan disediakan di rumah dan masyarakat, semakin banyak jumlahnya orang dewasa yang lebih tua, dan meningkatnya insiden penyakit kronis (Taylor et al., 2011).

World Health Organization / WHO mendefinisikan sehat sebagai keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat. Adapun kementerian kesehatan dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Sehat dalam pengertian yang paling luas adalah suatu keadaan yang dinamis di mana individu menyesuaikan diri dengan perubahan- perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan keadaan sehatnya. Untuk membantu klien mengidentifikasi dan meraih kesehatan perawat harus mengetahui dan menggunakan informasi tentang konsep sehat yang dipahami klien. Bagaimana klien beradaptasi terhadap lingkungan internal seperti dimensi intelektual dan spiritual, psikologis, dan proses penyakit dan lainnya. Begitu juga faktor eksternal seperti hubungan sosial, lingkungan fisik,

ekonomi, dan sebagainya. Hal tersebut karena lingkungan internal dan eksternal ini mengalami perubahan terus menerus. Sehingga seorang individu harus mampu beradaptasi untuk mempertahankan derajat kesehatan yang optimal (Potter and Perry, 2005)

Secara umum kesehatan masyarakat sering diukur secara lebih global oleh morbiditas, seberapa sering suatu penyakit terjadi dan mortalitas, jumlah meninggal (Taylor et al., 2011). Namun sebaliknya kondisi sehat dan sakit hendaknya didefinisikan secara individual. Sehat dapat berupa kondisi yang sebelumnya dianggap sebagai kondisi sakit. Sebagai misal orang dengan epilepsi yang sudah belajar mengontrol kejang dengan pengobatan dan dapat beraktivitas atau berfungsi di rumah dan tempat kerjanya maka tidak dianggap sebagai orang yang sedang sakit (Potter et al., 2013)

10.2 Konsep Sakit

Penyakit (disease) adalah istilah medis yang artinya ada perubahan patologis pada struktur atau fungsi tubuh atau pikiran. Sakit (illness) adalah respons seseorang terhadap suatu penyakit; merupakan sebuah proses yang tidak normal di mana tingkat fungsi seseorang berubah jika dibandingkan dengan tingkat sebelumnya.

Respons ini adalah unik untuk setiap orang dan dipengaruhi oleh persepsi diri, persepsi orang lain, efek dari perubahan struktur tubuh dan fungsi, efek dari perubahan tersebut pada peran dan hubungan, dan nilai-nilai dan kepercayaan budaya dan spiritual. Penting bagi perawat untuk mengingat bahwa seseorang mungkin memiliki sakit atau cedera tetapi tetap mencapai fungsi maksimal dan kualitas hidup dan menganggap diri mereka sehat (Taylor et al., 2011). Sehingga penyakit dan sakit merupakan konsep yang berbeda (Potter et al., 2021).

Penyakit Akut dan Kronik

Penyakit diklasifikasikan sebagai akut atau kronis. Seseorang dapat memiliki penyakit akut, penyakit kronis, atau keduanya pada waktu yang sama. Misal pada orang dengan diabetes (penyakit kronis) mungkin juga menderita radang usus buntu (penyakit akut) (Taylor et al., 2011). Penyakit akut biasanya reversibel dan durasinya pendek.

Gejala-gejala muncul tiba-tiba, intens, dan mereda setelah waktu yang relatif singkat. Penyakit kronik biasanya bertahan lebih dari 6 bulan, irreversibel, dan berdampak pada salah satu fungsi sistem atau lebih (Potter et al., 2021).

Model tahapan pengalaman sakit (Suchman, 1965):

1. mengalami gejala;
2. asumsi peran sakit;
3. kontak perawatan medis;
4. pasien ketergantungan;
5. pemulihan atau rehabilitasi.

Faktor-faktor yang memengaruhi sehat dan sakit adalah kebutuhan dasar manusia, dimensi manusia (mencakup dimensi fisik, dimensi emosional, dimensi intelektual, dimensi lingkungan, dimensi sosial budaya, dimensi spiritual), dan konsep diri (Taylor et al., 2011).

10.3 Model-Model Sehat-Sakit

Model dapat membantu menjelaskan konsep-konsep yang kompleks, termasuk konsep sehat dan sakit. Model membantu memahami hubungan antar konsep sikap pasien terhadap kesehatan dan perilaku kesehatan *Health beliefs* merupakan pemikiran, keyakinan, dan sikap seseorang terhadap sehat dan sakit. Hal tersebut bisa berdasarkan realita atau ekspektasi yang keliru, fakta atau misinformasi, kewajaran atau mitos, pengalaman yang baik dan buruk.

Health beliefs dapat memengaruhi perilaku kesehatan, dan dapat berdampak positif maupun negatif pada tingkat kesehatan. Perilaku kesehatan yang positif mempertahankan, mencapai, atau mendapatkan kembali kesehatan dan mencegah penyakit. Perilaku kesehatan secara umum mencakup imunisasi, skrining kesehatan secara terjadwal, pola tidur yang sesuai, olahraga yang adekuat, manajemen stres, dan nutrisi.

Perilaku kesehatan negatif mencakup hal yang membahayakan bagi kesehatan seperti merokok, penyalahgunaan obat dan alkohol, perilaku seksual berisiko, diet yang buruk, dan menolak mengonsumsi obat yang dibutuhkan (Potter et al., 2021).

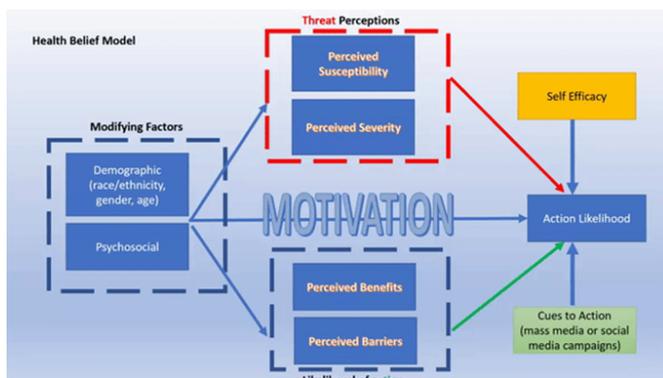
10.3.1 Health Belief Model

Health Belief Model (HBM) adalah salah satu teori perilaku kesehatan pertama dan tetap menjadi salah satu yang paling luas diakui di lapangan. Dikembangkan untuk membantu memahami mengapa orang menggunakan atau tidak menggunakan layanan pencegahan. Kemudian berkembang untuk mengatasi masalah baru dalam pencegahan dan deteksi (seperti skrining mamografi dan vaksin influenza) serta perilaku gaya hidup seperti perilaku seksual berisiko dan pencegahan cedera (Glanz and Bishop, 2010).

Rosenstock (1974) mengemukakan tentang *Health Belief Model* (HBM) yang menekankan pada apa yang orang rasakan atau yakini benar tentang diri mereka sendiri dalam kaitannya dengan kesehatan. Model ini didasarkan pada tiga komponen persepsi individu tentang ancaman penyakit:

1. persepsi kerentanan terhadap suatu penyakit;
2. persepsi keseriusan penyakit;
3. persepsi manfaat yang dirasakan dari tindakan.

Konstruksi HBM selanjutnya dikembangkan untuk bervariasi antar individu dan memprediksi keterlibatan dalam perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagaimana dalam gambar 10.1



Gambar 10.1: Health Belief Model (Skbanerget, 2021)

Ketiga komponen awal dijabarkan Taylor et al (2011) sebagai penjelasan masing-masing komponen. Kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit adalah keyakinan bahwa seseorang akan atau tidak akan tertular penyakit. Mulai dari menjadi takut tertular penyakit hingga sepenuhnya

menyangkal perilaku tertentu akan mengakibatkan penyakit. Misalnya, satu orang yang merokok mungkin percaya bahwa dia dalam bahaya untuk kanker paru-paru dan mungkin berhenti merokok, sementara orang lain mungkin percaya bahwa merokok tidak menimbulkan ancaman serius dan terus berlanjut untuk merokok.

Keseriusan yang dirasakan dari suatu penyakit menyangkut persepsi ancaman terhadap kesehatan yang ditimbulkan oleh penyakit dan efeknya pada gaya hidup seseorang. Komponen ini terkait dengan bagaimana banyak orang tahu tentang penyakit dan dapat mengakibatkan perubahan perilaku kesehatan. Jika orang yang merokok percaya bahwa kanker paru-paru dapat menyebabkan cacat fisik atau kematian dan oleh karena itu akan memengaruhi kemampuannya untuk bekerja dan merawat keluarga, orang tersebut lebih mungkin untuk berhenti merokok.

Manfaat yang dirasakan dari tindakan berkaitan dengan seberapa efektif individu percaya bahwa tindakan akan mencegah penyakit. Faktor ini dipengaruhi oleh keyakinan orang tersebut bahwa melakukan tindakan yang direkomendasikan akan mencegah atau memodifikasi penyakit dan oleh persepsi orang tersebut tentang biaya dan efek yang tidak menyenangkan dari melakukan perilaku kesehatan (dibandingkan dengan tidak mengambil tindakan apapun).

Misalnya orang mungkin percaya bahwa berhenti merokok akan mencegah masalah pernapasan di masa depan dan gejala penarikan awal dapat diatasi; oleh karena itu, orang tersebut dapat berhenti merokok.

10.3.2 The Health Promotion Model

Model promosi kesehatan atau *the health promotion model* (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) dikembangkan untuk menggambarkan bagaimana orang berinteraksi dengan lingkungan mereka saat mereka mengejar kesehatan. Modelnya menggabungkan karakteristik, pengalaman, pengetahuan perilaku spesifik, dan keyakinan individu, untuk memotivasi perilaku promosi kesehatan. Komponen model dapat digunakan untuk merancang dan memberikan intervensi keperawatan untuk promosi kesehatan bagi individu, keluarga, dan masyarakat (Taylor et al., 2011).

Model promosi kesehatan didasarkan pada delapan komponen kunci keperawatan. Orang, lingkungan, kesehatan, penyakit, karakteristik dan

pengalaman individu, kognisi dan afeksi perilaku spesifik, dan luaran perilaku (Pender, 2011).

Penjelasan (Taylor et al., 2011) terkait model promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

Karakteristik dan pengalaman individu dapat bermanfaat dalam memprediksi apakah seseorang akan memasukkan dan menggunakan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Jika suatu perilaku telah digunakan sebelumnya dan menjadi kebiasaan, maka lebih mungkin untuk digunakan lagi. Biologis personal, psikologis, dan faktor sosiokultural, termasuk usia, jenis kelamin, kekuatan, harga diri, persepsi status kesehatan, definisi kesehatan, akulturasi, dan status sosial ekonomi, ke semuanya merupakan prediksi dari kebiasaan terkait kesehatan tertentu.

Misalnya, orang yang memiliki harga diri tinggi, mendefinisikan diri sebagai sehat, dan memiliki penghasilan yang memadai mungkin lebih kecil kemungkinannya untuk menggunakan alkohol atau tembakau dan banyak lagi cenderung mengikuti diet sehat dan mengambil bagian dalam olahraga teratur. Sebaliknya, seseorang dengan harga diri rendah, sikap fatalistik terhadap kesehatan, dan basis sosial ekonomi yang rendah mungkin lebih cenderung memiliki gizi buruk, tidak pernah berolahraga, dan menggunakan zat adiktif

Pengetahuan, keyakinan, dan hubungan khusus perilaku dianggap sebagai motivator utama untuk terlibat dalam perilaku yang mempromosikan kesehatan. Ini termasuk keyakinan bahwa akan ada hasil positif dari kesehatan tertentu perilaku, bahwa seseorang memiliki keterampilan dan kompetensi untuk terlibat dalam perilaku kesehatan, dan yang satu itu dipengaruhi oleh hubungan interpersonal pengaruh orang lain (terutama keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan). Pengaruh situasional, seperti tidak merokok kebijakan, juga memengaruhi perilaku kesehatan. Hambatan untuk bertindak, yang meliputi persepsi ketidakterersediaan, ketidaknyamanan, biaya, kesulitan, atau waktu, biasanya mengakibatkan penghindaran dari sebuah perilaku.

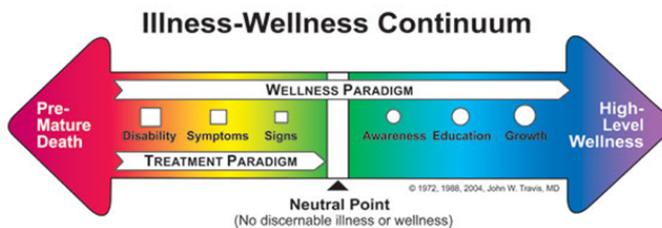
Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dimulai dengan berkomitmen untuk rencana tindakan, disertai dengan mengembangkan strategi terkait untuk melakukan perilaku yang dihargai. Kegagalan untuk mempertahankan perilaku dapat dihasilkan dari tuntutan yang bersaing. Sebagai contoh, seseorang mungkin memulai diet rendah lemak tetapi "menyerah" pada kenyamanan dari makanan cepat saji. Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah

hasilnya model dan diarahkan untuk mencapai positif hasil dan pengalaman kesehatan sepanjang rentang hidup.

10.3.3 The Health–Illness Continuum

Kontinum sehat-sakit merupakan salah satu cara untuk mengukur tingkat kesehatan seseorang. Model ini memandang kesehatan sebagai keadaan dapat berubah dengan tingkat kesehatan dan kematian yang tinggi berada di ujung yang berlawanan dari skala secara bertahap atau kontinum. Kontinum ini menggambarkan keadaan kesehatan yang dinamis dan selalu berubah bagaimana seseorang menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan internal dan eksternal.

Sebagai contoh, seorang pasien dengan kanker mungkin memandang dirinya sendiri secara berbeda pada kontinum pada waktu tertentu, tergantung pada seberapa baik pasien percaya dia berfungsi dengan penyakit (Taylor et al., 2011).



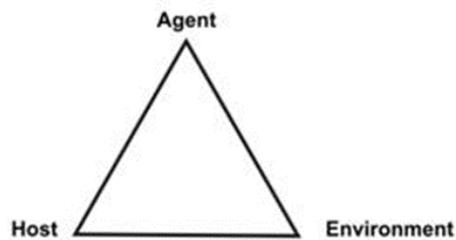
Gambar 10.2: Illness-Wellness Continuum (Travis, 2018)

10.3.4 Model Agent–Host–Environment

Model agent-host-lingkungan kesehatan dan penyakit, dikembangkan oleh Leavell dan Clark (1965), berguna untuk memeriksa penyebab penyakit pada individu. Agen adalah faktor lingkungan atau stresor yang harus ada atau absen untuk suatu penyakit terjadi. Misalnya, faktor bakteri atau virus, zat kimia, atau bentuk radiasi.

Host / inang adalah organisme hidup yang mampu terinfeksi atau dipengaruhi oleh agen. Reaksi host dipengaruhi oleh riwayat keluarga, usia, dan kebiasaan kesehatan. Lingkungan mencakup semua faktor di luar host yang menyebabkan penyakit. Faktor-faktor tersebut dapat mencakup hal yang memengaruhi kesehatan, termasuk fisik, sosial, biologis, dan budaya faktor.

Misalnya, seseorang yang memiliki gizi buruk kebiasaan dan kurang tidur berada pada peningkatan risiko untuk infeksi selama wabah influenza. Jika orang itu juga kekurangan kekebalan (seperti pada AIDS), risikonya bahkan lebih besar ((Taylor et al., 2011))



Gambar 10.3: Epidemiologic Triad (CDC, 2012)

Faktor agent-host-lingkungan memengaruhi dan dipengaruhi oleh yang lain. Faktor-faktor ini terus-menerus berinteraksi, dan kombinasi faktor dapat meningkatkan risiko penyakit. Ketika faktor-faktor tersebut seimbang, kesehatan tetap terjaga; ketika tidak seimbang, penyakit terjadi. Dengan demikian, kesehatan merupakan keadaan yang selalu berubah.

Bab 11

Pelayanan Keperawatan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

11.1 Pendahuluan

Pelayanan keperawatan merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan, di mana perawat merupakan partisipan penting dalam tim interdisiplin yang memiliki pengetahuan, kreatif sehingga dapat memberikan asuhan pelayanan yang berkualitas di tatanan layanan kesehatan di Rumah sakit, Puskesmas dan Komunitas.

Sistem layanan kesehatan adalah bagian penting untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal, melalui sistem pelayanan kesehatan tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dengan efektif, efisien dan tepat sasaran. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan diberikan oleh semua tim kesehatan yang saling menunjang dan dapat bekerja sama dengan baik dengan praktisi kesehatan lain, sehingga sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan.

Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan sistematis dari berbagai komponen yang saling berhubungan dan memengaruhi untuk mencapai tujuan

atau keluaran yang ditetapkan. Menurut Depkes RI (2009) Pelayanan kesehatan adalah suatu upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Sistem pelayanan kesehatan adalah keseluruhan layanan yang diberikan oleh semua disiplin kesehatan, yang bertujuan pembangunan kesehatan tercapai lebih efektif dan efisien tepat sasaran.

11.2 Tingkat Pelayanan Kesehatan

Tingkat pelayanan kesehatan adalah bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Melalui tingkat pelayanan kesehatan akan dapat diketahui kebutuhan dasar manusia tentang kesehatan.

Leavel dan Clark menyatakan, bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, di antara tingkat pelayanan kesehatan dalam sistem pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

Health Promotion (Promosi Kesehatan)

Adalah tingkat pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Kegiatan ini membangun perilaku dan kebiasaan manusia untuk memelihara dan meningkatkan status kesehatan.

Program pelayanan ini mencakup kebersihan perseorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, perbaikan kondisi rumah dan tempat rekreasi, layanan lansia, nutrisi yang adekuat dan layak, pengendalian berat badan dan latihan fisik, pendidikan kesehatan, penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) seperti penyuluhan gizi, pemantauan tumbuh kembang dan semua aktivitas promosi kesehatan menekankan pentingnya peran klien memelihara kesehatan mereka untuk mempertahankan derajat kesehatan tertinggi yang dapat mereka capai.

Specific Protection (Perlindungan Khusus)

Merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus kepada seseorang atau masyarakat, di mana perlindungan khusus dilakukan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit tertentu,

ancaman kesehatan, yang termasuk dalam kegiatan pelayanan kesehatan ini adalah program imunisasi: BCG, DPT, Hepatitis, campak.

Perlindungan diri dari kecelakaan kerja di mana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seorang yang bekerja di tempat risiko kecelakaan tinggi seperti kerja di bagian produksi bahan kimia, bentuk perlindungan khusus berupa pelayanan pemakaian alat pelindung diri, pengaturan makan/diet dan olahraga, penjernihan air minum. Perlindungan diri dari karsinogen, toksin dan alergi serta pengendalian sumber-sumber pencemaran.

Early Diagnosis and Prompt Treatment (Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera)

Tingkat pelayanan kesehatan ini sudah masuk ke dalam tingkat dimulainya atau timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan dalam mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran.

Kegiatan pelayanan kesehatan ini antara lain melalui penemuan kasus secara dini baik secara individu maupun masyarakat, survei penyaringan kasus serta pencegahan penanganan terhadap meluasnya kasus. Pemeriksaan umum lengkap (general check up), survei kontak, sekolah, dan rumah serta pengobatan yang adekuat (adequate treatment)

Disability Limitation (Pembatasan Cacat)

Pembatasan kecacatan ini dilakukan untuk mencegah agar klien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilaksanakan pada kasus atau penyakit yang memiliki potensi kecacatan.

Layanan kegiatan melalui penyempurnaan intensifikasi terapi lanjutan, pencegahan komplikasi lebih lanjut, perbaikan fasilitas kesehatan mengatasi kecacatan dan mencegah kematian, penurunan beban sosial penderita..

Rehabilitation (Rehabilitasi)

Adalah Pengembalian kesejahteraan orang sakit atau cedera tingkat optimum dan fungsional. Perawatan rehabilitasi menitik beratkan pentingnya membantu klien berfungsi secara adekuat dalam aktivitas kehidupan mereka baik fisik, mental, sosial, ekonomi maupun vokasional.

Tingkat pelayanan ini dilaksanakan setelah pasien didiagnosis sembuh, tahap ini dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan pada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali dan masyarakat mau menerima dengan senang hati kesadaran yang dimilikinya.

11.3 Lembaga Pelayanan Kesehatan

Instansi pelayanan Kesehatan merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan kesehatan. Tempat pelayanan kesehatan ini sangat bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan.

Lembaga layanan kesehatan dapat berupa:

Klinik Rawat Jalan

Layanan kesehatan ini bertujuan untuk memberikan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosis dan pengobatan pada penyakit akut dan kronis yang dimungkinkan tidak terjadi rawat inap.

Instansi ini juga memiliki fasilitas diagnostik dan penanganan yang memberikan layanan medis, keperawatan, laboratorium, radiologi dan dapat menyatu dengan atau bagian dari rumah sakit perawatan akut, beberapa klinik rawat jalan memberi layanan pada klien bila ada dengan prosedur bedah minor. Setelah pembedahan klien dapat kembali ke rumah dan tetap mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan dan membebaskan biaya rumah sakit yang mahal.

Institusi

Merupakan lembaga pelayanan kesehatan yang fasilitasnya cukup memberikan berbagai tingkat pelayanan kesehatan, seperti:

1. Rumah Sakit, pusat rehabilitasi dan lain-lain. Rumah sakit menerima klien yang membutuhkan dengan berbagai layanan yakni: layanan medis, bedah, obstetric, pediatrik, psikiatri, juga ada layanan spesialisasi. Layanan kesehatan rumah sakit menyediakan bantuan pada klien yang sakit akut dan atau klien yang memerlukan

perawatan rawat inap beberapa hari (jangka pendek) dan juga perawatan jangka panjang/lebih lama terkadang bertahun-tahun.

2. Pusat rehabilitasi, berperan penting dalam membantu klien untuk memulihkan kesehatan klien dalam proses penyembuhan. Rehabilitasi akan memulihkan seseorang kepada potensinya secara fisik, mental, sosial, pekerjaan dan ekonomi (Clement-Stone, et al., 2002). Klien membutuhkan rehabilitasi setelah mengalami penyakit fisik mental, cedera, trauma atau kecanduan zat kimia. Layanan rehabilitasi spesialis seperti: kardiovaskuler, neurologis, *muskuloskeletal*, paru-paru dan rehabilitasi narkoba. Perawat di layanan kesehatan rehabilitasi mengkoordinasikan aktivitas dan memastikan klien mematuhi program terapi. Pelayanan keperawatan rehabilitasi dibutuhkan keterampilan dan pengetahuan spesialisasi.
3. Hospice
Layanan ini bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang difokuskan pada klien yang sakit terminal agar lebih nyaman, bebas, dan dapat melewati masa terminal dengan tenang dan damai. Klien dengan program *hospice* ini dirawat di rumah, rumah sakit. Perawat *hospice* berperan mengawasi pemberian perawatan langsung oleh anggota lain dalam tim, menyediakan layanan dan dukungan bagi klien dan keluarga sepanjang penyakit hingga menjelang ajal.
4. Home care (pelayanan kesehatan rumah)
Adalah penyediaan pelayanan dan peralatan profesional medis bagi klien dan keluarga di rumah untuk menjaga kesehatan, edukasi dan pencegahan penyakit, terapi paliatif dan rehabilitasi, Perawat home care membantu klien beradaptasi terhadap keterbatasan fisik temporer atau permanen sehingga klien dapat beraktivitas kembali.
5. Tempat penitipan
Berfungsi memberikan asuhan kepada bayi dan anak-anak saat orang tua bekerja, memberikan layanan asuhan nutrisi pada orang dewasa yang tidak dapat ditinggalkan di rumah tetapi tidak harus masuk rumah sakit. Pada lansia memberikan asuhan seperti sosialisasi, program olahraga dan stimulasi, terapi fisik. Perawat yang bekerja di

pusat penitipan memberikan obat-obatan dan konseling sehingga memfasilitasi kontinuitas asuhan di tempat penitipan di rumah.

11.4 Stratifikasi Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan dapat mencakup pelayanan dokter, pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Dokter merupakan sub sistem dari pelayanan kesehatan masyarakat. Dokter merupakan sub sistem dari pelayanan kesehatan.

Sub sistem pelayanan kesehatan tersebut memiliki tujuan masing-masing dengan tidak meninggalkan tujuan umum dari pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pihak pemerintah maupun swasta. Di mana pelayanan dasar yang dilakukan adalah di Puskesmas dan pelayanan rujukan yang dilakukan di rumah sakit.

Pelayanan kesehatan terdapat tiga strata yaitu

1. Primary health services (pelayanan kesehatan tingkat pertama)
Pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (basic health services) dilaksanakan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan yang ringan atau sehat untuk mendapatkan peningkatan kesehatan agar menjadi optimal dan sejahtera., layanan ini umumnya bersifat rawat jalan.
2. Secondary health services (pelayanan kesehatan tingkat kedua)
Pelayanan kesehatan lebih lanjut yang dibutuhkan oleh masyarakat atau klien, di mana layanan bersifat rawat inap, . Pelayanan kesehatan ini dilaksanakan di Rumah Sakit dengan tersedianya tenaga kesehatan spesialis.
3. Tertiary health services (pelayanan kesehatan tingkat ketiga)
Merupakan tingkat pelayanan tertinggi di mana tingkat pelayanan ini apabila tidak lagi dibutuhkan pelayanan pada tingkat pertama dan kedua atau disebut juga pelayanan kesehatan yang bersifat kompleks, pelayanan ini membutuhkan tenaga-tenaga yang ahli atau sub

spesialis dan sebagai rujukan utama seperti rumah sakit tipe A atau Tipe B.

11.5 Pelayanan Keperawatan Dalam Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Keperawatan merupakan pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan. Dan pada hakikatnya pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medis (kedokteran), pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang kesehatan (gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dsb). Sebagai bagian integral pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari pelayanan keperawatan.

Berarti tujuan pemberian asuhan keperawatan sejalan dengan tujuan pemberian pelayanan kesehatan. Dengan pendekatan sistem, maka pelayanan keperawatan adalah sub sistem dari pelayanan kesehatan seperti halnya pelayanan medis dan penunjang medik. Perawat, dokter dan tenaga penunjang kesehatan lainnya selalu bekerja sama dalam memberikan layanan kesehatan. Kemajuan salah satu sub sistem harus dibarengi dengan kemajuan sub sistem lainnya. Sebab setiap komponen saling memengaruhi untuk pencapaian tujuan yakni kesembuhan klien dalam pencapaian derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat.

Pelayanan Keperawatan adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang meliputi:

1. Pelayanan kesehatan dasar
Pelayanan dasar umumnya dilaksanakan di Puskesmas, Puskesmas pembantu dan pelayanan lainnya di wilayah kerja puskesmas selain rumah sakit.
2. Pelayanan kesehatan rujukan
Umumnya dilaksanakan di Rumah Sakit. Pelayanan keperawatan diperlukan, baik pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukan.

Pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan Semuanya dapat dilaksanakan oleh tenaga keperawatan dalam meningkatkan derajat kesehatan. Sebagai bagian dari pelayanan kesehatan, maka pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh tenaga perawat dalam pelayanannya memiliki tugas, di antaranya memberikan asuhan keperawatan keluarga, komunitas dalam pelayanan dalam pelayanan kesehatan dasar dan akan memberikan secara umum pada pelayanan rujukan.

Contoh pelayanan keperawatan dalam tingkat dasar dilakukan oleh lingkup puskesmas dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas yang berorientasi pada tugas keluarga dalam kesehatan di antaranya mengenal masalah kesehatan secara dini, mengambil keputusan dalam kesehatan, menanggulangi keadaan darurat bila terjadi kecelakaan atau penyakit yang sifatnya mendadak, memberikan pelayanan keperawatan dasar pada anggota keluarga yang sakit serta memodifikasi lingkungan untuk menunjang peningkatan status kesehatan serta memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Cakupan pelayanan rujukan, tugas perawat adalah memberikan asuhan dengan cara melakukan pendekatan proses keperawatan, seperti: asuhan keperawatan pada anak, asuhan keperawatan dengan gangguan jiwa, asuhan keperawatan pada kasus penyakit dalam dan bedah, asuhan keperawatan pada kasus obstetri dan ginekologi, asuhan keperawatan pada kasus gawat darurat asuhan keperawatan pada keluarga, asuhan keperawatan Komunitas dan asuhan keperawatan pada lanjut usia.

Faktor Memengaruhi Pelayanan Kesehatan

Tercapainya sasaran layanan Kesehatan membutuhkan suatu proses untuk mengetahui masalah yang terjadi. Di mana pelaksanaan pelayanan kesehatan dapat lebih maju atau terhambat karena dipengaruhi oleh faktor:

1. Ilmu Pengetahuan dan teknologi baru

Dengan adanya kemajuan Ilmu pengetahuan dan teknologi baru dapat meningkatkan layanan kesehatan yang pesat karena kecanggihan peralatan kedokteran dan perawatan yang memadai. Di mana kemajuan teknologi akan memengaruhi tempat perawat melayani klien.

Contoh perubahan pelayanan kesehatan adalah adanya peralatan canggih seperti alat infus intravena elektronik, telemetri jantung dan sistem dispensasi pengobatan terkomputerisasi., prosedur laser dan

mikroskopik mempersingkat penanganan penyakit yang membutuhkan pembedahan, pembedahan katarak harus dirawat di Rumah Sakit selama 10 hari, saat ini sebagian besar dilakukan secara rawat jalan di klinik pembedahan rawat jalan. pelayanan juga ada dampak pengaruh kemajuan Ilmu Pengetahuan dan teknologi baru.

Berdasarkan kemajuan Ilmu Pengetahuan dan teknologi baru dan berbagai penanganan dan prosedur khusus dapat dilakukan, ini berpengaruh pada beberapa hal yakni:

- a. biaya yang mahal;
- b. biaya perawatan medis meningkat;
- c. dibutuhkan tenaga kesehatan profesional yang ahli dalam bidangnya untuk perawatan klien.

2. Pergeseran nilai masyarakat

Sistem layanan kesehatan dipengaruhi oleh nilai yang ada di masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan. Dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat dan mengenali masalah kesehatan, sehingga masyarakat menyadari akan manfaat layanan kesehatan.

3. Isu legal dan etik

Makin banyak orang menyadari bahwa kesehatan adalah hak setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, Bila pemberian pelayanan kesehatan yang kurang memuaskan dan tidak sesuai dengan harapan, maka akan semakin meningkat tuntutan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga si pemberi pelayanan kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dengan memperhatikan nilai-nilai hukum dan etika di masyarakat.

4. Ekonomi

Layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat ekonomi. Hal ini dapat dilihat, seseorang mempunyai ekonomi tinggi membayar biaya layanan perawatan kesehatan yang dibutuhkan menjadi tidak masalah besar, dan sebaliknya bila tingkat ekonominya rendah tidak mampu mendapatkan layanan kesehatan yang paripurna, karena biaya dalam jasa pelayanan kesehatan membutuhkan biaya mahal. dipengaruhi

oleh keadaan ekonomi seseorang. Akibatnya masyarakat enggan untuk mencari diagnosis dan pengobatan. Penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan menurun akibat biaya pelayanan yang tinggi.

5. Politik

Kebijakan Pemerintah dalam sistem layanan kesehatan sangat berpengaruh pada kebijakan pelayanan kesehatan yang diberikan. Saat ini adanya kebijakan pemerintah bagi masyarakat yang kurang mampu untuk Penerima Bantuan Jaminan Kesehatan (PBI JK). Juga adanya kebijakan di tiap-tiap kabupaten melaksanakan pengobatan gratis di pusat layanan kesehatan masyarakat. Dengan adanya kegiatan ini diharapkan tenaga kesehatan tetap memperhatikan mutu layanan.

Bab 12

Etik Dan Legal Keperawatan

12.1 Pendahuluan

Masalah kompleks seperti aborsi, bunuh diri, transplantasi organ serta alokasi sumber medis yang langka menjadi perdebatan dalam media dan perawat. Perawat membutuhkan kemampuan dan pengetahuan yang layak untuk dapat memberikan kontribusi yang efektif dalam situasi yang sangat sensitif secara etik. Profesi perawat bergerak pada kode etik mereka sendiri dan semakin sadar tentang bagaimana hal tersebut dapat memengaruhi praktik keperawatan.

Perawat sering kali mengatakan bahwa masalah etik dapat membuat perawat terjebak atau "berada di tengah-tengah", di mana perawat memiliki komitmen dengan klien, bertanggung jawab kepada keluarga, dokter, rekan kerja, institusi dan masyarakat. Perawat dapat belajar untuk melihat posisinya yang "terjepit di tengah-tengah" sebagai posisi yang istimewa di mana perawat dapat berpartisipasi ketika seorang klien menunjukkan sudut pandang dan minat yang mendukung atau berbeda (Potter dan Perry, 2005).

Pengertian Etika

Etika memiliki akar kata yang berasal dari Yunani yaitu "Ethos", di mana menurut Suhaemi (2002) hal ini berarti "kebiasaan", suatu "model perilaku atau "standar" yang diharapkan dan kriteria tertentu dalam melakukan suatu tindakan. Bila dilihat bentuk jamak, kata *ta etha* berarti adat kebiasaan,

sehingga dengan kata lain etika dapat diartikan sebagai ilmu tentang apa yang biasa dilakukan atau ilmu tentang adat kebiasaan.

Bagi Potter dan Perry (2005), etika adalah suatu terminologi dengan bermacam arti yang berhubungan dengan bagaimana seorang wajib berperan serta bagaimana mereka melaksanakan ikatan dengan orang lain. Etika merupakan sesuatu ilmu tentang kesesuaian yang memastikan bagaimana sepatutnya manusia hidup di dalam masyarakat yang menyangkut aturan dan ketentuan serta prinsip-prinsip yang memastikan tingkah laku yang benar atau kurang baik, termasuk kewajiban dan tanggung jawab.

Dengan demikian etika bisa dimaknai sebagai ilmu yang menekuni tentang adat istiadat, kerutinan yang baik serta kurang baik secara moral dan motif ataupun dorongan yang memengaruhi sikap manusia dalam berhubungan dengan orang lain yang bersumber pada aturan-aturan dan prinsip yang memiliki tanggung jawab moral.

Etika juga berhubungan dengan hal yang baik dan tidak baik, peraturan untuk perbuatan atau tindakan yang mempunyai prinsip benar atau salah, prinsip moralitas karena etika mempunyai tanggung jawab moral. Dalam keperawatan, nilai khusus dan moral untuk mempertahankan integritas dan profesi. Seorang perawat etis akan bertindak dan memperlakukan orang lain dengan cara tertentu yang konsisten dengan norma keperawatan dan bukan hanya sekedar pilihan atau nilai pribadi (Potter dan Perry, 2005).

12.2 Tujuan Kode Etik Keperawatan

Etika dalam profesi keperawatan merupakan alat untuk mengukur perilaku moral dalam bidang keperawatan. Dalam penyusunan alat pengukur ini, keputusan diambil berdasarkan kode etik sebagai standar yang mengukur dan mengevaluasi perilaku moral perawat.

Secara umum, tujuan etika profesi keperawatan dapat diartikan sebagai aturan dan tindakan guna menciptakan dan mempertahankan kepercayaan klien kepada perawat, kepercayaan di antara perawat, dan kepercayaan masyarakat kepada profesi keperawatan (Suhaemi, 2002).

American Commission Bureau on Teaching dalam Suhaemi (2002) mencatat bahwa tujuan dari etika keperawatan adalah:

1. Mengetahui dan mengidentifikasi unsur moral dalam praktik keperawatan.
2. Membentuk strategi/cara dan menganalisis masalah moral yang terjadi dalam praktik keperawatan.
3. Menghubungkan prinsip moral yang baik yang dapat dipertanggungjawabkan pada diri sendiri, keluarga, masyarakat dan Tuhan.

Tujuan kode etik keperawatan menurut Mangara, Julianto dan Lismawati, (2008) adalah:

1. Kode etik adalah dasar yang digunakan dalam mengatur hubungan antar perawat, klien, teman, masyarakat dan unsur profesi.
2. Standar yang digunakan jika ada kesalahan yang dilakukan oleh praktisi keperawatan.
3. Mendukung profesi keperawatan dalam menjalankan tugas saat diperlakukan tidak adil.
4. Merupakan dasar dalam menyusun kurikulum pendidikan perawat agar menghasilkan lulusan yang berorientasi pada profesional keperawatan.
5. Memberikan pemahaman kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan keperawatan akan pentingnya sikap profesional dalam menjalankan tugas praktik keperawatan.

Selain hal sebelumnya, Ardiani (2018) juga menambahkan tujuan kode etik keperawatan yaitu sebagai berikut:

1. Pernyataan yang ringkas tentang kewajiban dan tugas etik setiap individu yang memasuki profesi keperawatan.
2. Standar etika profesi yang tidak dapat dinegosiasikan.
3. Ekspresi pemahaman keperawatan sendiri tentang komitmennya kepada masyarakat.

Kode Etik Keperawatan Berdasarkan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2016)

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) menetapkan kode etik keperawatan yang berlaku untuk seluruh perawat di Indonesia. Hal ini terbagi menjadi kode etik antara perawat dan klien, perawat dan praktik, perawat dan masyarakat, perawat dan teman sejawat, dan perawat terhadap profesinya.

1. Perawat dan klien

Perawat diharapkan dapat menghadapi pasien dengan berbagai suku dan ras serta keunikannya masing-masing. Perawat diharapkan tidak membeda-bedakan latar belakang warna kulit, suku, agama, usia dan lainnya. Perawat harus bisa melayani pasien dengan kasih dan mampu menempatkan diri untuk berada di posisi pasien. Jika ingin dilayani dengan baik maka terlebih dahulu melayani dengan baik pula. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

2. Perawat dan praktik

Seorang perawat tentunya harus selalu meningkatkan kemampuan diri sehingga mampu memberikan yang terbaik bagi pasien. Perawatan dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain. Perawat meningkatkan kompetensi dan memelihara mutu pelayanan keperawatan disertai kejujuran secara profesional.

3. Perawat dan masyarakat

Perawat dapat melakukan kegiatan dimasyarakat yang mendukung peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit melalui penyuluhan kesehatan, posyandu, posbindu, serta pelatihan kader.

4. Perawat dan teman sejawat

Menjaga hubungan baik dengan teman sejawat demi kepentingan pasien. Menjaga keselarasan dalam suasana lingkungan kerja dan

melindungi klien dari tenaga kesehatan yang bertindak tidak kompeten.

5. Perawat dan profesi

Perawat perlu untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dengan menempuh pendidikan lebih tinggi. Perawat diharapkan ter-update dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini dibidang keperawatan serta berperan aktif dalam kegiatan pengembangan profesi keperawatan.

Kode Etik Keperawatan Berdasarkan International Council Of Nurses (ICN, 2021)

International Council of Nurses (ICN) menyatakan bahwa Kode etik keperawatan mencatat beberapa hal penting, yaitu kode etik perawat dan masyarakat, perawat dan praktik, perawat dan profesi, perawat dan teman sejawat.

1. Perawat dan masyarakat

Tanggung jawab profesional utama perawat adalah memberikan asuhan keperawatan. Perawat memastikan bahwa setiap individu menerima informasi yang akurat, cukup dan dengan cara yang tepat sesuai dengan budaya. Perawat diharapkan juga dapat menjaga informasi atau rahasia, bertanggung jawab memenuhi kebutuhan kesehatan dan sosial masyarakat khususnya kepada populasi rentan. Perawat menunjukkan nilai profesional seperti hormat, kasih sayang, dapat dipercaya dan berintegritas.

2. Perawat dan praktik

Perawat memikul tanggung jawab dan akuntabilitas pribadi untuk keperawatan dan untuk mempertahankan kompetensi dengan pembelajaran yang berkelanjutan. Perawat mempertahankan standar kesehatan sedemikian rupa sehingga dapat memberikan asuhan. Perawat mempertahankan standar perilaku pribadi yang mencerminkan profesinya dengan baik.

3. Perawat dan profesi

Perawat mengambil peran utama dalam menentukan dan menerapkan standar praktik, manajemen, penelitian dan pendidikan keperawatan

klinis yang dapat diterima. Perawat aktif dalam mengembangkan inti pengetahuan profesional berbasis penelitian yang mendukung praktik berbasis bukti. Perawat bertindak melalui organisasi profesi, berpartisipasi dalam menciptakan lingkungan praktik yang positif dan menjaga kondisi kerja sosial dan ekonomi yang aman.

4. Perawat dan teman sejawat

Perawat mempertahankan hubungan kolaboratif dan saling menghormati dengan rekan kerja di bidang keperawatan dan bidang lainnya. Perawat mengambil tindakan yang tepat untuk melindungi individu, keluarga dan komunitas saat kesehatan mereka terancam oleh rekan kerja lainnya. Perawat mengambil tindakan yang tepat mendukung dan membimbing rekan kerja untuk memajukan perilaku etis.

Pendekatan Dalam Etika Keperawatan

Empat metode pendekatan dalam etika keperawatan adalah otoritas, *consensus hominum*, pendekatan intuisi atau *self-evidence*, dan metode argumentasi (Ardiani, 2018).

1. Metode otoritas

Pendekatan ini menyatakan bahwa dasar setiap tindakan atau keputusan berdasarkan otoritas/ kewenangan sendiri. Otoritas dapat berasal dari manusia atau kepercayaan supernatural, dalam sebuah kelompok manusia, atau institusi seperti majelis ulama, dewan gereja, atau pemerintah. Penggunaan metode ini terbatas hanya pada penganut yang mempercayainya.

2. Metode consensus hominum

Hal ini menggunakan pendekatan berdasarkan pada persetujuan masyarakat luas atau pada sekelompok manusia yang terlibat dalam pengkajian suatu masalah.

3. Metode pendekatan intuisi atau self-evidence

Pendekatan ini dinyatakan oleh para ahli filsafat berdasarkan pada apa yang mereka kenal sebagai konsep teknik intuisi. Metode ini terbatas hanya pada orang-orang yang mempunyai intuisi tajam.

4. Metode argumentasi

Pemahaman ini menggunakan pendekatan dengan mengajukan pertanyaan atau mencari jawaban yang mempunyai alasan tepat.

Tipe-Tipe Etika Keperawatan

Tipe-tipe Etika keperawatan dibagi menjadi tiga (Ardiani, 2018) yaitu:

1. Bioetik

Tipe ini merupakan studi filosofi yang mempelajari tentang kontroversi dalam etik menyangkut masalah biologi dan pengobatan, politik, hukum, dan teologi. Tip bioetik lebih berfokus pada dilema yang menyangkut perawatan kesehatan, kesehatan modern, aplikasi teori etik, dan prinsip etik terhadap masalah-masalah pelayanan kesehatan.

2. Clinical Ethics/ Etik Klinik

Tipe ini adalah bagian dari bioetik yang lebih memperhatikan pada masalah etik selama pemberian pelayanan pada klien. Contoh: adanya persetujuan atau penolakan dan bagaimana seseorang sebaiknya merespons permintaan medis yang kurang bermanfaat.

3. Nursing Ethics/Etik keperawatan

Bagian dari bioetik yang merupakan studi formal tentang isu etik dan dikembangkan dalam tindakan serta dianalisis untuk mendapatkan keputusan etik.

12.3 Teori Dalam Etika Keperawatan

Organisasi yang mewadahi perawat di Indonesia adalah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yang mewajibkan anggota patuh terhadap Undang-Undang RI Nomor 38 tahun 2014, yang menyatakan bahwa pelaksanaan pelayanan keperawatan harus dilaksanakan secara bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman dan terjangkau oleh perawat yang memiliki kompetensi, kewenangan etik dan moral tinggi.

Ariga (2021) mengemukakan ada 8 prinsip dalam etika keperawatan saat perawat memberikan asuhan kepada penerima layanan keperawatan, baik individu, kelompok, keluarga, atau masyarakat, yaitu otonomi, *beneficence*, *non-maleficence*, *confidentiality*, *justice*, *fidelity*, *veracity*, dan *accountability*.

1. Otonomi (Autonomi)

Otonomi berasal dari bahasa latin yaitu *autos* (sendiri) dan *nomos* (aturan), yang diartikan kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri. Arti menghargai otonomi dimaksudkan sebagai menghargai manusia selaku individu yang bermartabat serta bisa memastikan suatu hal untuk dirinya sendiri. Perawat wajib menghargai harkat serta martabat manusia selaku orang yang bisa memutuskan perihal yang terbaik untuk dirinya, dan juga wajib melibatkan pasien dalam membuat keputusan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien tersebut.

2. Beneficence

Berarti berbuat baik, di mana perawat wajib menerapkan tindakan yang menguntungkan klien dan menghindari tindakan yang merugikan klien. Kesepakatan mengenai prinsip beneficence adalah bahwa kepentingan terbaik pasien tetap lebih penting daripada kepentingan diri sendiri.

3. Non-Maleficence

Tindakan untuk tidak membahayakan atau tidak merugikan, baik dengan sengaja menyebabkan kerusakan, menempatkan seseorang dalam bahaya, ataupun secara tidak sengaja menyebabkan kerusakan.

4. Kerahasiaan (Confidentiality)

Confidentiality memiliki arti kerahasiaan. Kerahasiaan dan privasi pasien menjadi aspek penting. Perawat harus mampu menjaga kerahasiaan dan privasi klien seperti keadaan kesehatan klien yang bisa dibaca guna keperluan upaya peningkatan kesehatan klien dan atau atas permintaan pengadilan.

5. Keadilan (Justice)

Keadilan diartikan sebagai sebuah prinsip moral berlaku adil untuk semua individu. Tindakan dan perilaku yang sama dilakukan untuk semua pasien atau individu.

6. Kesetiaan (Fidelity)

Prinsip ini menekankan pada kesetiaan perawat pada komitmennya, menepati janji, menyimpan rahasia, caring terhadap klien/keluarga. Contohnya perawat telah menyepakati bersama klien untuk mendampingi klien pada saat tindakan maka perawat harus siap menemuinya.

7. Kejujuran (Veracity)

Perawat wajib mengatakan yang sebenarnya dan tidak membohongi klien. Kebenaran merupakan hal yang mendasar dalam membina hubungan saling percaya.

8. Accountability

Accountability adalah standar yang pasti bahwa tindakan seseorang yang profesional yang dinilai dalam berbagai kondisi tanpa terkecuali. Contoh perawat bertanggung jawab pada diri sendiri.

12.4 Legal Keperawatan

Perawat wajib menguasai dan memahami hukum guna melindungi dirinya dari pertanggungjawaban serta guna melindungi hak-hak klien. Seorang perawat tidak butuh takut hukum, namun wajib memandang data dan informasi yang mengikutinya sebagai dasar guna memahami apa yang diharapkan oleh masyarakat dari pemberi asuhan keperawatan yang profesional.

Hukum di masyarakat dapat berubah-ubah serta terus berkembang dan berganti yang dimaksudkan guna memenuhi kebutuhan manusia dan tentunya hukum dimaksudkan guna melindungi.

Batasan Legal

Perawat profesional harus memahami batasan legal yang memengaruhi praktik sehari-hari.

Batasan legal menurut Potter dan Perry (2005) adalah:

1. Sumber-sumber hukum

Pedoman legal yang harus diikuti perawat diambil dari undang-undang, hukum pengaturan, dan hukum adat. Yang termasuk sumber-sumber hukum adalah hukum statuta, hukum sipil (pemfitnahan, hujatan, dan pencemaran nama), hukum kriminal, dan hukum pengaturan atau hukum administrasi.

2. Pemberian lisensi

Semua perawat yang terdaftar diberi lisensi oleh *Board of Nursing* negara bagian di mana mereka praktik. Syarat pemberian lisensi berbeda pada setiap negara, tetapi kebanyakan undang-undang lisensi keperawatan memerlukan syarat pendidikan minimal dan ujian lisensi.

Liabilitas Legal Dalam Keperawatan

Potter dan Perry (2005) menerangkan dua aspek liabilitas legal dalam keperawatan dalam, yaitu kesalahan dan meminimalkan liabilitas melalui dokumentasi dan hubungan klien yang efektif.

1. Kesalahan

Kesalahan adalah kesalahan sipil yang dibuat terhadap seseorang atau hak milik baik yang disengaja atau disengaja. Contoh dari kesalahan tidak disengaja adalah kelalaian atau malpraktek. Malpraktek adalah kelalaian yang dilakukan oleh seorang profesional seperti perawat atau dokter, sedangkan kesalahan disengaja yang melanggar hak seseorang, contohnya kelalaian adalah perilaku yang tidak sesuai standar perawatan. Jika perawat melakukan prosedur di mana mereka telah terlatih, tetapi masih membahayakan klien dapat disebut kelalaian dan malpraktek, tetapi jika perawat memberikan perawatan yang tidak memenuhi standar, maka dianggap suatu kelalaian.

Contoh tindakan lalai atau malpraktek profesional adalah: kesalahan terapi intravena yang menyebabkan infiltrasi atau flebitis; luka bakar pada klien karena terapi panas yang tidak tepat pemantauannya; jatuh yang menyebabkan cedera pada klien, sedangkan malpraktek karena

kelalaian yang berhubungan dengan praktik profesional adalah: perawat (terdakwa) berhutang tugas kepada klien (penggugat); perawat tidak melakukan tugas tersebut atau melanggar tugas perawatan.

2. Meminimalkan liabilitas melalui dokumentasi dan hubungan klien yang efektif

Perawat dapat mengurangi terkena perkara hukum dengan mengikuti standar perawatan, memberikan perawatan kesehatan yang kompeten, dan mengembangkan hubungan empati dengan klien, dokumentasi yang hati-hati, lengkap dan objektif, kerahasiaan, dan *informed consent*.

Bab 13

Prinsip-Prinsip Legal Etis Pada Pengambilan Keputusan Dalam Konteks Keperawatan

13.1 Prinsip Legal Keperawatan

Legal merupakan sistem aturan bidang keperawatan terkait pemberian asuhan keperawatan yang sinergi dengan kewenangan dan tanggung jawabnya serta diatur dalam Undang-undang Keperawatan, hal ini berlaku di seluruh perawat di semua lingkup pelayanan keperawatan.

Penerapan prinsip legal dalam keperawatan adalah untuk memberikan kerangka yang jelas untuk mempertahankan standar praktik keperawatan sesuai dengan akuntabilitas di bawah hukum, menentukan tindakan keperawatan berdasarkan aturan hukum, menentukan batas kewenangan tindakan mandiri keperawatan, membedakan kewajiban dan tanggung jawab dengan profesi lain, memperjelas kewenangan dalam melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan jika berada dalam kondisi darurat demi menyelamatkan jiwa.

Aspek legal perawat yang menunjukkan bahwa perawat berwenang melakukan tindakan keperawatan secara formal dibuktikan dengan adanya Surat Tanda Registrasi Perawat (STR).

13.2 Prinsip Etik Dalam Asuhan Keperawatan

Etika keperawatan merupakan syarat penting profesi yang menentukan kekuatan standar profesi yang dituangkan ke dalam bentuk kode etik keperawatan. Perawat yang bertugas melayani masyarakat dengan memberikan asuhan keperawatan tentunya sering kali menghadapi berbagai permasalahan atau konflik etika yang mengharuskan perawat tersebut dalam pengambilan keputusan secara bijaksana sesuai wewenang dan tanggung jawabnya. Sehingga setiap perawat harus memahami isu-isu etik keperawatan yang terjadi serta mengetahui bagaimana solusinya.

Prinsip Etik Dalam Pengkajian Keperawatan

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dalam suatu proses keperawatan yang secara sistematis dilakukan pengumpulan data kesehatan dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Williams and O'Neill, 2018).

Pada tahap pengkajian prinsip etik yang harus dipenuhi oleh perawat di antaranya adalah:

1. **Autonomy (kemandirian):**

Pada tahap pengkajian perawat dapat melakukan pengkajian mulai dari anamnesis sampai dengan pemeriksaan fisik secara mandiri sesuai data fokus pasien untuk mendapatkan data status kesehatan pasien selengkap-lengkapny.

2. **Beneficence (berbuat baik)**

Pada saat perawat melakukan pengkajian tentunya bertujuan demi kebaikan pasien, untuk mengetahui sumber permasalahan kesehatan pasien sehingga dapat dicarikan solusi bagi pasien tersebut.

3. Justice (keadilan)
Perawat tidak boleh membeda-bedakan tindakan pengkajian pada satu pasien dengan pasien lainnya.
4. Non maleficence (tidak merugikan)
Pengkajian yang dilakukan kepada pasien tentunya tidak boleh merugikan pasien misalnya tindakan yang tidak perlu dilakukan tidak boleh sengaja dilakukan hanya untuk kepentingan komersial.
5. Veracity (kejujuran)
Perawat harus menuliskan hasil pengkajian dengan jujur dan mengatakan hasil pengkajian dengan sebenar-benarnya kepada pasien, keluarga atau tenaga kesehatan lainnya agar terapi yang diberikan tepat dan sesuai.
6. Fidelity (menepati janji)
Perawat perlu menepati janji kepada pasien maupun tenaga kesehatan lainnya misalnya pada saat membuat janji untuk melakukan pengkajian maka harus ditepati.
7. Confidentiality (kerahasiaan)
Perawat harus menjaga kerahasiaan pasien termasuk hasil pengkajian yang diperoleh tidak boleh disebarluaskan kecuali jika dimintai keterangan oleh pihak pengadilan.
8. Accountability (bertanggung jawab)
Perawat bertanggung jawab melakukan pengkajian dengan benar dengan sistematika yang tepat baik pendekatan *head to toe* maupun per-sistem.
9. Freedom (kebebasan)
Perawat memiliki kebebasan menjalankan tugas profesi dalam melakukan pengkajian keperawatan tanpa paksaan dari luar dirinya.
10. Advocacy (advokasi)
Perawat dapat melindungi hak-hak pasien dengan mengadvokasi pihak-pihak tertentu bila ada hasil pengkajian yang dirasa perlu dirujuk atau dilakukan pemeriksaan lanjutan.

Prinsip Etik Dalam Penetapan Diagnosis Keperawatan

Pada tahap penetapan diagnosis keperawatan, prinsip etik yang harus dipenuhi oleh perawat di antaranya adalah:

1. **Autonomy (kemandirian)**
Pada tahap penetapan diagnosis perawat secara mandiri dapat menentukan diagnosis keperawatan tanpa ada intervensi pihak lain.
2. **Beneficence (berbuat baik)**
Perawat melakukan penetapan diagnosis keperawatan untuk mengetahui masalah (problem) dan penyebab (etiologi) dan tentunya untuk kebaikan pasien.
3. **Justice (keadilan)**
Perawat tidak boleh membeda-bedakan caring perawat pada saat menetapkan diagnosis keperawatan antara satu pasien dengan pasien lainnya.
4. **Non maleficence (tidak merugikan)**
Penetapan diagnosis keperawatan tidak boleh salah dilakukan karena dapat membahayakan pasien.
5. **Veracity (kejujuran)**
Perawat harus menetapkan diagnosis keperawatan dengan benar agar intervensi yang dilakukan sesuai.
6. **Fidelity (menepati janji)**
Perawat perlu menepati janji kepada pasien maupun tenaga kesehatan lainnya.
7. **Confidentiality (kerahasiaan)**
Perawat harus menjaga kerahasiaan pasien salah satunya adalah diagnosis keperawatan pasien kecuali jika dimintai keterangan oleh pihak pengadilan.
8. **Accountability (bertanggung jawab)**
Perawat bertanggung jawab melakukan pengkajian dengan benar dengan sistematika yang tepat baik pendekatan *head to toe* maupun persistem.

9. Freedom (kebebasan)

Perawat memiliki kebebasan menjalankan tugas profesi dalam melakukan penetapan diagnosis keperawatan tanpa paksaan dari luar dirinya.

10. Advocacy (advokasi)

Perawat dapat melindungi hak-hak pasien dengan mengadvokasi pihak-pihak tertentu bila ternyata hasil diagnosis keperawatan yang dirasa perlu dirujuk atau dilakukan pemeriksaan lanjutan.

Prinsip Etik Dalam Perencanaan Keperawatan

Pada tahap perencanaan keperawatan, prinsip etik yang harus dipenuhi oleh perawat di antaranya adalah:

1. Autonomy (kemandirian)

Pada tahap perencanaan, perawat dapat melakukan secara mandiri sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Beneficence (berbuat baik)

Intervensi keperawatan yang disusun harus bertujuan untuk kebaikan pasien sehingga perencanaan disusun berdasarkan kebutuhan pasien.

3. Justice (keadilan)

Perawat tidak boleh membeda-bedakan rencana tindakan sesuai dengan kelas rawat, ras, suku, agama, perekonomian dan lain sebagainya.

4. Non maleficence (tidak merugikan)

Rencana intervensi keperawatan yang dilakukan tidak boleh merugikan pasien atau keluarga pasien.

5. Veracity (kejujuran)

Perawat harus merencanakan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

6. Fidelity (menepati janji)

Perawat harus menepati janji terhadap pasien maupun tenaga kesehatan lainnya.

7. Confidentiality (kerahasiaan)

Perawat harus menjaga kerahasiaan pasien termasuk perencanaan intervensi apalagi jika diminta oleh pasien yang bersangkutan.

8. Accountability (bertanggung jawab)

Perawat bertanggung jawab melakukan menyusun rencana intervensi keperawatan sesuai kondisi pasien dan harus bertanggung gugat.

9. Freedom (kebebasan)

Perawat memiliki kebebasan dalam merencanakan intervensi keperawatan, asal sesuai dengan undang-undang keperawatan.

10. Advocacy (advokasi)

Perawat dapat merencanakan untuk mengadvokasi pasien jika ada hak-hak pasien yang perlu diperjuangkan.

Prinsip Etik Dalam Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi keperawatan, prinsip etik yang harus dipenuhi oleh perawat di antaranya adalah:

1. Autonomy (kemandirian):

Perawat secara mandiri dapat melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia.

2. Beneficence (berbuat baik)

Implementasi keperawatan yang dilakukan seharusnya untuk kebaikan pasien, tidak sembarangan dalam melakukan implementasi keperawatan

3. Justice (keadilan)

Perawat melakukan implementasi keperawatan secara adil dengan tidak membeda-bedakan berdasarkan kelas sosial.

4. Non maleficence (tidak merugikan)

Implementasi keperawatan yang dilakukan tidak boleh merugikan pasien.

5. Veracity (kejujuran)

Implementasi keperawatan yang dilakukan harus memenuhi unsur kejujuran sesuai dengan kondisi riil pasien.

6. Fidelity (menepati janji)
Perawat harus menepati janji bilamana berjanji untuk melakukan implementasi kepada pasien.
7. Confidentiality (kerahasiaan)
Perawat wajib menjaga kerahasiaan pasien salah satunya adalah implementasi keperawatan kecuali jika dimintai keterangan oleh pihak pengadilan.
8. Accountability (bertanggung jawab)
Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan standar operasional prosedur.
9. Freedom (kebebasan)
Perawat memiliki kebebasan dalam melakukan implementasi keperawatan yang penting sesuai dengan standar operasional prosedur.
10. Advocacy (advokasi)
Perawat boleh mengimplementasikan advokasi hak pasien jika diperlukan.

Prinsip Etik Dalam Evaluasi dan Dokumentasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi dan dokumentasi, prinsip etik yang harus dipenuhi oleh perawat di antaranya adalah:

1. Autonomy (kemandirian):
Pada tahap ini perawat dapat melakukan proses evaluasi dan dokumentasi secara mandiri.
2. Beneficence (berbuat baik)
Perawat melakukan evaluasi dan dokumentasi dengan tujuan untuk kebaikan pasien dan perawat itu sendiri.
3. Justice (keadilan)
Perawat tidak boleh membedakan tindakan antara satu pasien dengan pasien lainnya berdasarkan kelas-kelas sosial.

4. Non maleficence (tidak merugikan)
Proses evaluasi dan dokumentasi yang dilakukan perawat tidak boleh merugikan pasien dan keluarga.
5. Veracity (kejujuran)
Perawat harus menuliskan hasil evaluasi dan hasil dokumentasi secara jujur, tanpa ada yang dikurangi atau yang dilebih-lebihkan.
6. Fidelity (menepati janji)
Perawat perlu menepati janji terhadap pasien misalnya ketika akan melakukan evaluasi keperawatan.
7. Confidentiality (kerahasiaan)
Perawat diharuskan menjaga kerahasiaan pasien termasuk hasil dokumentasi keperawatan.
8. Accountability (bertanggung jawab)
Perawat bertanggung jawab menyelesaikan asuhan keperawatan sampai dengan tahap evaluasi dan dokumentasi.
9. Freedom (kebebasan)
Perawat secara mandiri dan bebas dapat melaksanakan tugas profesi menyusun evaluasi dan dokumentasi keperawatan.
10. Advocacy (advokasi)
Perawat boleh mengajukan hak pasien apabila memerlukan proses evaluasi tingkat lanjut atau memerlukan bukti dokumentasi keperawatan.

13.3 Prinsip Legal Etis Pada Pengambilan Keputusan Dalam Konteks Keperawatan

Perawat yang bertugas melayani masyarakat dengan memberikan asuhan keperawatan tentunya sering kali menghadapi berbagai permasalahan atau konflik etika yang menuntut perawat tersebut untuk bisa mengambil keputusan secara bijaksana sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawabnya. Sehingga seorang perawat harus memahami isu-isu etik keperawatan yang terjadi serta mengetahui bagaimana solusinya.

Isu Etik Retrospektif dan Prospektif

Kecenderungan isu etik keperawatan retrospektif di masa lalu dapat dijadikan acuan untuk menjadi solusi permasalahan etik yang dapat terjadi pada masa prospektif yang akan datang di antaranya adalah:

1. Kuantitas versus kualitas hidup, misal pada kasus pasien yang terpasang alat bantuan hidup seperti ventilator lalu keluarga meminta alat-alat tersebut dilepas hal ini mengakibatkan perawat berada pada posisi dilematis kualitas atau kuantitas hidup yang dipilih.
2. Kebebasan versus Penanganan dan Pencegahan Bahaya, misalnya pada kasus pasien melakukan penolakan suatu tindakan, perawat berada pada posisi dilematis di satu sisi pasien memiliki kebebasan untuk memilih tindakan tetapi di sisi lain pasien akan mengalami dampak negatif bila tidak dilakukan tindakan.
3. Berkata jujur versus berkata bohong, misal pada kasus pasien meminta perawat menceritakan kondisi yang tidak sesuai kenyataannya kepada keluarga pasien.
4. Keingintahuan yang bertentangan dengan agama, falsafah, politik, ideologi dan ekonomi, misalnya kecenderungan masyarakat yang senang mengandalkan jasa dukun untuk menyembuhkan penyakit.
5. Terapi ilmiah konvensional versus terapi coba-coba, misal keyakinan masyarakat dalam pengobatan penyakit gigi dengan menggosokkan getah pepohonan ke gigi.

Masalah etika yang sering terjadi dalam praktik keperawatan saat ini:

1. Malpraktek
 - a. Criminal malpraktek: kesalahan pidana dalam melakukan praktik.
 - b. Civil malpraktek: kesalahan perdata (sipil).
 - c. Malpraktek etik: tindakan keperawatan yang bertentangan dengan etik.
2. Negligence atau kelalaian, yang terdiri dari:
 - a. Malfeasance: tindakan melanggar hukum.
 - b. Misfeasance: pilihan tindakan yang tepat tetapi dilaksanakan tidak tepat.

- c. Nonfeasance: tidak melakukan tindakan keperawatan sesuai kewajibannya.
3. Liability, yaitu pertanggungjawaban seseorang terhadap kesalahan yang dilakukan.

Keputusan Moral

Pengertian moral dalam dunia keperawatan tidak jauh berbeda dengan etika. Persepsi mengenai moral ini mengacu pada standar personal masing-masing perawat mengenai benar dan salah dalam praktik keperawatan (Williams and O'Neill, 2018).

Peran moral ini sangat penting dalam menentukan perilaku etik dalam pemecahan masalah etik. Prinsip moral ini berfungsi dalam penilaian bahwa sebuah tindakan itu diperlukan, dilarang, diizinkan atau diharuskan.

Model Pengambilan Keputusan Dilema Etik

Dilema etik sering kali terjadi di pelayanan kesehatan yang membuat perawat ragu dan perlu pertimbangan mendalam untuk mengambil keputusan.

Beberapa kasus dilema etik yang sering terjadi di antaranya adalah:

1. Pulang paksa

Pulang paksa merupakan suatu terminologi yang dipergunakan jika pasien tidak ingin lagi melanjutkan rawat inap lebih lama dan minta untuk dipulangkan dari perawatan di rumah sakit, tetapi secara medis belum stabil untuk menjalani perawatan di rumah. Pulang paksa ini dapat terjadi karena beberapa hal, di antaranya adalah:

- a. Pasien merasa tidak ada progres penyembuhan atau perbaikan atau tidak ada pengaruh pengobatan, hal ini dapat diakibatkan karena penjelasan dokter tidak jelas sehingga tidak dipahami pasien, tingkat pendidikan pasien dan sosio budaya (sebagian masyarakat masih menganggap terapi alternatif lebih baik).
- b. Pasien tidak nyaman dirawat di rumah sakit karena keadaan ruangan, suasana, makanan atau adanya pasien lain di dalam ruangan.
- c. Pelayanan dan perlakuan tenaga kesehatan kurang memuaskan.

- d. Keterbatasan finansial atau adanya keinginan dirawat di tempat yang lebih bergengsi (bagi pasien kelompok menengah ke atas).
 - e. Adanya harapan dan keinginan pribadi yang dianggap lebih berharga dibandingkan menjalani perawatan.
2. Do Not Resuscitate (DNR); With Holding/ Withdrawal
- Do Not Resuscitate* (DNR) adalah suatu situasi di mana seorang pasien sudah tidak bisa dilakukan resusitasi atau bantuan hidup dasar apabila terjadi henti napas dan atau henti jantung. Hal ini menimbulkan dilema karena di satu sisi perawat harus memberikan pertolongan pada pasien yang meregang nyawa tetapi di sisi lain pasien tertentu dengan status DNR tidak dapat diberikan bantuan karena tidak memiliki harapan hidup, pemberian bantuan hidup dasar dianggap hanya akan menambah kesakitan dan penderitaan pada pasien tersebut. Pasien dengan status DNR di antaranya adalah pasien kanker.
- With holding merupakan situasi menunda terapi atau bantuan hidup pada pasien yang dianggap tidak memiliki harapan hidup. Withdrawal merupakan penghentian bantuan hidup dasar pada pasien yang terpasang alat bantu seperti ventilator, alat pacu jantung, dan lain sebagainya. Keputusan untuk melakukan hal ini tentunya harus dikomunikasikan terlebih dahulu kepada keluarga berdasarkan hasil diskusi tim medis.
3. Euthanasia
Euthanasia merupakan suatu tindakan yang dengan sengaja mengakhiri hidup seorang pasien untuk mengurangi penderitaannya akibat penyakit yang tidak dapat disembuhkan.
 4. Transplantasi organ.
 5. Perkiraan kematian klinis.
 6. Kualitas kehidupan.
 7. Isu masalah etik dalam tindakan keperawatan.

Model Pengambilan Keputusan Dilema Etik

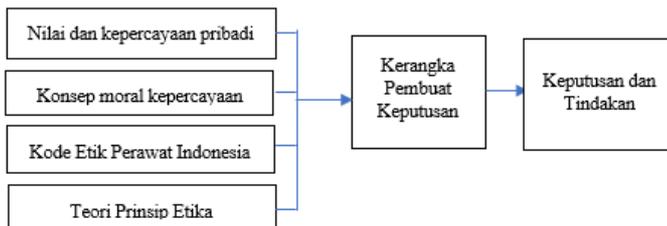
Teori atau model dalam pengambilan keputusan dapat dilakukan melalui beberapa tahap (Utami, 2016), di antaranya adalah:

1. Teori dasar pembuatan keputusan

Teori dasar pembuatan keputusan merupakan acuan dalam memutuskan kebijakan atau menetapkan solusi suatu masalah dalam praktik profesional yang terdiri dari pendekatan teori teologi dan deontologi. Teori deontologi menekankan bahwa sebuah tindakan dinilai baik atau buruknya secara etik jika tindakan tersebut sesuai atau tidak dengan kewajiban, sedangkan teori teleologi adalah suatu teori yang berasumsi bahwa dasar pembuatan keputusan harus berdasarkan pada tujuan tertentu.

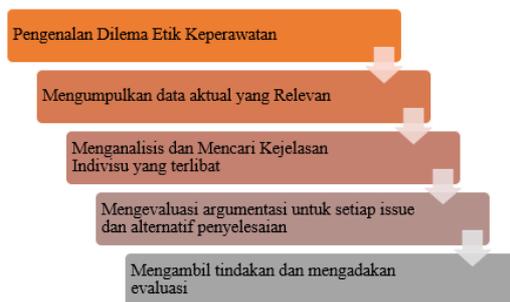
2. Kerangka pembuatan keputusan.

Pemecahan masalah etik keperawatan harus dilakukan dengan menggunakan kerangka penyelesaian masalah dalam menjalankan praktik keperawatan profesional. Terdapat beberapa unsur yang memengaruhi proses pembuatan keputusan, di antaranya adalah: konsep moral perawat, nilai dan kepercayaan pribadi, prinsip etik, kode etik keperawatan dan model kerangka keputusan etik yang digambarkan melalui diagram berikut ini:



Gambar 13.1: Faktor Memengaruhi Pengambilan Keputusan Pembelajaran (Durkheim, 1992)

Berbagai ahli telah mengidentifikasi kerangka model pengambilan keputusan etik yang untuk memecahkan permasalahan dilema etik.



Gambar 13.2: Kerangka Pembuatan Keputusan (Dock L., 2015)

Penyelesaian masalah etika keperawatan terdiri dari tiga model yang dijelaskan melalui tabel berikut:

Tabel 13.1: Integrasi Teknologi Sebagai Alat Asesmen Pembelajaran (Summak, Samancioğlu and Bağlıbel, 2010)

Model I	
Tahap	Keterangan
1	Identifikasi masalah. Pada tahap 1 ini dilakukan klasifikasi masalah dilihat dari nilai dan konflik hati nurani. Perawat perlu melakukan pengkajian terkait keterlibatannya pada masalah etika yang muncul dan memperhitungkan parameter waktu untuk proses penetapan keputusan. Tahap ini memberikan jawaban pada perawat terhadap pernyataan, “Hal apakah yang akan membuat tindakan benar adalah benar?” Nilai-nilai diklasifikasi dan peran perawat dalam situasi yang terjadi diidentifikasi pada tahap ini.
2	Perawat harus mengidentifikasi data tambahan. Informasi yang dikumpulkan dalam tahap ini terdiri dari siapa orang yang dekat dengan klien, apa saja harapan/keinginan pasien dan siapa saja yang terlibat dalam pembuatan keputusan. Perawat melanjutkan dengan membuat laporan tertulis kisah dari konflik yang terjadi.
3	Perawat harus mengidentifikasi alternatif secara terbuka kepada pembuat keputusan. Semua tindakan yang memungkinkan harus terjadi, termasuk hasil yang mungkin diperoleh beserta dampaknya. Tahap ini memberikan jawaban atas pertanyaan, “Jenis tindakan apa yang benar?”. Perawat harus memikirkan masalah etis secara berkesinambungan. Hal ini berarti perawat mempertimbangkan nilai dasar manusia yang penting bagi individu, nilai dasar manusia yang menjadi pusat masalah, dan prinsip etis yang dapat dikaitkan dengan masalah. Tahap ini menjawab pertanyaan, “Jenis tindakan apa yang benar?” Pembuat keputusan harus membuat keputusan, artinya pembuat keputusan memilih tindakan yang menurut keputusan mereka paling tepat. Tahap ini menjawab pertanyaan etika, “Apa yang harus dilakukan pada situasi tertentu?” Tahap akhir adalah melakukan tindakan dan mengkaji keputusan dan hasil

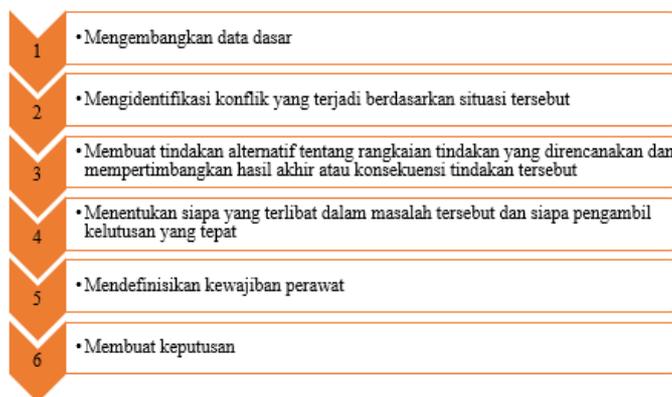
Model II	
Tahap	Keterangan
1	Mengenali dengan tajam masalah yang terjadi, apa intinya, apa sumbernya, mengenali hakikat masalah.
2	Pembuat keputusan harus membuat keputusan. Ini berarti bahwa pembuat keputusan memilih tindakan yang menurut keputusan mereka paling tepat. Tahap ini menjawab pertanyaan etika, "Apa yang harus dilakukan?"
3	Menganalisis data yang telah diperoleh dari menganalisis kejelasan orang yang terlibat, bagaimana kedalaman dan intensitas keterlibatannya, relevansi keterlibatannya dengan masalah etika. Berdasarkan analisis yang telah dibuat, mencari kejelasan konsep etika yang relevan.
4	Mengonsep argumentasi semua jenis isu yang didapati merasionalisasi kejadian, kemudian membuat alternatif tentang tindakan yang akan diambilnya
5	Langkah selanjutnya mengambil tindakan, setelah semua alternatif diuji terhadap nilai yang ada di dalam masyarakat dan ternyata dapat diterima maka pilihan tersebut dikatakan sah (valid) secara etis. Tindakan yang dilakukan menggunakan proses yang sistematis. Langkah terakhir adalah mengevaluasi, apakah tindakan yang dilakukan mencapai hasil yang diinginkan mencapai tujuan penyelesaian masalah, bila belum berhasil, harus mengkaji lagi hal-hal apa yang menyebabkan kegagalan, dan menjadi umpan balik untuk melaksanakan pemecahan/penyelesaian masalah secara ulang.
Model III	
Tahap	Keterangan
1	Tinjau ulang situasi yang dihadapi untuk menentukan masalah kesehatan, keputusan yang dibutuhkan, komponen etis individu keunikan.
2	Kumpulkan informasi tambahan untuk memperjelas situasi.
3	Identifikasi aspek etis dari masalah yang dihadapi.
4	Ketahui atau bedakan posisi pribadi dan posisi moral profesional
5	Identifikasi posisi moral dan keunikan individu atau berlainan.
6	Identifikasi konflik-konflik nilai bila ada.
7	Gali siapa yang harus membuat keputusan.
8	Identifikasi rentang tindakan dan hasil yang diharapkan.
9	Tentukan tindakan dan laksanakan.
10	Evaluasi hasil keputusan/tindakan.

Perawat memiliki tanggung jawab dalam penyelesaian masalah etik, artinya perawat harus memahami norma dalam setiap perilaku keperawatan.

3. Contoh pemecahan dilema etik

Dilema etik adalah suatu masalah pelik dan sulit yang tidak memiliki alternatif yang memuaskan atau kepuasan antara pihak-pihak yang berseteru tidak seimbang. Pada kondisi dilema etik tidak ada yang

benar dan yang salah, akan tetapi untuk dapat mengambil keputusan etik perawat harus memiliki pemikiran rasional bukan emosional. Kerangka pemecahan masalah dilema etik keperawatan dilakukan secara ilmiah dengan kerangka sebagai berikut:



Gambar 13.3: Kerangka Pemecahan Masalah Dilema Etik Keperawatan (Durkheim, 1992)

4. Penerapan pemecahan masalah dilema etik

Kasus:

Bapak X, 58 tahun, dirawat di RS, dengan HIV positif dan AIDS akibat penggunaan narkoba dengan jenis jarum suntik penggunaan bersama dan *free sex*. Bapak X mengalami depresi dan merasa bersalah namun takut untuk memberitahu istrinya. Bapak X meminta dokter dan perawat untuk tidak menceritakan hal tersebut kepada istri dan keluarganya. Istri Bapak X berkali-kali bertanya kepada perawat ruangan mengenai penyakit suaminya. Perawat ruangan mengalami dilema karena jika mengatakan berarti hal ini akan merusak integritas terhadap pasien tetapi di sisi lain perawat memiliki tugas agar bisa mencegah penularan terhadap istrinya dan orang lain.

Mengembangkan data dasar:

- a. Orang yang terlibat: klien, istri, dokter, perawat, keluarga.
- b. Tindakan yang diusulkan: tidak memberi tahu penyakit klien.
- c. Maksud tindakan tersebut: menghindari konflik dengan keluarga (perceraian, pengambilan hak asuh anak).

- d. Konsekuensi tindakan yang diusulkan: bila informasi tidak diberi tahu, klien dapat menulari istrinya atau bahkan sudah tertular HIV dari suaminya.

Identifikasi konflik akibat situasi:

- a. Konflik yang terjadi adalah perawat ingin jujur kepada istri klien untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan.
- b. Perawat ingin menjaga kepercayaan klien dengan tidak menyebarkan informasi penting klien.
- c. Konflik efek yang mungkin timbul pada kasus adalah istri klien stres, meminta cerai, pengambilan hak asuh anak.

Penentuan tindakan alternatif yang diusulkan:

- a. Diskusi dengan kepala ruangan dan dokter mengenai alternatif tindakan lain.
- b. Memberi pemahaman kepada klien mengenai dampak jika tidak diinformasikan status penyakit klien.
- c. Memberi tahu istri klien dengan seizin klien.
- d. Konsekuensi alternatif tindakan ini adalah mengingkari kesepakatan dengan pasien, menguntungkan kesehatan istri klien dengan preventif sedini mungkin.

Penetapan siapa pembuat keputusan:

- a. Menetapkan siapa yang terlibat dalam keputusan dan mengapa.
- b. Menentukan untuk siapa keputusan dibuat.
- c. Menetapkan apa saja kriteria untuk menentukan siapa pembuat keputusan dengan memperhatikan aspek sosial, ekonomi, fisiologi, psikologis, peraturan dan hukum.
- d. Menetapkan prinsip-prinsip moral yang terjadi pada kasus.

Definisikan kewajiban perawat:

- a. Meningkatkan kesejahteraan pasien/ klien.
- b. Membuat keseimbangan kebutuhan klien tentang otonomi dan tanggung jawab keluarga tentang kesehatan klien.

- c. Mendukung keluarga.
- d. Melaksanakan peraturan rumah sakit.
- e. Melindungi standar keperawatan.

Membuat keputusan:

Pada pengambilan keputusan kasus dilema etik, tidak ada jawaban yang benar ataupun salah tetapi perlu melihat pertimbangan keputusan untuk pendekatan yang terbaik.

5. Faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan etik dalam praktik keperawatan

Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi seorang perawat dalam mengambil keputusan etik, di antaranya adalah:

a. Faktor sosial

Nilai tradisi yang diyakini oleh masyarakat tertentu diyakini memengaruhi cara seseorang dalam mengambil keputusan, misalnya kaum perempuan yang kurang dianggap rasional dalam memandang masalah cenderung kurang dipercaya kebijaksanaannya.

b. Faktor agama dan kebudayaan

Keyakinan beragama dan kebudayaan tertentu juga memengaruhi cara pengambilan keputusan yang berlandaskan pada aturan agama maupun aturan adat.

c. Faktor ekonomi.

Faktor ekonomi atau keuangan atau pembiayaan dapat memengaruhi pengambilan keputusan, misalnya banyak pasien melakukan penolakan perawatan atau meminta pulang paksa karena permasalahan biaya kesehatan.

d. Faktor pekerjaan

Pengambilan keputusan dilema etik harus mempertimbangkan juga pekerjaan pasien karena status pekerjaan akan memengaruhi keputusan pasien.

- e. Faktor legislasi atau keputusan yuridis
Perubahan sosial dan legislasi menyebabkan timbulnya suatu reaksi tindakan tertentu.

Daftar Pustaka

- Aini, N. (2018) Teori Model Keperawatan: Keperawatan. UMMPress.
- Akansel, N., Watson, R., Vatansever, N., Özdemir, A., (2021). Nurses' perceptions of caring activities in nursing. *Nurs Open* 8, 506–516. <https://doi.org/10.1002/nop2.653>
- Ali, Zaidin. H. (2002). *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta : Widya Medika
- Ali, Zainidin, H. (2001) “Dasar-dasar Keperawatan Profesional” Jakarta: Widya Medika.
- Ardiani, N. D. (2018) *Modul Ajar Etika Keperawatan*. Surakarta: Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada.
- Arief, dkk (2017) ‘Perilaku Caring Perawat Meningkatkan Kepuasan Ibu Pasien (Nurse’ Caring Behaviour Improve the Satisfaction of Patient’s Mother)’, *Jurnal Ners*, 4(2), pp. 144–148.
- Arora, A. K. dan Srinivasan, R. (2020) “Impact of Pandemic COVID-19 on the Teaching–Learning Process: A Study of Higher Education Teachers,” *Prabandhan: Indian Journal of Management*, 13(4), hal. 43–56.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Awaru, A. o. . (2020) *Konstruksi Sosial Pendidikan Seksual pada Orang Tua dalam Keluarga Bugis- Makassar*.
- Aziz Alimul Hidayat, (2004) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, jakarta Salemba Medika

- Aziz Alimul Hidayat, (2008) Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Jakarta Salemba Medika
- Baillie, L. and Black, S. (2015) Professional Values in Nursing. CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Baret, E. (20017). Again, What is Nursing Science?. Nursing Science Quarterly, 30(20), 129-133. <https://doi.org/10.1177/0894318417693313>
- Black, B. P. (2017) Professional Nursing Concepts & Challenges. Eighth Edi. St. Louis, Missouri 63043: Elsevier.
- Blasdell, N., (2017). The Meaning of Caring In Nursing Practice. Int J Nurs Clin Pract 4. <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/238>
- Budiono, S. B. P. (2015) Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- Burnard Philip & Morrison Paul (2019) 'Caring & Communicating alih bahasa Widyawati. Edisi 2', (Jakarta: EGC.).
- Carpenito, L.J. (1997). Nursing Diagnosis Application to Clinical Praktice, 7 th Edition.Lippincoth.
- Carpenito, L.J. (2009) "Buku Saku Diagnosa Keperawatan" Jakarta: EGC.
- CDC (2012) Introduction to Epidemiology. Available at: <https://www.cdc.gov/CSELS/DSEPD/SS1978/Lesson1/Section8.html#TXT116>.
- Darji, D.S. (2006). Pokok-Pokok Filsafat Hukum, Apa Dan Bagaimana Filsafat Hukum Di Indonesia. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Dock L., E. a. (2015) 'Nursing Ethics', Sage, (September).
- Doengeus, M. E. dan Moorhaouse, M. F. (2001). Rencana Perawatan Maternal/Bayi, Pedoman Untuk Perencanaan Dan Dokumentasi Perawatan Klien. Edisi 2.Jakarta: EGC.
- Doengoes, Marilyn, E. (2000) "Rencana Asuhan Keperawatan" Jakarta: EGC.
- Donahue, M.P. (1996). Nursing The Finest Art. An Illustrated History. Second Edition. USA : Mosby-Year, inc
- Durkheim, E. (1992) Professional Ethics and Civic Morals. London: Brookfield.
- Dwidiyanti, M. (2017) 'Kunci Sukses Perawat/Ners Mengamalkan Ilmu Caring', (Semarang:Hasani).

- Effendy, N. (1995). *Pengantar Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Elon, Y. et al. (2021) *Teori dan Model Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Freeth, D., Savin-Baden, M. and Thistlethwaite, J. (2018) 'Interprofessional education', *Understanding Medical Education: Evidence, Theory, and Practice*, 14(3), pp. 191–206. doi: 10.1002/9781119373780.ch14.
- George, A., Renjith, V. and G, R. (2015) 'Inter-Professional Education', *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, Volume 14(Issue 3), pp. 35–38. doi: DOI: 10.9790/0853-14363538.
- Glanz, K. and Bishop, D.B. (2010) 'The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions', *Annual Review of Public Health*, 31, pp. 399–418. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>.
- Goetz, J., Keltner, D., Simon-Thomas, E. (2010). *Compassion : An Evolutionary Analysis and Empirical Review*. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. Doi.10.1037/a0018807
- Gozali, A. P. (2020) 'Diagnosis, Tatalaksana dan Pencegahan Hepatitis B dalam Kehamilan', *Cermin Dunia Kedokteran*, 47(7), pp. 354–358.
- Grove, S. K. and Gray, J. R. (2018) *Understanding nursing research e-book: Building an evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.
- Haryanto. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan Dengan Pemetaan Konsep (Concept Mapping)*. Jakarta : Salemba Medika
- Hidayat (2013) 'konsep holistik dalam keperawatan melalui pendekatan model.' Available at: <https://adoc.pub/konsep-holistik-dalam-keperawatan-melalui-pendekatan-model>.
- Hidayat, A. A. A. (2007) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. ed. 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz, A. (2004). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A.A. (2009). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

- Hornstvedt, M.-E. T. et al. (2018) 'Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review', *BMC medical education*, 18(1), pp. 1–11.
- International Council of Nurses (ICN) (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses, 20 October 2021. Available at: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf (Accessed: 10 November 2022).
- Ita, K., Pramana, Y. and Righo, A. (2021) 'Implementasi Interprofesional Collaboration Antar Tenaga Kesehatan yang Ada di Rumah Sakit Indonesia; Literatur Review', *Jurnal ProNers*.
- Julia B. George, RN, PhD (editor) (1995), *Nursing Theories, The Base for Profesional Nursing Practice*. 4 th. Appleton and Lange Norwalk, Connecticut
- Karlsson, M., Pennbrant, S., (2020). Ideas of caring in nursing practice. *Nursing Philosophy* 21. <https://doi.org/10.1111/nup.12325>
- Kementerian Kesehatan RI. (2014) "Undang-Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan" Jakarta.
- Korniewicz, D. M. (2015) *Nursing Leadership and Management The Advanced Practice Role*. Lancaster, Pennsylvania, USA: DEStech Publications.
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder (2011) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*., ed. 7. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Kusnanto (2013) *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Kusnanto. (2004). *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : EGC
- La Ode, J. (1999). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC
- Leavell dan Clark (1979) *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. Robert E. Krieger Publishing Company, Huntington, New York
- Mangara, A., Julianto, S. and Lismawati, S. (2008) *Etika Keperawatan (Buku Praktis Menjadi Perawat Profesional)*. Indramayu: Adap.
- Marinier-Tomey, A. (1994). *Nursing Theorist and Their Work*. (3th ed.) Philadelphia: Mosby

- Masters, K. (2020) *Role development in professional nursing practice*, Jones & Bartlett Learning.
- McCance, T. v., (2003). *Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework*. *Res Theory Nurs Pract* 17. <https://doi.org/10.1891/rtnp.17.2.101.53174>
- Meleis, A. I. (2016) ‘Interprofessional Education : A Summary of Reports and Barriers to Recommendations’, pp. 106–112. doi: 10.1111/jnu.12184.
- Melnyk, B. M. and Fineout-Overhold, E. (2022) *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mubarak, Wahit Iqbal dan Nurul Chayatin. 2009, *Ilmu Keperawatan*
- Mudhofir, A. (2010). *Filsafat Ilmu : Sebagai Dasar Pengembangan Ilmu Pengetahuan* (2nd ed) Yogyakarta : Liberty
- Muhlisin, A., & Ichsan, B. (2018) ‘Aplikasi model konseptual caring dari Jean Watson dalam asuhan keperawatan. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*’, *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 1(3), pp. 147–150.
- Muhlisin, A., & UMS, F. (2014) ‘Aplikasi Model Konseptual Caring Dari Jean Watson Dalam Asuhan Keperawatan.’, pp. 147–150.
- NAnda. (2006). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification*. Dalam http://www.Nanda.org/Portals/0/PDFs/NANDA-1%20Pubs/New_Book_Now_4_08.pdf/
- Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing*. Harrison & Sons, London. Reprinted (1992) Philadelphia : J.B. Lipincott Company, commemorative Edition : *In Nursing*
- NLN Board of Governors (2015) ‘Interprofessional collaboration in education and practice: A living document from the national league for nursing’, (December), pp. 1–10. Available at: <http://www.nln.org/docs/default-source/default-document-library/ipe-ipp-vision.pdf?sfvrsn=14>.
- Nursalam (2001) *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, dan S. P. (2010) ‘Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan.’, (CV. Agung Seto. Jakarta.).

- Nursalam. (2000). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2007) “Manajemen Keperawatan, Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional” (ed. 2) Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Palos, G.R. (2014). Care, Comparison and Communication in Professional Nursing : Art, Science, or Both. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(2). 247-248. Doi.10.1188/14.CJON.247-248
- Paul Morrison (2009) ‘Caring & Communicating’, (Jakarta: EGC.).
- Pearson & Vaughan, (1999). *Nursing models for practice*. London: Heinemann Nursing
- Pender, N. (2011) *The Health Promotion Model*. Available at: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf.
- Peplau, H.E. (1988). *The Art and Science of Nursing Similarities, Differences and Relations*. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 8-15. Doi.10.1177/089431848800100105
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) (2016) *Kode Etik Keperawatan Indonesia*, 27 Juni 2016. Available at: https://ppni-inna.org/doc/ADART/KODE_ETIK_KEPERAWATAN_INDONESIA.pdf (Accessed: 10 November 2022).
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktek*. Edisi 2. Jakarta: EGC. Priharjo, P. 1996. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC. Talbot. L. A. & Mary Meyers – Marquardt. 1997. *Pengkajian*
- Potter, P. A. and Perry, A. G. (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. 4th edn. Jakarta: EGC.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2005) *Fundamentals of Nursing*. 6th edn. Elsevier Mosby.
- Potter, P.A. et al. (2013) *Fundamental of Nursing*. 8th edn. Elsevier Health Sciences.

- Potter, P.A. et al. (2021) *Fundamentals of Nursing*. 11th edn. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P.A., dan Perry, A.G. (2009) "Fundamental of Nursing" Seven Edition. (Terj. AndrinaFerdrika). Jakarta: Salemba Medika.
- Potter.PA. Perry AG. (2010.) *Fundamental of Nursing Fundamental Keperawatan*, Buku 1, Ed 7, Salemba Medika
- Prastyanto, B. T., Suprpti, F. and Surianto, F. (2022) 'Hubungan Minat, Sumber Informasi Dan Lingkungan Belajar Dengan Pengetahuan Tentang Evidence-Based Practice In Nursing Pada Mahasiswa Sarjana Keperawatan', *Carolus Journal of Nursing*, 4(2), pp. 144–153.
- Price, S. L. et al. (2021) 'Pre-entry perceptions of students entering five health professions: implications for interprofessional education and collaboration', *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 35(1), pp. 83–91. doi: 10.1080/13561820.2019.1702514.
- Priharjo Robert. (2008) *Konsep dan Prespektif Praktik Keperawatan Profesional*", Jakarta EGC. Jakarta: EGC.
- Putri, E. M. I. (2020) 'Sistem Penilaian Kinerja perawat pelaksana berbasis caring'.
- Republik Indonesia, (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan*.
- Rieman, D., (1989). *Nursing: Human Science and Human Care*. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 27. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19890501-21>
- Rosenstock, I.M. (1974) 'The Health Belief Model and Preventive Health Behavior', *Sage Journals*, 2(4). Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/109019817400200405>.
- Schmitt, M. et al. (2011) 'Core competencies for interprofessional collaborative practice: Reforming health care by transforming health professionals' education', *Academic Medicine*, 86(11), p. 1351. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182308e39.
- Shaw, H.K., Degazon, C. (2008). *Integrating The Core Professional Value of Nursing : A Profession Not Just A Career*. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 44-50

- Silva Júnior, E.J. da, Balsanelli, A.P., Neves, V.R., (2020). Care of the self in the daily living of nurses: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0668>
- Simamora, M., Pardede, J. A., & Irwan, F. (2020) ‘The Caring Attitude of Nurses and Mother’s Motivation for Child Immunization Attendance. CARING’, <https://doi.org/10.32734/ijns.v2i1.4003>, 2(1), pp. 1–7.
- Siswomihardjo, K.W. (2010). Ilmu Pengetahuan Sebuah Sketsa Umum Mengenai Kelahiran dan Perkembangannya Sebagai Pengantar Untuk Memahami Filsafat Ilmu, Filsafat Ilmu : Seegai Dasar Pengembangan Ilmu Pengetahuan (2nd ed). Yogyakarta : Liberty
- Skbanergrt (2021) Health Belief Model. Available at: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dynamic_Health_Belief_Model2.gif.
- Soeprapto, S. (2010). Filsafat Ilmu : Sebagai Dasar Pengembangan Ilmu Pengetahuan (2nd ed.). Yogyakarta : Liberty
- Spaulding, E. M. et al. (2019) ‘Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action’, *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis, 00(00), pp. 1–10. doi: 10.1080/13561820.2019.1697214.
- Suarli. S dan Yanyan Bahtiar. (2012) “Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis” Jakarta: Erlangga.
- Suchman, E.A. (1965) ‘Stages of Illness and Medical Care’, *Journal of Health and Human Behavior*, 6(3), pp. 114–128. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2948694>.
- Suhaemi, M. E. (2002) *Etika Keperawatan Berbasis: Aplikasi pada Praktik*. Jakarta: EGC.
- Sukaesih, N. S. et al. (2021) ‘Interprofesional Education (IPE) dalam Keperawatan’, *Jurnal Keperawatan Silampari*, Volume 5,. doi: DOI: <https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2424>.
- Summak, M. S., Samancioğlu, M. and Bağlıbel, M. (2010) ‘Technology integration and assesment in educational settings’, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), pp. 1725–1729.

- Swanburg, R. (2000) "Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat" Jakarta: EGC.
- Taylor, C.R. et al. (2011) *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care*. 7th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Tim Depkes RI. (1993) *Keperawatan Kritis*. Edisi 2 Jakarta: EGC.. Standar Asuhan Keperawatan. Jakarta: PPNI.
- Travis, J.W. (2018) *The Illness-Wellness Continuum*. Available at: <http://www.thewellspring.com/wellspring/introduction-to-wellness/357/key-concept-1-the-illnesswellness-continuum.cfm.html>.
- Trzeciak, S., Mazzairelli, A. (2019). *Compassionomics : The Revolutionary Scientific Evidence That Caring Makes a Difference*. Studer Gorup, LLC
- Tucker, S. J. and Gallagher-Ford, L. (2019) 'EBP 2.0: From strategy to implementation', *AJN The American Journal of Nursing*, 119(4), pp. 50–52.
- Utami, N. W. (2016) *Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- van Diggele, C. et al. (2020) 'Interprofessional education: tips for design and implementation', *BMC Medical Education*. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), pp. 1–6. doi: 10.1186/s12909-020-02286-z.
- van Os, J. et al. (2019) 'The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change?', *World Psychiatry*, 18(1), pp. 88–96.
- Wahit Iqbal Mubarak (2009) *Pengantar Komunitas 1.2nd*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Walker, L. E., Cross, M. and Barnett, T. (2019) 'Students' experiences and perceptions of interprofessional education during rural placement: A mixed methods study', *Nurse Education Today*. Elsevier, 75(June 2018), pp. 28–34. doi: 10.1016/j.nedt.2018.12.012.
- Watson, J. (2008). *Caring Science Theory*. Watson Caring Science Institute. <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>

- Watson, J., (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Nurs Adm Q 3. <https://doi.org/10.1097/00006216-197900340-00010>
- Watson, J., (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. NLN Publ.
- West, C. et al. (2015) 'Tools to investigate how interprofessional education activities link to competencies', *Medical Education Online*, 20(1). doi: 10.3402/meo.v20.28627.
- White, K. (2002). *Nursing as vocation*. *Nursing Ethics*, 9(3), 279-290. Doi:10.1191/0969733002ne510oa
- Wilkinsn Judith M. (2005). *Nursing Diagnosis Handbook With NIC. Intervention and NOC Outcomes*. Eighth Edition. New Jersey: Pearson Education.
- Williams, P. and O'Neill, P. A. (2018) *Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. St.Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Zechariah, S. et al. (2019) 'Interprofessional education and collaboration in healthcare: An exploratory study of the perspectives of medical students in the united states', *Healthcare (Switzerland)*, 7(4), pp. 1–11. doi: 10.3390/healthcare7040117.

Biodata Penulis



Dian Permatasari lahir di Sumenep tanggal 21 Maret 1984. Beliau menempuh pendidikan Dasar di SDN Bangkal II Sumenep, untuk selanjutnya SMP 1 Sumenep dan untuk sekolah menengah atas di SMU Muhammadiyah 1 Sumenep, kemudian Dian juga melanjutkan ke jenjang perguruan tinggi Diploma 3 Kebidanan di STIKES Mojopahit Mojokerto dan melanjutkan ke Diploma 4 di Universitas Kadiri dan untuk jenjang S2 beliau mengambil pendidikan di Universitas Diponegoro dengan konsentrasi



Anis Laela Megasari S.Tr.Kep., M.Tr.Kep lahir di Kabupaten Semarang 03 Maret 1994. Jenjang pendidikan penulis dimulai dari Diploma III sampai Program Magister di Poltekkes Kemenkes Semarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen aktif di Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi Universitas Sebelas Maret (UNS). Penulis aktif melakukan kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui email anislaela333@gmail.com



Andria Praghlapati lahir di Bandung, pada 23 Agustus 1988. Riwayat pendidikan Sarjana, Profesi Ners, dan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran (UNPAD) Bandung. Penulis pernah mengikuti Program Doktorat Manajemen SDM di TRISAKTI dan Program Doktorat Pengembangan Kurikulum Universitas Pendidikan Indonesia. Tahun 2022 mendapat Beasiswa Pendidikan Indonesia untuk Program Doktorat Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Peminatan Keperawatan di Universitas Diponegoro. Pengalaman bekerja diawali sebagai Perawat Homecare hingga pernah menjadi seorang

Product Specialist sebelum akhirnya menjadi Dosen Tetap di Program Studi Keperawatan Fakultas Pendidikan Olah Raga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Indonesia. Saat ini menjabat sebagai Sekretaris Kendali Mutu FPOK, yang sebelumnya menjadi Ketua Gugus Kendali Mutu Prodi Keperawatan FPOK UPI dan Ketua pengembangan kurikulum Keperawatan UPI. Penulis memiliki lembaga yang bernama lesprivates yang bergerak di bidang pelatihan dan penelitian. Penulis menikah dengan Putri Yesti Diana, ST dan dikaruniai putri kembar (Rakana Alkhaleena Andari dan Raina Alisha Andari) dua orang putra (Mohammed Rafka Abayomi Andari dan Mohammed Razan Ayres Andari).



Cory Nelia Damayanti lahir di Sumenep, pada Bulan Maret 1984. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Sebelas Maret Surakarta. Wanita yang kerap disapa Cory. Saat ini bekerja sebagai salah satu Dosen Program Studi Keperawatan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Madura.



Nurhidayah Amir lahir di Pangkep, pada 7 Oktober 1989 dari pasangan M. Amir. T (ayah) dan Kudusia, S.Pd (Ibunda). Memiliki dua orang putri (Ayu Shabrina Aura Marsyah dan Dwi Lestari Pratiwi). Lulus S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur tahun 2016. Saat ini adalah dosen tetap di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jayapura. Selain mengajar Aya juga aktif melakukan penelitian, kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan kerap menjadi Narasumber pada berbagai kegiatan yang sesuai dengan bidangnya.



Budiono SKp M.Kes, Lahir di Kediri, 12 Juli 1969, Menyelesaikan Pendidikan S1 di PSIK – FK Unpad Th 1998, dan S2- Biomedik di Universitas Hasanuddin Th 2006. Bekerja sebagai Dosen Pengajar di Akper/STIKES Panakkukang Makassar 1994 – 2000, Poltekkes Kemenkes Kendari 2000 – 2016, Poltekkes Kemenkes Malang 2016 - sekarang



Ns. Shieva Nur Azizah Ahmad, S,Kep., M.Kep lahir di Tangerang, pada 14 Juni 1990. Wanita yang kerap disapa Shifa ini adalah anak dari pasangan (Alm) Dr. H. Achmad Badawi, S.Pd., MM dan (Alm) Nuraini. Ia tercatat menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Tangerang (2008-2013) kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2014-2016). Aktif dalam melakukan catur dharma perguruan tinggi yakni pendidikan dan pengajaran, penelitian dan pengembangan, pengabdian masyarakat serta

kemuhammadiyah. Saat ini sebagai dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang. Terlibat sebagai pengelola jurnal dalam Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia [JKI] serta sebagai Editor in Chief pada Jurnal JKFT.



Melva E.M. Manurung lahir di Tanjung Pasir Kecamatan Parmaksian Kabupaten Toba Sumatera Utara pada 30 Maret 1984. Tercatat sebagai lulusan Universitas Sumatera Utara. Wanita yang kerap disapa Melva ini adalah anak dari pasangan Derman Manurung (ayah) dan Berliana Sibuea (ibu). Melva E.M. Manurung adalah seorang tenaga pengajar pada STIKes Arjuna Program Studi D3 Keperawatan.



Zulfa Khusniyah, S. Kep., Ns., M. Kep., M.PdI lahir di Kediri, 26 Juni 1976. Lulus Studi Program Diploma Keperawatan di AKPER Darul Ulum Jombang tahun 1996, Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Airlangga Surabaya tahun 2006, Magister Pendidikan Islam di Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang tahun 2010, Selanjutnya melanjutkan ke Program Pascasarjana Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta lulus tahun 2019. Pada tahun 1996 sampai sekarang menjadi tenaga pendidik di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (UNIPDU) Jombang dibidang Keperawatan Dasar dan Manajemen Keperawatan.



Angga Sugiarto lahir di Temanggung. Merupakan dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Menulis beberapa buku ber ISBN. Hingga kini telah menghasilkan beberapa tulisan baik di bidang keperawatan maupun lainnya.



Jenti Sitorus, S.ST., S.Kep., Ns., M.K.M., merupakan Dosen pengajar Program Diploma D-III Keperawatan Akademi Keperawatan HKBP Balige. Penulis lahir di Deli Serdang Sei Birung, pada 24 Februari 1970. Jenjang Akademik penulis mulai ditempuh dari AKPER DARMO Medan, D-IV Perawat Pendidik di Universitas Sumatera Utara (USU), Profesi Ners di STIKes Flora Medan. Program Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara (USU). Penulis mulai dengan bekerja sebagai Staf Pengajar di SPK HKBP Balige sejak tahun 1995-2003, sejak 2003 hingga sekarang menjadi Dosen tetap di Akademi Keperawatan HKBP Balige.



Lahir di Fak-Fak pada 9 Agustus 1980. Abigail adalah lulusan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners dari Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan juga menyelesaikan S2 keperawatannya di The Philippine Women's University (PWU) Manila. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Klabat (UNKLAB) Manado, Sulawesi Utara



Ressa Andriyani Utami Lahir di Sumedang, pada 3 Februari 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Padjajaran, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Ressa ini adalah anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Sabar Adiwikarta (ayah) dan Engkay Sukaesih (ibu). Setelah menikah dengan suami Reza Maulana memiliki dua orang anak yaitu Raisya Zhafira Reszaputri dan Revalyn Zania Reszaputri. Penulis sudah menjadi dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada sejak tahun 2012. Penulis aktif melakukan tridharma penelitian yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Sebelumnya penulis pernah menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (2016-2018), Ketua Program Studi S1 Administrasi Kesehatan (2018-2020). Saat ini Ressa menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes RS Husada (2020-sekarang). Pada 2018 lalu, penulis berhasil meraih Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI dan pada tahun 2022 mendapat Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdikbud RI.

Konsep-Konsep DASAR KEPERAWATAN

Buku ini dibuat sebagai pedoman dalam melakukan kegiatan pengajaran mata kuliah Konsep-Konsep Dasar Keperawatan bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan. Buku ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa dalam mempersiapkan dan melaksanakan pembelajaran dengan lebih terarah.

Buku membahas tentang :

Bab 1 Konsep Caring

Bab 2 Evidence-Based Nursing Practice Teori Keperawatan Caring

Bab 3 Aplikasi Caring Dalam Kehidupan Sehari-Hari Dalam Praktek Keperawatan

Bab 4 Fungsi Holistik Dalam Konteks Keperawatan

Bab 5 Pendekatan Dalam Keperawatan, Fungsi Perawat, Dan Peran Perawat

Bab 6 Hakikat Keperawatan Sebagai Profesi

Bab 7 Hakikat Keperawatan Sebagai Ilmu dan Seni

Bab 8 Standar Praktik Keperawatan Profesional

Bab 9 Konsep Interprofessional Education (IPE) dan Interprofessional Collaboration (IPC)

Bab 10 Konsep Manusia Sehat Sakit

Bab 11 Pelayanan Keperawatan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Bab 12 Etik Dan Legal Keperawatan

Bab 13 Prinsip-Prinsip Legal Etis Pada Pengambilan Keputusan Dalam Konteks Keperawatan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

KEPERAWATAN - Referensi

ISBN 978-623-342-652-7

