

ILMU KEPERAWATAN DASAR



Ns. Henrianto Karolus Siregar, M.Kep
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep
Ns. Sebastianus Kurniadi Tahu, S.Kep., M.Kep
Supriyadi, S.Kep., Ners., M.Kep.
Jose Nelson Maria Vidigal, S.Kep., Ns
Yohanes Jakri, M.Kes
Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns
Fransita M.A Fiah, S.Kep., M.Hkes., Med
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
Fance Roynaldo Pandie., S.Kep., Ns., M.Kep
Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Novi Enis Rosuliana, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Ns. Ni Made Nopita Wati, S.Kep., M.Kep



BOOK CHAPTER

ILMU KEPERAWATAN DASAR

UU No 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 Pelindungan Pasal 26

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

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv 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 melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus 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 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).

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Ns. Henrianto Karolus Siregar, M.Kep
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep
Ns. Sebastianus Kurniadi Tahu, S.Kep., M.Kep
Supriyadi, S.Kep., Ners., M.Kep.
Jose Nelson Maria Vidigal, S.Kep., Ns
Yohanes Jakri, M.Kes
Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns
Fransita M.A Fiah, S.Kep., M.Hkes., Med
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
Fance Roynaldo Pandie., S.Kep., Ns., M.Kep
Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Novi Enis Rosuliana, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Ns. Ni Made Nopita Wati, S.Kep., M.Kep

Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Ns. Henrianto Karolus Siregar, M.Kep
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep
Ns. Sebastianus Kurniadi Tahu, S.Kep., M.Kep
Supriyadi, S.Kep., Ners., M.Kep.
Jose Nelson Maria Vidigal, S.Kep., Ns
Yohanes Jakri, M.Kes
Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns
Fransita M.A Fiah, S.Kep., M.Hkes., Med
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
Fance Roynaldo Pandie., S.Kep., Ns., M.Kep
Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
Novi Enis Rosuliana, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Ns. Ni Made Nopita Wati, S.Kep., M.Kep

Editor :

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

Tata Letak :

Suci Haryanti

Desain Cover :

Syahrul Nugraha

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 281

ISBN :

978-623-362-517-3

Terbit Pada :

Mei 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book chapter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Ilmu Keperawatan Dasar.

Sistematika buku Ilmu Keperawatan Dasar ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran keperawatan dasar di perguruan tinggi.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 11 April 2022

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN, SEJARAH, FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN	1
Pendahuluan	1
Definisi Keperawatan	3
Sejarah Perkembangan Keperawatan Zaman Dahulu.....	3
Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia Zaman Purba	5
Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia	9
Falsafah Keperawatan.....	11
Paradigma Keperawatan	15
2 TREND DAN ISU KEPERAWATAN	19
Trend dan Isu Keperawatan	19
Faktor yang Mempengaruhi Tren dan Isu dalam Keperawatan	21
Perkembangan Tren Keperawatan dimasa Sekarang dan Masa Depan	24
Nilai Profesional dalam Praktik Keperawatan	26
Manfaat Penerapan Tren dan Isu dalam Keperawatan	28
3 STANDAR PROFESIONAL DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN	31
Definisi Pelayanan Perawat	31
Aspek Kualitas Pelayanan Keperawatan.....	32

	Falsafah Pelayanan Keperawatan.....	34
	Tujuan Pelayanan Keperawatan.....	35
	Indikator Pelayanan Keperawatan.....	36
	Kompetensi Pelayanan Keperawatan.....	38
	Standar Pelayanan Keperawatan	39
	Standar Profesional dalam Pelayanan Keperawatan	40
4	KONSEP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN MANUSIA	49
	Latar Belakang	49
	Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan.....	49
	Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan.....	51
	Faktor Pertumbuhan dan Perkembangan	52
	Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan.....	54
	Teori-Teori Perkembangan	55
5	KODE ETIK DAN ISU ETIK DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN.....	63
	Latar Belakang	63
	Konsep Etika dalam Praktik Keperawatan	64
	Tujuan Etika Keperawatan	65
	Cakupan Etika Profesi Keperawatan	68
	Dilema Etik.....	70
	Strategi Menghadapi Dilema Etik.....	71
	Standar Keputusan Etik	72
6	SISTEM DAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN.....	77
	Konsep Sistem	77
	Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan	80

7	KONSEP BERPIKIR KRITIS DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM KEPERAWATAN.....	93
	Konsep Berpikir Kritis.....	93
	Standar untuk Berpikir Kritis	101
	Perawat Menggunakan Ketrampilan Berpikir Kritis dalam Berbagai Cara	101
	Keterampilan Berpikir Kritis	102
	Panduan yang dilakukan untuk Meningkatkan Keterampilan dan Sikap Berpikir Kritis.....	103
	Pengambilan Keputusan dalam Keperawatan	104
8	PRINSIP-PRINSIP LEGAL DALAM KEPERAWATAN	109
	Kewenangan Praktik Perawat.....	109
	Dasar Hukum Penyelenggaraan Praktik Keperawatan.....	110
	Kompetensi Perawat.....	111
	Aspek Hukum Pelaksanaan Delegasi Tindakan Medis	118
9	ETIKA KEPERAWATAN	125
	Etika Umum	125
	Pengertian Etika Keperawatan	126
	Kegunaan Etika Keperawatan	126
	Tujuan Etika Keperawatan	128
	Fungsi Etika Keperawatan	129
	Prinsip Etika Keperawatan.....	129
	Hak dan Kewajiban Pasien – Perawat.....	132
	Pola Hubungan Kerja Perawat.....	136
	Kode Etik Keperawatan.....	139

10	DOKUMENTASI KEPERAWATAN.....	143
	Pengertian Dokumentasi Keperawatan.....	143
	Tujuan Dokumentasi Keperawatan	143
11	DASAR-DASAR KEPERAWATAN	157
	Caring Dalam Keperawatan	157
	Keselamatan Pasien dalam Keperawatan	159
	Dasar Ilmiah dalam Praktik Keperawatan	163
	Dasar Psikososial dalam Praktik Keperawatan....	165
12	KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN	175
	Deskripsi	175
	Pengertian	176
	Tujuan Komunikasi	177
	Elemen Komunikasi.....	177
	Tipe Komunikasi.....	179
	Hambatan-Hambatan dalam Komunikasi	182
	Komunikasi Efektif	184
	Komunikasi Terapeutik.....	185
	Cara Meningkatkan Komunikasi.....	189
13	PENDIDIKAN KEPERAWATAN.....	193
	Pembelajaran Orang Dewasa (Andragogi)	193
	Sistem Pendidikan Keperawatan	194
	Pendidikan Tinggi Keperawatan	197
	Kompetensi Perawat (<i>Hard Skill</i> dan <i>Soft Skill</i>)	199
	Kurikulum Pendidikan Keperawatan	202
	<i>E-Learning</i> dalam Keperawatan.....	203
	Merdeka Belajar.....	205

14	PROSES ASUHAN KEPERAWATAN DAN MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN	209
	Konsep Asuhan Keperawatan	209
	Konsep Manajemen Asuhan Keperawatan.....	218
15	TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN	229
	Sejarah dan Analisis Teori Keperawatan	229
	Analisis Teori Keperawatan	232
	Komponen dan Tingkatan Teori	235
	Filosofi	237
	Model Konseptual	238
	Teori Keperawatan	239
16	KONSEP MANUSIA DAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA.....	243
	Konsep Manusia	243
	Konsep Kebutuhan Dasar Manusia.....	251
17	KONSEP KEBUTUHAN SEHAT SAKIT DAN STRES ADAPTASI	261
	Konsep Kebutuhan Sehat – Sakit.....	261
	Model Kesejahteraan Tingkat Tinggi.....	263
	Model Peningkatan Kesehatan	265
	Tahap Perilaku Sakit	269
	Stres dan Adaptasi.....	270
	Adaptasi	276

KONSEP DASAR KEPERAWATAN, SEJARAH, FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN

Ns. Henrianto Karolus Siregar, M.Kep
STIKes RS Husada Jakarta

Pendahuluan

Perawat merupakan seseorang yang sudah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang telah diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (Undang-Undang Keperawatan, 2014). Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan yang sudah dimiliki oleh setiap perawat sehingga berperan mengasuh dan merawat orang lain yang membutuhkan perawatan. Keperawatan sudah berkembang sejak jaman dahulu sampai jaman milenial saat ini. Perkembangan ilmu keperawatan dimulai dari tindakan informal untuk merawat orang sakit hingga lahirnya undang-undangan keperawatan yang berdasarkan pada keilmuan yang sudah di terapkan pendidikan dan dipelayanan keperawatan (Undang-Undang Keperawatan, 2014). Peran perawat didalam perkembangan ilmu keperawatan tentu sangat penting untuk menunjang pekerjaan antar profesi. Perawat sebagai mitra dokter untuk memberikan pelayanan yang prima dan tepat bagi pasien yang membutuhkan perawatan dan pengobatan. Perawat merupakan profesi yang mulia memiliki tugas untuk merawat dan berinteraksi dengan pasien dalam melakukan pelayanan keperawatan. Perawat berperan penting dalam memberikan informasi mengenai keadaan pasien selama kurang lebih 24 jam bersama pasien. Perawat yang

mengetahui terlebih dahulu kondisi pasien selama dilakukan perawatan di rumah sakit (Susantiningsih, 2015).

Seiring berkembangnya ilmu pendidikan khususnya ilmu keperawatan membuat profesi perawat secara sadar meningkatkan mutu dan kualitas agar tercapai peningkatan keperawatan yang berguna. Tenaga kesehatan yang sangat dibutuhkan saat ini paling banyak profesi perawat, dibutuhkan dipelayanan kesehatan level individu, kelompok, dan komunitas. Perawat memiliki kompetensi sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Ranah utama kompetensi perawat dibagi menjadi tiga yaitu praktik professional, etis, legal, dan peka budaya, pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan, dan pengembangan professional. Maka peran perawat menjadi segenap kewenangan yang dimiliki oleh perawat untuk menjalankan tugas dan fungsinya sesuai kompetensi yang dimilikinya (Mardiyah, 2018). Proses ini meliputi perbaikan kualitas pelayanan keperawatan dan penggunaan proses keperawatan lebih ditingkatkan agar tercapainya mutu kualitas pelayanan kesehatan secara professional. Seiring meningkatnya tuntutan masyarakat akan hidup sehat maka profesi perawat diharuskan untuk meningkatkan mutu dan mengembangkan potensi dirinya terutama dibidang ilmu keperawatan (Ismoyowati & Sinaga, 2019).

Berkembangnya ilmu keperawatan membuat para pemangku kepentingan melakukan suatu terobosan yang menjadikan profesi perawat lebih dilihat dan dihargai oleh profesi lain. Maka dibuatlah sistem pendidikan keperawatan sebagai dasar para lulusan perawat bisa menjadikan profesi ini semakin bermanfaat. Sistem pendidikan keperawatan merupakan pendidikan profesi yang telah dikembangkan dan dilakukan suatu inovasi sesuai dengan kaidah ilmu dan profesi serta sesuai dengan kurikulum pendidikan keperawatan (Hidayat, 2013).

Definisi Keperawatan

Perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun luar negeri yang diakui pemerintah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan (Undang-Undang Keperawatan, 2014). Perawat merupakan seseorang yang mampu dan memiliki kemampuan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan yang diakui oleh pemerintah (Undang-undang Kesehatan, 1992). Keperawatan merupakan salah satu profesi pelaku pemberi pelayanan kesehatan yang memiliki peranan penting dalam menentukan keberhasilan kesehatan secara keseluruhan. Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan yang diberikan perawat secara professional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan (Nursalam, 2014).

Keperawatan merupakan pelayanan keperawatan professional yang merupakan suatu bagian dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Keperawatan merupakan suatu ilmu terapan yang dapat menggunakan keterampilan interpersonal dan proses keperawatan dalam membantu klien mencapai derajat kesehatan yang optimal dan menyeluruh (Mardiyah, 2018). Perawat memiliki kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena pelayanan kesehatan yang di berikan berdasarkan bio-psiko-sosial-spiritual merupakan pelayanan yang unik dan dilaksanakan selama 24 jam dan berkesinambungan. Hal ini yang menjadikan profesi perawat memiliki kelebihan tersendiri dibandingkan dengan profesi kesehatan lainnya (Nursalam, 2014).

Sejarah Perkembangan Keperawatan Zaman Dahulu

Sejarah merupakan hal yang tidak bisa dilepaskan dari peradaban manusia yang terus berkembang dan berevolusi. Sebagai makhluk yang hidupnya dinamis, manusia akan menciptakan sejarah dan kemudian bermanfaat bagi kehidupan sekarang dan masa yang

datang. Sejarah keperawatan merupakan suatu peristiwa atau kejadian yang berhubungan dengan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Sejarah perkembangan keperawatan sudah mengalami perubahan yang sangat pesat sebagai respon akan perkembangan ilmu pengetahuan dan kebutuhan manusia terhadap kesehatan. Beberapa peristiwa yang mempengaruhi perkembangan keperawatan pada zaman dahulu sebagai berikut:

1. Peran dan Sikap Masyarakat

Sebelum abad ke 19 keperawatan masih belum dikenal dan dipandang sebelah mata. Profesi perawat pada abad ini masih belum mendapat kepercayaan dari masyarakat. Para tawanan dan budak yang dipekerjakan dipaksa untuk melakukan perawatan di rumah sakit karena perawat yang sedang bertugas pada saat itu belum memiliki pendidikan khususnya pendidikan ilmu keperawatan. Pada awal sampai akhir abad ke 19 muncul para tokoh-tokoh di bidang keperawatan seperti *Florence Nightingale* dan para tokoh keperawatan lainnya. Hal ini membuktikan bahwa muncul tokoh keperawatan seperti *Florence Nightingale* ini membuat dunia perawat telah dihargai dan pekerjaan perawat diakui dan dianggap sebagai pekerjaan yang mulia. Maka perawat pada saat itu dihargai dan diakui dimata dunia sehingga perawat bekerja dengan penuh tanggung jawab, memiliki pengabdian pekerjaan yang tinggi, dan pengorbanan diri sendiri (Budiono, 2016).

2. Perang

Sejarah mencatat bahwa perang memberikan dampak yang cukup signifikan terhadap perkembangan keperawatan di dunia. Pada saat zaman dahulu yang terjadi adalah perang antar agama. Perang antar agama ini disebut dengan perang salib dimana ketika terjadi perang salib inilah yang menimbulkan banyak korban berjatuh. Dari perang salib ini membawa banyak korban dan untuk mengatasi kondisi tersebut, mulailah didirikan rumah sakit yang digunakan

untuk memberikan pertolongan dan perawatan bagi korban perang yang berjatuh di sekitar kejadian dan tempat perang tersebut. Dengan kejadian perang ini dunia dan perkembangan ilmu keperawatan semakin hari mengalami kemajuan yang sangat pesat dan memiliki dampak kesehatan yang baik (Budiono, 2016).

3. Pemimpin dalam keperawatan

Pada masa zaman dahulu belum ada tokoh keperawatan yang muncul. Setelah terjadi perang maka muncul tokoh keperawatan yaitu *Florence Nightingale*. *Florence Nightingale* mulai berkiprah di profesi keperawatan mulai tahun 1820 sampai tahun 1910 dimana dia mengembangkan sebuah model praktik asuhan keperawatan yang mengatakan bahwa kondisi sakit seseorang disebabkan oleh faktor lingkungan. *Florence Nightingale* mulai berpikir untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada korban yang sakit. Maka pada saat itu *Florence Nightingale* memiliki ide pemikiran yang cemerlang untuk mendirikan sebuah sekolah untuk dapat mendidik perawat. Usaha yang dipikirkan oleh *Florence Nightingale* ini berhasil dalam mewujudkan suatu derajat kesehatan yang optimal dan meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang membutuhkan perawatan dengan baik. *Florence Nightingale* dalam merintis profesi keperawatan dimulai dengan membantu para korban akibat perang krim tahun 1854 sampai 1856 antar Roma dan Turki. Para korban yang berjatuh akibat perang ini dirawat di barak rumah sakit yang akhirnya mendirikan sebuah rumah sakit yang bernama rumah sakit Thom (Budiono, 2016).

Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia Zaman Purba

Perkembangan keperawatan di dunia pada zaman purba dimulai sejak manusia diciptakan. Setelah manusia

diciptakan pada dasarnya memiliki naluri untuk merawat sendiri sendiri yang tercermin dari naluri seorang ibu seperti naluri menyusui anaknya menjadi lebih mandiri merawat dan memberikan perhatian secara sendirinya. Perawat dituntut untuk memiliki naluri seorang ibu (*mother instinct*). Seorang perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang membutuhkan perawat sebaiknya harus dengan penuh kasih sayang, tulus, ikhlas, dan memiliki karakter seperti seorang ibu yang mengasahi dan merawat anaknya (Nursalam, 2014). Pada zaman purba setiap orang meyakini bahwa segala sesuatu yang ada di muka bumi memiliki kekuatan mistik yang dapat mempengaruhi kebudayaan manusia. Orang yang hidup pada zaman purba ini meyakini bahwa sakit yang dialami disebabkan oleh kekuatan gaib. Para tabib yang akan mengobati pasien yang sakit melakukan pengobatan dengan cara nyanyian, memberi semangat atau membuka pikiran untuk menghilangkan jiwa-jiwa jahat. Peran perawat pada zaman ini berperan seperti seorang ibu yang merawat anggota keluarganya sendiri dan akan memberikan perawatan, memberikan obat dari tumbuh-tumbuhan, dan peran seperti ini diteruskan sampai dilakukan oleh perawat dan para petugas kesehatan lainnya (Hidayat, 2013).

1. Zaman Keagamaan

Pada zaman keagamaan perkembangan dunia keperawatan mulai bergeser ke arah spiritual. Dimana orang-orang yang hidup pada zaman ini masih percaya bahwa sakit itu disebabkan oleh dosa atau kutukan tuhan. Para pemimpin agama masih dijunjung tinggi sebagai tabib yang bisa mengobati pasien yang sakit. Perawat masih dianggap sebagai budak yang bertugas dalam membantu merawat pasien dan akan melakukan pekerjaan ketika diperintahkan oleh pemimpin agama (Ismoyowati & Sinaga, 2019).

2. Zaman Masehi

Pada zaman masehi ini perkembangan keperawatan dimulai pada saat perkembangan agama kristen.

Seiring berkembangnya ajaran agama kristen didunia maka perkembangan keperawatan juga mengalami kemajuan. Pada zaman masehi sudah ada berdiri rumah sakit yang cukup terkenal yang bernama *Monastic Hospital* di Roma. Dengan demikian perkembangan profesi keperawatan pada saat itu mengalami perkembangan yang sangat cepat. Sementara itu perkembangan keperawatan di benua Asia khususnya negara Timur Tengah mulai mengalami perkembangan seiring dengan perkembangan agama islam (Budiono, 2016).

3. Permulaan Abad XVI

Perkembangan keperawatan pada permulaan abad XVI ini mengalami perubahan, masyarakat dan orang yang sakit awal memiliki pola piker dan berorientasi keagamaan menjadi berubah pada pola kekuasaan. Dimana terjadi masa perang dan eksplorasi alam sehingga perkembangan ilmu pengetahuan semakin maju pesat. Hal ini berdampak pada tempat-tempat ibadah mengalami penutupan. Sehingga dilakukan upaya untuk memenuhi kebutuhan tenaga perawat dengan cara menerima wanita yang pernah melakukan kejahatan dan sudah bertaubat (Mardiyah, 2018).

4. Masa Sebelum Perang Dunia ke II

Pada masa ini perkembangan keperawatan didasarkan pada pelayanan pengungkapan rasa cinta dimana timbul suatu prinsip cinta pada sesama manusia yang saling membantu dan membutuhkan perawatan. Ungkapan cinta yang diuraikan oleh perawat pada masa ini adalah ungkapan cinta yang didasarkan pada inspirasi oleh ajaran agama. Sasarannya adalah pelayanan terhadap orang sakit, membantu orang yang sakit agar cepat sembuh dari sakitnya. Perawat pada masa itu sangat minim pendidikan bahkan ada perawat tanpa pendidikan formal. Tujuan perawat pada saat itu adalah hanya merawat dan bisa memberikan pertolongan kepada pasien yang sakit. Yang paling penting adalah magang

dan model peran sangat menonjo pada saat itu. Ruang lingkup perawat pada masa itu dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar fisiologis manusia yang sakit (Hidayat, 2013).

5. Masa Selama Perang Dunia II

Perkembangan keperawatan pada masa perang dunia ke II menimbulkan tekanan dan ancaman bagi dunia pengetahuan. Dimana tekanan perang ini mendorong manusia untuk melakukan perubahan-perubahan, manusia diharuskan meningkatkan diri dalam merawat dan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang sakit dan korban yang berjatuh akibat perang yang sangat beraneka ragam (Budiono, 2016).

6. Masa Pasca Perang Dunia II

Perkembangan keperawatan pada masa ini masyarakat masih merasakan penderitaan yang cukup panjang akibat dari perang dunia ke II. Hal ini profesi keperawatan pada masa ini dituntut untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan agar masyarakat sejahtera semakin meningkat dan derajat kesehatan semakin membaik. Pada tahun 1948 perawat sudah diakui sebagai profesi keperawatan yang bekerja dengan penuh rasa tanggung jawab. Hal ini membuat perawat mendapatkan penghargaan atas dedikasinya menjalankan tugas dengan baik (Nursalam, 2014).

7. Sejak Tahun 1950

Perkembangan keperawatan pada tahun 1950 ini dunia keperawatan sudah menunjukkan perkembangannya dibidang pendidikan yaitu pendidikan ilmu keperawatan yang cukup maju. Hal ini membuktikan bahwa kemunculan pendidikan keperawatan setingkat universitas pada tahun 1909 di Universitas *Minesota* Amerika Serikat. Tetapi pengakuan terhadap profesi keperawatan baru diakui pada tahun 1950. Pengakuan ini masih sebatas pengakuan belum memenuhi karakteristik profesi.

Maka disinilah awal mula sejarah keperawatan yang bersifat sosial dan kemanusiaan. Sebagai seorang perawat tidak boleh mengharapkan imbalan dari apa yang pernah diberikan kepada orang yang dirawatnya (Hidayat, 2013).

Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia

Sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia dimulai pada saat masa penjajahan, seperti jepang, belanda, dan inggris. Pada masa penjajahan ini terdapat dua masa perkembangan keperawatan di Indonesia yaitu:

1. Masa sebelum kemerdekaan

Perkembangan keperawatan pada masa ini negara masih dalam penjajahan belanda. Perawat yang sudah bekerja pada saat itu masih dianggap sebagai penjaga orang sakit. Penjaga orang sakit disebut sebagai *Verpleger* yang bertugas di rumah sakit *Binnen Hospital* yang berlokasi di Jakarta pada tahun 1799 yang bertugas untuk memelihara kesehatan staf dan tentara belanda hingga terbentuk dinas kesehatan tentara dan dinas kesehatan rakyat agar tercapai derajat kesehatan yang optimal. Proses pendirian rumah sakit ini awalnya inisiatif dan usaha *Daendels* yang mendirikan rumah sakit di Semarang dan di Surabaya yang bertujuan agar tentara belanda mendapatkan perawatan (Hidayat, 2013).

Pada tahun 1819 di Jakarta, rumah sakit yang pertama didirikan adalah rumah sakit *Stadverbard* yang kemudian di tahun 1919 rumah sakit itu pindah di Glodok Salemba yang sekarang lebih dikenal dengan Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM). Dalam kurun waktu pada tahun 1816 sampai tahun 1942 rumah sakit swasta milik Misionaris Katolik dengan nama rumah sakit St. Carolus Salemba dan rumah sakit swasta *Zending* Protestan dengan nama rumah sakit PGI Cikini (Nursalam, 2014).

2. Masa setelah kemerdekaan

Periode tahun 1945-1962

Perkembangan keperawatan pada periode ini adalah periode tidak ada perkembangan keperawatan dan tenaga perawat yang masih mengikuti dan meneruskan pemikiran atau pendidikan terdahulu sewaktu jaman pemerintahan Belanda. Perkembangan keperawatan masih belum maju pesat dan ini berlangsung sangat lama untuk bisa memajukan perkembangan keperawatan. Hal ini menjadi alasan tidak ada kejelasan mengenai konsep keperawatan (Mardiyah, 2018).

Perkembangan keperawatan pada periode ini dimulai sejak dibukanya Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) pada tahun 1955 yaitu pendidikan dasar umum sekolah rakyat ditambah dengan pendidikan selama satu tahun dan sekolah pengamat kesehatan dianggap sebagai pengembangan dari Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) yang lama pendidikannya ditambah selama satu tahun. Perkembangan keperawatan pada tahun 1962 selanjutnya dimulai sejak dibukanya akademi perawat di Jakarta yang letaknya berada di RUSP Cipto Mangunkusumo yang sekarang lebih dikenal dengan nama Politeknik Kesehatan (Poltekes) Jurusan Keperawatan (Budiono, 2016).

Periode tahun 1963 sampai 1982

Pada periode ini menjadi metode transisi bagi perawat Indonesia untuk dapat memberikan pemikiran untuk memajukan dan mengembangkan profesi keperawatan menjadi perawat yang professional. Pelayanan kesehatan dan peningkatan lulusan mahasiswa perawat banyak diminati oleh rumah sakit pemerintah dan rumah sakit besar (Hidayat, 2013).

Periode tahun 1983 sampai sekarang

Perkembangan keperawatan pada tahun 1983 telah disepakati lokakarya mengenai pengakuan dan diterimanya perawat sebagai profesi keperawatan. Pada periode ini juga semakin berkembang profesi

keperawatan dengan berdirinya pendidikan keperawatan baik akademi keperawatan, sekolah tinggi ilmu kesehatan, dan universitas. Berdirinya pendidikan keperawatan tidak lagi menekankan pada penguasaan keterampilan tetapi sudah berfokus pada pertumbuhan perkembangan keperawatan menjadikan profesi keperawatan menjadi profesi yang dihargai oleh profesi lain (Hidayat, 2013). laborum.

Falsafah Keperawatan

Hubungan falsafah dengan keperawatan tidak lepas dari para perawat untuk mendorong pakar keperawatan untuk melakukan suatu penelitian mengenai pentingnya falsafah keperawatan di Indonesia. Perkembangan falsafah keperawatan membuat perawat untuk melakukan klarifikasi dan mengevaluasi sejauh mana sudah profesi keperawatan ini berkembang, apa yang sudah dilakukan perawat, mengapa perawat melakukannya, dan pengetahuan apa yang sudah perawat dapatkan. Falsafah keperawatan ini membantu para pakar keperawatan untuk mencapai suatu tujuan yang sudah direncanakan (Nursalam, 2014). Falsafah keperawatan dirumuskan untuk dapat dijadikan sebagai kerangka acuan perawat dalam melakukan kegiatan keperawatan dan berada sejajar dengan dunia secara eksplisit. Pemahaman perawat mengenai falsafah keperawatan ini akan berdampak baik pada perkembangan ilmu keperawatan dan praktik keperawatan yang professional (Ismoyowati & Sinaga, 2019).

Falsafah atau *philosophy* merupakan istilah sebagai cinta hikmat atau pengetahuan. Falsafah bertujuan memahami hakikat keberadaan dan fenomena yang berhubungan dengan keberadaan manusia dalam menyesuaikan diri dalam kehidupan dan dunia. Falsafah juga diartikan sebagai gagasan, pandangan hidup, dan sikap batin yang dimiliki oleh orang atau masyarakat. Para ahli juga menyebutkan bahwa falsafat merupakan hikmat atau kebijaksanaan yang diperlukan dalam memahami pertanyaan tentang kebenaran. Definisi tentang falsafah

sudah banyak jelaskan dan dikemukakan oleh para ahli namun tidak ada satu arti yang tidak kontroversi (Hidayat, 2013).

Berikut ini arti falsafah menurut *American Heritage Dictionary of the English Language* (2000) dalam Hidayat (2013) yaitu :

1. Cinta dan hikmat atau kebijaksanaan dilakukan dengan cara intelektual dan disiplin diri secara moral
2. Suatu ide atau pemikiran yang dipusatkan pada penyelidikan seperti filsafat *Hume*
3. Analisis dilakukan secara kritis terhadap pendapat dan keyakinan fundamental
4. Disiplin yang diuraikan dalam bentuk kurikulum di universitas sebagai landasan memberikan ilmu, *liberal art*, kecuali ilmu kedokteran dan hukum.
5. Disiplin ilmu yang berdasarkan pada logika, etika, estetika, metafisika dan epistemologi
6. Sesuatu ide dan keyakinan yang saling berkaitan dengan bidang ilmu tertentu dan teori yang mendasari, contohnya filsafat murni dari *advertising*.

A. Tiga Komponen Utama Falsafah

Menurut Nursalam (2014) bahwa falsafah dibentuk menjadi beberapa cabang penyelidikan ilmu seperti politik, estetika, logika, metafisika, dan tiga cabang utama diantaranya yang perlu untuk perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan yaitu:

1. Ontologi atau *ontos* yaitu sesuatu yang berwujud, *logos* memiliki arti sebuah makna atau alasan. Ontologi merupakan ilmu yang membahas hakikat yang ada berdasarkan realita dan fokus pada sifat wujud dan apa yg benar-benar terjadi. Pada teori ini bahwa falsafah ini berkaitan erat dengan hakikat manusia. Jika dilihat dari sudut pandang bahwa hakikat keperawatan menjadi obyek penyelidikan dengan mengajukan beberapa

pertanyaan seperti: Apakah sifat dari realitas? Apakah makna atau tujuan dari keberadaan kita sebagai perawat? Apakah artinya menjadi seorang perawat?

2. Epistemologi memiliki kata lain *episteme* yang artinya pemahaman dan pengetahuan. Epistemologi merupakan ilmu yang membahas tentang pengetahuan terutama pengetahuan ilmiah yang berkaitan dengan metodologi ilmiah. Jika dilihat dari sudut pandang bahwa hakikat keperawatan menjadi sebuah obyek penelitian. Pertanyaan yang sering diajukan seperti: Bagaimana cara kita mengetahui sesuatu? Apakah dasar kita mengatakan sesuatu yang benar? Apakah perbedaan antara apa yang diyakini sebagai pengetahuan dengan apa yang disebut dengan opini?
3. Etika memiliki kata lain *ethos* yang artinya kebiasaan dan tingkah laku. Etika merupakan ilmu yang membahas dengan moral, apa yang benar dan salah dalam kehidupan manusia. Jika dilihat dari sudut pandang bahwa sifat perilaku keperawatan menjadi obyek penyelidikan dengan mengajukan beberapa pertanyaan seperti : Apa yang baik? Bagaimana seharusnya orang berperilaku atau bereaksi dalam suatu keadaan?

B. Falsafah dalam Dunia Keperawatan

Falsafah keperawatan tetap fokus pada konsep manusia. Setiap manusia diartikan sebagai makhluk yang memiliki nilai-nilai intrinsik yang sifatnya unik. Hal ini diartikan sebagai pemahaman bahwa manusia akan belajar secara terus menerus sampai seumur hidup. Masalah yang sering terjadi pada falsafah keperawatan adalah terkait dengan kesehatan dan penyakit. Falsafah keperawatan tidak lepas dari peran perawat, perilaku, sudut pandang, dan kepedulian perawat. Falsafah keperawatan ini dipengaruhi oleh aliran filsafat dan falsafah individu itu sendiri. Aliran filsafat yang sering mempengaruhi pemahaman dan

konsep dari pakar teori keperawatan seperti idealisme, materialisme, humanisme, holisme, dan rasionalisme (Nursalam, 2014).

Falsafah keperawatan berkaitan dengan fenomena yang menarik bagi profesi keperawatan dan disiplin ilmu lainnya. Sebagai konten perawat secara ontologis memeriksa sifat keperawatan, lingkungan, kepribadian, kesehatan, dan penyakit. Praktik keperawatan dijadikan sebuah pusat pemikiran falsafah; apakah arti keperawatan? Apa pengetahuan yang didapatkan perawat? Apa keperawatan itu baik? Hal ini menjadikan perawat memikirkan akan ide dengan falsafah untuk membuat sebuah keputusan terkait tentang praktik keperawatan (Ismoyowati & Sinaga, 2019).

Falsafah diartikan sebagai pandangan hidup. Sebagai perawat memperlakukan falsafah dalam sistem nilai kepercayaan sehari-hari meskipun perawat tidak mengidentifikasi dengan benar keberadaannya. Misalnya perilaku caring perawat dinilai sebagai sentral yang dimiliki oleh perawat. Falsafah memberikan kesempatan kepada perawat untuk memahami bagaimana nilai dan keyakinan setiap individu dapat mempengaruhi praktik keperawatan. Hakikat suatu kebenaran dan realitas serta asal mula akan pengetahuan membentuk cara perawat untuk memandang dunia dan diri sendiri dalam berinteraksi dengan orang lain. Perawat dalam menjalankan falsafah dalam kehidupan sehari-hari tidak lepas dari ilmu pengetahuan yang dimiliki, dan etika untuk dapat merawat orang lain. Falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup termasuk rasa kepedulian, dan rasa hormat yang mendasari keputusan dalam melakukan praktik keperawatan. Falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup perawat dalam menanggapi ketidakadilan untuk memastikan akses yang sama ke pelayanan kesehatan untuk semua orang dan berpusat pada manusia yang bersifat professional (Mardiyah, 2018).

Paradigma Keperawatan

Paradigma berasal dari bahasa Yunani yang berarti contoh atau model. Paradigma telah digunakan oleh *Plato* pada teks Yunani sebagai model atau pola yang digunakan *Demiurge* (Tuhan) untuk menciptakan alam semesta. Istilah paradigma ini muncul dari karya *Kuhn* (1970) yang diartikan sebagai pandangan hidup tentang fenomena yang terjadi terhadap disiplin ilmu. Beberapa individu yang melihat pradiigmatik yang berbeda dapat melihat fenomena yang sama persis dan memandang fenomena tersebut secara berbeda pula (Budiono, 2016).

Paradigma berlaku pada disiplin ilmu yang mewakili sudut pandang dominan dari sebuah konsep tertentu. Sudut pandang yang dimaksud didukung oleh berbagai teori dan penelitian dari disiplin ilmu yang berbeda. Ketika teori dan penelitian dijadikan sebuah alat maka akan muncul perilaku yang menentang paradigma yang berlaku, lalu paradigma baru muncul agar dapat bersaing dengan pandangan dunia yang berlaku. Persaingan antar paradigma yang muncul akan menghasilkan revolusi paradigma atau *pradigma revolution*. Revolusi pradigma merupakan perlawanan dan konflik yang sering terjadi dalam suatu disiplin ilmu, maka pradigma yang dominan akan bersaing untuk mendapatkan penerimaan atas paradigma lain. Jika paradigma yang bersaing akan menjawab lebih banyak pertanyaan dan dapat menyelesaikan lebih banyak persoalan untuk disiplin ilmu daripada paradigma yang berlaku sehingga disebabkan terjadi perubahan paradigma (Hidayat, 2013).

Perubahan paradigma akan fokus pada penerimaan penerimaan paradigma yang bersaing atau paradigma yang berlaku atau diartikan perubahan dari satu pandang dunia ke pandangan dunia lain. Revolusi paradigma dapat dijadikan sama dengan revolusi yang terjadi di negara berkuasa akan digulingkan oleh kelompok oposisi yang telah mengusulkan solusi yang lebih baik untuk dapat mengatasi masalah negara tersebut. Dalam situasi seperti ini kekuasaan akan bergeser dari penguasa ke kelompok oposisi. Setelah para ilmuan dan para ahli sepakat bahwa bumi itu bulat (paradigma ini masih berlaku sampai

sekarang), semua pandangan lain tentang bumi juga telah berubah. Maka paradigma ini bisa menjadi lebih eksklusif dibandingkan paradigma yang berlaku (Ismoyowati & Sinaga, 2019).

Klasifikasi Paradigma

Menurut Nursalam (2014) Paradigma keperawatan telah ditepakan oleh para pakar, namun perlu diketahui bahwa ada dua klasifikasi paradigma yang berpengaruh terhadap perkembangan keperawatan yaitu :

1. Paradigma empiris (*empirical paradigm*) yang berfokus pada anggapan atau asumsi bahwa ada satu realitas. Pengetahuan dapat di dapat dari sebuah eksperimen dengan kata lain dengan metode ilmiah. Kebenaran yang ditentukan dengan membandingkan antara pengetahuan dan realitas yang ada secara independen.
2. Paradigma interpretif (*interpretive paradigm*) yang menyatakan bahwa tidak ada realitas tunggal yang digunakan dalam mengukur ilmu pengetahuan. Pengetahuan dapat diberikan melalui asumsi atau beberapa fenomena melalui mata individu yang mengalaminya.

Daftar Pustaka

- Budiono. (2016). Modul Bahan Cetak Keperawatan. Konsep Dasar Keperawatan. *Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Hidayat, A. A. A. (2013). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika.
- Ismoyowati, T. W., & Sinaga, M. R. E. (2019). Modul Konsep Dasar Keperawatan. *Keperawatan*, 66. [Http://Repository.Uki.Ac.Id/2762/1/Modulkdk.Pdf](http://Repository.Uki.Ac.Id/2762/1/Modulkdk.Pdf)
- Mardiyah, S. (2018). *Modul Ajar Konsep Dasar Keperawatan*. 70. [Http://Eprints.Ukh.Ac.Id/Id/Eprint/665/1/Modul Ajar Konsep Dasar Keperawatan Ii.Pdf](http://Eprints.Ukh.Ac.Id/Id/Eprint/665/1/ModulAjarKonsepDasarKeperawatanIi.Pdf)
- Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional. *Penerbit Salemba Medika*, 117.
- Undang-Undang Keperawatan. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan*. Jakarta.
- RI, U.-U. N. 23 T. 1992 T. K. (1992). *Undang-Undang No.23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan*. 23.
- Susantiningih, T. (2015). Analisis Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Non Intensive Rumah Sakit X. *J Majority*, 4(1), 1689–1699.

Profil Penulis



Henrianto Karolus Siregar

Ketertarikan penulis terhadap profesi perawat dimulai pada tahun 2011 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih dan menyelesaikan pendidikan diploma tiga keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan berhasil lulus pada tahun 2014. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Negeri Melalui Program Ekstensi dan berhasil menyelesaikan studi S1 Keperawatan di Prodi Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara pada tahun 2016 dan Profesi Ners pada tahun 2017 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S-2 Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah dan Lulus tahun 2020 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.

Penulis memiliki kepakaran di bidang Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Gawat Darurat. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif, bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: henriantokarolus9219@gmail.com

TREND DAN ISU KEPERAWATAN

Ns. Febri Tri Andini, M.Kep
STIKES Garuda Putih Jambi

Trend dan Isu Keperawatan

Definisi Trend

Tren menunjukkan perubahan nilai variabel yang relatif stabil, perubahan jumlah penduduk, perubahan harga, perubahan teknologi, dan peningkatan produktivitas. Kata tren mungkin sudah sering terdengar atau bahkan diucapkan. Tren kata merupakan hal mendasar dalam berbagai pendekatan analitis atau informasi atau deskripsi umum yang sedang dan akan populer di masyarakat. Lebih lanjut, trend dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang menjadi pusat perhatian dan diikuti oleh banyak orang.

1. Definisi Isu

Isu dapat didefinisikan ketika sebuah masalah menjadi terfokus pada satu pertanyaan khusus yang bisa mengarahkan pada pertikaian dan beberapa jenis resolusi. Pengertian Isu adalah suatu pertanyaan tentang fakta, nilai, atau kebijakan yang dapat di perdebatkan. Isu dapat juga diartikan sebagai sesuatu hal yang kejelasan faktanya masih belum jelas untuk dibicarakan.

2. Definisi Keperawatan

Keperawatan adalah profesi yang berorientasi pada pelayanan kesehatan dengan segala rencana atau tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat (Hidayat, 2007). Keperawatan adalah pelayanan langsung dan terarah yang

membantu individu, keluarga, dan masyarakat yang sakit atau sehat dengan melakukan aktivitas yang berhubungan dengan kesehatan atau penyembuhan (Effendy, 1998).

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan medis, berdasarkan pengetahuan dan nasehat perawat, sebagai pelayanan psikofisiologis-sosial yang komprehensif, bagi individu, keluarga dan masyarakat, orang sakit dan sehat, termasuk semua proses kehidupan manusia. kehidupan (Kusnanto, 2003). Perawat berasal dari bahasa latin *Nutritio* yang berarti perawatan atau pemeliharaan. Menurut Kusnanto (2003), perawat adalah orang (spesialis) dengan kemampuan, tanggung jawab, dan wewenang untuk memberikan asuhan/pelayanan keperawatan pada berbagai tingkat pelayanan keperawatan. Sedangkan menurut Wardhono (1998), perawat adalah mereka yang telah menyelesaikan pendidikan profesi keperawatan dan diberdayakan untuk menjalankan peran dan fungsinya.

3. Definisi Trend dan Isu Keperawatan

Tren dan isu keperawatan adalah sesuatu yang banyak dibicarakan orang dalam praktik keperawatan/apakah berbasis fakta atau tidak, tren dan isu keperawatan pasti terkait dengan aspek hukum dan etika asuhan keperawatan.

Beberapa contoh terkait trend dan isu keperawatan yang sedang hangat dibicarakan orang diantaranya Aborsi, Eutanasia dan Transplantasi organ manusia, tentunya semua isu tersebut menyangkut keterkaitan dengan aspek legal dan etika dalam keperawatan.

Faktor yang Mempengaruhi Tren dan Isu dalam Keperawatan

1. Faktor adat istiadat dan agama

Indonesia adalah kepulauan dengan penduduk dengan berbagai kepercayaan, agama dan kebiasaan yang berbeda. Konteks adat istiadat dan agama adalah faktor utama dalam membuat keputusan moral. Dianjurkan untuk masing-masing perawat untuk memahami aturan agama yang dipercaya dan aturan budaya yang diadopsi. Seseorang yang banyak belajar akan memiliki semakin banyak pengalaman.

2. Faktor sosial.

Pengaruh pengambilan keputusan etis merupakan salah satu contoh dari faktor sosial. Faktor-faktor tersebut terdiri dari; perilaku sosial dan budaya, ilmu pengetahuan dan teknologi, hukum dan peraturan perundang-undangan. Perkembangan budaya dan sosial juga dapat mempengaruhi sistem kesehatan nasional. Pelayanan medis yang sebelumnya berorientasi pada *medical plan* yang secara bertahap menjadi pelayanan yang komprehensif dengan pendekatan tim medis.

3. Faktor ilmu pengetahuan dan teknologi.

Di era abad kedua puluh, orang-orang telah berhasil mencapai tingkat kemajuan sains dan teknologi yang belum dicapai dari orang-orang pada abad terakhir. Kemajuan dilakukan termasuk berbagai bidang. Kemajuan di bidang kesehatan telah mampu meningkatkan kualitas hidup dan memperluas kehidupan masyarakat dengan penemuan mesin perawatan kesehatan mekanik yang berbeda, proses baru dan komponen / obat-obatan baru. Sebagai contoh, Ibu-ibu yang memiliki kesulitan manusia dapat diganti dengan orang-orang pasif yang berbeda. Kemajuan dalam proses ini menyebabkan masalah terkait moral.

4. Faktor legislasi dan keputusan yuridis.

Perubahan sosial dan undang-undang selalu saling terkait. Setiap perubahan sosial atau hukum menyebabkan tindakan dalam menanggapi perubahan ini. Hukum adalah jaminan untuk bertindak sesuai dengan hukum yang berlaku sehingga orang yang melakukan perbuatan melawan hukum dapat menimbulkan konflik. Saat ini aspek hukum dan bentuk keputusan hukum dalam etika Kesehatan banyak dibicarakan. Hukum kedokteran telah menjadi bidang ilmiah, dan banyak hukum baru ditulis untuk memperbaiki hukum lama atau untuk mengantisipasi masalah hukum kesehatan yang berkembang.

5. Faktor dana atau keuangan.

Pendanaan atau pembiayaan untuk membayar pengobatan dan perawatan dapat menimbulkan konflik. Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pemerintah telah melakukan berbagai upaya dengan menyelenggarakan berbagai program yang dibiayai oleh pemerintah.

6. Faktor pekerjaan.

Perawat perlu mempertimbangkan posisi pekerjaan mereka dalam pengambilan keputusan. Semua keputusan perawat individu tidak dapat dilakukan, tetapi harus ditangani sesuai dengan keputusan / aturan di mana ia bekerja. Keperawatan Prioritas Manfaat pribadi sering kali diperhatikan sebagai perawat yang tidak setuju. Akibatnya, dihukum karena administrasi atau mungkin kehilangan pekerjaan Anda.

7. Faktor Kode etik keperawatan.

Kelly (1987), dikutip oleh Robert Priharjo, menyatakan bahwa kode etik merupakan salah satu ciri/persyaratan profesi yang memberikan arti penting dalam penentuan, pertahanan dan peningkatan standar profesi. Kode etik menunjukkan bahwa tanggung jawab kepercayaan

dari masyarakat telah diterima oleh profesi. Untuk dapat mengambil keputusan dan tindakan yang tepat terhadap masalah yang menyangkut etika, perawat harus banyak berlatih mencoba menganalisis permasalahan-permasalahan etis.

8. Faktor Hak-hak pasien.

Hak-hak pasien pada dasarnya merupakan bagian dari konsep hak-hak manusia. Hak merupakan suatu tuntutan rasional yang berasal dari interpretasi konsekuensi dan kepraktisan suatu situasi. Pernyataan hak-hak pasien cenderung meliputi hak-hak warga negara, hak-hak hukum dan hak-hak moral. Hak-hak pasien yang secara luas dikenal menurut Megan (1998) meliputi hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil dan berkualitas, hak untuk diberi informasi, hak untuk dilibatkan dalam pembuatan keputusan tentang pengobatan dan perawatan, hak untuk diberi informed consent, hak untuk mengetahui nama dan status tenaga kesehatan yang menolong, hak untuk mempunyai pendapat kedua (second opinion), hak untuk diperlakukan dengan hormat, hak untuk konfidensialitas (termasuk privacy), hak untuk kompensasi terhadap cedera yang tidak legal dan hak untuk mempertahankan dignitas (kemuliaan) termasuk menghadapi kematian dengan bangga.

9. Peran Perawat Terhadap Trend Isu

Peran perawat dalam penerapan trend isu pada yaitu dapat melakukan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan Care giver dengan lebih baik. Pemberian asuhan keperawatan akan lebih baik dengan adanya Telehealth atau Telenursing yang berbasis teknologi. Dengan adanya teknologi nursing ini perawat hendaknya dapat melakukan tindakan keperawatan dengan lebih efisien dan tepat. Perawat juga dapat sebagai motivator dalam kesehatan kepada klien agar dapat mempertahankan kesehatannya dan lebih meningkatkan lagi kesehatannya. Perawat juga harus berlaku jujur

kepada pasien terhadap apa yang terjadi pada diri pasien. Dan berlaku adil kepada pasien tidak membedakan pasien satu dengan yang lainnya, tidak membedakan ras, agama, dan kedudukannya.

Perkembangan Tren Keperawatan dimasa Sekarang dan Masa Depan

Tren adalah sesuatu yang dibicarakan banyak orang akhir-akhir ini, dan kemunculannya faktual. Pada tahun 2010, masyarakat Indonesia memasuki era globalisasi, awal dari pasar bebas ASEAN, dan banyak ahli yang datang silih berganti. Negara. Pada masa ini, masa transisi atau perubahan pola kehidupan masyarakat dimulai, dan pola kehidupan masyarakat tradisional berubah menjadi masyarakat maju. Keadaan ini berupa penyakit menular, gizi buruk, peningkatan penyakit klasik yang berkaitan dengan kurangnya tempat tinggal yang sehat bagi penduduk, serta aspek kehidupan masyarakat terutama masalah urbanisasi, polusi dan kecelakaan. jenis efek pada aspek kesehatan Anda.

Mengubah nilai keluarga dan memperpanjang harapan hidup juga dapat menyebabkan masalah kesehatan terkait usia dan penyakit degeneratif. Dalam masyarakat yang bergerak menuju modernitas, semakin banyak peluang untuk pendidikan tinggi, pendapatan yang lebih tinggi, kesadaran hukum masyarakat yang meningkat, dan masyarakat yang lebih menonjol. Kondisi ini mempengaruhi pelayanan medis yang diberikan oleh para profesional yang sangat mencari pelayanan yang berkualitas. Keadaan ini disebabkan oleh kenyataan bahwa tenaga kesehatan, khususnya tenaga keperawatan, memenuhi standar internasional global dalam pemberian pelayanan kesehatan, memiliki kompetensi profesional, intelektual dan teknis, artistik dan peka terhadap aspek sosial budaya, yang berarti ia memiliki visi dan kompetensi yang luas. . Perkembangan ilmu pengetahuan dan penguasaan teknologi.

A. Perkembangan Isu Keperawatan di Masa Sekarang

Keperawatan memiliki beberapa dilema dan perubahan yang bermasalah. Pertama, ketika berhadapan dengan profesi lain (seperti dokter) dalam dunia pelayanan di rumah sakit, Anda pasti sudah menghilangkan budaya dan kebiasaan yang berdampak buruk. Dalam dunia pelayanan, kita sering bertemu dengan rekan kerja (perawat) yang dengan bangga mengoleksi stetoskop, sapu tangan, dan sarung tangan. Bagi dokter, ini mendesak dan perlu segera dihapus dari budaya dan kebiasaan perawat. Masih banyak perawat yang kurang percaya diri dan berjalan seperti takut menghubungi dokter. Ini jelas merupakan praktik dan budaya yang sangat kontraproduktif, karena perawat tidak cukup percaya diri dengan pengetahuan yang sudah mereka miliki. Kita harus berubah total dan bertindak sebagai mitra profesional, bukan sebagai asisten atau pembantu dalam profesi lain. Kedua, kita membangun idealisme yang terkait dengan dunia pendidikan keperawatan dengan mengutamakan mutu serta menghindari proses korupsi di dalam semua proses sistem pendidikan mulai dari penerimaan mahasiswa hingga kelulusan. Hal ini sangat penting karena generasi perawat Indonesia yang akan datang akan muncul dari dunia pendidikan ini di masa depan.

Ketiga, membangun kesadaran masyarakat yang bersifat positif terhadap profesi keperawatan melalui semua upaya pembelajaran kolaboratif untuk profesi keperawatan. Dalam hal ini, kebutuhan yang paling mendesak adalah menginformasikan serta mengedukasikan kepada masyarakat umum bahwa perawat merupakan profesi yang berbeda dengan dokter dan tenaga medis lainnya. Salah satu tujuan dari upaya ini yaitu menghentikan segala bentuk penipuan yang dilakukan oleh oknum, terutama di daerah yang kurang mampu yang masih membuka praktik kedokteran. Isu menurut Hainsworth & Meng (1997)

adalah sebagai hasil dari tindakan oleh satu atau lebih pihak yang dapat mengarah pada negosiasi dan koordinasi sektor swasta, proses perdata atau pidana, atau mungkin menjadi masalah kebijakan publik melalui tindakan legislatif atau undang-undang.

B. Perkembangan Isu Keperawatan di Masa Depan

Dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di segala bidang, termasuk bidang kesehatan menyebabkan terjadinya peningkatan status ekonomi masyarakat, meningkatnya minat terhadap pelaksanaan hak asasi manusia, dan kesadaran masyarakat akan kebutuhan kesehatan, masyarakat semakin menyadari pentingnya kesehatan. Hal ini menciptakan kesadaran akan persyaratan untuk hidup sehat dan pelayanan medis yang berkualitas. Akibat perubahan fenomena tersebut, hakikat pelayanan keperawatan telah berubah dari sekedar pelayanan profesional yang berbasis keterampilan menjadi pelayanan khusus yang didasarkan pada penguasaan teknologi dan ilmu keperawatan serta spesialisasi pelayanan keperawatan. Fokus peran dan fungsi perawat bergeser dari penekanan pada aspek kuratif ke aspek preventif dan suportif tanpa meninggalkan peran kuratif dan rehabilitatif. Kondisi ini memerlukan upaya khusus oleh profesi keperawatan, atau profesi keperawatan. Proses ini meliputi peningkatan pelayanan keperawatan dan optimalisasi penerapan proses keperawatan, pengembangan dan pembinaan pendidikan keperawatan, serta peramalan organisasi profesi (PPNI).

Nilai Profesional dalam Praktik Keperawatan

Nilai professional yang melandasi praktik keperawatan dapat di kelompokkan dalam :

A. Nilai intelektual

Nilai intelektual dalam prtaktik keperawatan terdiri dari

1. *Body of Knowledge*
2. Pendidikan spesialisasi (berkelanjutan)
3. Menggunakan pengetahuan dalam berpikir secara kritis dan kreatif

B. Nilai komitmen moral

Pelayanan keperawatan diberikan dengan konsep altruistik dan memperhatikan etika keperawatan. Menurut Beauchamp dan Walters (1989), melayani masyarakat secara profesional membutuhkan integritas, komitmen etis, dan tanggung jawab etis.

Aspek moral yang harus menjadi landasan perilaku perawat adalah :

1. *Beneficience*

Selalu mengupayakan keputusan dibuat berdasarkan keinginan melakukan yang terbaik dan tidak merugikan klien. (Johnstone, 1994).

2. *Fair*

Tidak melakukan diskriminasi terhadap nasabah berdasarkan agama, ras, status sosial budaya, status ekonomi, dll. tetapi perlakukan pelanggan seperti individu yang membutuhkan bantuan dengan keunikan mereka.

3. *Fidelity*

Perilaku peduli (kebaikan, kasih sayang, perasaan ingin membantu), berusaha untuk menepati janji, harapan penuh, komitmen etis, dan kepedulian terhadap kebutuhan emosional klien.

C. Otonomi, kendali dan tanggung gugat

Otonomi adalah kebebasan dan hak untuk bertindak secara mandiri. Otonomi mengacu pada mengambil kendali atas hidup sendiri, yang berarti bahwa perawat memiliki kendali atas tugas-tugas mereka. Otonomi mencakup kemandirian, kesediaan untuk mengambil risiko dan untuk bertanggung jawab dan

akuntabel atas tindakan sendiri, dan untuk menjadi pengatur diri dan pembuat keputusan. Kontrol melibatkan mengatur atau mengarahkan sesuatu atau seseorang. Untuk profesi keperawatan, harus ada otoritas kompeten yang mengendalikan praktik, mendefinisikan peran, fungsi dan tanggung jawab anggota profesi. Akuntabilitas berarti bahwa perawat bertanggung jawab atas setiap tindakan yang diambilnya terhadap klien.

Manfaat Penerapan Tren dan Isu dalam Keperawatan

Profesi keperawatan telah berkembang sangat pesat dalam beberapa tahun terakhir. Hal ini disebabkan dampak globalisasi, dimana masyarakat menuntut peningkatan profesi keperawatan. Persyaratan paling dasar dan bermanfaat terkait dengan layanan perawatan masyarakat yang profesional, berkualitas dan terjangkau. Ada peningkatan tuntutan profesionalisme dalam perawat, dan pengembangan teknologi medis adalah prioritas. Hal ini memungkinkan pasien/klien yang membutuhkan perawatan berasal dari berbagai kalangan “dunia maya” (cybernet) yang semakin hari semakin ditandai dengan semakin banyaknya pengguna internet di Indonesia. Jumlah situs kesehatan semakin meningkat (Peters, 2005). Salah satu manfaat penerapan tren dan isu pada dunia keperawatan adalah terkait dengan peran perawat. Peran perawat dalam mengimplementasikan tren dan isu diharapkan dapat lebih menjalankan perannya sebagai perawat.

Daftar Pustaka

- Ameen, J., Coll, A. M., & Peters, M. (2005). Impact of tele-advice on community nurses' knowledge of venous leg ulcer care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 583-594.
- Hamid, A. 2000. *Kedudukan dan Peran Perhimpunan Profesi Keperawatan dalam Pembinaan dan Pengembangan Pendidikan Ners di Masa Depan dan Era Kesejahteraan*. Seminar: Jakarta.
- Mohammad, Nabilels .2009. *Informasi Pendidikan Keperawatan di Indonesia*. Yogyakarta (online) Tersedia: http://kmpk.ugm.ac.id/id/UPPDF/_working/No.2_dwi%20ananto_01_05.pdf. (diakses 17-11-2019)
- Ma'arifin Husin .1999. *Perubahan dan Keperawatan di Indonesia*. Makalah Seminar Nasional: Jakarta.

Profil Penulis



Febri Tri Anidini

Lahir di Koto Renah pada 14 Februari 1994 dan sekarang menetap di Jambi. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners dengan jurusan keperawatan di Universitas Sriwijaya Palembang.

Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan khususnya peminatan jiwa pada tahun 2018. Sekarang, merupakan salah satu dosen di Sekolah Tinggi Kesehatan dengan Jurusan D3 dan S1 Keperawatan. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen yang profesional, penulis ikut dalam penelitian maupun pengabdian sesuai dengan bidang kepakaran penulis. Penulis berharap dengan menulis buku dapat memberikan salah satu kontribusi yang bermanfaat bagi Bangsa dan Negara.

Email : febritrian058@gmail.com

STANDAR PROFESIONAL DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN

Ns. Sebastianus Kurniadi Tahu, S.Kep., M.Kep
Universitas Citra Bangsa Kupang

Definisi Pelayanan Perawat

Pelayanan keperawatan adalah upaya untuk membantu individu baik yang sakit maupun yang sehat, dari lahir hingga meninggal dalam bentuk pengetahuan, kemauan, dan kemampuan yang dimiliki. Sehingga individu tersebut dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan optimal (Yulihastin, 2009). Sedangkan pelayanan keperawatan professional dilaksanakan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, menjangkau seluruh golongan dan lapisan masyarakat yang memerlukan, baik di tatanan pelayanan kesehatan di masyarakat, maupun di tatanan pelayanan rumah sakit (Kusnanto, 2014).

Menurut Ilyas (2001) dalam Sabarguna (2004) Pelayanan keperawatan adalah kinerja pelayanan keperawatan dengan penampilan dari hasil karya atau jasa yang telah diberikan kepada individu atau kelompok. Penampilan adalah proses, cara, perbuatan, tindakan dan gambaran dari sesuatu atau individu, selain itu pengertian penampilan meliputi banyak hal, tidak hanya masalah busana, kebersihan, kerapian, ekspresi: senyum, cemberut, ramah, dan terampil. Mutu Pelayanan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Suarli dan Bahtiar, 2012). Mutu pelayanan keperawatan adalah asuhan keperawatan professional yang mengacu pada 5

dimensi kualitas pelayanan yaitu, (*reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy*) (Bauk et al, 2013). 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. Fokus Keperawatan yaitu respons Klien terhadap penyakit, pengobatan, dan lingkungan. Tanggung jawab Perawat yang sangat mendasar yaitu meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan dan mengurangi penderitaan. Tanggung jawab ini bersifat universal. (UU 38 Tahun 2014)

Aspek Kualitas Pelayanan Keperawatan

Keperawatan sebagai pelayanan profesional bersifat humanistik, menggunakan pendekatan holistik, dilakukan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berorientasi kepada kebutuhan pasien, mengacu pada standar profesional keperawatan, dan menggunakan etika keperawatan sebagai tuntutan utama. Pelayanan keperawatan yang berkualitas merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Sampai saat ini, para ahli keperawatan dan kesehatan senantiasa berusaha meningkatkan mutu diri, profesi, maupun peralatan keperawatan, demikian pula kemampuan manajerial keperawatan, khususnya manajemen kualitas pelayanan keperawatan juga ditingkatkan (Nursalam, 2011). Sebagai contoh apabila peralatan keperawatan sebagai salah satu sarana di dalam melayani pasien tidak tersedia dalam jumlah yang mencukupi (misalnya, jumlah tensimeter untuk mengukur tekanan darah pasien secara rutin setiap pagi jumlahnya tidak mencukupi). Apabila peralatan tersebut tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya, hal ini mencerminkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada para perawat (pelayanan internal) tidak berkualitas. Apabila kualitas

pelayanan internal rendah maka akan berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam melayani pasien. Kualitas pelayanan internal yang rendah akan mengakibatkan perawat tidak dapat melayani pasien secara optimal. Perawat yang tidak puas terhadap kinerja perawat akan menunjukkan perilaku tidak loyal terhadap rumah sakit, seperti misalnya rentan untuk pindah kerja ke rumah sakit lain yang memiliki peralatan jauh lebih lengkap dan berkualitas yang dapat menunjang kelancaran pekerjaannya. Selain itu, akibat dari ketidakpuasan kerja perawat juga berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada pasien (pelayanan eksternal). Apabila pelayanan yang diberikan kepada pasien berkualitas rendah, hal ini akan membawa pengaruh pada ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang mereka terima, khususnya kepuasan pasien pada aspek interpersonal akan rendah. Akibat dari ketidakpuasan terhadap pelayanan keperawatan yang diterimanya tersebut, pasien akan berperilaku negatif seperti misalnya menceritakan hal buruk sehubungan dengan pelayanan keperawatan di rumah sakit yang bersangkutan

Menurut Depkes RI (2008) telah menetapkan bahwa pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas baik apabila perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan aspek-aspek dasar perawat. Aspek dasar tersebut meliputi aspek penerimaan, perhatian, tanggung jawab, komunikasi dankerjasama. Masing-masing aspek dijelaskan sebagai berikut :

1. Aspek Penerimaan

Aspek ini meliputi sikap perawat yang selalu ramah, sopan, periang dan selalutersenyum, menyapa semua pasien maupun keluarga pasien. Perawat perlu memilikiminat terhadap orang lain, menerima pasien tanpa membedakan golongan, pangkat, latar belakang

sosial ekonomi dan budaya, sehingga pribadi utuh. Agar dapat melakukan pelayanan sesuai aspek penerimaan perawat harus memiliki minat terhadap orang lain dan memiliki wawasan luas.

2. Aspek Perhatian

Aspek ini meliputi sikap perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan perlu bersikap sabar, murah hati dalam arti bersedia memberikan bantuan dan pertolongan kepada pasien dengan suka rela tanpa mengharapkan imbalan, memiliki sensitivitas dan peka terhadap setiap perubahan pasien, mau mengerti terhadap kecemasan dan ketakutan pasien.

3. Aspek Komunikasi

Aspek ini meliputi setiap perawat yang harus biasa melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, dan keluarga pasien. Adanya komunikasi yang saling berinteraksi antara pasien dengan perawat, dan adanya hubungan yang baik dengan keluarga pasien.

4. Aspek Kerjasama

Aspek ini meliputi sikap perawat yang harus mampu melakukan kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarga pasien.

5. Aspek tanggung jawab

Aspek ini meliputi sikap perawat yang jujur, tekun dalam tugas, mampu muncurahkan waktu dan perhatian, sportif dalam tugas, konsisten serta tepat dalam bertindak.

Falsafah Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi RS Indonesia, (2017), dalam memberikan pelayanan perawat RS berkeyakinan bahwa:

1. Manusia adalah individu yang memiliki kebutuhan bio, psiko, sosial, spiritual yang unik. Kebutuhan ini harus selalu dipertimbangkan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan

-
2. Keperawatan adalah bantuan bagi umat manusia yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan secara optimal kepada semua yang membutuhkan dengan tidak membedakan bangsa, suku, agama, kepercayaan dan status di setiap tempat pelayanan kesehatan.
 3. Tujuan asuhan keperawatan adalah dapat dicapai melalui usaha bersama dari semua anggota tim kesehatan dan pasien/keluarga.
 4. Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat menggunakan proses keperawatan dengan lima tahapan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien/keluarga.
 5. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat, memiliki wewenang melakukan asuhan keperawatan secara utuh berdasarkan standar asuhan keperawatan.
 6. Pendidikan keperawatan berkelanjutan harus dilaksanakan secara terus menerus untuk pertumbuhan dan perkembangan staf dalam pelayanan keperawatan

Tujuan Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi RS Indonesia (2017) Tujuan Pelayanan Keperawatan antara lain:

1. Terselenggaranya pelayanan keperawatan prima melalui proses keperawatan
2. Terlaksanakannya pengembangan SDM Keperawatan melalui pendidikan berkelanjutan bagi tenaga keperawatan, baik formal maupun nonformal sesuai rencana pengembangan tenaga keperawatan.
3. Tersedianya fasilitas keperawatan yang dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
4. Terlaksananya monitoring dan evaluasi asuhan keperawatan.

-
5. Perpeliharanya hubungan kerja yang efektif dengan semua anggota tim kesehatan.
 6. Terciptanya iklim yang menunjang proses belajar mengajar dalam kegiatan pendidikan bagi pengembangan tenaga keperawatan

Menurut Nursalam cit Triwibowo (2013) tujuan mutu pelayanan keperawatan terdapat 5 tahap yaitu:

1. Tahap pertama adalah penyusunan standar atau kriteria. Dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat.
2. Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi disini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan.
3. Tahap ketiga adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri.
4. Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisa data. Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satupersatu.
5. Tahap kelima adalah evaluasi ulang. Tahap ini berfungsi untuk meminimalkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan tidakan keperawatan.

Indikator Pelayanan Keperawatan

Suatu pelayanan keperawatan dapat dikatakan baik apabila dalam pemenuhan kebutuhan pasien berjalan dengan sesuai, dari pelayanan yang baik tersebut maka akan menimbulkan budaya penanganan yang baik kepada semua pasien dan akan tercapainya tingkat

kepuasan pasien pada standar yang setinggi-tingginya. Menurut Nursalam (2014) suatu pelayanan keperawatan harus memiliki mutu yang baik dalam pelaksanaannya. Diantaranya adalah:

1. *Caring* adalah sikap peduli yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasiennya. Perawat akan senantiasa memberikan asuhan dengan sikap yang siap tanggap dan perawat mudah dihubungi pada saat pasien membutuhkan perawatan.
2. Kolaborasi adalah tindakan kerja sama antara perawat dengan anggota medis lain, pasien, keluarga pasien, dan tim sejawat keperawatan dalam menyelesaikan prioritas perencanaan pasien. Disini perawat juga bertanggung jawab penuh dalam kesembuhan dan memotivasi pasien.
3. Kecepatan, suatu sikap perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dimana perawat menunjukkan sikap yang tidak acuh tak acuh, tetapi akan memberikan sikap baik kepada pasien.
4. Empati adalah sikap yang harus ada pada semua perawat. Perawat akan selalu memperhatikan dan mendengarkan keluh kesah yang dialami pasien. Tetapi perawat tidak bersikap simpati, sehingga perawat dapat membimbing kepercayaan pasien.
5. *Courtesy* adalah sopan santun yang ada pada diri perawat sendiri. Perawat tidak akan cenderung membela satu pihak, tetapi perawat akan bersikap netral kepada siapapun pasien mereka. Perawat juga akan menghargai pendapat pasien, keluarga pasien, dan tim medis lain dalam hal kebaikan dan kemajuan pasien.
6. *Sincerity* adalah kejujuran dalam diri perawat. Jujur juga merupakan salah satu kunci keberhasilan perawat dalam hal perawatan kepada pasien. Perawat akan bertanggung jawab atas kesembuhan dan keluhan yang dialami pasien.

-
7. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara yang paling mudah untuk dilakukan perawat dalam memberikan asuhan. Karena komunikasi terapeutik sendiri merupakan cara efektif agar pasien merasa nyaman dan lebih terbuka dengan perawat.

Kompetensi Pelayanan Keperawatan

Persatuan Perawat Nasional Indonesia/PPNI (2010) mengatakan bahwa kompetensi perawat merefleksikan kompetensi yang diharapkan dimiliki individu yang akan bekerja di bidang pelayanan keperawatan. Kompetensi perawat terdiri dari kompetensi teknis dan kompetensi perilaku. Seseorang dikatakan memiliki kompetensi yang sesuai dengan pekerjaannya, apabila dapat memanfaatkan secara optimal kedua komponen utama tersebut. PPNI menyampaikan bahwa cakupan kompetensi dasar yang harus dimiliki setiap perawat Indonesia pada semua jenjang:

1. Menerapkan prinsip etika dalam keperawatan
2. Melakukan komunikasi interpersonal dalam asuhan keperawatan
3. Mewujudkan dan memelihara lingkungan keperawatan yang aman melalui jaminan kualitas dan manajemen risiko (patient safety)
4. Melakukan tindakan-tindakan untuk mencegah cedera pada klien
5. Memfasilitasi keperluan oksigen
6. Memfasilitasi keperluan elektrolit dan cairan
7. Mengukur tandatanda vital
8. Menganalisis, menginterpretasikan dan mendokumentasikan data secara akurat;
9. Melakukan perawatan luka
10. Memberi obat dengan aman dan benar
11. Mengelola pemberian darah dengan aman

Nursalam (2013) menyampaikan bahwa kompetensi perawat merupakan sesuatu yang terlihat secara

menyeluruh dari seorang perawat dalam memberi pelayanan profesional kepada klien, mencakup pengetahuan, keterampilan, dan pertimbangan yang dipersyaratkan dalam situasi praktik. Kompetensi dalam dunia keperawatan mencerminkan: Pengetahuan, pemahaman dan pengkajian; Serangkaian keterampilan kognitif, teknik psikomotor dan interpersonal; Kepribadian dan sikap serta perilaku. Sikap yang perlu ditonjolkan sebagai sosok perawat yang siap bekerja di dalam dan di luar negeri dengan karakteristik budaya Indonesia adalah 5S (Salam, Senyum, Sapa, Sopan dan Santun). Kompetensi tidak hanya menyangkut bidang ilmu dan pengetahuan, tetapi tidak kalah pentingnya sikap dan keyakinan akan nilai-nilai sosok perawat dan berpenampilan menarik.

Standar Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam 2014, satandar pelayanan keperawatan meliputi:

1. Standar 1 Divisi keperawatan mempunyai falsafah dan struktur yang menjamin pemberian asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan merupakan sarana untuk menyelesaikan berbagai persoalan praktek keperawatan di seluruh institusi asuhan/pelayanan keperawatan.
2. Standar 2 Divisi keperawatan dipimpin oleh seorang perawat eksekutif yang memenuhi persyaratan dan anggota direksi.
3. Standar 3 Kebijaksanaan dan praktek divisi keperawatan menjamin pelayanan keperawatan merata dan berkesinambungan yang mengakui perbedaan agama, sosial budaya, dan ekonomi di antara klien/pasien di institusi pelayanan kesehatan.
4. Standar 4 Divisi keperawatan menjamin bahwa proses keperawatan digunakan untuk merancang dan memberikan asuhan untuk memenuhi kebutuhan individu klien/pasien dalam konteks keluarga.

-
5. Standar 5 Divisi keperawatan menciptakan lingkungan yang menjamin efektivitas praktik keperawatan.
 6. Standar 6 Divisi keperawatan menjamin pengembangan berbagai program pendidikan untuk menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.
 7. Standar 7 Divisi keperawatan memprakarsai, memanfaatkan, dan berperan serta dalam berbagai proyek penelitian untuk peningkatan asuhan klien/pasien

Standar Profesional dalam Pelayanan Keperawatan

Pelayanan Keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilandasi aspek etik, legal dan peka budaya untuk memenuhi keperluan klien. Kegiatan tersebut meliputi tindakan prosedural, pengambilan keputusan klinik yang memerlukan analisis kritis serta kegiatan advokasi dengan menunjukkan perilaku caring. Pengelolaan pelayanan keperawatan merupakan kewenangan dan tanggung jawab perawat yang memiliki kompetensi sebagai manager. Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien berfokus pada pelayanan berbasis bukti. Perwujudan pelayanan tersebut diperlukan banyak penelitian yang dilakukan perawat yang memiliki kompetensi peneliti. Pelayanan keperawatan terdiri dari komponen tenaga keperawatan, misalnya mahasiswa keperawatan. Untuk menjamin kinerja mahasiswa keperawatan agar sejalan dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan maka diperlukan pendidik keperawatan klinik maupun akademik yang kompeten, (Sitinjak, 2019).

Tim dalam praktik keperawatan. Asuhan keperawatan dilakukan melalui tindakan keperawatan mandiri dan atau kolaborasi oleh tim keperawatan (Perawat Ahli Madya, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan) maupun dengan tim Kesehatan lainnya. Dalam pelaksanaa

pelayanan keperawatan, tindakan oleh tim keperawatan dilakukan sesuai batasan kewenangan dan kompetensi masing-masing jenis tenaga Perawat (Sitinjak, 2019)

1. Perawat Ahli Madya, mampu menguasai sains keperawatan dasar; melakukan asuhan keperawatan yang telah direncanakan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi keperluan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistik dan berdasarkan standar asuhan keperawatan, standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; mampu bekerjasama dengan tim keperawatan.
2. Ners mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mengelola asuhan keperawatan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi keperluan bio-psiko-sosiospiritual secara holistik dan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; menggunakan hasil riset; mampu bekerjasama dengan tim keperawatan maupun dengan tim kesehatan lain.
3. Ners Spesialis dan konsultan mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mengelola asuhan keperawatan secara terampil dan inovatif dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi keperluan bio-psiko-sosio-spiritual secara holistik berdasarkan standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; melakukan riset berbasis bukti klinik dalam menjawab permasalahan sains, teknologi dalam bidang spesialisasinya; mampu bekerja sama dengan tim keperawatan lain (Perawat peneliti/dokter keperawatan) dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain.

Dengan semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan termasuk ilmu keperawatan, di mana diperlukan kemampuan kepakaran yang lebih tinggi dalam mengatasi masalah keperawatan yang lebih kompleks, maka diperlukan peran Ners Spesialis yang dapat berfungsi sebagai pusat rujukan bagi tenaga keperawatan di bawahnya. Pengakuan sebagai pusat rujukan keperawatan ditunjukkan melalui kemampuan sebagai Ners Konsultan. Ners Manajer mampu menerapkan konsep, prinsip, teori manajemen dalam proses pelayanan keperawatan dengan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen keperawatan, meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pergerakan dan pengendalian sumber-sumber dalam organisasi untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas kerja. Ners Manajer berperan dalam pengelolaan pelayanan keperawatan mencakup level bawah (*Front line manager*), level tengah (*Midle Manager*), dan level puncak (*Top Manager*).

Pendekatan dalam standar profesional pelayanan keperawatan, praktik keperawatan diselenggarakan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dinamis dan berkesinambungan meliputi pengkajian, penetapan masalah atau diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada klien dengan berbagai kondisi, baik sehat maupun sakit sepanjang rentang kehidupan, (Sitinjak, 2019).

1. Pengkajian keperawatan dilakukan secara komprehensif ditujukan untuk mengenali masalah kesehatan yang dihadapi klien dan penyebab timbulnya masalah tersebut. Dikenalnya masalah dan penyebabnya dengan tepat akan mendasari penyusunan rencana penanggulangannya agar efektif dan efisien.
2. Rencana tindakan keperawatan dibuat berdasarkan keperluan klien. Pelaksanaan praktik keperawatan dilakukan sesuai rencana yang telah disepakati bersama antara klien dan keluarganya dengan Ners. Pelaksanaan praktik keperawatan harus berpedoman pada standar profesi.

-
3. Tindakan mandiri keperawatan mencakup observasi keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan komplementer, tindakan keperawatan modalitas, penyuluhan kesehatan, advokasi, edukasi dan konseling dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan untuk pemenuhan keperluan dasar manusia dalam upaya memandirikan klien dan mengatasi masalah kesehatan serta melaksanakan program pemerintah bidang kesehatan.
 4. Tindakan kolaborasi keperawatan dilakukan dengan tim kesehatan lain dalam pemberian asuhan keperawatan, perencanaan terhadap upaya penyembuhan serta pemulihan kesehatan klien. Kolaborasi keperawatan dapat juga dilakukan secara lintas sektoral untuk pengembangan dan pelaksanaan program kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.

Proses maupun hasil asuhan keperawatan selalu dievaluasi dan dimonitor secara terus menerus dan berkesinambungan, kemudian diadakan perbaikan dan modifikasi sesuai hasil evaluasi dan monitoring serta tujuan yang telah ditetapkan bersama klien. Tujuan yang telah ditetapkan dapat berupa hilangnya gejala, menurunnya resiko, tercegahnya komplikasi, meningkatnya pengetahuan dan kemampuan mengatasi masalah kesehatan serta mempersiapkan klien agar meninggal dengan damai dan bermartabat. Praktik keperawatan yang memenuhi keperluan dan harapan dapat diselenggarakan pada semua sarana/tatanan pelayanan/asuhan kesehatan baik di rumah sakit umum maupun khusus, puskesmas, praktik keperawatan di rumah (*home care*), *nursing home/residential health care*, praktik keperawatan berkelompok (klinik bersama), dan praktik keperawatan perorangan, serta praktik keperawatan fasilitas pelayanan/asuhan kesehatan bergerak (*mobile/ambulatory*). Praktik keperawatan diselenggarakan dengan memperhatikan keterjangkauan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan/asuhan keperawatan dalam konteks pelayanan/asuhan kesehatan.

Pelayanan keperawatan profesional mencakup kegiatan-kegiatan mulai dari yang sangat sederhana hingga kompleks. Pelayanan keperawatan dilakukan dengan mengutamakan kualitas, efektifitas dan efisiensi, agar tetap terjangkau oleh masyarakat serta berfokus pada keselamatan klien, dalam melaksanakan praktik keperawatan untuk tindakan keperawatan yang sederhana dan tidak beresiko, Ners dapat bekerja sama dengan perawat vokasi. Di samping berperan sebagai perawat praktisi yang dilakukan Perawat ahli madya, Ners, Ners Spesialis dan Ners Konsultan, perawat juga berperan sebagai perawat manajer oleh Ners Manajer dengan kompetensi pengembangan dan pengelolaan manajemen pelayanan keperawatan. Dalam pengembangan keilmuan keperawatan dikembangkan pula perawat peneliti dengan kompetensinya yang berfokus pada penelitian untuk pengembangan keilmuan keperawatan. Peran ini dilakukan oleh magister dan doktor keperawatan. Area Kompetensi Perawat Indonesia. Kerangka Kompetensi Perawat dikelompokkan dalam tiga area kompetensi yakni Praktik Profesional, etis, legal dan peka budaya, pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan, pengembangan kualitas personal dan professional. Setiap area kompetensi dijabarkan menjadi kompetensi inti. Penjabaran area kompetensi, kompetensi inti, kompetensi penunjang dan kompetensi lainnya. Setiap area kompetensi dijabarkan menjadi kompetensi inti yang terdiri dari (Sitinjak, 2019):

1. Area praktik profesional, etis, legal dan peka budaya
Kompetensi Inti: Bertanggung gugat terhadap praktik professional; Melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya; Melaksanakan praktik secara legal.
2. Area Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan. Kompetensi Inti: Menerapkan prinsip dasar dalam pemberian asuhan keperawatan dan pengelolaannya meliputi Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan, melakukan pengkajian keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan

tindakan keperawatan sesuai rencana, mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan, menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberian pelayanan dan asuhan keperawatan. Menerapkan kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan pelayanan keperawatan meliputi: Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman, membina hubungan interprofesional dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan, menjalankan fungsi delegasi dan supervisi baik dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan.

3. Area Pengembangan kualitas personal dan professional. Kompetensi inti: Melaksanakan peningkatan profesional dalam praktik keperawatan, melaksanakan peningkatan mutu pelayanan maupun asuhan keperawatan, mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.

Daftar Pustaka

- ANCC Accreditation (American Nursing Credentialing Centre), 2017, Nursing Skills Competency Program: Application Handbook, Terjemahan: Program kompetensi ketrampilan perawat: Buku saku aplikasi, nursecredentialing.org
- Bauk, Kadir, Saleh, (2013). Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas Pelayanan: Persepsi Pasien Pelayanan Rawat Inap RSUD Majene.
- Berman, Koziar & Erb's, (2016), Fundamentals of Nursing Concept, Process, Practice, Terjemahan: Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, Praktik, 10th Ed. New Jersey: Pearson Education
- Depkes R. I., (2008). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Salemba Medika
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit, (2017), Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1, Jakarta : KARS.
- Kusnanto. (2014). Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: EGC
- Menkes RI, (2010), Permenkes RI No. HK.02.02/MENKES/148/2010 Tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
- Menkes RI, (2013), Permenkes RI No 17 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.
- Menkes RI, 2019, Permenkes RI No 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan UU Keperawatan No 38 tahun 2014
- Nursalam. (2011). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika

-
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2010, Standar Profesi dan Kode Etik Perawat Indonesia. Jakarta
- Presiden RI, 2014, Undang-Undang RI No. 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan
- Sabarguna, B. S. (2004). Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit. Edisi Kedua. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY.
- Sitinjak Labora, Tola Burhanuddin dan Ramly Mansyur (2019), Evaluasi Standar Kompetensi Perawat Indonesia Dengan Menggunakan Model CIPPO Menuju Revolusi Industri 4.0, Lembaga Penerbitan Universitas Nasional (LPU-UNAS). Jakarta.
- Suarli, S dan Bahtiar. (2012). Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis. Jakarta: Erlangga
- Yulihastin, Erma. (2009). Bekerja Sebagai Perawat. Jawa Barat : Erlangga

Profil Penulis



Sebastianus Kurniadi Tahu

Penulis merupakan salah satu staf pengajar di prodi Ners Universitas Citra Bangsa Kupang sejak tahun akhir 2011, setelah menyelesaikan pendidikan di STIKes Karya Husada Pare-Kediri tahap akademik dan profesi ners pada tahun 2011, selanjutnya penulis mengembangkan diri dengan melanjutkan pendidikan Magister keperawatan pada tahun 2013 di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Ketertarikan penulis terhadap dunia keperawatan sejak 2006 silam dimana penulis mulai memasuki bangku perkuliahan, sejak pendidikan S1 penulis mulai fokus pada bidang, Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Gawat Darurat – Kritis, pada awal penulis bergabung menjadi dosen penulis diberikan sebagian besar tanggung jawab dalam mata kuliah keperawatan dasar. Selanjutnya setelah penulis menyelesaikan pendidikan S2 penulis diberikan tanggung jawab untuk matakuliah keperawatan dasar, KMB, Gadar dan Kritis. Penulis hingga saat ini mewujudkan karir sebagai dosen profesional, dengan aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dibidang KMB, Gadar dan Kritis. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain penelitian, penulis juga mulai mengembangkan diri dengan terlibat dalam menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif untuk pengembangan profesi keperawatan menjadi lebih baik dan bagi bangsa serta negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: sebastiankurniadi@ymail.com

KONSEP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN MANUSIA

Supriyadi, S.Kep., Ners., M.Kep.
Stikes Yarsi Mataram

Latar Belakang

Kehidupan individu dimulai sejak masa konsepsi, yaitu saat bertemunya sel yang berasal dari ayah (sperma) dengan sel telur yang berasal dari ibu (ovum). Dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya, individu mengalami interaksi antara kemampuan dasar/pembawaan dengan lingkungan. Pertumbuhan dan perkembangan manusia merupakan hal yang berjalan terus menerus dimulai dari bayi baru lahir, masa anak-anak, masadewasa dan masa tua. Istilah pertumbuhan dan perkembangan, keduanya mengacu pada proses yang dinamis. Sering dipakai bersamaan akan tetapi memiliki makna yang berbeda. Keduanya merupakan proses yang independent dan saling terkait.

Pertumbuhan dan perkembangan manusia merupakan hal yang berurutan, proses yang dapat di prediksi mulai dari masa pembentukan dan berlanjut sampai kematian. Seluruh manusia mengalami kemajuan fase pertumbuhan dan perkembangan yang pasti tetapi tahapan dan perilaku kemajuan ini sifatnya sangat individual.

Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan

A. Pertumbuhan

Menurut pandangan para ahli biologi “pertumbuhan” diartikan sebagai suatu penambahan dalam ukuran bentuk, berat atau pikiran dimensi dari pada tubuh

dan bagian-bagiannya. Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan peningkatan ukuran. Pertumbuhan dapat diukur secara kuantitatif. Indikator meliputi ukuran fisik antara lain tinggi badan, berat badan, ukuran tulang, dan pertumbuhan gigi.

Pertumbuhan fisik merupakan hal yang kuantitatif atau dapat diukur aspek peningkatan dalam jumlah sel.

B. Perkembangan

Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan kemajuan keterampilan yang merupakan kemampuan dan keterampilan yang dimiliki individu untuk beradaptasi dengan lingkungan. Perkembangan dimaksudkan untuk menunjukkan perubahan-perubahan dalam bentuk/bagian tubuh dan integrasi ke dalam suatu kesatuan fungsional bila pertumbuhan itu berlangsung.

Perkembangan adalah aspek progresif adaptasi terhadap lingkungan yang bersifat kualitatif. Contoh perubahan kualitatif ini adalah peningkatan kapasitas fungsional penguasaan terhadap beberapa keterampilan yang lebih kecil.

C. Maturasi

Maturasi adalah proses berkembang dan bertumbuh menjadi penuh. Hal tersebut meliputi kemampuan biologis individu, kondisi fisiologis dan keinginan untuk belajar perilaku yang lebih matang.

Secara lebih luas, Dictionary of Psychology memerinci pengertian perkembangan manusia sebagai berikut:

1. *The progressive and continuous change in the organism from birth to death*; perkembangan itu merupakan perubahan yang progresif dan terus menerus dalam diri organisme sejak lahir hingga mati.
2. *Growth*; perkembangan itu berarti pertumbuhan.
3. *Change in the shape and integration of bodily parts into functional parts*; perkembangan berarti pertumbuhan dalam bentuk dan penyatuan bagian-bagian yang bersifat jasmaniah ke dalam bagian-bagian yang fungsional.

4. *Maturation or the appearance of fundamental pattern of unlearned behavior*; perkembangan adalah kematangan atau kemunculan pola-pola dasar tingkah laku yang bukan hasil belajar.

Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkelanjutan, teratur dan berurutan yang dipengaruhi oleh faktor maturase, lingkungan dan genetik
2. Setiap manusia memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan yang sama
3. Urutan setiap pertumbuhan dan perkembangan dapat di prediksi, meskipun bervariasi antar individu.
4. Setiap tahap perkembangan memiliki karakteristik sendiri
5. Pertumbuhan dan perkembangan berlangsung menurut arah sefalokaudal yang bermula dari kepala, berlanjut ke badan, tungkai dan kaki. Pola ini terutama terlihat saat lahir yakni dari besar kepala yang tidak proporsional.
6. Pertumbuhan dan perkembangan berlangsung menurut arah proksimodistal, yang bermula dari pusat tubuh ke arah luar.
7. Perkembangan bermula dari hal yang sederhana hingga hal yang kompleks
8. Perkembangan menjadi semakin terdiferensiasi. Perkembangan yang terdiferensiasi bermula dari respons umum dan berkembang menjadi respons khusus yang terlatih
9. Tahap tertentu dalam pertumbuhan dan perkembangan merupakan tahap yang lebih kritis dibandingkan tahap-tahap yang lain.
10. Laju pertumbuhan dan perkembangan tidak sama.

Faktor Pertumbuhan dan Perkembangan

Menurut Koziar dkk (2010) Factor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan adalah factor genetic dan lingkungan. Pewaris genetic pada individu terjadi saat konsepsi, hal ini menentukan berbagai karakteristik seperti gender, karakteristik fisik (misalnya warna mata, potenssial tinggi badan) dan tempramen. Factor lingkungan meliputi keluarga, agama, iklim, budaya, sekolah, komunitas dan nutrisi.

Faktor utama yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan manusia

A. Kekuatan alami

1. Hereditas

Genetik menetapkan pembawaan jenis kelamin, ras, rambut dan warna mata, pertumbuhan fisik, sikap tubuh dan untuk beberapa keunikan psikologis yang lebih mendalam.

2. Tempramen

Tempramen ditandai dengan alam perasaan psikologis dimana anak dilahirkan dan termasuk tipe perilaku mudah, lambat sampai hangat dan sulit. Hal tersebut mempengaruhi interaksi antara individu dan lingkungan.

B. Kekuatan eksternal

1. Keluarga

Fungsi keluarga meliputi keinginan untuk bertahan hidup, rasa aman, bantuan terhadap perkembangan emosi dan social, bantuan dengan mempertahankan hubungan, penjelasan mengenai masyarakat dan dunia dan bantuan dalam mempelajari peran dan perilaku. Keluarga memberi pengaruh melalui nilai, kepercayaan, adat istiadat, dan pola spesifik dari interaksi dan komunikasi individu dalam keluarga.

2. Kelompok teman sebaya

Kelompok teman sebaya memberi pelajaran lingkungan yang baru dan berbeda. Kelompok

teman sebaya memberi pola dan struktur yang berbeda dalam hal interaksi dan komunikasi, memerlukan gaya perilaku yang berbeda. Fungsi kelompok teman sebaya termasuk membiarkan individu belajar mengenai kesuksesan dan kegagalan.

3. Pengalaman hidup

Pengalaman hidup dan proses pembelajaran membiarkan individu berkembang dengan mengaplikasikan apa yang telah dipelajari pada kebutuhan yang perlu dipelajari.

4. Kesehatan lingkungan

Tingkat kesehatan mempengaruhi respon individu terhadap lingkungan dan respon orang lain pada individu tersebut.

5. Kesehatan prenatal

Faktor preconsepsi (mis. Factor genetik dan kromosom. umur maternal) dan pasca konsepsi, misalnya: nutrisi, peningkatan berat badan, merokok, dan alcohol, masalah medis, penggunaan pelayanan prenatal bisa mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan fetal.

6. Nutrisi

Pertumbuhan diatur oleh faktor makanan. Nutrisi yang adekuat mempengaruhi apa dan bagaimana kebutuhan fisiologis maupun pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya.

7. Istirahat, tidur dan olahraga

Keseimbangan antara istirahat dan tidur atau olahraga merupakan hal penting untuk memnudahkan tubuh.

8. Status kesehatan

Sakit atau luka berpotensi mengganggu pertumbuhan dan perkembangan. Sifat dan durasi masalah kesehatan mempengaruhi dampaknya.

9. Lingkungan tempat tinggal

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan meliputi musim, iklim, kehidupan sehari-hari dan status sosial ekonomi

Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Neonatus

Neonatus dimulai dari lahir – 28 hari. Perilaku pada usia ini hampir seluruhnya bersifat refleks dan berkembang menjadi perilaku yang lebih terarah.

2. Bayi

Bayi dimulai dari usia 1 bulan – 1 tahun. Pertumbuhan fisik berlangsung dengan cepat pada usia ini.

3. Toddler

Usia 1-3 tahun dimana perkembangan motorik memungkinkan peningkatan otonomi fisik. Keterampilan psikososial mulai meningkat.

4. Prasekolah

Usia 3-6 tahun dimana pengalaman baru dan peran sosial anak mulai dipraktekkan selama bermain. Pada usia ini pertumbuhan fisik berlangsung lambat.

5. Usia sekolah

Usia 6-12 tahun dimana usia ini meliputi periode pra remaja (10-12 tahun). Kelompok teman sebaya sangat memengaruhi perilaku anak. Perkembangan fisik, kognitif, dan sosial meningkat dan keterampilan komunikasi semakin baik.

6. Remaja

Usia 12-20 tahun, disini konsep diri berubah sejalan dengan perkembangan biologis. Pertumbuhan fisik berlangsung semakin cepat, stress mulai meningkat terutama saat menghadapi konflik.

7. Dewasa muda

Usia 20-40 tahun, pada usia ini gaya hidup mulai berkembang. Individu membentuk hubungan dengan individu lain.

8. Dewasa menengah

Usia 40-65 tahun, dimana gaya hidup berubah akibat perubahan dalam hal lain misalnya anak sudah mulai meninggalkan rumah.

9. Lansia

Usia lansia ini terdiri dari tiga tahapan yaitu: a). lansia muda, usia 65-74 tahun dimana seseorang mulai dengan masa adaptasi dan perubahan kemampuan fisik. b). lansia menengah usia 75-84 tahun, pada fase ini dimulai adaptasi terhadap penurunan kecepatan pergerakan dan peningkatan ketergantungan terhadap individu lain. c). lansia akhir usia 85 tahun atau lebih, pada usia ini mungkin masalah fisik meningkat.

Teori-Teori Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan manusia merupakan bentuk kompleks perpindahan yang mencakup perubahan dalam proses biologis, kognitif dan sosioemosional. Teori-teori perkembangan menyediakan suatu kerangka untuk menilai, menggambarkan dan menghargai perkembangan manusia.

A. Teori perkembangan Freud (Perkembangan Psikoseksual)

1. Bayi (saat lahir – 18 bulan) : tahap oral

Kepuasan oral merupakan hal yang sangat penting tetapi juga merupakan kesenangan yang aneh.

2. Masa anak-anak (18 bulan sd 3 tahun) : tahap anal

Fokus kesenangan berubah ke arah anal. Misalnya melalui proses toilet training.

3. Pra Sekolah (3-5 tahun) : tahap phallic

Pada tahap ini organ genital menjadi focus kesenangan. Pada tahap ini dimana anak berfantasi mencintai anak berbeda gender dikenal dengan Oedipus atau Electra complex.

4. Masa anak-anak pertengahan (6-12 tahun): tahap laten

Pada fase ini keinginan seksual dari tahap oedipal ditekan kepada aktivitas social yang produktif.

5. Remaja (12-19 tahun) : tahap genital

Pada tahap ini anak mulai mengalami ketertarikan seksual dengan individu diluar lingkungan keluarga.

B. Erikson (perkembangan psikososial)

1. Bayi (saat lahir – 18 bulan): kepercayaan versus ketidakpercayaan

Pembangunan dasar rasa percaya penting untuk perkembangan pribadi yang sehat.

2. Masa anak-anak (18 bulan sd 3 tahun) : otonomi vs rasa malu dan ragu control diri dan kebebasan.

Pada tahap ini pertumbuhan anak lebih disempurnakan dengan aktivitas dasar perawatan diri termasuk berjalan, makanan, dan aktivitas kamar mandi. Batita membangun otonominya dengan membuat pilihan.

3. Pra Sekolah (3-5 tahun) : inisiatif vs rasa bersalah
Anak-anak lebih suka berpura-pura dan mencoba peran baru.

4. Masa anak-anak pertengahan (6-12 tahun): industri vs rendahnya mutu melakukan tugas

Anak-anak usia sekolah ingin mempelajari keterampilan dan alat-alat yang produktif.

5. Remaja (12-19 tahun): identitas vs mencari jati diri kematangan seksual

Perubahan fisiologis yang berhubungan dengan maturasi seksual menandai tahap ini.

6. Dewasa muda: Keintiman vs isolasi

Dewasa muda telah membangun identitas dirinya, memperdalam rasa kasih sayang dan peduli terhadap orang lain.

7. Usia pertengahan: Generrativitas vs pemikirna terhadap diri sendiri
Fokus memberikan dukungan kepada generasi mendatang.
 8. Usia tua : integritas vs keputusasaan
Proses penuaan menghasilkan penurunan fisik dan sosial.
- C. Piaget (Kognitif/ perkembangan moral)
- a) Bayi (saat lahir – 18 bulan) : periode motoric sensorik
Selama perkembangan bayi membangun pola tindakan atau skema sebagai reaksi terhadap lingkungan.
 - b) Masa anak-anak (18 bulan sd 3 tahun) : periode praoperasional- berpikir dengan menggunakan simbolik; egosentris : periode operasi konkret; berpikir logis.
Ini merupakan awal anak-anak berpikir menggunakan symbol.
 - c) Pra Sekolah (3-5 tahun) : menggunakan symbol egosentrik
Anak-anak mulai mempunyai kemampuan mental.
 - d) Masa anak-anak pertengahan (6-12 tahun) : periode operasi formal; berfikir abstrak
Selama tahap ini pola pikir individu berpindah kepada hal yang bersifat abstrak dan teoritis.
 - e) Remaja (12-19 tahun) : periode operasi formal; berpikir abstrak
 - f) Perubahan kognitif dalam pemikiran orang dewasa. Piaget telah mengemukakan bahwa pemikiran operasional formal dimulai saat remaja dan pada dasarnya orang dewasa juga menggunakannya.

D. Kohlberg (perkembangan pertimbangan moral)

a) Bayi (saat lahir – 18 bulan)

Menunjukkan cara berpikir individu, emosi dan tingkah laku yang memengaruhi kepercayaan tentang mana yang benar dan salah

b) Masa anak-anak (18 bulan sd 3 tahun) : tingkat prakonvensional; orientasi terhadap hukuman-kepatuhan.

Individu menunjukkan pertimbangan moralnya berdasarkan pengalaman pribadi. Pada tahap ini respons anak terhadap dilemma moral adalah dalam bentuk kepatuhan mutlak terhadap orang yang berkuasa dan peraturan.

c) Pra Sekolah (3-5 tahun) : tingkat prakonvensional premoral orientasi alat

Pada tahap ini anak mengenali lebih dari satu pandangan yang benar.

d) Masa anak-anak pertengahan (6-12 tahun): tingkat konvensional menjadi anak yang baik.

Individu memandang pertimbangan moral berdasarkan kepribadian dan dengan harapan masyarakat atas dirinya. Individu ingin diterima dan menjaga kepercayaan dari kelompok seusianya “menjadi baik” berarti memiliki motivasi yang baik.

e) Remaja (12-19 tahun): tingkat pascakonvensional orientasi kontrak sosial.

Individu menemukan keseimbangan antara hak dan kewajiban dasar manusia, kaidah-kaidah masyarakat serta peraturan pada tingkat pertimbangan pasca konvensional. Individu mematuhi hukum social tetapi juga mengenali kemungkinan perubahan hukum untuk memperbaiki masyarakat.

Daftar Pustaka

- Effendi, usman dan juhaya.1989. pengantar psikologi. Bandung. Angkasa.
- Fauzi, ahmad. 2004. Psikologi umum. Bandung. Cv pustaka setia.
- Kozier, Barbara et all. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, proses, dan Praktik. EGC. Jakarta.
- Potter, Patriccia A. Perry, Anne G. (2009). Fundameental Keperawatan, Edisi 7 Buku I. Salemba Medika. Jakarta.
- Potter, Patriccia A. Perry, Anne G. (2009). Fundameental Keperawatan, Edisi 4 Buku I. EGC. Jakarta.
- Sobur, alex. 2003. *Psikologi umum*. Bandung. Cv pustaka setia

Profil Penulis



Supriyadi

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 1999 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke SPK YARSI Mataram lulus pada tahun 2001. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran Semarang pada tahun 2006 dan lanjut profesi Ners di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran Semarang dan Lulus tahun 2007. Dan langsung bekerja menjadi dosen di STIKES YARRSI Mataram mulai tahun 2008 dan Sepuluh tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2013. Penulis memiliki kepakaran di bidang keperawatan medical bedah, sekarang penulis jabatan sebagai ketua program studi pendidikan Ners STIKES YARSI Mataram. Besar harapan penulis agar buku ini memberikan dampak positif bagi bangsa dan negara indonesia khususnya di bidang keperawatan, semoga buku ini dapat dimanfaatkan dibidang pendidikan terutama mahasiswa keperawatan diseluruh Indonesia. Demikian profil penulis yang sangat singkat dan terimakasih atas waktu dan kesempatan yang diberikan.

Email Penulis: supriyadi.stikesyarsi@gmail.com

KODE ETIK DAN ISU ETIK DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Jose Nelson Maria Vidigal, S.Kep., Ns

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Latar Belakang

Pada masa lampau, perawat memandang pembuatan keputusan etik sebagai tanggung jawab dokter. Namun, tidak ada satu profesi pun yang bertanggung jawab atas keputusan etik, dan belum ada yang ahli dalam hal etika. Seiring perkembangan situasi, masukan dari semua pemberi asuhan menjadi semakin penting. Asosiasi keperawatan internasional, nasional, dan Negara bagian memiliki kode etik yang tetap. *International Council for Nurses* (ICN) mengadopsi kode etik untuk pertama kalinya pada tahun 1953. Sedangkan kode etik keperawatan di Indonesia telah disusun oleh dewan pimpinan pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) melalui Musyawarah Nasional PPNI di Jakarta pada tanggal 29 November 1989. Kode etik keperawatan Indonesia tersebut terdiri dari 5 bab dan 17 pasal. Bab 1 memiliki empat pasal yang menjelaskan tentang tanggung jawab perawat terhadap individu, keluarga, dan masyarakat. Bab 2 memiliki lima pasal yang menjelaskan tentang tanggung jawab perawat terhadap tugasnya. Bab 3 memiliki dua pasal yang menjelaskan tentang tanggung jawab perawat terhadap sesama perawat dan profesi kesehatan lain. Bab 4 memiliki empat pasal yang menjelaskan tentang tanggung jawab perawat terhadap profesi keperawatan. Bab 5 memiliki dua pasal yang menjelaskan tentang tanggung jawab perawat terhadap pemerintah, bangsa dan tanah air.

Dalam penerapan kode etik keperawatan, ada beberapa isu etik khusus yang sering dijumpai ialah isu asuhan klien HIV/AIDS, aborsi, transplantasi organ, keputusan untuk mengakhiri hidup, isu penekanan biaya yang membahayakan kesejahteraan klien dan akses terhadap layanan kesehatan, dan pelanggaran rahasia klien. Selain itu, perubahan sosial dan teknologi, loyalitas dan kewajiban perawat yang saling berbenturan membangkitkan kesadaran perawat terhadap masalah etis tersebut.

Konsep Etika dalam Praktik Keperawatan

Kata etika berasal dari kata Yunani (ethos) yang berhubungan dengan pertimbangan pembuat keputusan, benar atau tidaknya suatu perbuatan karena tidak ada undang-undang atau peraturan yang menegaskan hal yang harus dilakukan. Etika berbagai profesi digariskan dalam kode etik yang bersumber dari martabat dan hak manusia yang memiliki sikap menerima dan kepercayaan kepada profesi. Kode etik adalah serangkaian prinsip etik yang dianut oleh anggota kelompok, merefleksikan penilaian moral anggota kelompok, dan digunakan sebagai standar untuk tindakan profesional sebuah profesi. Sedangkan kode etik keperawatan merupakan bagian dari etika kesehatan yang menerapkan nilai etika terhadap bidang pemeliharaan atas pelayanan kesehatan masyarakat. Konsep etika memberikan fondasi dalam pengambilan keputusan etis. Konsep etika dalam keperawatan terdiri dari:

1. Advokasi

Tindakan advokasi adalah untuk mengonfirmasikan dan mendukung. Advokasi mengonfirmasikan pasien tentang hak pasien dalam suatu situasi dan menyediakan informasi yang mereka butuhkan dalam membuat keputusan (Kohnke, 1982). Advokasi mewajibkan perawat untuk memberikan informasi kepada pasien, kemudian mendukung mereka dalam keputusan yang mereka buat. Perawat harus jujur kepada pasien bahwa mereka mempunyai hak untuk

membuat keputusan sendiri. Tanpa adanya advokasi dan perlindungan yang efektif tidak akan ada kebenaran (Bandman & Bandman, 2000).

2. Tanggung jawab dan tanggung gugat

Perawat yang profesional selalu bersedia memberikan tanggung jawab dan bertanggung gugat atas setiap asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Dalam kode etik ICN, tanggung jawab keperawatan meliputi: Promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan meringankan penderitaan. Menurut Mohr (2003), tanggung jawab dan tanggung gugat perawat adalah komponen tambahan yang ditemukan pada praktik etika setiap harinya.

3. Kerja sama

Kerja sama adalah konsep yang mengandung partisipasi aktif dengan yang lain untuk menghasilkan perawatan yang berkualitas bagi klien. Kolaborasi dalam membuat pendekatan perawatan kesehatan dan kolaborasi profesional yang lebih banyak daripada bekerja sebagai tim.

Kerja sama juga berarti membangun konsep altruistik (bekerja untuk kesejahteraan orang lain) karena dapat mengekspresikan ikatan manusia yang memelihara dan bekerja sama untuk mencapai tujuan.

4. Caring

Dalam dunia keperawatan, *caring* dilihat sebagai sebuah seni dan ilmu yang selalu digunakan. Leininger (1984) mengatakan bahwa, tidak ada pengobatan tanpa *caring*, tetapi *caring* dapat ada tanpa pengobatan. *Caring* pada manusia merupakan fenomena yang universal kendati ada perbedaan budaya dalam ekspresi, proses dan corak.

Tujuan Etika Keperawatan

Etika profesi keperawatan merupakan alat untuk mengukur perilaku moral dalam keperawatan. Dalam menyusun alat pengukur ini, keputusan diambil

berdasarkan kode etik sebagai standar yang mengukur dan mengevaluasi perilaku moral perawat. Dengan menggunakan kode etik keperawatan, organisasi profesi keperawatan dapat meletakkan kerangka berpikir perawat untuk mengambil keputusan dan bertanggung jawab kepada masyarakat, anggota tim kesehatan yang lain, dan kepada profesi. Secara umum etika profesi keperawatan bertujuan untuk menciptakan dan mempertahankan kepercayaan klien kepada perawat, kepercayaan di antara sesama perawat, dan kepercayaan masyarakat kepada profesi keperawatan. Selain itu, profesi keperawatan juga memiliki kode etik yang bertujuan agar dalam menjalankan tugas, perawat dapat menghargai dan menghormati martabat manusia. Menurut Ismani (2001), ada lima tujuan kode etik keperawatan, antara lain:

1. Sebagai dasar dalam mengatur hubungan antar perawat, klien/pasien, masyarakat, dan hubungan dengan profesi kesehatan lainnya.
2. Sebagai standar untuk mengatasi masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya.
3. Sebagai bentuk pertahanan diri ketika dalam menjalankan tugasnya diperlakukan secara tidak adil oleh institusi maupun masyarakat.
4. sebagai dasar dalam menyusun kurikulum pendidikan keperawatan agar dapat menghasilkan lulusan yang berorientasi pada sikap profesional keperawatan.
5. Memberikan pemahaman kepada masyarakat pemakai/pengguna tenaga keperawatan akan pentingnya sikap profesional dalam melaksanakan tugas praktik keperawatan.

Menurut federasi perhimpunan perawat nasional di seluruh dunia (ICN), kode etik keperawatan diuraikan dalam enam bagian, antara lain:

1. Tanggung jawab utama perawat

Tanggung jawab utama perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, memelihara kesehatan, dan mengurangi penderitaan. Untuk melaksanakan tanggung jawab utama tersebut, perawat harus meyakini bahwa, pertama, kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan di berbagai tempat adalah sama. Kedua, pelaksanaan praktik keperawatan dititikberatkan pada penghargaan terhadap kehidupan yang bermartabat dan menjunjung tinggi hak asasi manusia. Ketiga, dalam melaksanakan pelayanan kesehatan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, perawat mengikutsertakan kelompok dan instansi terkait.

2. Perawat, individu dan anggota kelompok masyarakat

Tanggung jawab utama perawat ialah melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Oleh karena itu, dalam menjalankan tugas, perawat perlu meningkatkan keadaan lingkungan kesehatan dengan menghargai nilai-nilai yang ada di masyarakat, menghargai adat kebiasaan serta kepercayaan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang menjadi pasien/klien. Perawat dapat memegang teguh rahasia pribadi (privasi) dan hanya dapat memberikan keterangan bila diperlukan oleh pihak yang berkepentingan atau pengadilan.

3. Perawat dan pelaksanaan praktik keperawatan

Perawat memegang peranan penting dalam menentukan dan melaksanakan standar praktik keperawatan untuk mencapai kemampuan yang sesuai dengan standar pendidikan keperawatan. Perawat dapat mengembangkan pengetahuan yang dimilikinya secara aktif untuk menopang perannya dalam situasi tertentu. Sebagai profesi, perawat dapat

mempertahankan sikap sesuai dengan standar profesi keperawatan setiap saat.

4. Perawat dan lingkungan masyarakat

Perawat dapat memprakarsai pembaharuan, tanggap, mempunyai inisiatif, dan dapat berperan serta secara aktif dalam menemukan masalah kesehatan dan masalah sosial yang terjadi di masyarakat.

5. Perawat dan sejawat

Perawat dapat menopang hubungan kerja sama dengan teman sekerja, baik tenaga keperawatan maupun tenaga profesi lainnya di luar keperawatan. Perawat dapat melindungi dan menjamin seseorang, bila dalam masa perawatannya merasa terancam.

6. Perawat dan profesi keperawatan

Perawat memainkan peran yang besar dalam menentukan pelaksanaan standar praktik keperawatan dan pendidikan keperawatan. Perawat diharapkan ikut aktif mengembangkan pengetahuan dalam menopang pelaksanaan perawatan secara profesional. Sebagai profesi, perawat berpartisipasi dalam memelihara kestabilan sosial dan ekonomi sesuai dengan kondisi pelaksanaan praktik keperawatan.

Cakupan Etika Profesi Keperawatan

Etik dalam keperawatan mencakup dua hal penting, yakni etik dalam kemampuan penampilan kerja dan etik dalam hal perilaku manusiawi. Etik yang berkaitan dengan penampilan kerja merupakan respon terhadap tuntutan profesi lain yang mengharapkan bahwa sesuatu yang dilakukan oleh tenaga keperawatan memenuhi standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh keperawatan sendiri. Sedangkan etik yang berkaitan dengan perilaku manusiawi merupakan reaksi terhadap tekanan dari luar yang biasanya adalah individu atau masyarakat yang dilayani. Etik dalam penampilan kerja dinyatakan dengan kata-kata teknis, dan etik dalam perilaku manusia yang diwujudkan dalam bentuk kebutuhan yang ada dan nilai

kehidupan manusia yang konkret. Beberapa Faktor dalam Pengambilan Keputusan Etis. Ada enam faktor terkait pengambilan keputusan yang etis, antara lain:

1. Tingkat pendidikan

Semakin tinggi latar belakang pendidikan perawat akan membantu perawat untuk membuat suatu keputusan etik. Hal ini demikian karena salah satu tujuan dari program pendidikan tinggi ialah meningkatkan keahlian kognitif dan kemampuan membuat keputusan.

2. Pengalaman

Faktor yang bertanggung jawab terhadap variabilitas yang besar dalam pembuatan keputusan etis keperawatan klinis ialah peran. Semakin sering kita terlibat dalam peran akan memengaruhi pembuatan keputusan. Pardue (1987) mengatakan bahwa, pengalaman dan pengetahuan merupakan faktor yang berpengaruh dalam membuat keputusan.

3. Agama dan adat istiadat

Setiap perawat dianjurkan untuk memahami nilai dan keyakinan yang dianutnya serta berupaya memahami agama yang dianut pasiennya. Hal ini tentu berpengaruh pada pengambilan sebuah keputusan etis. Sedangkan adat istiadat yang sangat plural di Indonesia juga harus dipahami oleh seorang perawat sebelum mengambil sebuah keputusan etis.

4. Komisi etik

Komisi etik keperawatan memberi forum bagi perawat untuk berbagi perhatian dan mencari solusi ketika mereka mengalami dilema etik yang tidak dapat dijelaskan oleh dewan etik kelembagaan. Komisi etik tidak hanya memberikan pendidikan dan menawarkan nasehat, melainkan juga mendukung rekan-rekan perawat dalam mengatasi dilema etik yang ditemukan dalam praktik keperawatan sehari-hari. Dengan adanya komisi etik keperawatan, perawat mempunyai kesempatan yang lebih besar

untuk semakin terlibat secara formal dalam pengambilan keputusan yang etis.

5. Ilmu pengetahuan dan teknologi

Kemajuan di bidang kesehatan mampu meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang angka harapan hidup manusia. Hal ini dapat ditemukan melalui penemuan berbagai mesin mekanik kesehatan, prosedur pelayanan yang lebih mutakhir dan obat-obatan terbaru.

6. Legislasi dan keputusan yuridis

Hukum kesehatan telah menjadi suatu bidang ilmu dan perundang-undangan baru yang banyak disusun untuk menyempurnakan yang lama atau untuk mengantisipasi perkembangan masalah hukum kesehatan. Oleh karena itu, disusun Undang-Undang Keperawatan nomor 38 tahun 2014 sebagai landasan dalam pengambilan keputusan etik.

Dilema Etik

Sebagai seorang tenaga kesehatan profesional, perawat berkewajiban untuk mengenal sebuah fenomena. Dilema etik merupakan sebuah fenomena yang sering terjadi dalam praktik keperawatan. Dilema etik sudah menjadi realitas sehari-hari dalam praktik keperawatan. Sebagai contoh, ketika perawat berada di antara pilihan menghormati otonomi pasien dan tanggung jawab perawat secara profesional dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dilema etik dapat terjadi pada saat interaksi perawat dan pasien di rumah sakit, keluarga dan masyarakat. Dilema etik selalu melibatkan tuntutan konflik moral untuk memilih dari dua pilihan yang sama-sama tidak memuaskan. Thompson dan Thompson menggambarkan beberapa kriteria untuk menjelaskan dilema etik dalam praktik klinik, antara lain:

1. Perawat harus menyadari perbedaan pilihan yang terbuka antara mengetahui bahwa sesuatu itu salah (kognitif) dan perasaan bahwa sesuatu itu salah (efektif).

2. Perawat harus menyadari sifat moral dilema dengan bertanya diri, apa dilema perawat yang muncul dalam menghadapi isu moral? Hal ini demikian karena tidak semua situasi yang terlihat membingungkan bagi perawat adalah dilema etik.
3. Perawat harus memilih dua atau lebih pilihan dengan pilihan yang tepat. Untuk situasi yang menjadi dilema moral, perawat harus memilih dua atau lebih tindakan.

Strategi Menghadapi Dilema Etik

Diperlukan beberapa strategi untuk penyelesaian masalah etika terkait dengan cara pengambilan keputusan etik. Hal ini demikian karena setiap individu memiliki perspektif yang berbeda-beda tentang dilema etik, dan perbedaan ini membutuhkan penyelesaian yang berbeda pula (Husted dan Husted, 1999). Chaowalit dan kawan-kawan (1999) menyatakan bahwa, ada lima pokok penyelesaian dilema etik, yakni pengungkapan perasaan, diskusi dengan orang lain, melakukan tindakan moral, penerimaan tanpa syarat dan berpikir positif. Selain itu, hasil penelitian Pujiastuti (2004) menunjukkan bahwa ada tiga strategi dalam menyelesaikan dilema etik oleh mahasiswa keperawatan di Semarang. Ketiga strategi tersebut antara lain:

1. Membuat tindakan moral

Tindakan moral adalah proses ketika seseorang melakukan perintah untuk mencapai hasil moral yang diinginkan. Selain itu, untuk memampukan penggunaan moral dan membuat tindakan moral, perawat harus mengidentifikasi dengan benar isi yang saling berkaitan, mengenal implikasi dari isu untuk profesi keperawatan, dan mengembangkan strategi untuk berespon terhadap isu secara tepat dan efektif. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa membuat tindakan moral adalah suatu proses tindakan dengan mengidentifikasi dan mengaplikasikan prinsip-prinsip moral dan teori hasil moral yang diinginkan (Fry dan Johnstone, 2002).

2. Diskusi dan konsultasi dengan orang lain

Terkadang perawat berhadapan dengan dilema etik yang sulit diatasi oleh dirinya sendiri. Untuk itu, staf perawat dapat berdiskusi dan berkonsultasi dengan orang lain (kepala ruangan keperawatan, direktur rumah sakit, komite etik rumah sakit) untuk mengatasi masalah tersebut.

3. Strategi koping emosional

Strategi ini adalah cara mengatur respon emosi ketika seseorang menghadapi masalah, sementara proses kognitif merupakan berkurangnya distress emosional. Strategi ini terdiri dari penghindaran, minimalisasi, menjauhi, perhatian selektif, komparasi positif, dan mendapatkan nilai positif dari kejadian negatif (Lazarus dan Folkman, 1984).

Standar Keputusan Etik

Ketika seorang perawat hendak mengambil sebuah keputusan etik yang bertanggung jawab harus berlandaskan rasionalitas dan sistematis, prinsip dan kode etik, bukan pada emosi, intuisi, kebijakan baku, atau kejadian sejenis yang sebelumnya terjadi. Keputusan yang baik adalah keputusan yang sesuai dengan kepentingan klien dan menjaga integritas semua pihak yang terlibat. Berikut model pembuatan keputusan etik menurut Cassels dan Redman (1989), antara lain:

1. Identifikasi aspek moral asuhan keperawatan.
2. Kumpulkan fakta relevan terkait isu moral.
3. Klarifikasi dan terapkan nilai pribadi.
4. Pahami teori dan prinsip etik (misalnya, otonomi dan keadilan).
5. Manfaatkan sumber lintas disiplin ilmu yang kompeten (misalnya, rohaniwan, literatur, keluarga, pemberi asuhan lain, dan konsultan).
6. Ajukan tindakan alternatif lain.

7. Terapkan kode etik keperawatan untuk membantu memandu tindakan.
8. Pilih dan implementasikan tindakan penyelesaian.
9. Berpartisipasi aktif dalam menyelesaikan isu.
10. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

Beberapa Isu Etik Khusus

Beberapa masalah etik yang sering dijumpai oleh perawat adalah isu asuhan klien HIV/AIDS, aborsi, transplantasi organ, keputusan untuk mengakhiri hidup (isu seputar kematian), isu penekanan biaya yang membahayakan kesejahteraan klien dan akses terhadap layanan kesehatan (alokasi sumber), dan pelanggaran kerahasiaan klien (manajemen informasi yang terkomputerisasi). Dari beberapa isu etik khusus tersebut di atas, ada empat isu yang menjadi pusat perhatian ialah:

1. HIV/AIDS

Kewajiban moral sebagai perawat untuk merawat pasien HIV/AIDS tidak dapat dikesampingkan, kecuali jika risikonya melebihi tanggung jawab perawat. Tentu dalam pelayanan tersebut bukan saja asuhan keperawatan yang diberikan, tetapi perawat juga harus mengetahui mengenai risiko dan tanggung jawab yang mereka hadapi dalam memberikan asuhan. Menerima risiko pribadi yang melebihi batasan tugas bukan kewajiban moral, melainkan pilihan moral.

2. Aborsi

Aborsi menjadi isu yang masih terus diperdebatkan hingga kini di masyarakat. perdebatannya antara mempertentangkan prinsip kesucian hidup dengan prinsip otonomi dan hak wanita untuk memiliki kendali atas tubuh mereka. Oleh karena belum mendapat konsensus umum yang telah dicapai hingga kini, maka isu ini mudah berubah. Namun, kode etik keperawatan mendukung hak klien terhadap informasi dan konseling dalam membuat keputusan.

3. Transplantasi organ

Organ yang ditransplantasi bisa dari pendonor yang masih hidup atau yang barusan meninggal. Isu etik mengenai transplantasi organ meliputi alokasi organ, menjual organ, keikutsertaan anak-anak sebagai pendonor potensial, persetujuan, definisi kematian yang jelas, dan konflik kepentingan antara pendonor potensial dan resipien. Dilema etiknya muncul ketika agama tertentu melarang mutilasi tubuh kendati tujuannya demi kepentingan hidup orang lain.

4. Isu seputar kematian

Pesatnya kemajuan teknologi dan peningkatan populasi lansia meningkatkan dilema etik yang dihadapi oleh lansia dan profesi keperawatan. Beberapa masalah etik yang sering mengganggu perawat biasanya melibatkan isu seputar kematian dan menjelang ajal. Hal ini meliputi eutanasia, bunuh diri asistif, terminasi penanganan penyokong hidup, dan penghentian atau penundaan makanan dan cairan.

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2008). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC
- Ismani, Nila Hj. (2001). Etika Keperawatan. Jakarta: Widya Medika
- Hendrik. (2011). Etika dan Hukum Kesehatan. Jakarta: EGC
- Kozier, Barbara et al. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 7 Volume 1. Alih Bahasa: Karyuni, et. al. Jakarta: EGC
- Mangara, Azis, Julianto, Lismawati. (2021). Etika Keperawatan Buku Praktis Menjadi Perawat Profesional. Indramayu: Penerbit Adab
- Nurohmat, Ruswadi Indra. (2021). Etika Keperawatan Panduan Praktis Bagi Perawat dan Mahasiswa Keperawatan Dalam Bertindak dan Berperilaku. Indramayu: Penerbit Adab
- Perangin-angin, Mori Agustina et al. (2021). Etika Keperawatan. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Purba, Jenny Marlindawani, Pujiastuti. (2009). Dilema Etik dan Pengambilan Keputusan Etis dalam Praktik Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Suhaemi, Mimin Emi. (2003). Etika Keperawatan Aplikasi Pada Praktik. Jakarta: EGC
- Wahyuni, Sri. (2021). Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan. Cirebon: Rumah Pustaka

Profil Penulis



Jose Nelson Maria Vidigal

Penulis tertarik pada dunia keperawatan sejak tahun 2008. Saat itulah penulis memulai kuliah keperawatan dan menamatkan Sarjana Keperawatan dan Ners di STIKES St. Vincentius A Paulo Surabaya/RKZ Surabaya pada Tahun 2014. Saat ini penulis bekerja di Unika St. Paulus Ruteng. Pada Tahun 2017 bersama kedua teman lainnya, penulis telah menghasilkan sebuah buku dengan judul: Berdamai Dengan Realitas? Penulis juga tertarik dengan masalah kesehatan dan aktif menulis opini tentang masalah kesehatan di media online maupun cetak. Penulis berharap dengan menulis buku dapat memberikan kontribusi positif bagi khalayak.

Email Penulis: nelsonvidigal07@gmail.com

SISTEM DAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN

Yohanes Jakri, M.Kes

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Konsep Sistem

Sistem berasal dari bahasa Latin (*systema*) dan bahasa Yunani (*sustema*), adalah suatu kesatuan yang terdiri dari komponen atau elemen yang dihubungkan bersama untuk memudahkan aliran informasi, materi atau energi. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), sistem adalah perangkat unsur yang secara teratur saling berkaitan sehingga membentuk suatu totalitas. Sistem juga diartikan sebagai susunan yang teratur dari pandangan, teori, asas, dan sebagainya. KBBI juga mendefinisikan pengertian sistem sebagai sebuah metode (KBBI, 2015). Sistem merupakan suatu kerangka kerja yang berhubungan dengan keseluruhan aspek sosial manusia, struktur, masalah-masalah organisasi, serta perubahan hubungan internal dan lingkungan disekitarnya. Sistem tersebut terdiri atas tujuan, proses dan isi. Dalam keperawatan, teori sistem merupakan suatu kesatuan yang harus di pelajari oleh seorang perawat sehingga dapat diterapkan dalam proses pelayanan kesehatan pada masyarakat. Dalam sistem ada beberapa subsistem yang saling mendukung. Proses tindakan yang akan dilakukan perawat untuk mengubah masukan yang telah muncul dalam kehidupan masyarakat. Setelah memberikan pelayanan kesehatan, perawat melihat dan memahami bagaimana cara masyarakat menerima pelayanan kesehatan serta dampak atau akibat yang timbul pada masyarakat atas pelayanan

kesehatan yang di berikan. Pasien akan memberikan Umpan balik terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan perawat, dan pasien akan bertanya atau memberikan kritik tentang suatu masalah yang di hadapi. Disamping itu juga, Perawat harus mengetahui bagaimana lingkungan kediaman dari pasien tersebut, sehingga memudahkan perawat mengetahui apa sebenarnya yang dialami pasien sampai menyebabkan penyakit. Perlu di ketahui jika dalam suatu sistem telah kehilangan satu komponen maka sistem tersebut tidak akan berjalan sebagaimana mestinya. Suatu sistem akan berjalan dengan baik apabila di lakukan secara bertahap dan tetap berdasarkan tujuan.

Komponen Sistem dalam Keperawatan

1. Manusia

Manusia adalah makhluk bio-psikososial yang utuh dan unik yang mempunyai kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual. Manusia dipandang secara menyeluruh dan holistic, mempunyai siklus kehidupan meliputi tumbuh kembang, memberi keturunan, memiliki kemampuan untuk mengatasi perubahan dengan menggunakan berbagai mekanisme yang dibawa sejak lahir maupun yang didapat bersifat biologis, psikologis dan sosial.

2. Lingkungan

Lingkungan merupakan tempat dimana manusia berada, yang selalu mempengaruhi dan dipengaruhi manusia sepanjang hidupnya. Setiap lingkungan mempunyai karakteristik tersendiri dan memberikan dampak yang berbeda pada setiap manusia. Untuk menanggapi dampak lingkungan ini, manusia selalu memberi respon untuk melakukan adaptasi, agar keseimbangan dirinya tetap terjaga. Adaptasi dapat bersifat positif, dapat pula negatif, apabila manusia beradaptasi secara negatif pada pengaruh lingkungan maka akan menimbulkan masalah. Lingkungan disini adalah semua keadaan diluar sistem tetapi dapat mempengaruhi kesehatan. Lingkungan ini dapat

berupa kondisi sosial budaya, lingkungan geografis yang ada di masyarakat yang berada di luar institusi kesehatan.

3. Kesehatan

Sehat merupakan suatu persepsi yang sangat individual. Definisi tentang **sehat menurut Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan** adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Kesehatan, 2009). Sehat menurut WHO adalah keadaan sempurna secara fisik, mental, serta sosial, dan tidak hanya terbebas dari penyakit dan kecacatan (WHO, 1947)

Kesehatan adalah suatu proses yang dinamis, terus menerus berubah sebagai interaksi antara individu dengan perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal.

4. Keperawatan

Tindakan keperawatan berdasarkan pada kebutuhan manusia. Tingkah laku dalam keperawatan meliputi rasa simpati, empati, menghargai orang lain, tenggang rasa. Keperawatan menghargai kepercayaan dan nilai-nilai yang dianut manusia. Keperawatan membantu klien mengenal dirinya, sebagai makhluk yang memiliki kebutuhan yang unik. Pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, keperawatan adalah salah satu bentuk “pelayanan profesional sebagai integral dari pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologis, psikologi sosial, dan spiritual secara komprehensif diajukan kepada individu, keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit, mencakup siklus hidup manusia”.

Konsep Mutu Pelayanan Keperawatan

A. Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu Pelayanan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien (Suchri Suarli, 2012). Mutu pelayanan keperawatan merupakan suatu pelayanan yang menggambarkan produk dari pelayanan keperawatan itu sendiri yang meliputi secara biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pada individu sakit maupun yang sehat dan dilakukan sesuai standar keperawatan (Asmuji, 2017).

Mutu pelayanan keperawatan adalah asuhan keperawatan professional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu, (*reability, tangibles, assurance, responsiveness, dan empathy*) (Ikram Bauk, 2013).

B. Dimensi Mutu Pelayanan

Menurut LeBoeuf (LeBoeuf, 2010), ada lima dimensi mutu pokok yang dapat digunakan untuk mengukur persepsi pelanggan tentang mutu pelayanan, antara lain:

1. *Reliability* (kehandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan janji yang ditawarkan
2. *Responsiveness* (daya tanggap), yaitu respon atau kesiapan karyawan dalam membantu pelanggan atau memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap
3. *Assurance* (Keyakinan/ Jaminan), yaitu kemampuan karyawan atas pengetahuan terhadap produk/ jasa secara tepat, kualitas keramataman, perhatian dan kesopanan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan informasi.

4. *Empathy* (empati), yaitu perhatian secara individual yang diberikan perusahaan kepada pelanggan seperti kemudahan untuk menghubungi perusahaan, kemampuan karyawan untuk berkomunikasi dengan pelanggan dan usaha perusahaan untuk memahami keinginan dan kebutuhan pelanggan.
5. *Tangibles* (Berwujud), yaitu penampilan fasilitas fisik seperti gedung, kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruangan.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan

Menurut Cecep Triwibowo (Triwibowo, 2013) terdapat 5 tahap tujuan mutu pelayanan keperawatan, antara lain:

1. *Tahap pertama* adalah penyusunan standar atau kriteria. Dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat.
2. *Tahap kedua* adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi disini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan.
3. *Tahap ketiga* adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri.
4. *Tahap keempat* adalah mengumpulkan dan menganalisa data. Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu-persatu.
5. *Tahap kelima* adalah evaluasi ulang. Tahap ini berfungsi untuk meminimalkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan tindakan keperawatan.

Sementara menurut Djoko Wijono (Wijono, 2008), ada beberapa faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan, antara lain:

1. Perilaku tenaga medis dalam melakukan pelayanan kesehatan
2. Fungsi terapi, meliputi: konsultasi/ pemberian keterangan tentang penyakit yang diderita, pencegahan, tenggang rasa, perawatan lebih lanjut dan kebijakan manajemen.
3. Fungsi perawatan, yang meliputi: nyaman dan menyenangkan, adanya perhatian yang baik, bersikap sopan, tanggap terhadap keluhan pasien dan kebijakan manajemen.
4. Sarana dan Prasaranan, yang meliputi: adanya tempat perawatan, mempunyai tenaga dokter spesialis, mempunyai tenaga dokter dan fasilitas dan perkantoran yang lengkap.

Menurut Nursalam (Nursalam, 2014) kualitas mutu pelayanan keperawatan terdiri atas beberapa faktor yaitu:

1. Komunikasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*), biasanya komunikasi dari mulut ke mulut sering dilakukan oleh masyarakat awam yang telah mendapatkan perawatan dari sebuah instansi. Yang nantinya akan menyebarkan berita positif apabila mereka mendapatkan perlakuan yang baik selama di rawat atau menyampaikan berita negatif tentang mutu pelayanan keperawatan berdasarkan pengalaman yang tidak menyenangkan.
2. Kebutuhan pribadi (*personal need*), kebutuhan dari masing-masing pasien bervariasi maka mutu pelayanan keperawatan juga harus menyesuaikan berdasarkan kebutuhan pribadi pasien.
3. Pengalaman masa lalu (*past experience*), seorang pasien akan cenderung menilai sesuatu berdasarkan pengalaman yang pernah mereka

alami. Didalam mutu pelayanan keperawatan yang baik akan memberikan pengalaman yang baik kepada setiap pasien, namun sebaliknya jika seseorang pernah mengalami hal kurang baik terhadap mutu pelayanan keperawatan maka akan melekat sampai dia mendapatkan perawatan kembali di suatu instansi.

4. Komunikasi eksternal (*company's external communication*), sebagai pemberi mutu pelayanan keperawatan juga dapat melakukan promosi sehingga pasien akan mempercayai penuh terhadap mutu pelayanan keperawatan di instansi tersebut.

D. Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan sebagai alat ukur dari kualitas pelayanan kesehatan dan mejadi salah satu faktor penentu citra instansi pelayanan kesehatan di masyarakat. Di karenakan keperawatan merupakan salah satu profesi dengan jumlah terbanyak dan yang paling dekat dengan pasien. Mutu pelayanan keperawatannya sendiri dilihat dari kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan puas atau tidak puas.

Menurut Nursalam (Nursalam, 2014) suatu pelayanan keperawatan harus memiliki mutu yang baik dalam pelaksanaanya. Mutu pelayanan keperawatan, meliputi:

1. *Caring* adalah sikap perduli yang ditunjukkan oleh perawat kepada pasiennya. Perawat senantiasa memberikan asuhan dengan sikap yang siap tanggap dan perawat mudah dihubungi pada saat pasien membutuhkan perawatan.
2. Kolaborasi adalah tindakan kerja sama antara perawat dengan anggota medis lain, pasien, keluarga pasien, dan tim sejawat keperawatan dalam menyelesaikan prioritas perencanaan pasien. Disini perawat juga bertanggung jawab

penuh dalam kesembuhan dan memotivasi kesembuhan pasien.

3. Kecepatan, suatu sikap perawat yang cepat dan tepat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dimana perawat menunjukkan sikap yang tidak acuh tak acuh, tetapi memberikan sikap baik kepada pasien.
4. Empati adalah sikap yang harus ada pada semua perawat. Perawat akan selalu memperhatikan dan mendengarkan keluhan kesah yang dialami pasien. Tetapi perawat tidak bersikap simpati, sehingga perawat dapat membimbing kepercayaan pasien.
5. *Courtesy* adalah sopan santun yang ada pada diri perawat sendiri. Perawat tidak akan cenderung membela satu pihak, tetapi perawat akan bersikap netral kepada siapapun pasien mereka. Perawat juga akan menghargai pendapat pasien, keluarga pasien, dan tim medis lain dalam hal kebaikan dan kemajuan pasien.
6. *Sincerity* adalah kejujuran dalam diri perawat. Jujur juga merupakan salah satu kunci keberhasilan perawat dalam hal perawatan kepada pasien. Perawat akan bertanggung jawab atas kesembuhan dan keluhan yang dialami pasien.
7. Komunikasi teraupetik merupakan salah satu cara yang paling mudah untuk dilakukan perawat dalam memberikan asuhan. Karena komunikasi teraupetik sendiri merupakan cara efektif agar pasien merasa nyaman dan lebih terbuka dengan perawat.

E. Pengukuran Mutu Pelayanan

Menurut Donabedian (Donabedian, 1980), mutu pelayanan dapat diukur dengan menggunakan tiga variabel yaitu *input*, *proses*, dan *output/outcome*.

1. *Input* adalah segala sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas peralatan, teknologi, organisasi, dan informasi
2. *Proses* adalah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien dan masyarakat). Setiap tindakan medis atau keperawatan harus selalu mempertimbangkan nilai yang dianut pada diri pasien. Setiap tindakan korektif dibuat dan meminimalkan resiko terulangnya keluhan atau ketidakpuasan pada pasien lainnya. Program keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan. Interaksi profesional yang lain adalah pengembangan akreditasi dalam meningkatkan mutu rumah sakit dengan indikator pemenuhan standar pelayanan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI.

ISO 9001:2000 (Gaspersz, 2001) adalah suatu standar internasional untuk system manajemen kualitas yang bertujuan menjamin kesesuaian dari suatu proses pelayanan terhadap kebutuhan persyaratan yang dispesifikasikan oleh pelanggan dan rumah sakit. Interaksi profesional selalu memperhatikan asas etika terhadap pasien, yaitu:

- a. berbuat hal-hal yang baik (*beneficence*) terhadap manusia khususnya pasien, staf klinis dan nonklinis, masyarakat dan pelanggan secara umum
- b. Tidak menimbulkan kerugian (*nonmaleficence*) terhadap manusia
- c. Menghormati manusia (*respect for persons*) menghormati hak otonomi, martabat, kerahasiaan, berlaku jujur, terbuka, empati
- d. Berlaku adil (*justice*) dalam memberikan layanan

3. *Output/outcome* adalah hasil pelayanan kesehatan atau pelayanan keperawatan yaitu berupa perubahan yang terjadi pada konsumen termasuk kepuasan dari konsumen.

F. Indikator Penilaian Mutu Asuhana Keperawatan

Mutu asuhan kesehatan sebuah rumah sakit akan selalu berkaitan dengan struktur, proses dan outcome system pelayanan rumah sakit tersebut. Mutu asuhan pelayanan RS juga dapat dikaji dari tingkat pemanfaatan sarana pelayanan oleh masyarakat, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi RS. Secara umum aspek penilaian meliputi evaluasi, dokumen, instrument, audit (EDIA).

1. Aspek struktur (*input*)

Struktur adalah semua input untuk sistem pelayanan sebuah RS yang meliputi M1 (tenaga), M2 (sarana prasarana), M3 (metode asuhan keperawatan), M4 (dana), M5 (pemasaran), dan lainnya. Ada sebuah asumsi yang menyatakan bahwa jika struktur system RS tertata dengan baik akan lebih menjamin mutu pelayanan. Kualitas struktur RS diukur dari tingkat kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi), dan mutu dari masing-masing komponen struktur.

2. Proses

Proses adalah semua kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasien. Interaksi ini diukur antara lain dalam bentuk penilaian tentang penyakit pasien, penegakan diagnosis, rencana tindakan pengobatan, indikasi tindakan, penanganan penyakit, dan prosedur pengobatan.

3. *Outcome*

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain terhadap pasien.

- a. Indikator-indikator mutu yang mengacu pada aspek pelayanan meliputi:
 - 1) Angka infeksi nosokomial : 1-2%
 - 2) Angka kematian kasar: 3-4%
 - 3) Kematian pasca bedah: 1-2%
 - 4) Kematian ibu melahirkan: 1-2%
 - 5) Kematian bayi baru lahir: 20/1000
 - 6) NDR (*Net Death Rate*): 2,5%
 - 7) ADR (*Anesthesia Death Rate*) maksimal 1/5000
 - 8) PODR (*Post-Operation Death Rate*): 1%
 - 9) POIR (*Post-Operative Infection Rate*): 1%
- b. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS:
 - 1) Biaya per unit untuk rawat jalan
 - 2) Jumlah penderita yang mengalami decubitus
 - 3) Jumlah penderita yang jatuh dari tempat tidur
 - 4) BOR: 70-85%
 - 5) BTO (*Bed Turn Over*): 5-45 hari atau 40-50 kali per satu tempat tidur/tahun
 - 6) TOI (*Turn Over Interval*): 1-3 hari TT yang kosong
 - 7) LOS (*Length of Stay*): 7-10 hari (komplikasi, infeksi nosokomial; gawat darurat; tingkat kontaminasi dalam darah; tingkat kesalahan; dan kepuasan pasien)
 - 8) *Normal tissue removal rate*: 10%
- c. Indikator mutu yang berkaitan dengan kepuasan pasien dapat diukur dengan jumlah keluhan dari pasien/keluarganya, surat

pembaca di Koran, surat kaleng, surat masuk di kotak saran, dan lainnya.

d. Indikator cakupan pelayanan sebuah RS terdiri atas:

- 1) Jumlah dan persentase kunjungan rawat jalan/inap menurut jarak RS dengan asal pasien
- 2) Jumlah pelayanan dan tindakan seperti jumlah tindakan pembedahan dan jumlah kunjungan SMF spesialis
- 3) Untuk mengukur mutu pelayanan sebuah RS, angka-angka standar tersebut di atas dibandingkan dengan standar (*indicator*) nasional. Jika bukan angka standar nasional, penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan hasil pencatatan mutu pada tahun-tahun sebelumnya di rumah sakit yang sama, setelah dikembangkan kesepakatan pihak manajemen/direksi RS yang bersangkutan dengan masing-masing SMF dan staf lainnya yang terkait.

e. Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien (Nursalam, 2014):

- 1) Keselamatan pasien (*patient safety*), yang meliputi: angka infeksi nosokomial, angka kejadian pasienjatuh/kecelakaan, dekubitus, kesalahan dalam pemberian jatuh/kecelakaan, dekubitus, kesalahan dalam pemberianobat, dan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanankesehatan
- 2) Pengelolaan nyeri dan kenyamanan
- 3) Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan
- 4) Perawatan diri Kecemasan pasien

- 5) Perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) pasien.
- f. Indikator keselamatan pasien, sebagaimana dilaksanakan di *Singapore General Hospital (Hospital, 2011)* meliputi:
- 1) Pasien jatuh disebabkan kelalaian perawat, kondisi kesadaran pasien, beban kerja perawat, model tempat tidur, tingkat perlukaan, dan keluhan keluarga
 - 2) Pasien melarikan diri atau pulang paksa, disebabkan kurangnya kepuasan pasien, tingkat ekonomi pasien, respons perawat terhadap pasien, dan peraturan rumah sakit
 - 3) *Clinical incident* diantaranya jumlah pasien flebitis, jumlah pasien ulkus dekubitus, jumlah pasien pneumonia; jumlah pasien tromboli, dan jumlah pasien edema paru karena pemberian cairan yang berlebih
 - 4) *Sharp injury*, meliputi bekas tusukan infuse yang berkali-kali kurangnya keterampilan perawat, dan complain pasien
 - 5) *Medication incident*, meliputi lima tidak tepat (jenis obat, dosis, pasien, cara, waktu)

Tabel 6.1 Standar Nasional Indikator Mutu Pelayanan

Standar Nasional	
Σ ALOS	1-10 hari
Σ TOI (<i>Turn Over Interval</i>)	1-3 hari
Σ BTO (<i>Bed Turn Over</i>)	5-45 hari
Σ NDR (<i>Net Death Rate</i>)	< 2,5%
Σ GDR (<i>Gross Death Rate</i>)	< 3%
Σ ADR (<i>Anesthesia Death Rate</i>)	1,15000
Σ PODR (<i>Post-Operation Death Rate</i>)	< 1%
Σ POIR (<i>Post-Operative Infection Rate</i>)	< 1%
Σ NTRR (<i>Normal Tissue Removal Rate</i>)	< 10%
Σ MDR (<i>Maternal Death Rate</i>)	< 0,25%
Σ IDR (<i>Infant Death Rate</i>)	< 2%

Daftar Pustaka

- Asmuji. (2017). *Manajemen Keperawatan: Konsep Dan Aplikasi, Cetakan II*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring volume 1 the definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Gaspersz, V. (2001). *ISO 9001:2000 and Continual Quality Improvement*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Hospital, S. G. (2011, - -). *Musculoskeletal Disorders and Office Ergonomics*. Retrieved Maret 26, 2022, from <http://www.singhealth.com.sg/patientCare/ConditionsAndTreatments/Pages/Musculoskeletal-Disorder-and-Office-Ergonomics.aspx>:
- Ikram Bauk, A. R. (2013). *THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENS' CHARACTERISTICS AND SERVICE QUALITY: PATIENTS' PERCEPTION ON INPATIENT UNIT SERVICE IN THE LOCAL HOSPITAL OF MAJENE DISTRICT IN 2013*. Mamuju: Stikes Bina Bangsa Majene.
- KBBI. (2015). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: KBBI.co.id <https://kbbi.co.id/arti-kata/sistem>.
- Kesehatan, K. (2009, Oktober 13). Undang-Undang (UU) Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta, DKI Jakarta, Jakarta.
- LeBoeuf, M. (2010). *MEMENANGI DAN MEMELIHARA PELANGGAN SEUMUR HIDUP Rahasia sukses bisnis sepanjang masa*. Tangga Pustaka.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional. Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sharon B. Buchbinder, N. H. (2014). *Buku Aja: Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: ECG.

- Suchri Suarli, Y. B. (2012). *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga.
- Triwibowo, C. (2013). *Manajemen Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit*. Jakarta: Trans Info Media.
- WHO. (1947, - -). *World Health Orgaization*. Retrieved Maret 25, 2022, from who.int: <https://www.who.int/>
- Wijono, D. (2008). *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Kepuasan Pasien, Prinsip dan Praktek*. Surabaya: CV. Duta Prima Airlangga.

Profil Penulis



Yohanes Jakri

Penulis lahir di Watu Weri (Manggarai Timur, NTT) pada tanggal 17 Mei 1988. Penulis adalah anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Damianus Jani dan Ibu Kristina Mejong. Lulus tahun 2013 Sarjana Keperawatan Pada STIKES Katolik St. Vincentius A Paulo (RKZ) Surabaya.

Melanjutkan Studi Pascasarjana di Universitas Respati Indonesia Jakarta Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat (Administrasi dan Kebijakan Kesehatan), lulus tahun 2016. November 2013-Juni 2014 bekerja sebagai Perawat Pada Puskesmas Mukun, Manggarai Timur, NTT. Sejak tahun 2017-sekarang bekerja sebagai Dosen di Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng, Homepage Program Studi S1 Keperawatan.

Penulis juga menulis jurnal ilmiah tidak terakreditasi maupun yang terakreditasi baik sebagai penulis pertama maupun sebagai penulis kedua sejak tahun 2017. Selain menulis dan mengajar, penulis juga aktif dalam memberikan berbagai pelatihan dan menjadi narasumber dalam beberapa kegiatan, antara lain Pelatihan Kepemimpinan Dasar bagi mahasiswa, Manajemen Waktu, Pemberian *Coaching* untuk meningkatkan Kinerja dan Motivasi bagi Perawat, Narasumber pada Webinar Literasi Digitas Bagi Kaum Milenial yang diselenggarakan oleh Kominfo RI. Penulis sudah menulis dua Bookchpater dengan judul Ilmu Keperawatan Umum dan Kesehatan Masyarakat subtema Manajemen Pusat Kesehatan Masyarakat dan Manajemen Keperawatan dengan subtema Motivasi, Kinerja dan Kepuasan Kerja, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan Negara, semoga bermanfaat.

Email: johanjakri17@gmail.com

KONSEP BERPIKIR KRITIS DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM KEPERAWATAN

Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns
Poltekkes Kemenkes Kupang

Konsep Berpikir Kritis

A. Berpikir

Berpikir adalah kemampuan meletakan hubungan dari bagian -bagian pengetahuan kita. Berpikir merupakan tingkah laku yang menggunakan ide-ide yaitu proses simbolis. Macam-macam kegiatan berpikir digolongkan sebagai berikut :

1. Berpikir asosiatif yaitu proses berpikir dimana ide merangsang timbulnya ide lain. Jalan pikiran dalam proses berpikir asosiatif tidak ditentukan atauu diarahkan sebelumnya, jadi ide-ide timbul secara bebas. Jenis berpikir asosiatif adalah
 - a. Asosiasi bebas: suatu ide akan menimbulkan ide mengenai hal hal lain, yaiyu hal apa saja tanpa ada batasnya.
 - b. Asosiasi terkontrol : satu ide tertentu akan menimbulkan ide mengenai hal lain dalam batas tertentu.
 - c. Melamun: menghayal bebas, sebeb- bebasnya tanpa batas, juga mengenai hal-hal yang tidak realistik
 - d. Mimpi: ide-ide tentang berbagai hal, yang timbul secara tidaak disadari pada waktu

-
- tidur. Mimpi ini kadang -kadang terlupakan pada waktu bangun, tetapi kadang – kadang masih dapat di ingat
- e. Berpikir artistic : proses berpikir yang sangat subyektif. Jalan pikiran sangat dipengaruhi oleh pendapat dan pandangan diri pribadi tanpa mengirimkan keadaan sekitar. Ini sering dilakukan pada seniman dalam menciptakan karya -karya seninya.
2. Berpikir terarah yaitu proses berpikir yang sudah ditentukan sebelumnya dan diarahkan kepada sesuatu, biasanya diarahkan kepada pemecahan persoalan. Dua macam berpikir terarah yaitu:
- a. Berpikir kritis yaitu membuat keputusan atau pemilihan terhadap suatu keadaan
 - b. Berpikir Kreatif yaitu berpikir untuk menemukan hubungan -hubungan baru antar berbagai hal, menemukan pemecahan baru dari suatu soal, menemukan system baru, menemukan bentuk artistic baru dan sebagainya.

Berpikir adalah menggunakan pikiran dan mencakup membuat pendapat, membuat keputusan, menarik kesimpulan dan merefleksikan (Gordon, 1995 *cit* Potter, Patricia A,2005). Berpikir merupakan suatu proses yang aktif dan terkoordinasi (chaffe, 1994 *cit* Potter, Patricia A, 2005). Ketika perawat mengarahkan berpikir ke arah pemahaman dan menemukan jalan keluar dari masalah kesehatan klien, prosesnya menjadi bertujuan dan berorientasi pada tujuan. Belajar untuk berpikir secara kreatif dan mendalam memungkinkan perawat untuk merawat klien sebagai advokat mereka dan untuk menjadi lebih cerdas dalam membuat pilihan tentang perawatan mereka. Individu harus mampu menerima informasi, menggunakan ingatan (memori) saat ini dan masa lalu, menerapkan alasan dan logika, meninjaau data

dengan cara yang teratur dan membuat keputusan secara gamlang dan secara kreatif.

B. Berpikir Kritis

Berpikir kritis adalah suatu proses proses yang menantang seorang individu untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi informasi untuk membuat penilaian. Sepanjang waktu, keahlian perawat berkembang sejalan dengan merawat banyak klien, menguji dan memperbaiki pendekatan keperawatan, belajar dari keberhasilan dan kegagalan, dan selalu menerapkan pengetahuan baru yang sesuai dengan kebutuhan klien. Kemampuan untuk berpikir secara kritis, menerapkan pengetahuan dan pengalaman, pemecahan masalah dan membuat keputusan adalah inti dari praktik keperawatan.

Berpikir kritis adalah proses penertiban intelektual yang secara aktif dan secara terampil mengonsep, menerapkan, menganalisis, mengevaluasi informasi yang dikumpulkan dari, atau dihasilkan melalui, observasi, pengalaman, refleksi, penalaran atau komunikasi, sebabagi panduan untuk percaya dan bertindak. Berpikir kritis membebaskan individu untuk berpikir terhadap dirinya sendiri dan membuat tindakan setelah masalah atau situasi di pahami dengan jelas. Berpikir kritis mencakup berpikir diluar solusi tunggal untuk masalah dan difokuskan pada memutuskan alternatif apa yang terbaik sehingga harus di dasarkan pada pengetahuan, pengalaman, kompetensi berpikir kritis, sikap dan standar. Berpikir kritis menantang individu untuk menelaah asumsi tentang informasi terbaru dan untuk menginterpretasikan serta mengevaluasi uraian dengan tujuan mencapai simpulan suatu perspektif baru. Untuk berpikir secara kritis melibatkan suatu rangkaian terintegrasi tentang kemampuan dan sikap berpikir.

Dalam kaitannya dengan perawatan, berpikir kritis adalah reflektif, pemikiran yang masuk akal tentang masalah keperawatan tanpa ada solusi dan di fokuskan pada keputusan apa yang harus di yakini dan dilakukan (Kataoka -Yahiro dan Saylor, 1994 *cit* Potter, Patricia A,2005). Perawat diharapkan dapat menggunakan pola berpikir kritis untuk memecahkan masalah klien dan mengambil pilihan yang lebih baik, oleh karena itu, berpikir kritis, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan adalah proses yang saling terkait, disertai kreativitas yang meningkatkan hasil. Berpikir kritis sangat penting untuk melakukan praktik keperawatan yang terampil, kompeten dan aman. Banyaknya pengetahuan yang harus digunakan perawat menjadi praktisi yang efektif apabila mereka berupaya menjalankan fungsinya hanya dengan menggunakan informasi yang diperoleh di sekolah atau yang dijelaskan di buku. Keputusan yang harus di ambil perawat mengenai perawatan klien dan mengenai penyebaran sumber yang terbatas memaksa mereka untuk berpikir dan bertindak di area tertentu yang serta takut tanpa jawaban yang jelas dan prosedur tetap serta memiliki banyak kepentingan yang saling berbenturan yang mempersulit proses pembuatan keputusan. Oleh karena itu, perawat perlu menerima sikap yang meningkatkan berpikir kritis dan menguasai ketrampilan berpikir kritis dalam upaya memproses dan mengevaluasi informasi baru dan informasi yang dipelajari sebelumnya.

Kreativitas adalah komponen utama berpikir kritis. Ketika memadukan kreativitas ke dalam pikiran mereka, perawat mampu menemukan solusi yang unik untuk masalah yang unik. Kreativitas adalah pemikiran yang menghasilkan gagasan dan hasil baru. Kreativitas dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan adalah kemampuan untuk menemukan dan mengimplementasikan pemecahan yang lebih baik dan baru. Kreativitas dibutuhkan apabila perawat menghadapi situasi baru atau jika intervensi tradisional tidak efektif pada klien. Dalam

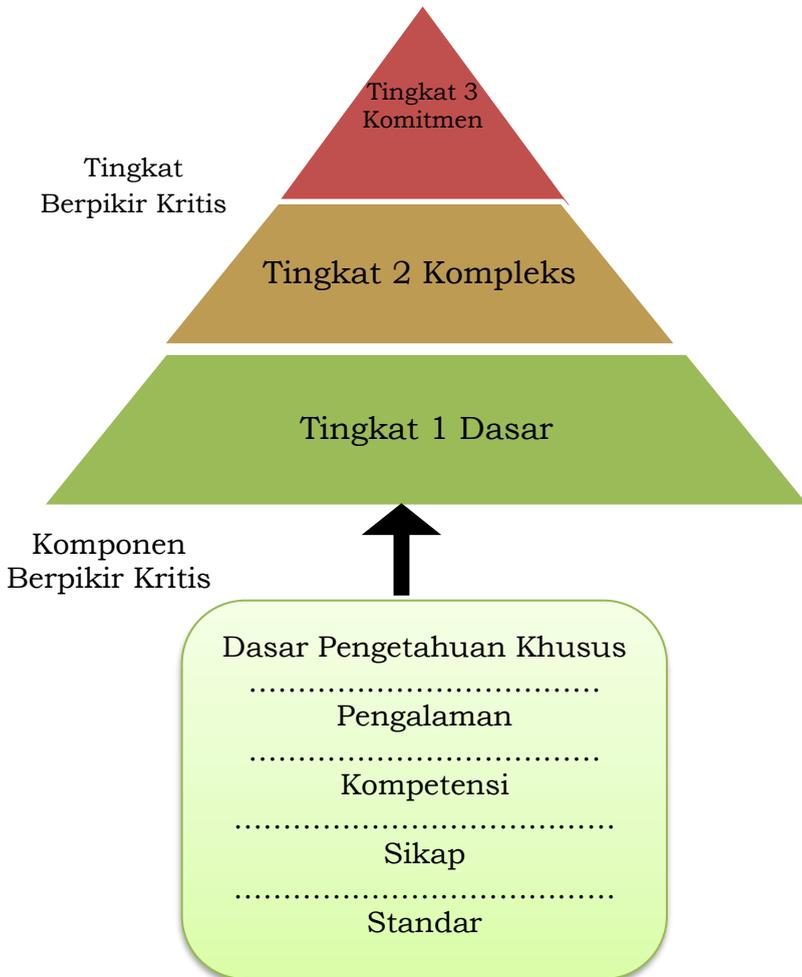
berpikir kritis diharapkan harus memiliki pengetahuan mengenai masalah. Perawat harus mengkaji masalah saat ini dan paham lansa serta bukti dari prinsip yang berlaku. Dalam tindakan keperawatan perlu adanya pengetahuan dan teknik menemukan pemecahan masalah yang kreatif. Dengan menggunakan kreativitas, perawat dapat menghasilkan banyak gagasan dengan cepat, umumnya fleksibel dan alami, yaitu mereka dapat mengubah sudut pandang atau arah piker dengan cepat dan mudah, menciptakan pemecahan masalah yang asli, cenderung mandiri dan percaya diri, walaupun di bawah tekanan dan menampilkan individualisme.

C. Hal-Hal yang dilakukan untuk Meningkatkan Kemampuan Berpikir Kritis

1. Berpikir secara aktif dengan menggunakan kecerdasan, pengetahuan, dan ketrampilan diri untuk menjawab pertanyaan.
2. Dengan cermat menggali situasi dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan yang relevan
3. Berpikir untuk diri sendiri dan secara cermat menelaah berbagai ide dan mencapai kesimpulan yang berguna
4. Meninjau situasi perspektif yang berbeda untuk mengembangkan suatu pemahaman yang mendalam dan menyeluruh
5. Mendiskusikan ide dalam suatu cara yang terorganisir untuk pertukaran dan menggali ide dengan orang lain.

D. Komponen Berpikir Kritis

Komponen berpikir kritis didasarkan pada model berpikir kritis untuk penilaian keperawatan oleh Kataoka-Yahiro M, Saylor C: A Critical Thinking model for nursing judgment, *J Nurs Educ*, 33 (8):351, 1994, Dimodifikasi dari Glaser, 1941: Miller and Malcolm, 1990: Paul, 1993: dan Pery, 1970) *cit* Potter, Patricia A, 2005)



Model berpikir kritis sebagai penilaian keperawatan yang relevan dengan masalah keperawatan dalam berbagai lingkup. Model tersebut dirancang untuk mengetengahkan penilaian keperawatan dalam peran klinis, manajerial, kepemimpinan dan pendidikan.

Lima Komponen berpikir kritis

1. Dasar pengetahuan khusus

Dasar pengetahuan beragam sesuai dengan program pendidikan dasar keperawatan yakni jenjang pendidikan, pendidikan berkelanjutan

tambahan dan gelar tindak lanjut yang didapatkan perawat. Selain itu dasar pengetahuan perawat mencakup informasi dan teori dari ilmu pengetahuan alam, humaniora dan keperawatan yang di perlukan untuk memikirkan masalah keperawatan dalam berbagai proses berpikir kritis. Pengetahuan memberikan pendekatan yang menguatkan kemampuan perawat untuk berpikir secara kiritis tentang masalah keperawatan.

2. Pengalaman

Lingkungan klinik sangat mempengaruhi perawat dalam membuat keputusan terkait perawatan bagi klien. Berpikir kritis akan terbentuk ketika perawat mampu membuat keputusan tentang perawatan bagi klien.

3. Kompetensi

Kompetensi berpikir kritis adalah proses kognitif yang digunakan perawat untuk membuat penilaian keperawatan. Dalam kompetensi berpikir kritis terdapat 3 tipe kompetensi yakni berpikir kritis umum, berpikir kritis spesiifik dalam situasi klinis dan berpikir kritis spesifik dalam keperawatan.

Proses berpikir kritis umum mencakup metode ilmiah, pemecahan masalah dan pembuatan keputusan. Proses berpikir kritis umum juga digunakan dalam disiplin lain (pekerja soosial dan kedokteran) dan dalam situsi non – klinis. Pemecahan masalah mencakup mendapatkan informasi ketika terdapat kesejangan antara apa yang sedang terjadi dengan apa yang seharusnya terjadi.

Dalam pembuatan keputusan, individu memilih tindakan untuk memenuhi tujuan. Dalam hal kompetensi berpikir kritis spesifik dalam situasi klinis mencakup pertimbangan diagnostic, kesimpulan klinis dan pembuatan keputusan klinis. Proses pembuatan keputusan klinis untuk

memilih pendekatan terbaik bagi klien di dasarkan pada prioritas masalah dan kondisi klien. Perawat membuat keputusan klinis sepanjang waktu dalam upaya untuk memperbaiki kesehatan klien. Ketika di hadapkan pada suatu keputusan penting sekali, pertama-tama untuk mengidentifikasi mengapa keputusan diperlukan.

Kategori kompetensi berpikir kritis bersifat khusus untuk keperawatan. Proses keperawatan merupakan pendekatan sistematis yang digunakan untuk secara kritis mengkaji dan menelaah kondisi klien, mengidentifikasi respon klien terhadap masalah kesehatan, melakukan tindakan yang sesuai dan kemudian mengevaluasi apakah tindakan yang dilakukan telah efektif.

4. Sikap untuk berpikir kritis

Individu harus menunjukkan ketrampilan kognitif untuk berpikir secara kritis, tetapi juga penting untuk memastikan bahwa ketrampilan ini digunakan secara adil dan bertanggung jawab. (Paul (1993) *cit* Potter, Patricia A,2005)

Selain lima komponen diatas dari model berpikir kritis yang dapat membantu memperlihatkan kompleksitas dari proses pembuatan keputusan dalam keperawatan, dimana dengan perawat mendapat pengetahuan baru terkait professional kompeten, maka kemampuannya untuk berpikir secara kritis juga berkembang. Model tersebut juga mengidentifikasi tiga tingkat berpikir kritis dalam keperawatan yakni tingkat dasar, kompleks dan komitmen. Pada tingkat dasar seseorang mempunyai kewenangan untuk menjawab setiap masalah dengan benar. Pemikiran ini harus berdasarkan kenyataan yang terjadi dengan berpegang pada berbagai aturan atau prinsip yang berlaku. Misalnya, ketika seorang perawat yang belum berpengalaman dalam pelayanan, berpikir kritisnya dalam memberikan asuhan keperawatan sangat terbatas, oleh karena itu perawat tersebut harus mau

belajar dari perawat lain dan menerima berbagai pendapat dari orang lain.

Standar untuk Berpikir Kritis

Komponen berikutnya dari berpikir kritis mencakup standar intelektual dan professional. Standar atau karakteristik intelektual dalam berpikir kritis adalah sebagai berikut: rasional dan memiliki alasan yang tepat, reflektif, menyelidik, otonomi berpikir, kreatif, terbuka dan mengevaluasi. Sedangkan Standar professional adalah standar yang dipakai pada suatu profesi yang memerlukan kepandaian khusus untuk menjalaninya. Dalam hal ini, keperawatan mempunyai kode etik keperawatan dan standar praktik asuhan keperawatan. Paul (1993) *cit* Potter, Patricia A, 2005 menemukan bahwa standar intelektual menjadi universal untuk berpikir kritis. Ketika perawat memikirkan masalah klien, penting artinya untuk menggunakan standar ini untuk memastikan bahwa keputusan yang tepat telah dibuat. Standar professional untuk berpikir kritis mengacu pada kriteria etik untuk penilaian keperawatan dan kriteria untuk tanggung jawab dan tanggung gugat professional. Standar ini mengekspresikan tujuan dan nilai professional keperawatan, penerapan standar ini mengharuskan perawat menggunakan berpikir kritis untuk kebaikan individu dan kelompok (Kataoka _ Yahiro & Saylor, 1994 *cit* Potter, Patricia A, 2005)

Perawat Menggunakan Ketrampilan Berpikir Kritis dalam Berbagai Cara

1. Perawat menggunakan pengetahuan dari subjek dan bidang lain.

Perawat berhadapan dengan respon manusia secara holistik, sehingga harus mendapatkan informasi penting dari subjek lain. Untuk memahami arti data klien dan merencanakan intervensi yang efektif. Mahasiswa keperawatan mengikuti mata kuliah ilmu biologi dan ilmu social serta humaniora sehingga dapat memperoleh landasan yang kuat guna membangun pengetahuan dan keperawatan mereka. Sebagai

contoh, perawat dapat menggunakan pengetahuan dari ilmu gizi, fisiologi dan fisika untuk meningkatkan penyembuhan luka dan mencegah pemburukan cedera pada klien yang mengalami ulkus decubitus.

2. Perawat menghadapi perubahan dalam lingkungan yang penuh tekanan

Perawat bekerja dalam situasi yang cepat berubah. terapi, obat-obatan, dan teknologi selalu berubah, dan kondisi klien dapat berubah setiap menitnya. Oleh karena itu, tindakan yang biasa dilakukan dapat tidak adekuat untuk mengatasi situasi pada saat itu. Kebiasaan dengan rutinitas pemberian obat-obatan, misalnya tidak membantu perawat berhadapan dengan klien yang takut disuntik atau dengan klien yang tidak mau minum obat. Ketika muncul situasi yang tidak diharapkan, berpikir kritis memungkinkan perawat mengenali tanda penting, berespon dengan cepat, dan mengadaptasi intervensi guna memenuhi kebutuhan khusus klien.

3. Perawat mengambil keputusan penting

Selama jam kerja, perawat mengambil banyak keputusan penting. Keputusan ini sering kali menentukan kesejahteraan dan bahkan keselamatan klien, sehingga penting untuk mengambil keputusan yang baik. Perawat menggunakan berpikir kritis untuk mengumpulkan dan menginterpretasikan informasi yang diperlukan untuk mengambil keputusan. Perawat harus, misalnya, menggunakan penilaian yang baik untuk memutuskan pengamatan yang harus segera dilaporkan ke dokter dan yang dapat dituliskan di lembar catatan klien agar dapat dibahas kemudian oleh dokter, selama kunjungan rutin dengan klien.

Keterampilan Berpikir Kritis

Proses mental yang kompleks seperti analisis, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan membutuhkan penggunaan ketrampilan kognitif berpikir kritis. Keterampilan ini meliputi analisis kritis, penalaran deduktif dan induktif, membuat kesimpulan yang valid, membedakan bukti dari opini, mengevaluasi kredibilitas

sumber informasi, mengklarifikasi konsep dan mengenali asumsi. Analisis kritis adalah pemakaian serangkaian pertanyaan terhadap situasi tertentu atau gagasan untuk menentukan informasi dan gagasan penting serta membuang informasi dan gagasan yang tidak berguna. Pertanyaan tersebut bukan langkah yang berurutan, melainkan merupakan serangkaian kriteria untuk menilai sebuah gagasan. Tidak semua pertanyaan perlu diterapkan pada semua situasi, tetapi perawat harus mengetahui semua pertanyaan tersebut untuk pertanyaan yang sesuai dengan situasi tertentu dapat digunakan seseorang untuk melihat lebih dalam, mengenali dan meneliti asumsi, mencari ketidakonsistenan, mencerna berbagai sudut pandang, dan membedakan antar apa yang diketahui seseorang dari apa yang sekadar di percayai. Dua ketrampilan berpikir kritis lain adalah penalaran induktif dan deduktif. Pada penalaran induktif, generalisasi terbentuk dari serangkaian bukti atau pengamatan. Ketika dipandang bersamaan, sejumlah informasi tertentu menunjukkan interpretasi khusus. Sebagai contoh, perawat yang mengamati seorang klien yang memiliki kulit kering, turgor buruk, mata cekung, dan urine pekat dapat membuat generalisasi bahwa klien tersebut terlihat dehidrasi. Penalaran deduktif, sebaliknya, adalah penalaran dari yang umum ke khusus.

Panduan yang dilakukan untuk Meningkatkan Keterampilan dan Sikap Berpikir Kritis

1. Pengkajian Diri

Perawat harus merefleksikan beberapa sikap di bahas sebelumnya, yang memfasilitas berpikir kritis, sikap seperti keingintahuan, berorientasi keadilan, kerendahan hati, keberanian, dan ketekunan. Perawat dapat memperoleh keuntungan dari pengkajian pribadi yang teliti untuk menentukan sikap yang telah ia miliki dan yang perlu ditumbuhkan. Perawat terlebih dahulu menentukan sikap yang di pegang dengan kuat dan membentuk landasan berpikir dan yang dipegang tidak terlalu kuat atau tidak dipegang sama sekali. Perawat juga perlu merefleksikan situasi

saat ia mengambil keputusan yang disesali kemudian dan menganalisis proses berpikir dan sikap atau meminta kolega yang dipercaya untuk mengkaji mereka. Mengidentifikasi ketrampilan dan sikap yang lemah atau rapuh juga penting dilakukan.

2. Menoleransi ketidaksesuaian dan ambiguitas

Perawat perlu melakukan upaya terencana untuk menumbuhkan sikap berpikir kritis. Sebagai contoh, untuk menumbuhkan orientasi terhadap keadilan, seseorang harus berniat mencari tahu informasi yang bertentangan dengan pandangan seorang; hal ini memberikan Latihan untuk memahami dan belajar terbuka terhadap sudut pandang orang lain. Manusia cenderung mencari tahu informasi yang berhubungan dengan kepercayaan yang sebelumnya di pegang seseorang dan mengabaikan bukti yang mungkin bertentangan dengan gagasan yang diingimkan.

Perawat harus meningkatkan toleransi terhadap gagasan yang bertentangan dengan yang dipegang sebelumnya dan harus melatih menunda penilaian. Menunda penilaian berarti mentoleransi ambiguitas untuk sementara waktu. Apabila sangat rumit, masalah mungkin tidak dapat diselesaikan dengan cepat atau rapi dan penilaian harus ditangguhkan.

Pengambilan Keputusan dalam Keperawatan

Pengambilan keputusan adalah proses berpikir kritis untuk memilih tindakan terbaik guna mencapai tujuan yang diharapkan. Ketika dihadapkan dengan beberapa kebutuhan klien pada saat yang sama, perawat harus memprioritaskan dan memutuskan klien yang harus dibantu terlebih dahulu, dimana perawat dapat : (a) melihat kelebihan dan kekurangan tiap pilihan, (b) menerapkan hierarki kebutuhan maslow, (c) mempertimbangkan tugas yang dapat didelegasikan kepada orang lain, atau (d) menggunakan kerangka kerja pengaturan prioritas yang berbeda. Ketika klien mencoba mengambil keputusan tentang proses terapi yang akan dijalani, perawat mungkin perlu memberikan informasi atau sumber yang dapat digunakan klien dalam mengambil keputusan.

Urutan langkah proses pengambilan keputusan :

1. Identifikasi tujuan: perawat mengidentifikasi mengapa keputusan perlu diambil dan kebutuhan yang perlu ditentukan
2. Tetapkan kriteria : Ketika perawat menetapkan kriteria pengambilan keputusan, tiga pertanyaan harus terjawab: apa hasil yang diharapkan, apa yang perlu dipertahankan, dan apa yang perlu dihindari? Sebagai contoh, untuk klien yang menderita nyeri, kriteria yang dibuat harus seperti berikut : Apa yang perlu dicapai?; Apa yang perlu dipertahankan? dan Apa yang perlu di hindari?
3. Timbang kriteria: dalam tahap ini, pengambilan keputusan menetapkan prioritas atau mengurutkan aktivitas atau layanan dengan urutan kepentingan dari yang kurang penting sampai ke yang paling penting saat dihubungkan dengan situasi khusus. Karena menimbang sifatnya khusus terhadap situasi, aktivitas dapat diurutkan sebagai yang paling penting pada satu situasi dan tidak penting pada situassi yang lain.
4. Cari alternatif: pengambilan keputusan mengidentifikasi semua cara yang mungkin dilakukan untuk memenuhi kriteria tersebut.
5. Kaji Alternatif: perawt menganalisis alternatif untuk memastikan bahwa ada penjelasan rasional objektif terkait kriteria yang ditetapkan untuk memilih satu strategi dibandingkan strategi yang lain.
6. Proyeksikan: perawat memakai pemikiran kreatif dan skeptisisme untuk menentukan konsekuensi negative yang mungkin terjadi sebagai hasil keputusan dan Menyusun rencana untuk mencegah, meminimalkan atau mengatasi semua masalah.
7. Implementasikan: rencana keputusan di impelemntasikan
8. Evaluasi hasil : seperti semua asuhan keperawatan, dalam melakukan evaluasi, perawat menentukan ketidakefektifan rencana dan menetapkan apakah tujuan awal telah tercapai.

Daftar Pustaka

- Potter, Patricia A. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik. Ed. 4. Penerbit: EGC, Jakarta
- Kozier., Erb, Berman., Synder (2010); Fundamental Keperawatan, Konsep, proses dan praktek, edisi 7, EGC, Jakarta
- Nikmatur Rohmah & Saiful Walid (2012). Proses Keperawatan: Teori & Aplikasi. Penerbit AR-RUZZ MEDIA, Jogjakarta
- Rubinfeld, M. Gaie (2006). Berpikir Kritis dalam Keperawatan. Penerbit: EGC, Jakarta
- Rosdahl, Caroline Bunker (2017). Buku Ajar Keperawatan Dasar : Proses Keperawatan. Penerbit: EGC, Jakarta
- Hidayat, A. Aziz Alimul (2013). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Penerbit Salemba Medika; Jakarta
- Purwanto, Heri (1998). Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan. Penerbit: EGC, Jakarta
- Frits Kluytmans (2010). Perilaku Manusia. Penerbit: PT Refika Aditama; Bandung

Profil Penulis



Emiliandry Febryanti T. Banase

Ketertarikan penulis terhadap profesi perawat dimulai pada tahun 2013, ketika penulis memilih dan menyelesaikan pendidikan diploma tiga keperawatan di Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kupang dan berhasil lulus pada tahun 2016. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Swasta Melalui Program Ekstensi dan berhasil menyelesaikan studi S1 Keperawatan di Prodi Studi Ilmu Keperawatan Universitas Citra Bangsa pada tahun 2019 dan Profesi Ners pada tahun 2020 di Prodi Profesi Ners, Poltekkes Kemenkes Kupang.

Penulis memiliki kepakaran di bidang Keperawatan Dasar dan Keperawatan Medikal Bedah. Penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan. Selain itu peneliti juga aktif menulis buku di bidang keperawatan dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif, bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini khususnya dalam bidang keperawatan.

Email Penulis: emiliandry24@gmail.com

PRINSIP-PRINSIP LEGAL DALAM KEPERAWATAN

Fransita M.A Fiah, S.Kep., M.Hkes., Med
STIKES Maranatha Kupang

Kewenangan Praktik Perawat

Menurut Kamus Hukum *Dictionary Of Law Complete Edition* Istilah Legal memiliki makna : Sah menurut Undang-Undang. Secara garis besar legal merujuk kepada segala sesuatu yang sesuai dengan aturan, segala sesuatu yang tidak bertentangan dengan aturan yang berlaku. Istilah legal merujuk pada aturan sebagai acuannya. Untuk menentukan sesuai atau tidaknya tindakan seseorang berpatokan pada aturan yang berlaku. Menjadi seorang perawat professional perlu mengetahui dan memahami setiap peraturan yang menjadi dasar pijakannya agar terhindar dari ancaman hukum maupun kerugian yang akan dialami oleh pasien sebagai akibat seorang perawat yang tidak professional. Ijin praktek perawat sebagaimana tercantum dalam Pasal 19 dan 20 Permenkes Nomor 26/2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2018 tentang Keperawatan meliputi :

1. Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki izin.
2. Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk SIPP.
3. SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di

kabupaten/kota tempat Perawat menjalankan praktiknya.

4. Untuk mendapatkan SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2), Perawat harus melampirkan:
 - a. Salinan STR yang masih berlaku;
 - b. Rekomendasi dari Organisasi Profesi Perawat; dan
 - c. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - d. SIPP masih berlaku apabila:
 - e. STR masih berlaku; dan
 - f. Perawat berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPP.

Terkait sebagaimana diatur dalam Pasal 20 SIPP hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik. Dan SIPP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat. Sedangkan pada Pasal 21 mengharuskan perawat yang melakukan praktik mandiri untuk memasang papan nama Praktik Keperawatan.

Tidak berlakunya SIPP sebagaimana tercantum dalam Pasal 22 apabila :

- a. Dicabut berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. Habis masa berlakunya;
- c. Atas permintaan Perawat; atau
- d. Perawat meninggal dunia.

Dasar Hukum Penyelenggaraan Praktik Keperawatan

Sebagaimana diatur dalam Permenkes Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Pasal 28 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2018 tentang Keperawatan, dijelaskan tentang bagaimana seharusnya perawat melaksanakan Praktik Keperawatan diantaranya :

1. Praktik Keperawatan dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan tempat lainnya sesuai dengan Klien sasarannya.
2. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas
 - a. Praktik Keperawatan mandiri; dan
 - b. Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
3. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional.
4. Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada prinsip kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan masyarakat dalam suatu wilayah.
5. Ketentuan lebih lanjut mengenai kebutuhan pelayanan kesehatan dan/atau Keperawatan dalam suatu wilayah sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diatur dengan Peraturan Menteri.

Kompetensi Perawat

A. Standar Kompetensi

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat Standar Kompetensi Perawat terdiri atas 5 (lima) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi Perawat. Area kompetensi juga merupakan adaptasi dari 5 (lima) domains of the ASEAN *Nursing Common Core Competencies* yang merupakan kesepakatan seluruh negara-negara anggota ASEAN. Setiap area kompetensi ditetapkan definisinya, yang kemudian dijabarkan menjadi beberapa komponen kompetensi.

Standar Kompetensi Perawat dilengkapi dengan pokok bahasan, daftar masalah, daftar diagnosis, dan daftar keterampilan Keperawatan, dengan uraian sebagai berikut:

1. Daftar Pokok Bahasan berisikan jenis-jenis pengetahuan sesuai cabang ilmu yang diperlukan untuk memenuhi kompetensi Perawat vokasi dan profesi ners.
2. Daftar Masalah berisikan masalah yang sering ditemukan pada Praktik Keperawatan yang mendasari dibutuhkananya Pelayanan Keperawatan.
3. Daftar ini diperlukan untuk melatih dan membiasakan mahasiswa Keperawatan mengenali masalah-masalah yang akan dihadapi di dalam Praktik Keperawatan dengan menjadikan daftar tersebut sebagai pemicu diskusi dalam proses pendidikan Keperawatan.
4. Daftar Diagnosis berisikan Diagnosis Keperawatan yang mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Daftar ini diperlukan untuk membantu institusi pendidikan Keperawatan dalam penyusunan bahan ajar dan pelatihan keterampilan untuk mencapai standar kompetensi Perawat.
5. Daftar Keterampilan berisikan intervensi Keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).
6. Daftar ini diperlukan untuk perumusan bentuk, mekanisme, fasilitas kesehatan, dan sarana pendukung keterampilan yang diperlukan untuk memenuhi standar kompetensi Perawat.

B. Kerangka Kompetensi

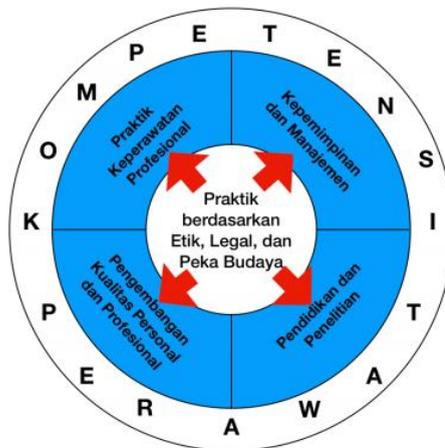
Ilmu Keperawatan merupakan sintesis dari ilmu biomedik, psikologi, sosial, perilaku, antropologi, dan budaya. Pelayanan/Asuhan Keperawatan yang berkualitas bagi masyarakat perlu mendapatkan

jaminan standar kompetensi. Kompetensi Perawat mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan (*soft and hard skill*).

Kerangka kompetensi Perawat dikelompokkan dalam 5 (lima) area kompetensi. Area ini sesuai dengan 5 (lima) domains of the ASEAN *Nursing Common Core Competencies* sebagai berikut:

1. Praktik berdasarkan Etik, Legal, dan Peka Budaya
2. Praktik Keperawatan Profesional
3. Kepemimpinan dan Manajemen
4. Pendidikan dan Penelitian
5. Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional

C. Penjabaran Area Kompetensi



Gambar. 8.1

Area Kompetensi Perawat

1. Area Praktik Keperawatan berdasarkan Etik, Legal dan Peka Budaya
 - a. Kompetensi inti: Mampu melakukan Praktik Keperawatan berdasarkan praktik etik, legal, dan peka budaya.

b. Lulusan Perawat mampu:

1) Praktik Keperawatan Berdasarkan Etik

- a) Memahami konsep etik, norma, agama, budaya, hak asasi manusia dalam Pelayanan Keperawatan.
- b) Menghargai perbedaan latar belakang agama, budaya, dan sosial antara Klien dengan Perawat.
- c) Memprioritaskan kepentingan Klien dalam pemberian Pelayanan Keperawatan
- d) Menjaga hak privasi Klien
- e) Menjaga rahasia Klien yang diperoleh karena hubungan terapeutik.
- f) Menjaga kesehatan diri Perawat sehingga tidak berdampak kepada Klien.
- g) Menghindari konflik kepentingan dengan Klien dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- h) Menunjukkan sikap empati dan kepedulian (*caring*) dalam pemberian Pelayanan Keperawatan.
- i) Menjaga dan membangun hubungan profesional sesama Perawat dan dengan profesi lain untuk Pelayanan Keperawatan bermutu.
- j) Melindungi Klien dari pelayanan kesehatan yang tidak bermutu.
- k) Berpartisipasi aktif dalam pengembangan keprofesian untuk menjaga kualitas Pelayanan Keperawatan.

- 2) Praktik Keperawatan Berdasarkan Legal
 - a) Memahami ketentuan peraturan perundangundangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
 - b) Melakukan Praktik Keperawatan profesional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
 - c) Menunjukkan sikap sadar hukum dalam pelayanan kesehatan dan Keperawatan.
- 3) Praktik Keperawatan Berdasarkan Peka Budaya
 - a) Menggunakan pendekatan budaya untuk meningkatkan mutu pemberian Pelayanan Keperawatan.
 - b) Mendorong kemandirian masyarakat dengan basis budaya setempat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

2. Area Praktik Keperawatan Profesional

- a. Kompetensi inti: Mampu melakukan Praktik Keperawatan secara profesional berdasarkan keilmuan Keperawatan.
- b. Lulusan Perawat mampu:
 - 1) Menerapkan ilmu biomedik, ilmu humaniora, ilmu Keperawatan, dan ilmu kesehatan masyarakat yang terkini untuk mengelola masalah Keperawatan secara holistik, terpadu, dan kontinum meliputi:
 - a) Pelayanan promosi kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - b) Pencegahan masalah kesehatan umum dan khusus untuk individu,

keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

- c) Perumusan Diagnosis Keperawatan dan analisis masalah Keperawatan sesuai dengan standar Praktik Keperawatan
 - d) Sebagai landasan untuk penyusunan rencana intervensi dan evaluasi hasil Asuhan Keperawatan.
 - e) Intervensi Keperawatan sesuai masalah dan Diagnosis Keperawatan pada seluruh tatanan pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan primer, sekunder, tersier, dan khusus.
 - f) Pelayanan pemulihan kesehatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat untuk tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik
- 2) Memahami standar mutu yang digunakan dalam Pelayanan Keperawatan untuk melindungi Klien dalam pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, meliputi:
- a) Rumusan masukan, proses, dan luaran dalam pemberian Pelayanan Keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - b) Mampu beradaptasi dengan ketersediaan sumber daya tanpa mengorbankan mutu Pelayanan Keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

3. Area Kepemimpinan dan Manajemen

a. Kompetensi inti:

Mampu melakukan praktik kepemimpinan, manajemen Asuhan Keperawatan dan manajemen Pelayanan Keperawatan.

b. Lulusan perawat mampu :

Menerapkan konsep kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan:

- 1) Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
- 2) Program kesehatan komunitas untuk tujuan promosi dan pencegahan masalah kesehatan.
- 3) Fasilitas kesehatan untuk menunjang Pelayanan Keperawatan.
- 4) Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan finansial untuk Pelayanan Keperawatan bermutu.
- 5) Penyelenggaran Pelayanan Keperawatan personal, kolaborasi, institusional yang efektif, efisien, akuntabel dan terjangkau.
- 6) Masalah-masalah kesehatan dan kebijakan Pemerintah dalam bidang kesehatan dan Keperawatan dengan perumusan masalah dan pemilihan prioritas intervensi yang efektif dan efisien.

4. Area Pendidikan dan Penelitian

a. Kompetensi inti:

Mampu melakukan praktik pendidikan dalam Keperawatan dan penelitian dalam bidang Keperawatan.

- b. Lulusan Perawat mampu:
 - 1) Memahami peran dan fungsi pendidik klinik (Preceptor) dalam pendidikan Keperawatan.
 - 2) Memahami kebutuhan pendidikan dan keterampilan klinik dalam pendidikan Keperawatan.
 - 3) Merancang dan melaksanakan penelitian sederhana dalam bidang Keperawatan.
 - 4) Menerapkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu Asuhan Keperawatan.
- 5. Area Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional
 - a. Kompetensi inti:

Mampu melakukan pengembangan kualitas praktik personal dan profesional dalam bidang Keperawatan.
 - b. Lulusan Perawat mampu:
 - 1) Menyadari kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi Keperawatan melalui program pengembangan keprofesional berkelanjutan.
 - 2) Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang Keperawatan untuk menunjang mutu Pelayanan Keperawatan.

Aspek Hukum Pelaksanaan Delegasi Tindakan Medis

Ketentuan peraturan perundang-undangan di Indonesia tentang pelimpahan wewenang tindakan medis ke perawat dalam pelayanan kesehatan diatur dalam beberapa undang-undang. Pelimpahan wewenang tindakan medis kepada perawat dalam pelayanan kesehatan dapat dilihat dalam Undang-undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang

Keperawatan, Undang-undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, Permenkes Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran Secara terperinci peraturan perundang-undangan di Indonesia pelimpahan wewenang tindakan medis ke perawat dalam pelayanan kesehatan, bisa digambarkan sebagai berikut :

- A. Menurut Undang-undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan BAB V Praktik Keperawatan pada Pasal 29, yaitu:

Pada ayat (1) dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai : “pemberi Asuhan Keperawatan, penyuluh dan konselor bagi Klien, pengelola Pelayanan Keperawatan, Peneliti Keperawatan, Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu. Dimana tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri, pelaksana tugas Perawat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel” Pada Pasal 32 menyebutkan antara lain:

“pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf e hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya, Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara delegatif atau mandate, pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab, pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan, pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di

bawah pengawasan, tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandate sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang, dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang: melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis, melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandate, dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah”.

Pada Pasal 33 menyebutkan antara lain: “pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud dalam pasal 29 ayat (1) huruf f merupakan penugasan Pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas, keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat, pelaksanaan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan kompetensi Perawat, dalam melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang: melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis, merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada system rujukan, dan melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian”.

- B. Menurut Permenkes Nomor 2052 Tahun 2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran pada Pasal 23 menyebutkan antara lain: Dokter dan dokter gigi dapat memberikan pelimpahan suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi

kepada perawat, bidan atau tenaga kesehatan tertentu lainnya secara tertulis dalam melaksanakan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi, tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sesuai dengan kemampuan dan kompetensi yang dimiliki dan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan:

1. Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan ketrampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan;
2. Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap dibawah pengawasan pemneri pelimpahan;
3. Pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan;
4. Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan; dan
5. Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus. Hal ini juga seperti yang didasarkan pada Pasal 15 huruf d Permenkes Nomor 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, yang menyatakan bahwa: Perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berwenang untuk pelayanan tindakan medik hanya dapat dilakukan berdasarkan permintaan tertulis dari dokter.

Adapun hal yang perlu diperhatikan dalam pendelegasian wewenang dokter kepada perawat adalah:

1. Tanggungjawab utama tetap berada pada dokter yang memberikan pendelegasian wewenang;
2. Perawat mempunyai tanggungjawab pelaksana;
3. Pendelegasian hanya dapat dilaksanakan setelah perawat tersebut mendapat pendidikan dan

kompetensi yang cukup untuk menerima pendelegasian;

4. Pendelegasian untuk jangka waktu panjang atau terus menerus dapat diberikan kepada perawat kesehatan dengan kemahiran khusus (perawat spesialis), yang diatur sendiri dengan peraturan tersendiri (*standing order*).

Pendelegasian wewenang dokter kepada perawat harus dilakukan secara tertulis dengan pertimbangan berikut:

1. Mempunyai kekuatan hukum yang kuat dan kekuatan pembuktian karena dilindungi oleh peraturan yang berlaku;
2. Dapat berfungsi sebagai alat bukti tertulis mengenai kewenangan yang didelegasikan sehingga apabila terjadi perbuatan di luar kewenangan hal tersebut menjadi tanggung jawab penerima wewenang, bukan tanggung jawab pemberi wewenang;
3. Pendelegasian wewenang dalam keperawatan disesuaikan dengan kemampuan profesional dan kompetensi perawat sebagai penerima wewenang.

- C. Menurut Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan pada pasal 65 menyebutkan: “dalam melakukan pelayanan kesehatan, Tenaga Kesehatan dapat menerima pelimpahan tindakan medis dari tenaga medis, pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan dengan ketentuan, tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan ketrampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelayanan, pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap dibawah pengawasan pemberi pelimpahan, pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan, tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk pengambilan keputusan sebagai dasar pelaksanaan tindakan”.

Daftar Pustaka

Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan

Permenkes Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2018 tentang Keperawatan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat Standar Kompetensi Perawat

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat

Profil Penulis

Fransita Merkunita Agliyani Fiah



Penulis lahir di Rote, 11 Maret 1993. Pada tahun 2015, penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di PSIK FK Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga dan, menyelesaikan program Hukum Kesehatan di Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2018 serta mengikuti dan menyelesaikan program mediator umum dan mediator khusus Kesehatan dengan sertifikasi Mahkamah Agung pada tahun 2018.

Pada tahun 2019, penulis mengawali karirnya sebagai Mediator Profesional di Pengadilan Negeri TIPIKOR kelas 1a Kupang. Provinsi Nusa Tenggara Timur sejak tahun 2018 hingga saat ini, selanjutnya pada tahun 2019 penulis memulai karir sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maranatha Kupang sampai sekarang. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti di bidangnya. Penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti diantaranya berkaitan dengan Legal dan Etik dimulai dari Peran Dinas Kesehatan Kota Kupang Dalam Penanggulangan Tindak Pidana Aborsi pada tahun 2017, Peran Guru PAR dalam Mengatasi Bullying pada tahun 2020 dan Analisis Pengetahuan Perawat Tentang Tanggung Jawab Hukum Delegasi Tindakan Medis di Puskesmas Korbafo pada tahun 2021 sekaligus merupakan penelitian yang didanai oleh internal institusi pendidikan dan Kemenristek DIKTI (Hibah PDP). Penulis mengampu mata kuliah Pendidikan Anti Korupsi, Enterpreunership in Nursing, Komunikasi Dasar Keperawatan, Pancasila, Kewarganegaraan.

Email Penulis : Fiahsita_1103@yahoo.co.id

ETIKA KEPERAWATAN

Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Etika Umum

Etika berasal dari bahasa Yunani yaitu “*ETHOS*” berarti “kebiasaan”, “model perilaku” atau “standar” yang diharapkan dan kriteria tertentu untuk suatu tindakan. Sedangkan dalam bentuk jamak (*ta etha*) berarti adat kebiasaan. Etika diartikan sebagai ilmu tentang apa yang biasa dilakukan atau ilmu tentang adat kebiasaan. Etika adalah suatu ilmu yang mempelajari tentang apa yang baik dan buruk secara moral. Penggunaan istilah etika diartikan sebagai “motif atau dorongan” yang mempengaruhi suatu perilaku manusia. Etika merupakan terminologi dengan berbagai makna, etika berhubungan dengan bagaimana seseorang harus bertindak dan bagaimana mereka melakukan hubungan dengan orang lain. Etika adalah ilmu tentang kesusilaan yang menentukan bagaimana sepatutnya manusia hidup didalam masyarakat yang menyangkut aturan-aturan dan prinsip-prinsip yang menentukan tingkah laku yang benar yaitu baik dan buruk serta kewajiban dan tanggung jawab. Etika dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang adat istiadat, kebiasaan yang baik dan buruk secara moral serta motif atau dorongan yang mempengaruhi perilaku manusia dalam berhubungan dengan orang lain yang berdasarkan pada aturan-aturan serta prinsip yang mengandung tanggung jawab moral. Etika 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.

Pengertian Etika Keperawatan

Etika keperawatan dikaitkan dengan hubungan antar masyarakat dengan karakter serta sikap perawat terhadap orang lain. Etika keperawatan merupakan standar acuan untuk mengatasi segala macam masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan terhadap para pasien yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya. Etika keperawatan merujuk pada standar etik yang menentukan dan menuntun perawat dalam praktek sehari-hari. Misalnya seorang perawat sebelum melakukan tindakan keperawatan pada pasien, harus terlebih dahulu menjelaskan tujuan dari tindakan keperawatan yang akan dilakukannya serta perawat harus menanyakan apakah pasien bersedia untuk dilakukan tindakan keperawatan tersebut atau tidak. Dalam hal ini perawat menunjukkan sikap menghargai otonomi pasien. Jika pasien menolak tindakan maka perawat tidak bisa memaksakan tindakan tersebut sejauh pasien paham akan akibat dari penolakan tersebut. Apabila seorang perawat memaksakan kehendaknya untuk melakukan tindakan keperawatan terhadap seorang pasien tanpa menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukannya, tidak meminta persetujuan terlebih dahulu kepada pasien tersebut, apalagi jika pasien tersebut berasal dari desa, tidak berpendidikan, sulit berargumentasi dengan perawat dan tidak mampu menolak tindakan. Sebagai pasien tentunya ia akan merasa sangat terpaksa menerima tindakan keperawatan tersebut dan pasien tidak berdaya untuk menolak dilakukan tindakan keperawatan.

Kegunaan Etika Keperawatan

Kegunaan etika keperawatan adalah sebuah upaya agar seluruh perawat yang ada di Indonesia dapat menghargai dan menghormati martabat manusia (klien) pada saat menjalankan setiap tugas dan fungsinya sebagai perawat. Pentingnya perawat mempelajari etika keperawatan, perawat harus memahami bahwa pasien memiliki otonomi yaitu kebebasan untuk memilih menerima ataupun menolak tindakan keperawatan yang akan dilakukan

padanya. Kegunaan mempelajari serta menerapkan etika keperawatan bagi calon-calon perawat yaitu :

1. Perkembangan teknologi dalam bidang medis dan reproduksi Perkembangan tentang hak-hak klien, perubahan sosial dan hukum, serta perhatian terhadap alokasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang terbatas tentunya akan memerlukan pertimbangan-pertimbangan etis.

2. Profesionalitas perawat

Profesionalitas perawat ditentukan dengan adanya standar perilaku yang berupa “Kode Etik”. Kode Etik ini disusun dan disahkan oleh organisasi/wadah yang membina profesi keperawatan. Dengan pedoman Kode Etik ini perawat menerapkan konsep-konsep etis. Perawat bertindak secara bertanggung jawab, menghargai nilai-nilai dan hak-hak individu.

3. Pelayanan kepada umat manusia

Pelayanan kepada umat manusia merupakan fungsi utama perawat dan dasar adanya profesi keperawatan. Pelayanan profesional berdasarkan kebutuhan manusia, perawat tidak boleh membedakan antar pasien dan keluarga pasien. Pelayanan keperawatan didasarkan atas kepercayaan bahwa perawat akan berbuat hal yang benar/baik dan dibutuhkan, hal yang menguntungkan pasien dan kesehatannya. Oleh karena itu bilamana menghadapi masalah etis, dalam membuat keputusan/tindakan perawat perlu mengetahui, menggunakan serta mempertimbangkan prinsip-prinsip dan aturan-aturan etis tersebut.

4. Keputusan Etis

Dalam membuat keputusan etis ada banyak faktor yang berpengaruh antara lain : nilai dan keyakinan klien, nilai dan keyakinan anggota profesi lain, nilai dan keyakinan perawat itu sendiri, serta hak dan tanggung jawab semua orang yang terlibat.

5. Peran Perawat sebagai Advokasi.

Perawat berperan sebagai advokasi, memiliki tanggung jawab utama yaitu untuk melindungi hak-hak klien. Peran perawat sebagai advokasi berasal dari prinsip etis "*beneficence* = kewajiban untuk berbuat baik" dan "*nonmaleficence* = kewajiban untuk tidak merugikan/mencelakakan".

Tujuan Etika Keperawatan

Etika keperawatan memiliki tujuan khusus bagi setiap orang yang berprofesi sebagai perawat dan juga bagi seluruh orang atau pasien yang menerima layanan keperawatan. Tujuan dari etika keperawatan pada dasarnya adalah agar para perawat dalam menjalankan tugas dan fungsinya dapat menghargai dan menghormati martabat manusia. Secara umum tujuan etika keperawatan yaitu menciptakan dan mempertahankan kepercayaan antara perawat dan klien, perawat dengan perawat, perawat dengan profesi lain, juga perawat dengan masyarakat.

Tujuan etika keperawatan adalah mampu : (1) Mengetahui dan mengidentifikasi unsur moral dalam praktek keperawatan. (2) Membentuk strategi/cara menganalisis masalah moral yang terjadi dalam praktek keperawatan. (3) Menghubungkan prinsip-prinsip moral yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan pada diri sendiri, keluarga, masyarakat dan kepada Tuhan, sesuai dengan kepercayaannya.

Pendidikan etika keperawatan bertujuan untuk : (1) Meningkatkan pengertian peserta didik tentang hubungan antar profesikesehatan dan mengerti tentang peran dan fungsi masing-masing anggota tim tersebut. (2) Mengembangkan potensi pengambilan keputusan yang berkenaan denganmoralitas, keputusan tentang baik dan buruk yang akan dipertanggungjawabkan kepada Tuhan sesuai dengan kepercayaannya. Mengembangkan sikap pribadi dan sikap profesional peserta didik. (3) Memberi kesempatan kepada peserta didik untuk menerapkan ilmu

dan prinsip-prinsip etika keperawatan dalam praktek dan dalam situasi nyata.

Fungsi Etika Keperawatan

Etika keperawatan memiliki fungsi penting bagi perawat dan seluruh individu atau pasien yang menerima pelayanan keperawatan.

Fungsi Etika Keperawatan tersebut adalah : (1) Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan. (2) Mendorong para perawat di seluruh Indonesia agar dapat berperan serta dalam kegiatan penelitian dalam bidang keperawatan dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan atau asuhan keperawatan. (3) Mendorong para perawat agar dapat berperan serta secara aktif dalam mendidik dan melatih pasien dalam kemandirian untuk hidup sehat, tidak hanya di rumah sakit tetapi di luar rumah sakit. (4) Mendorong para perawat agar bisa mengembangkan diri secara terus menerus untuk meningkatkan kemampuan profesional, integritas dan loyalitasnya bagi masyarakat luas. (5) Mendorong para perawat agar dapat memelihara dan mengembangkan kepribadian serta sikap yang sesuai dengan etika keperawatan dalam melaksanakan profesinya. (6) Mendorong para perawat menjadi anggota masyarakat yang responsif, produktif, terbuka untuk menerima perubahan serta berorientasi ke masa depan sesuai dengan perannya.

Prinsip Etika Keperawatan

Prinsip Etika Keperawatan meliputi :

1. Otonomi (Autonomi)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa mampu memutuskan sesuatu dan orang lain harus menghargainya. Otonomi merupakan hak

kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut perbedaan diri. Salah satu contoh yang tidak memperhatikan otonomi adalah memberitahukan pasien bahwa keadaannya baik, padahal terdapat gangguan atau penyimpangan. Profesi perawat memiliki kebebasan dan wewenang untuk bekerja sesuai dengan profesi perawat. Seorang profesi perawat memiliki hak untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu berdasarkan kode etik profesi keperawatan yang berlaku.

2. *Beneficence* (Berbuat Baik)

Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Contoh perawat menasehati pasien tentang program latihan untuk memperbaiki kesehatan secara umum, tetapi perawat menasehati untuk tidak dilakukan karena alasan risiko serangan jantung.

3. *Justice* (Keadilan)

Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Contoh ketika perawat dinas sendirian dan ketika itu ada pasien baru masuk serta ada juga klien rawat yang memerlukan bantuan perawat maka perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor dalam faktor tersebut kemudian bertindak sesuai dengan asas keadilan. Prinsip keadilan adalah bahwa seorang profesi perawat harus selalu mementingkan nilai keadilan dalam menjalankan pekerjaannya. Apapun yang dilakukan harus adil dan diberikan pada pasien dan keluarga tidak boleh membeda-bedakan pasien satu dengan pasien yang lain.

4. *Non-maleficence* (tidak merugikan)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Contoh ketika ada pasien yang menyatakan kepada dokter secara tertulis

menolak pemberian transfusi darah dan ketika itu penyakit perdarahan (*melen*) membuat keadaan pasien semakin memburuk dan dokter harus menginstruksikan pemberian transfusi darah. akhirnya transfusi darah tidak diberikan karena prinsip beneficence walaupun pada situasi ini juga terjadi penyalahgunaan prinsip *nonmaleficence*.

5. *Veracity* (Kejujuran)

Nilai ini bukan cuman dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien untuk meyakinkan agar pasien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Pasien memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ingin diketahui. Contoh Ny. S masuk rumah sakit dengan berbagai macam fraktur karena kecelakaan mobil, suaminya juga ada dalam kecelakaan tersebut dan meninggal dunia. Ny. S selalu bertanya-tanya tentang keadaan suaminya. Dokter ahli bedah berpesan kepada perawat untuk belum memberitahukan kematian suaminya kepada pasien, perawat tidak mengetahui alasan tersebut dari dokter dan kepala ruangan menyampaikan intruksi dokter harus diikuti. Perawat dalam hal ini dihadapkan oleh konflik kejujuran.

6. *Fidelity* (Menepati janji)

Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.

7. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan adalah informasi tentang pasien harus dijaga privasi. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan pasien hanya bisa dibaca guna keperluan

pengobatan dan peningkatan kesehatan pasien. Diskusi tentang pasien diluar area pelayanan harus dihindari.

8. *Accountability* (Akuntabilitas)

Akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda tekecuali. Contoh perawat bertanggung jawab pada diri sendiri, profesi, pasien, sesama teman sejawat, karyawan dan masyarakat.

Hak dan Kewajiban Pasien – Perawat

Hak memiliki pengertian tentang sesuatu hal yang benar, milik, kepunyaan, kewenangan, kekuasaan untuk berbuat sesuatu (karena telah ditentukan oleh undang-undang, aturan, dsb), kekuasaan yang benar atas sesuatu atau untuk menuntut sesuatu, derajat atau martabat. Hak dapat dimaknai sebagai tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang merupakan kebutuhan pribadinya sesuai dengan keadilan, moralitas dan legalitas. Hal tersebut melekat secara mutlak dalam profesi keperawatan dan dilindungi oleh peraturan perundang-undangan (legalitas). Pasien juga memiliki hak yang melekat secara mutlak dan harus dipenuhi oleh perawat, atau rumah sakit tempat pasien mendapatkan pelayanan kesehatan. Kewajiban adalah sesuatu yang wajib untuk dilaksanakan. Kewajiban dalam etika keperawatan adalah sebuah tanggung jawab baik dari seorang perawat maupun pasien untuk melakukan sesuatu yang memang harus dilaksanakan agar dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan hak-haknya. Kewajiban merupakan “pintu muncul”nya hak yang artinya seorang perawat atau pasien tidak akan mendapatkan haknya jika ia belum melakukan kewajibannya sebagai seorang perawat atau sebagai pasien.

Dasar Hukum Hak dan Kewajiban Perawat dan Pasien adalah sebagai berikut :

1. UU RI No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. UU RI No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. UU RI No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
4. Keputusan Menteri Kesehatan No 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktek Perawat
5. PP No 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
6. Permenkes No 148/2010
7. UU Keperawatan No 38 Tahun 2014

Hak dari perawat : (1) Perawat memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan hukum dan profesi keperawatan sepanjang melaksanakan tugas sesuai standar profesi dan Standar Operasional Prosedur (SOP), (2) Perawat berhak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien dan atau keluarganya agar mencapai tujuan keperawatan yang maksimal, (3) Perawat berhak melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan otonomi profesi, (4) Perawat berhak mendapatkan penghargaan sesuai dengan prestasi, dedikasi yang luar biasa dan atau bertugas di daerah terpencil dan rawan; 5) Perawat berhak memperoleh jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya, menerima imbalan jasa profesi yang proporsional sesuai dengan ketentuan/peraturan yang berlaku.

Kewajiban Perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan perawat berkewajiban untuk : (1) Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar profesi, standar praktek keperawatan, kode etik dan SOP serta kebutuhan klien atau pasien; menghormati hak pasien, (2) Merujuk klien atau pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau tindakan, (3) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien dan atau pasien, kecuali untuk kepentingan hukum, (4) Melakukan pertolongan darurat atas dasar

perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya, (5) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu keperawatan dalam meningkatkan profesionalisme, (6) Meminta persetujuan tindakan keperawatan yang dilakukan, (7) Melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis.

Hak pasien antara lain : (1) Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit, pelayanan yang manusiawi, adil dan jujur; (2) Pasien berhak memperoleh pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran / kedokteran gigi dan tanpa diskriminasi, (4) Pasien berhak memperoleh asuhan keperawatan dengan standar profesi keperawatan, (5) Pasien berhak memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit, dirawat oleh dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinis dan pendapat etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar, (6) Pasien berhak meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di rumah sakit tersebut (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya, sepengetahuan dokter yang merawat, "privacy" dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya, mendapat informasi yang meliputi : penyakit yang diderita, tindakan medik yang hendak dilakukan, alternatif terapi, prognosa, perkiraan biaya, pengobatan, (7) Pasien berhak menyetujui/memberikan ijin atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter sehubungan dengan penyakit yang dideritanya, (8) Pasien berhak menolak tindakan yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya, (9) Pasienberhakdidampingi keluarganya dalam keadaan kritis, (10) Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai agama/kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya, (11) Pasien berhak atas keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit, (12) Pasien berhak mengajukan usul, saran dan perbaikan atas

perlakuan rumah sakit terhadap dirinya, (13) Pasien berhak menerima atau menolak bimbingan moril maupun spiritual. Kewajiban dari pasien antara lain : (1) Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata tertib rumah sakit; (2) Pasien berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya, (3) Pasien berkewajiban untuk memberikan informasi dengan jujur dan selengkapnya tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat, (4) Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan rumah sakit/dokter, (5) Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

Hak orang yang akan meninggal berhak diperlakukan sebagaimana manusia yang hidup sampai ajal tiba; mempertahankan harapannya, tidak peduli apapun perubahan yang terjadi; mendapatkan perawatan yang dapat mempertahankan harapannya, mengekspresikan perasaan dan emosinya sehubungan dengan kematian yang sedang dihadapinya; berpartisipasi dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan perawatannya; memperoleh perhatian dalam pengobatan dan perawatan secara berkesinambungan, walaupun tujuan penyembuhannya harus diubah menjadi tujuan memberikan rasa nyaman, meninggal dalam kesendirian, bebas dari rasa sakit, memperoleh jawaban atas pertanyaannya secara jujur; memperoleh bantuan dari perawat atau medis untuk keluarga yang ditinggalkan agar dapat menerima kematiannya, meninggal dalam damai dan bermartabat, tetap dalam kepercayaan atau agamanya dan tidak diambil keputusan yang bertentangan dengan kepercayaan yang dianutnya, mengharapkan bahwa kesucian raga manusia akan dihormati setelah yang bersangkutan meninggal, memperdalam dan meningkatkan kepercayaannya, apapun artinya bagi orang lain, mendapatkan perawatan dari orang yang professional, yang dapat mengerti kebutuhan dan kepuasan dalam menghadapi kematian.

Peranan hak dan kewajiban dalam prinsip etika keperawatan adalah : (1) Mencegah konflik antara perawat dan pasien. Artinya dengan adanya hak dan kewajiban yang dilindungi oleh ketentuan hukum termasuk juga etika keperawatan maka perawat dan pasien tidak bisa berbuat semaunya sendiri. Ada hak-hak dan kewajiban yang harus diperhatikan dan dilaksanakan oleh perawat dan pasien. Hak dan kewajiban tersebut dilindungi oleh hukum yang berlaku. (2) Pembeneran pada suatu tindakan. Maksudnya, hak dan kewajiban yang dimiliki oleh perawat maupun pasien sebenarnya membenarkan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya yaitu kewajiban. Misalnya, ketika seorang perawat merawat pasien dengan baik dan benar sesuai dengan keahlian yang dimilikinya hingga pasien tersebut sembuh dari sakitnya, maka tentu hak perawat tersebut adalah mendapatkan penghargaan. Ketika perawat menerima penghargaan tersebut, maka sebenarnya pada saat yang sama muncul pembeneran terhadap pengobatan (pelayanan kesehatan) maupun kewajiban yang telah dilakukan sebelumnya terhadap pasien. (3) Menyelesaikan perselisihan. Jika terjadi perselisihan antara pasien dan perawat termasuk dengan institusi sekalipun, prinsip hak dan kewajiban yang dilindungi oleh ketentuan hukum dapat menjadi pedoman penyelesaiannya. Hal ini sekaligus mengindikasikan bahwa jika setiap pihak, baik perawat, pasien, maupun institusi keperawatan, berpegang teguh pada konsep hak dan kewajiban, maka perselisihan tidak akan terjadi. Misalnya, tidak akan pernah terjadi malpraktek karena pasien memiliki hak mendapatkan pelayanan yang baik.

Pola Hubungan Kerja Perawat

Kolaborasi adalah istilah umum yang sering digunakan untuk menggambarkan suatu hubungan kerja sama yang dilakukan pihak tertentu. Kolaborasi adalah proses interaksi diantara beberapa orang yang berkesinambungan. Dalam praktek keperawatan, kolaborasi dapat diartikan hubungan kerja sama antara perawat dengan tim kesehatan lain untuk memberikan

pelayanan kesehatan yang prima kepada pasien. Perawat dan tim kesehatan bekerja saling ketergantungan dalam batas-batas lingkup praktek dengan berbagai nilai-nilai dan pengetahuan serta respek terhadap orang lain yang berkontribusi terhadap perawatan individu, keluarga dan masyarakat. Suatu pelayanan keperawatan dikatakan bermutu apabila memberikan kepuasan keperawatan pada pasien. Kepuasan pada pasien dalam menerima pelayanan kesehatan mencakup beberapa dimensi. Salah satunya adalah dimensi kelancaran komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien. Hal ini berarti, pelayanan kesehatan bukan hanya berorientasi pada pengobatan secara medis saja melainkan juga berorientasi pada komunikasi yang sangat membantu pasien dalam proses penyembuhan pasien. Hubungan kerja perawat dengan pasien adalah fokus dari upaya asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat sebagai salah satu komponen tenaga kesehatan. Hubungan perawat dan pasien adalah hubungan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk pencapaian tujuan klien. Dalam hubungan perawat dan pasien, perawat menggunakan pengetahuan komunikasi guna memfasilitasi hubungan yang efektif. Dasar hubungan antara perawat dengan pasien adalah hubungan yang saling menguntungkan (*mutual huminity*).

Hubungan yang baik antara perawat dan pasien terjadi apabila : (1) Terdapat rasa saling percaya antara perawat dan pasien, (2) Perawat benar-benar memahami tentang hak-hak pasien dan harus melindungi hak tersebut, salah satunya hak untuk menjaga privasi pasien, (3) Perawat harus sensitive terhadap perubahan-perubahan yang mungkin terjadi pada pribadi pasien yang disebabkan oleh penyakit yang dideritanya, antara lain kelemahan fisik dan ketidakberdayaan, (4) Perawat harus memahami keberadaan pasien atau klien sehingga dapat bersikap sabar dan tetap memperhatikan pertimbangan etis dan moral, (5) Dapat bertanggungjawab dan bertanggung gugat atas segala resiko yang mungkin timbul selama pasien dalam perawatan, (6) Perawat sedapat mungkin berusaha untuk menghindari konflik antara nilai-nilai

pribadinya dan nilai pribadi pasien dengan cara membina hubungan yang baik antara pasien, keluarga dan teman.

Hubungan kerja perawat dengan sejawat perawat dalam menjalankan tugasnya harus dapat membina hubungan baik dengan semua perawat yang berada di lingkungan kerjanya baik di Rumah Sakit dan Puskesmas. Dalam membina hubungan tersebut, sesama perawat harus terdapat rasa saling menghargai dan tenggang rasa yang tinggi agar tidak terjadi kondisi sikap saling curiga dan saling membenci. Perawat dan teman sejawat perawat selalu menunjukkan sikap memupuk rasa perandaan dengan silih asuh, silih asih, silih asah. Silih asuh artinya sesama perawat diharapkan saling membimbing, menasihati, menghormati, dan mengingatkan bila sejawat melakukan kesalahan atau kekeliruan. Silih asih artinya setiap perawat dalam menjalankan tugasnya diharapkan saling menghargai satu sama lain, saling kasih mengasihi sebagai anggota profesi, saling bertenggang rasa dan bertoleransi yang tinggi sehingga tidak terpengaruh oleh hasutan yang dapat membuat sikap saling curiga dan benci. Silih asah artinya perawat yang merasa lebih pandai/tahu dalam hal ilmu pengetahuan diharapkan membagi ilmu yang dimilikinya kepada rekan sesama perawat tanpa pamrih. Hubungan kerja perawat dengan profesi lain yang terkait Dalam melaksanakan tugasnya, perawat tidak dapat bekerja sendiri tanpa berkolaborasi dengan profesi lain. Profesi lain tersebut diantaranya adalah dokter umum, dokter spesialis, bidan, ahli gizi, apoteker, tenaga laboratorium, tenaga rontgen, fisioterapist dan sebagainya. Dalam menjalankan tugasnya, setiap profesi dituntut untuk mempertahankan kode etik profesi masing-masing. Kelancaran tugas masing-masing profesi tergantung dari ketaatannya dalam menjalankan dan mempertahankan kode etik profesinya. Bila setiap profesi telah dapat saling menghargai, maka hubungan kerja sama akan dapat terjalin dengan baik, walaupun pada pelaksanaannya sering juga terjadi konflik-konflik etis. Hubungan kerja perawat dengan institusi tempat bekerja dapat dicapai dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut : (1) Menanamkan nilai dalam diri perawat bahwa bekerja itu

tidak sekedar mencari uang, tapi juga perlu hati yang ikhlas, (2) Bekerja juga merupakan ibadah, yang berarti bahwa hasil yang diperoleh dari pekerjaan yang dilakukan dengan sungguh-sungguh dan penuh rasa tanggung jawab akan dapat memenuhi kebutuhan lahir dan batin. (3) Tidak semua keinginan individu perawat akan pekerjaan dan tugasnya dapat terealisasi dengan baik sesuai dengan nilai-nilai yang dimiliki. (4) Upayakan untuk memperkecil terjadinya konflik nilai dalam melaksanakan tugas keperawatan dengan menyesuaikan situasi dan kondisi tempat kerja. (5) Menjalin kerjasama dengan baik dan dapat memberikan kepercayaan kepada pemberi kebijakan bahwa tugas dan tanggung jawab keperawatan selalu mengalami perubahan sesuai IPTEK

Kode Etik Keperawatan

Kode Etik Perawat adalah suatu pernyataan atau keyakinan yang mengungkapkan kepedulian moral, nilai dan tujuan keperawatan. Kode Etik Keperawatan adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku perawat 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, dimana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan. Kode Etik Keperawatan bertujuan untuk memberikan alasan/dasar terhadap keputusan yang menyangkut masalah etika dengan menggunakan model-model moralitas yang konsekuen dan absolut. Tujuan kode etik keperawatan adalah sebagai berikut : (1) Merupakan dasar dalam mengatur hubungan antar perawat, klien atau pasien, teman sebaya, masyarakat dan unsur profesi, baik dalam profesi keperawatan maupun dengan profesi lain di luar profesi keperawatan. (2) Merupakan standar untuk mengatasi masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya. (3) Untuk mendukung profesi perawat yang dalam menjalankan tugasnya diperlakukan secara tidak

adil oleh institusi maupun masyarakat. (4) Merupakan dasar dalam menyusun kurikulum pendidikan keperawatan agar dapat menghasilkan lulusan yang berorientasi pada sikap profesional keperawatan. (5) Untuk memberikan pemahaman kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan keperawatan akan pentingnya sikap profesional dalam melaksanakan tugas praktek keperawatan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan sebagai seorang perawat terhadap praktek keperawatan adalah : (1) Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus-menerus. (2) Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta ketrampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. (3) Perawat 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. (4) Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.

Daftar Pustaka

- Adhani, Rosihan. 2014. *Etika dan Komunikasi*. Banjarmasin : PT. Grafika Wangi Kalimantan
- Amelia, N. 2013. *Prinsip Etika Keperawatan*. Edited by L. Witjaksana. Jogjakarta: D-Medika.
- Haryono, Rudi. 2013. *Etika Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Hasyim, dkk. 2012. *Etika Keperawatan*. Yogyakarta: Bangkit
- Kemenkes RI. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional*. Pusdik SDM Kesehatan
- Kozier. 2000. *Fundamentals of Nursing : concept theory and practices*. Philadelphia. Addison Wesley
- Mufid, Muhamad. 2012. *Etika dan Filsafat Komunikasi*. Jakarta : Kencana.Kencana.
- Siregar, Ashadi. 2006. *Etika Komunikasi*. Yogyakarta
- Suhaemi, Mimin E. 2004. *Etika Keperawatan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Triwibowo, Cecep, dkk. 2012. *Malpraktek & Etika Perawat*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Wulan, Kencana dkk. 2011. *Pengantar Etika Keperawatan*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya

Profil Penulis

Ni Ketut Mendri



Lahir di Karang Asem, 5 Januari 1960. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1992 s.d sekarang. Sebelumnya pernah menjadi dosen di Akademi Perawat Dep Kes Menado mulai tahun 1978 s.d tahun 1992.

Lulus Akademi Perawat Dep Kes Ujung Pandang tahun 1978, Lulus IKIP Negeri Menado Fakultas MIPA Jurusan Biologi tahun 1988, Lulus S 1 Keperawatan Ners PSIK FK UGM tahun 2003, Lulus S2 Hukum Kesehatan UGM tahun 2009. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Peer Review dosen yang akan naik jabatan fungsional dalam pengusulan Jurnal Internasional berreputasi, Jurnal Internasional, Jurnal Nasional, buku dan HKI. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, Jurnal Internasional, Jurnal nasional OJS dan Terakreditasi.

Email : mendriniketut@yahoo.com

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Fance Roynaldo Pandie., S.Kep., Ns., M.Kep

STIKes Maranatha Kupang

Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tertulis yang memuat seluruh data yang di butuhkan untuk informasi relevan legal mengenai status pasien, perawatan medis, dan cara asuhan keperawatan serta memunculkan standar perawatan/asuhan. Menurut (Nursalam, 2017) dokumentasi keperawatan merupakan penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional dalam bentuk catatan otentik/tertulis. Dokumentasi keperawatan beragam, rumit dan memakan waktu. Penelitian menunjukkan bahwa untuk mencatat dokumentasi keperawatan per shift di butuhkan waktu 35-40 menit tergantung keparahan kondisi pasien. Perawat paling banyak menghabiskan waktunya dalam pencatatan duplikatif, pengulangan perawatan rutin dan observasi. Sebagai akibat, terlalu sering observasi atau dialog spesifik yang signifikan tidak dicatat karena keterbatasan waktu.

Tujuan Dokumentasi Keperawatan

1. Sebagai sarana komunikasi
2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat
3. Sebagai informasi statistic
4. Sebagai sarana Pendidikan
5. Sebagai sumber data penelitian

6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
 7. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan
- A. Sumber Data Dokumentasi Keperawatan
- Sumber data yang digunakan dalam menyusun dokumentasi asuhan keperawatan menurut Nursalam (2011) dapat diperoleh dari:
1. Klien, merupakan sumber data primer dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya dari klien.
 2. Orang terdekat jika klien mengalami gangguan dalam berkomunikasi atas kesadaran menurun.
 3. Catatan medis atau tim kesehatan lainnya.
 4. Hasil pemeriksaan diagnostik. Hasil laboratorium dan tes diagnostik dapat digunakan sebagai data obyektif.
 5. Perawat lain jika klien rujukan dari pelayanan kesehatan lain
 6. Kepustakaan untuk memperoleh data dasar klien yang komprehensif.
- B. Manfaat Dokumentasi Keperawatan
1. Hukum
Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi masalah yang berhubungan dengan proses keperawatan, dokumentasi tersebut dapat dijadikan barang bukti.
 2. Jaminan mutu atau kualitas pelayanan
Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberikan kemudahan kepada perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Selain itu untuk mengetahui sejauh mana masalah dapat diidentifikasi, diatasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini

akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

3. Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4. Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan dicatat dengan lengkap yang dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi pasien

5. Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologi dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

6. Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek penelitian dan pengembangan profesi keperawatan.

7. Akreditasi

Dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

C. Prinsip-Prinsip Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Prabowo (2016) mengatakan bahwa dalam membuat dokumentasi harus mempertimbangkan tiga aspek berikut ini.

1. Keakuratan data (*accuracy*)
2. Ringkas (*brevity*)
3. Mudah dibaca (*legibility*)

D. Jenis Dokumentasi Keperawatan

1. Format SOR (*Source Oriented Record*)

Format SOR merupakan merupakan format yang dipakai untuk mencatat perkembangan klien dari hari ke hari yang berbentuk cerita. Catatan ini merupakan informasi yang bersumber dari setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

2. Format POR (*Problem Oriented Record*)

Format POR merupakan format yang berorientasi pada masalah yang diidentifikasi oleh semua anggota tim keperawatan. Jenis pencatatan ini terdiri dari 4 komponen, yaitu: data dasar, daftar masalah, rencana keperawatan dan catatan perkembangan

Data dasar berisi informasi yang didapat dari pengkajian berupa data subyektif dan obyektif. Daftar masalah berisi tentang masalah klien yang telah teridentifikasi dari data dasar. Rencana keperawatan berisi rencana tindakan yang akan diberikan dan tujuan. Catatan perkembangan berisi hasil evaluasi, tingkat pencapaian tujuan dan perencanaan pulang, sehingga pencatatan ini juga dikenal dengan pencatatan bentuk SOAPIER, dimana:

S: Data subyektif, yaitu masalah yang dikemukakan oleh klien dan pandangan terhadap masalah.

O: Data obyektif, yaitu tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose

keperawatan, meliputi data fisiologi dan hasil dari pemeriksaan.

A: Analisa, yaitu analisa dari data subyektif dan obyektif dalam menentukan status kesehatan klien.

P: Perencanaan, yaitu pengembangan rencana untuk mencapai status kesehatan yang optimal.

I: Intervensi, yaitu intervensi sesuai dengan diagnose yang ada.

E: Evaluasi, analisis respon klien terhadap intervensi yang diberikan.

R: Revisi, yaitu perubahan rencana perawatan sesuai dengan perubahan respon klien.

3. Format POR (*Progres Oriented Record*)

Format ini mempunyai tiga jenis catatan perkembangan yaitu catatan perawat, flowsheet atau lembar alur dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan. Catatan perawat meliputi berbagai informasi tentang pengkajian, tindakan keperawatan baik yang bersifat mandiri atau kolaboratif, evaluasi dari tindakan keperawatan.

Lembar alur atau flosheet berisi catatan hasil observasi, termasuk data klinik klien tentang tanda vital, berat badan, balance cairan dan pemberian obat. Catatan perkembangan dan ringkasan rujukan berisi informasi yang diperlukan sebelum klien pulang.

E. Komponen Dokumentasi Keperawatan

Komponen keperawatan merupakan bagian-bagian yang membentuk suatu sistem. Menurut Fisbach, ada 3 komponen yang berperan dalam pembuatan dokumen keperawatan, yaitu sarana komunikasi, dokumentasi proses keperawatan, dan standar keperawatan.

1. Sarana Komunikasi

Dalam pengumpulan data dan penciptaan hubungan yang harmonis antara perawat dan klien, perlu keterampilan berkomunikasi yang baik. Tanpa ada komunikasi yang baik, informasi yang akurat tidak dapat digali dari klien/keluarga sehingga dokumentasi keperawatan tidak akan dapat dilaksanakan dengan optimal. Selanjutnya, komunikasi yang baik akan membentuk hubungan yang harmonis antara perawat dan klien/keluarga yang merupakan sumbangan yang sangat besar untuk kesembuhan klien/pemecahan masalah klien.

2. Dokumentasi Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah klien yang sistematis dan dilaksanakan sesuai dengan kaidah keperawatan. Oleh karena itu, proses keperawatan merupakan inti praktik keperawatan dan sekaligus sebagai isi pokok dokumentasi keperawatan. Dengan demikian, pengelompokan dokumentasi keperawatan mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu sebagai berikut.

a. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien.

Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan

(Mulyanti, 2017). Dokumentasi dalam pengkajian keperawatan bertujuan:

- 1) Mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan pasien.
- 2) Hasil dokumentasi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan
- 3) Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan pasien untuk dijadikan referensi status kesehatannya saat ini atau yang lalu
- 4) Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
(Mulyanti, 2017).

Menurut Mulyanti (2017) Dalam melaksanakan dokumentasi pada tahap pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperawatan meliputi:

- 1) Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*Initial Assessment*)
- 2) Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*)
- 3) Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*)

Dalam pengkajian keperawatan terdapat jenis data yang dapat diperoleh, yaitu:

- 1) Data Subjektif : Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

2) Data Objektif : Informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien.

b. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

1) Definisi

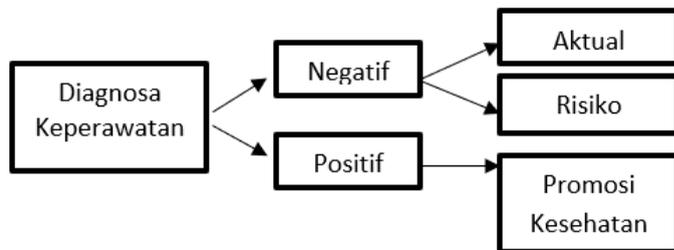
Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Asprisunadi at all, 2017)

Tabel dibawah ini menunjukkan perbedaan antara diagnosa medis dan diagnose keperawatan

Diagnosa Medis	Diagnosa Keperawatan
Fokus: Faktor-faktor pengobatan penyakit.	Fokus: reaksi/respons klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis/lainnya.
Orientasi: keadaan patologis.	Orientasi: kebutuhan dasar individu.
Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh	Berubah sesuai perubahan respons klien
Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat.	Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya.

2) Jenis Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosa negatif dan didiagnosa positif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosa ini terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa resiko. Sedangkan diagnosa positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini disebut juga dengan diagnosa Promosi Kesehatan



- a) Diagnosa Aktual : Menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah
- b) Diagnosa Risiko : menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c) **Diagnosis Promosi Kesehatan:** menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal

3) **Proses Penegakan Diagnosa Keperawatan**
Menurut Asprisunadi dkk (2017) dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Proses penegakan diagnosa atau mendiagnosa merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap, yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis.

c. **Dokumentasi Perencanaan Keperawatan**

Menurut Asprisunadi dkk (2017) dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang akan dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan.

Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan sebagai berikut (Mulyanti, 2017):

1) **Menentukan Prioritas Masalah**

Untuk menetapkan prioritas masalah seringkali digunakan hierarki kebutuhan dasar manusia. Pada kenyataannya perawat tidak mampu menyelesaikan permasalahan pasien secara bersamaan, oleh karena itu diperlukan upaya untuk memprioritaskan masalah. Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan, jika tidak diatasi segera akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan pasien.

2) Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil

Membuat tujuan berarti membuat standar atau ukuran yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap perkembangan pasien dan keterampilan dalam merawat pasien

3) Menentukan Rencana Tindakan

Rencana tindakan yang akan diberikan pada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat di ukur. Rencana perawatan dibuat selaras dengan rencana medis, sehingga saling melengkapi dalam meningkatkan status kesehatan.

d. Dokumentasi Tindakan Keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat sejalan dengan rencana keperawatan. Dokumentasi tindakan keperawatan adalah pencatatan proses intervensi keperawatan yang meliputi tindakan apa, siapa yang melakukan, mengapa dilakukan, dimana dilakukan, bilamana/kapan/waktu tindakan dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan.

Dalam Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI), Tindakan keperawatan dapat dikelompokkan menjadi empat yaitu :

- 1) Tindakan Observasi; Tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata periksa, identifikasi, atau monitor. Dianjurkan menghindari penggunaan kata kaji karena serupa dengan tahap awal pada proses keperawatan dan agar tidak rancu dengan tindakan keperawatan yang merupakan tahap pascadiagnosis, sementara pengkajian tahap prediagnosis.

- 2) Tindakan Terapeutik; Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata berikan, lakukan dan kata-kata lainnya
 - 3) Tindakan Edukasi; Tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan pasien merawat dirinya dengan membantu pasien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata ajarkan, anjurkan atau latih.
 - 4) Tindakan Kolaborasi; Tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi lainnya. Tindakan ini membutuhkan gabungan pengetahuan, keterampilan dan dari berbagai profesi kesehatan. Tindakan ini hanya dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata kolaborasi, rujuk, atau konsultasikan
- e. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses kontinue yang penting untuk menjamin kualitas dan ketepatan tindakan keperawatan yang dilakukan dan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien

Daftar Pustaka

- Aprisunadi, dan Tim Pokja SDKI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI
- Aprisunadi, dan Tim Pokja SIKI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI
- Fischbach F, Dunning M.B, Talaska F, Barnet M, Schweitzer T.A, Strandell C, et al. 2009. Chlorida, Pottasium, Sodium In A. Manual of Laboratory and Diagnostic Test, ed. 8. Lippincot William and Wilkins.
- Mulyanti, Yuli dan Dinarti. 2017. Bahan Ajar Keperawatan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nursalam, (2011). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2014), Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam (2016) Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesioanl Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2017), Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis, Edisi 4, Jakarta: Salemba Medika
- Prabowo, Tri. 2016. Dokuemntasi Keperawatan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

Profil Penulis



Fance Roynaldo Pandie

Lahir di Kupang, 06 September 1992. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan pada tahun 2014 dan Pendidikan Profesi Ners pada tahun 2015 di STIKes Maranatha Kupang. Pada tahun 2017, penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di STIK Sint Carolus Jakarta dengan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan dan tamat pada tahun 2019. Penulis aktif sebagai pengurus DPW PPNI NTT periode 2022-2027 sebagai anggota Bidang Infokom. Sejak tahun 2020 sampai sekarang, penulis menjadi dosen tetap di STIKes Maranatha Kupang dan menjadi dosen pengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Metodologi Penelitian, Biostatistik dan Komputer. Pada tahun 2021, Peneliti dinobatkan sebagai salah satu penerima bantuan dana hibah penelitian dari DIKTI kategori Penelitian Dosen Pemula.

Email: fancepandie92@gmail.com

DASAR-DASAR KEPERAWATAN

Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

Caring Dalam Keperawatan

Caring merupakan inti atau titik pusat dari ilmu keperawatan dan juga merupakan dasar untuk melakukan intervensi keperawatan (Kalfoss, M & Owe, J, 2015 ; Indriastuti, Y, 2010). *Caring* tidak hanya diakui sebagai paradigma unik yang dimiliki oleh profesi keperawatan, tetapi juga dianggap oleh profesi kesehatan lain sebagai bagian integral dari kemampuan yang dimilikinya baik keterampilan maupun pengetahuannya. *Caring* merupakan hasil dari budaya, nilai, hubungan dengan orang lain dan merupakan bagian dari kehidupan manusia (Indriastuti, Y, 2010). Menurut Watson (2002), *caring* merupakan perkembangan ilmu pengetahuan yang didasarkan pada perkembangan dan disiplin ilmu keperawatan juga didasarkan pada perkembangan bidang ilmu dan disiplin ilmu lainnya, seperti Filsafat/ Etika, Seni dan Kemanusiaan, Perempuan/ Feminis Studi, Pendidikan, Kedamaian, Ekologi , *Mindbodyspirit* Kedokteran. Semua bidang yang berkaitan dengan pelayanan manusia maupun berkaitan dengan pendidikan, khususnya kesehatan dapat menerapkan *caring* (Indriastuti, Y, 2010)

1. Definisi *Caring* dalam Keperawatan

Caring menurut Watson (2002) dianggap sebagai suatu seni yang hidup, diekspresikan dan dikembangkan dalam sebuah tindakan *caring*, selain itu *caring* juga dilihat sebagai ideal moral dan etika keperawatan yang berdasarkan pada rasa

kemanusiaan dan hubungan interpersonal. Menurut Swanson *caring* didefinisikan sebagai upaya yang dilakukan untuk menjaga hubungan dengan orang lain dengan didasarkan pada rasa tanggung jawab, rasa memiliki dan menghargai orang lain serta komitmen (Kalfoss, M & Owe, J, 2015). Perilaku caring merupakan harapan yang dimiliki pasien ataupun keluarga mengenai praktik keperawatan dan biasa digunakan oleh perawat untuk menggambarkan karakteristik praktik keperawatan (Duffy, 2005).

2. *Caring* dalam Praktik Keperawatan

Kehadiran, sentuhan kasih sayang, selalu mendengarkan dan memahami klien merupakan sikap perawat dalam praktik keperawatan yang berkaitan dengan *caring* (Potter & Perry, 2009). Kehadiran merupakan waktu ketika perawat dan klien bertemu dimana hal tersebut menjadi sarana agar perawat dan klien lebih dekat. Kehadiran perawat juga merupakan dukungan, dorongan dan dapat menenangkan hati klien serta mengurangi rasa cemas dan takut klien terhadap situasi tertentu yang dialami oleh klien (Potter & Perry, 2009). Sentuhan merupakan salah satu cara pendekatan perawat kepada klien agar bisa menenangkan klien (Kusnanto, 2019). Pengungkapan sentuhan dapat dilakukan dengan cara memegang tangan klien, memberikan pijatan pada punggung klien, menempatkan klien dengan hati-hati dan terlibat dalam pembicaraan. Pengungkapan sentuhan yang dilakukan perawat kepada klien harus berorientasi kepada tugas (Potter & Perry, 2009). Salah satu kunci dari hubungan antara perawat dan klien adalah dengan mendengar, karena dengan mendengarkan keluhan klien dapat membantu mengurangi tekanan yang dirasakan klien terkait penyakitnya (Kusnanto, 2019). Memahami klien dapat membantu perawat dalam mengatasi masalah yang terjadi pada klien (Potter & Perry, 2009). Memahami klien merupakan sebuah proses yang digunakan oleh perawat dalam membuat keputusan klinis yang akurat sehingga dapat meningkatkan

kesehatan klien, kenyamanan dan pemulihan klien (Kusnanto, 2019). Peningkatan pengetahuan dan pengertian tentang *caring* membantu perawat dalam mengenali dunia pasien dan mengubah cara pendekatan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Penggunaan *caring* dalam praktik pelayanan mendorong lebih banyak pendekatan pelayanan keperawatan secara holistik. Perawat akan lebih mengenal pasien dan mengetahui apa yang dibutuhkan pasien ketika perawat menggunakan *caring* dalam praktik pelayanan. Penerapan *caring* dalam praktik keperawatan membutuhkan keterbukaan dan komitmen diantara perawat dan pasiennya (Hoover, J., 2002).

Keselamatan Pasien dalam Keperawatan

1. Pentingnya Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan hal yang harus diprioritaskan dalam pemberian pelayanan di rumah sakit dan menjadi tuntutan kebutuhan yang harus dipenuhi dalam pemberian pelayanan kesehatan (Ismainar, H., 2019). Keselamatan pasien menjadi salah satu bagian penting dalam pertimbangan medis seiring dengan berkembangnya sistem pelayanan kesehatan dan fasilitas pendukungnya. Keselamatan pasien menjadi indikator paling utama di dalam sistem pelayanan kesehatan. Sistem keselamatan pasien yang dijalankan di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi penentu baik tidaknya mutu pelayanan kesehatan tersebut. Mutu pelayanan kesehatan semakin baik dengan semakin rendahnya kesalahan medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sehingga tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan fasilitas kesehatan akan tinggi (Mandias, R., J. et al., 2021). Sistem keselamatan pasien yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat meminimalkan risiko kejadian yang tidak diharapkan, menurunkan konflik yang mungkin terjadi antara tenaga kesehatan dan pasien, mengurangi timbulnya sengketa medis, mengurangi

tuntutan dan proses hukum serta menyingkirkan tuduhan malpraktik terhadap fasilitas pelayanan kesehatan (JCHO dalam Isminar, H, 2019).

2. Kebijakan yang Mendukung Keselamatan Pasien

Dalam rangka mewujudkan program keselamatan pasien, pemerintah telah mengeluarkan beberapa kebijakan tentang keselamatan pasien dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Kebijakan yang mengatur tentang keselamatan pasien tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Disebutkan dalam pasal 3 bahwa Menteri membentuk Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagaimana juga disebutkan dalam pasal 5 bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien.

Diwajibkannya setiap rumah sakit untuk melakukan akreditasi rumah sakit minimal tiga tahun sekali juga merupakan upaya pemerintah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Kebijakan khusus mengenai akreditasi rumah sakit di Indonesia terdapat dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Disebutkan dalam pasal 40 ayat 1 bahwa setiap rumah sakit di Indonesia wajib meningkatkan mutu pelayanan melalui akreditasi. Sedangkan terkait akreditasi rumah sakit sendiri diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit. Salah satu penilaian akreditasi rumah sakit adalah terkait keselamatan pasien di rumah sakit. Dalam instrumen standar nasional akreditasi rumah sakit memuat tujuh standar keselamatan pasien rumah sakit yang meliputi hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program, peningkatan keselamatan pasien, mendidik staf tentang

keselamatan pasien, dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien (Rachmawati, N. & Harigustian, Y., 2019)

3. Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi dengan tujuan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana ataupun cedera karena tindakan (Blegen, dalam Pasinringi, S., A. & Rivai, F., 2022). Persepsi yang dimaksud meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan hendaknya dipengaruhi oleh budaya keselamatan pasien (Pasinringi, S., A. & Rivai, F., 2022). Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan secara terus menerus harus memperbaiki pelayanannya. Sangat penting untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien (*culture of safety*) dalam pelayanan kesehatan (Elfrida, 2011). Salah satu strategi terciptanya budaya keselamatan pasien adalah diterapkannya keselamatan pasien di dalam kebijakan-kebijakan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Seluruh program, prosedur dan kebijakan yang mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien harus dilaksanakan. Rangkaian program yang mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien diantaranya adalah pelatihan dan *upgrade* keilmuan dan profesionalitas bagi seluruh profesi yang terlibat dalam pemberian pelayanan, pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien yang dilakukan secara konsisten. Seluruh profesi yang ada di rumah sakit memiliki tanggung jawab dan perannya masing-masing dalam mewujudkan keselamatan pasien (Rachmawati, N. & Harigustian, Y., 2019). Adanya budaya saling menyalahkan (*blaming culture*) dalam dunia kesehatan menimbulkan ketakutan bagi petugas kesehatan. Dalam budaya saling menyalahkan (*blaming culture*), hal pertama yang dilakukan ketika terjadi suatu insiden dalam

pelayanan kesehatan adalah mencari siapa yang patut disalahkan dalam insiden tersebut. Hal tersebut dapat membuat petugas kesehatan tidak berani untuk melaporkan insiden atau masalah yang berkaitan dengan keselamatan pasien dan petugas kesehatan cenderung memilih diam, tidak aktif, mencari aman dan tidak ada usaha untuk mendukung dan mewujudkan program keselamatan pasien yang ada di pelayanan kesehatan tersebut. *World Health Organization* (dalam Pasinringi, S., A. & Rivai, F., 2022) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien, yaitu :

- a. Faktor organisasi dan manajemen, yaitu kondisi lingkungan kerja yang diukur dari segi organisasi pelayanan kesehatan meliputi kepemimpinan manajer (*top dan middle manager*) dan komunikasi.
 - b. Faktor tim kerja meliputi struktur, proses dan kepemimpinan tim
 - c. Faktor individu, yaitu faktor yang berasal dari seseorang yang bekerja dalam organisasi meliputi kesadaran situasi, pengambilan keputusan, stres dan kelelahan, pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi dan kepribadian.
 - d. Faktor lingkungan kerja meliputi risiko tempat kerja, perlengkapan, peralatan, mesin dan kebersihan.
4. Pentingnya Profesi Perawat dalam Keselamatan Pasien
- Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua pihak yang berkaitan dengan pemberi pelayanan kesehatan. Perawat merupakan salah satu komponen utama pemberi layanan kesehatan yang memiliki peran penting karena terkait langsung dengan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Perawat adalah ujung tombak pelayanan kesehatan yang sangat menentukan pencegahan dan pemutusan rantai transmisi infeksi dalam rangka

memenuhi kebutuhan keselamatan pasien (Murdyastuti, 2010). Pemahaman khusus tentang isu pengendalian dan pencegahan infeksi pada pasien harus dikuasai oleh perawat. Perawat harus mengetahui dan memahami faktor-faktor penyebab risiko infeksi seperti melemahnya sistem kekebalan tubuh pasien, faktor kurangnya kebersihan dan faktor kurangnya asupan gizi pasien. Perawat sebagai salah satu elemen penting di rumah sakit perlu untuk melakukan pengembangan diri dengan mengikuti seminar, workshop, pelatihan ataupun meningkatkan jenjang pendidikannya sehingga pengetahuan dan keterampilannya akan terupdate dan meningkat. Hal tersebut penting dilakukan karena perawat memiliki peran yang signifikan dalam pelaksanaan program keselamatan pasien. Demi menjaga keselamatan pasien, saat melakukan pelayanan medis kepada pasien maka perawat diharapkan jujur ketika melakukan kesalahan baik secara individu maupun kelompok. Perawat wajib melakukan pelaporan terkait insiden keselamatan pasien. Perawat dapat melihat risiko-risiko terjadinya insiden yang mungkin tidak diketahui oleh komponen lain karena perawat sering bersinggungan langsung dengan pasien (Rachmawati, N. & Harigustian, Y., 2019).

Dasar Ilmiah dalam Praktik Keperawatan

Perawat sering menghadapi keputusan klinis yang penting saat merawat pasien, sehingga sangat penting bagi perawat untuk menerapkan bukti atau informasi terbaik di dalam praktik keperawatannya. Informasi atau bukti terbaik adalah bukti yang muncul dari penelitian dengan desain yang baik dan sistematis. Sebuah pendekatan dapat digunakan untuk memecahkan masalah dalam pengambilan keputusan organisasi pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan ilmu pengetahuan atau teori yang ada dengan pengalaman dan bukti-bukti nyata baik dari pasien maupun praktisi. Pendekatan tersebut biasa dikenal dengan *Evidence Based Practice* (Paramitha, D., S. et al., 2021). Informasi atau bukti terbaik yang dapat

digunakan sebagai dasar dalam praktik keperawatan biasanya dapat ditemukan pada jurnal ilmiah. Namun disayangkan banyak perawat pada lingkungan praktik yang tidak memiliki kemudahan dalam mengakses literatur ilmiah. Pengalaman, kenyamanan dan standar kebiasaan sebelumnya yang akhirnya digunakan oleh perawat untuk melayani pasien (Potter & Perry, 2009). Perawat perlu memiliki keterampilan dalam berpikir kritis untuk menentukan keterkaitan antara bukti atau artikel penelitian untuk pasien dengan situasi klinis yang dihadapi. Hasil penelitian menyebutkan bahwa pasien yang menerima pelayanan kesehatan berdasarkan bukti terbaik dan terbaru dari sebuah penelitian yang memiliki desain baik mengalami hasil yang lebih baik sebesar 28% (Heater, et al., 1988). Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi dalam pengambilan keputusan untuk melakukan perubahan berdasarkan bukti-bukti nyata yaitu hasil penelitian atau riset termasuk teori-teori pendukung, pengalaman yang bersifat klinis serta *feedback* atau sumber-sumber dari pengalaman yang dialami oleh pasien (Paramitha, D., S. et al., 2021). Menurut Potter & Perry (2009), model pengambilan keputusan klinis berbasis bukti didasarkan pada bukti dari penelitian, teori berbasis bukti, keahlian klinis, bukti dari anamnesis (pengkajian) dan pemeriksaan pasien, sumber daya layanan kesehatan yang tersedia serta informasi mengenai pilihan dan nilai-nilai pasien. Meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan merupakan tujuan utama yang ingin dicapai dalam implementasi *evidence based practice* di dalam praktik keperawatan. Dengan meningkatnya kualitas perawatan maka diharapkan tingkat kesembuhan pasien menjadi lebih cepat, lama perawatan pasien menjadi lebih pendek dan biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., dalam Potter & Perry, 2009). Tanpa menggunakan bukti-bukti terbaik maka praktik keperawatan akan sangat tertinggal dan seringkali memberikan dampak kerugian untuk pasien.

Menurut Melnyk & Fineout-Overholt (dalam Potter & Perry, 2009), terdapat lima tahapan dalam pelaksanaan praktik berbasis bukti yaitu :

1. Tanyakan sebuah pertanyaan klinis
2. Kumpulkan bukti yang paling relevan dan baik
3. Evaluasilah bukti yang telah dikumpulkan dengan kritis
4. Gabungkan semua bukti dengan keahlian klinis serta pilihan klien dalam membuat keputusan praktik atau perubahannya
5. Evaluasilah keputusan praktik atau perubahannya.

Dasar Psikososial dalam Praktik Keperawatan

1. Spiritualitas dalam Praktik Keperawatan

Kebutuhan spiritual pasien merupakan kebutuhan yang sering dilupakan di dalam praktik keperawatan sehari-hari dan kurang dijadikan hal yang prioritas dibandingkan dengan kebutuhan fisik dikarenakan kebutuhan spiritual seringkali bersifat abstrak, kompleks dan sulit untuk diukur (Chan, M., 2008 ; Khoiriyati, A., 2008). Kebutuhan spiritualitas pasien sering ditemui oleh perawat ketika menjalankan perannya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Terdapat persepsi bahwa kegagalan dalam mengimplementasikan spiritualitas dalam asuhan keperawatan atau tidak mempedulikan kebutuhan spiritual pasien merupakan hal yang tidak etis (Rias, Y., A., et al., 2021). Menerapkan nilai spiritual di dalam praktik pelayanan keperawatan telah diamanatkan oleh organisasi profesional keperawatan kepada perawat di seluruh dunia (Jasemi, et al., dalam Rias, Y., A., et al., 2021). Kenyataannya perawat kurang memperhatikan aspek spiritual dalam perawatan karena perawat kurang memahami tentang aspek spiritual dan manfaatnya terhadap proses penyembuhan penyakit pasien dan untuk kesehatan pasien (Utami, Y., W., 2009). Intervensi yang dilakukan oleh perawat sebagai perawatan spiritual, pada dasarnya merupakan elemen dari perawatan dasar, misalnya menunjukkan rasa hormat, demikian pula perawatan yang

merupakan perawatan psikososial seperti mendengarkan juga merupakan perawatan spiritual (Rias, Y., A., et al., 2021). Keperawatan spiritual berfokus pada menghormati pasien, interaksi yang ramah dan simpatik, mendengarkan dengan penuh perhatian dan memberikan kekuatan pada pasien dalam menghadapi penyakitnya (Sianturi, N., J., 2014). Kegiatan perawatan spiritual perawat dikategorikan dalam *Nursing Intervension Classification* (NIC) label yaitu fasilitasi pengembangan spiritual, dukungan spiritual, menghadirkan diri atau keberadaan, mendengarkan aktif, humor, sentuhan, terapi sentuhan, peningkatan kesadaran diri, rujukan dan terapi musik (Bulechek, G. M., 2013). Mayoritas kegiatan perawatan spiritual ditemukan di dua label NIC yang secara langsung menangani domain spiritual yaitu fasilitasi pengembangan spiritual dan dukungan spiritual.

Beberapa kegiatan perawatan spiritual dianggap sebagai terapi komplementer seperti terapi musik dan terapi sentuhan (Rachmawati, N., 2017). Kegiatan perawatan spiritual yang dapat dilakukan oleh perawat dalam praktik pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

No	Aktivitas Perawatan Spiritual
Dukungan Spiritual	
1.	Mengingatkan pasien untuk ibadah
2.	Mengantar atau memfasilitasi pasien untuk ibadah
3.	Menanyakan apakah pasien dan keluarga membutuhkan pemuka agama
4.	Mendengarkan dengan aktif ungkapan pasien tentang apa yang dirasakan saat ini
5.	Menjaga privasi pasien untuk berdoa atau melakukan kegiatan keagamaan
6.	Menyarankan kegiatan spiritual (berdoa, dzikir, dan lainnya) untuk mengurangi nyeri
Fasilitasi Pengembangan Spiritual	
1.	Mendorong pasien untuk berdoa

-
2. Mendoakan pasien

 3. Mendorong keluarga dan atau kerabat mendoakan pasien

 4. Meminta keluarga dan atau kerabat untuk mengingatkan pasien ibadah

 5. Meminta keluarga dan atau kerabat terlibat dalam kegiatan ibadah bersama pasien

 6. Menghubungi bagian kerohanian rumah sakit

 7. Bersama-sama berdoa dengan pasien, keluarga dan bagian kerohanian

 8. Memfasilitasi pasien untuk mendengarkan bacaan kitab suci

Menghadirkan Diri

1. Melihat setiap pasien sebagai manusia, bukan sebagai benda

2. Berempati kepada pasien dan anggota keluarga pasien yang sakit atau sekarat

3. Berada di sekitar pasien sepenuhnya ketika pasien mengekspresikan kebutuhan spiritualnya

Mendengar Aktif

1. Mendengarkan pasien berbicara tentang dirinya

2. Mendorong pasien untuk selalu semangat

3. Mendengarkan pasien tentang peran kehidupan spiritualnya dalam menghadapi penyakit

Humor

1. Menggunakan humor untuk membuat pasien tersenyum

2. Menceritakan cerita yang lucu kepada pasien

Peningkatan Kesadaran Diri

1. Membantu pasien mengidentifikasi sumber motivasi (keyakinan yang positif)

Rujukan

1. Melakukan pengkajian terhadap kebutuhan spiritual pasien

2. Mengatasi kebutuhan spiritual pasien pada saat masuk

Sumber : Bulechek, G. M. (2013). Nursing Intervention Classification (NIC). Edisi Bahasa Indonesia. United Kingdom : Elsevier

2. Pengaruh Praktik Spiritual pada Status Kesehatan Pasien

Kebutuhan spiritual pasien sangat penting untuk dikenali dan ditangani oleh perawat, terutama dalam lingkungan multikultural, karena perawatan dan penyembuhan ditujukan untuk mendukung dan meningkatkan kesehatan tidak hanya pada tingkat fisik dan mental tetapi juga pada tingkat spiritual dan kemasyarakatan. Spiritualitas merupakan bagian penting dari perawatan kesejahteraan orang sakit karena menyangkut integritas atau keutuhan seseorang. Kondisi akhir kesejahteraan dan hasil akhir yang diakui dari spiritualitas adalah ketenangan pikiran (Rias, Y., A., et al., 2021). Memberikan perawatan spiritual kepada pasien dapat membantu pasien meningkatkan kenyamanan fisik, menurunkan level kecemasan dan meningkatkan harapan pasien untuk masa depannya. Perawatan spiritual juga sebagai sumber coping atau sumber kekuatan pasien yang sangat diperlukan untuk dapat menerima keadaan sakitnya khususnya jika penyakit tersebut membutuhkan waktu penyembuhan yang lama, dapat meningkatkan manajemen nyeri pasien, memperbaiki hasil pembedahan, melindungi pasien dari depresi dan meminimalkan kesempatan pasien di dalam penyalahgunaan obat terlarang dan perilaku bunuh diri (Melhem, G., et al., 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Hocker, A., et al. (2014) menemukan bahwa 85% pasien kanker menyatakan jika spiritualitas memainkan peran yang sangat besar di dalam kesehatan dan penyembuhan secara keseluruhan dan 35% pasien kanker menyatakan bahwa perhatian terhadap kebutuhan spiritualitas yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dapat meningkatkan kepuasan di dalam perawatannya. Menurut Tricahyono (2015), kebutuhan spiritual pasien yang dapat dipenuhi oleh perawat mampu membangkitkan semangat pasien dalam proses penyembuhannya di rumah sakit. Menurut Mc Sherry (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam memberikan perawatan spiritual ada dua yaitu

faktor intrinsik terdiri dari ketidakmampuan perawat berkomunikasi, ambigu, kurangnya pengetahuan tentang spiritual, hal yang bersifat pribadi dan takut melakukan kesalahan. Sedangkan faktor ekstrinsik terdiri dari organisasi dan manajemen, hambatan ekonomi berupa kekurangan perawat, kurangnya waktu dan masalah pendidikan perawat.

Daftar Pustaka

- Akreditasi Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 (2020)
- Bulechek, G. M. (2013). *Nursing Intervention Classification* (Edisi Bahasa Indonesia). Singapore : Elsevier
- Chan, M. (2008). Factors Affecting Nursing Staff in Practising Spiritual Care. *Journal Clinical Nurse*, 19, 2128-2136
- Duffy, J.R. (2005). *Annual Review of Nursing Education : Strategies for Teaching, Assesment and Program Planning*. In M.H. Oermann & K.T. Heinrich (Ed). *Want to graduate nurse who care? Assesing nursing students' caring competencies*. New York : Springer Publishing Company
- Elfrida, S. (2011). Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 6 (2)
- Heater, B., et al. (1988). Nursing Interventional and Patient Outcomes : A Meta-Analysis of Studies. *Nurs Res*, 37, 303
- Hocker, A., et al. (2014). Exploring Spiritual Needs and Their Associated Factors in an Urban Sample of Early and Advance Cancer Patients. *Europe Journal Cancer Care*, 23, 786-794
- Hoover, J. (2002). The Personal and Professional Impact of Understanding an Educational Module on Human Caring. *J Adv Nurs*, 37(1), 79
- Indrastuti,Y. (2010). Analisis Hubungan Perilaku Caring dan Motivasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etika Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di RSUD Sragen (Tesis, FIK. Program Magister Keperawatan UI)
- Ismainar, H.(2019). *Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Yogyakarta : Deepublish

- Kalfoss M, Owe, J. (2015). Empirical Verification of Swanson's caring Processes Found in Nursing Actions : Systematic Review. *Scientific Research*, 5(11)
- Keselamatan Pasien, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 (2017)
- Khoiriyati, A.(2008). Perawatan Spiritual dalam Keperawatan : Sebuah Pendekatan Sistematis. *Mutiara Med*, 8, 48-51
- Kusnanto.(2019). *Perilaku Caring Perawat Profesional*. Surabaya : Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga (AUP)
- Mandias, R., J., et al.(2021). *Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam keperawatan*. Medan : Yayasan Kita Menulis
- Mc Sherry, W. (2010). Nurses Knowledge an Attitudes : An Online Survey of Nurse' Perceptions of Spirituality an Spiritual Care. *Journal Clinical Nurse*, 20, 1757-1767
- Melhem, G., et al. (2016). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving : a Comparasion Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian Journal Palliative Care*. 22 (1)
- Melnyk, B., Fineout-overholt, E.(2005). *Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care : A Guide to Best Practice*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Murdyastuti, S. (2010). Pengaruh Persepsi tentang Profesionalitas, Pengetahuan Patient Safety dan Motivasi Perawat Terhadap Pelaksanaan Program Patient Safety di Ruang Rawat Inap RSO Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta (Tesis, Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta)
- Paramitha , D., S., et al.(2021). *Nilai Esensial Dalam Praktik Keperawatan*. Cirebon : Insania
- Pasinringi, S., A. & Rivai, F.(2022). *Budaya Keselamatan Pasien dan Kepuasan Kerja*. Makasar : PT Nas Media Indonesia

- Potter, P.A & Perry, A. G.(2009). *Fundamental of Nursing* (7th edition). Singapore : Elsevier
- Rachmawati, N. (2017). Pengaruh Metode Drill dalam Supervisi Klinis Ketua Tim Terhadap Pelaksanaan Spiritual Care Perawat (Tesis, Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro)
- Rachmawati, N. & Harigustian, Y.(2019). *Manajemen Patient Safety : Konsep & Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan*. Yogyakarta : PT Pustaka Baru
- Rias, Y., A., et al.(2021). *Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan*. Bandung : Media Sains Indonesia
- Sianturi, N., J.(2014). Persepsi Perawat dan Manajer Perawat tentang Spiritual Care di RSUD Dr R.M. Djoelham Binjai (Tesis, Universitas Sumatera Utara)
- Tricahyono, A., R.(2015). Motivasi Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pada Klien di Ruang Rawat Inap RSUD Balung. *Pustaka Kesehatan*, 3(3)
- Undang-Undang Nomor 44 tahun 2019 tentang Rumah Sakit
- Utami, Y., W. (2009). Hubungan antara Pengetahuan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di RSUD Sukoharjo. *Berita Ilmu Keperawatan*, 2, 69-74
- Watson, J. (2002). Theory of Human Caring. <http://www.uchsc.edu/son/caring/content/wct.asp>

Profil Penulis

Nunung Rachmawati



Penulis lahir di Kota Solo, 29 April 1984. Pada tahun 2006, penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di PSIK FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan pada tahun 2008 menyelesaikan pendidikan profesi (Ners) di instansi pendidikan yang sama. Pada tahun 2017, penulis menyelesaikan program Magister Keperawatan di Prodi Pascasarjana Keperawatan, Jurusan Keperawatan FK Universitas Diponegoro Semarang dengan peminatan Manajemen Keperawatan. Pengalaman kerja penulis diawali sebagai perawat di bangsal bedah RSIS YARSIS Solo di tahun 2008-2012. Pada awal tahun 2013, penulis mengawali karirnya di Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta sebagai dosen sampai sekarang. Karya yang pernah dihasilkan oleh penulis diantaranya Buku Keperawatan Holistik (2015), Buku Antropologi Kesehatan : Konsep dan Aplikasi Antropologi dalam Kesehatan (2018), Buku Modul Pengembangan Kompetensi Staff Perawat Klinik I (PK I) tahun 2019, Buku Manajemen Patient Safety : Konsep dan Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan (2019). Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti di bidangnya. Penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti didanai oleh internal institusi pendidikan dan Kemenristek DIKTI (Hibah PDP). Penulis mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Manajemen Patient Safety, Kewirausahaan, Keperawatan Jiwa dan Praktik Klinik Keperawatan Dasar.

Email Penulis: rachmawa84@gmail.com

KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN

Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep
Poltekkes Kemenkes Kupang

Deskripsi

Keperawatan sebagai ilmu perawatan kesehatan, berfokus pada melayani kebutuhan manusia sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual. Prakteknya membutuhkan tidak hanya pengetahuan ilmiah, tetapi juga interpersonal, kemampuan dan keterampilan intelektual dan teknis. Ini berarti komposisi pengetahuan, pekerjaan klinis dan komunikasi interpersonal. Komunikasi adalah elemen penting dalam Keperawatan di semua bidang kegiatan dan dalam semua intervensinya. Komunikasi merupakan sarana yang penting untuk menjalin relasi dengan orang lain. Komunikasi juga dapat memberikan pertukaran informasi dan dukungan emosional pada saat mengalami stress. Dalam bidang keperawatan, komunikasi penting untuk menciptakan hubungan antara perawat dengan pasien, untuk mengenal kebutuhan pasien dan menentukan rencana tindakan serta kerja sama dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Diana R.S, 2016). Kondisi sakit adalah kondisi yang tidak nyaman. individu akan dihadapkan pada situasi yang sangat sulit] dalam menghadapi diri sendiri. keluarga, maupun lingkungan sosialnya. Tenaga kesehatan harus memahami, bahwa pasien berada dalam keadaan yang tidak stabil, baik fisik, psikologis, maupun sosial ekonomi. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus bisa menjaga komunikasi dengan pasien baik verbal maupun nonverbal, agar tidak berdampak pada psikologis pasien.

Apabila petugas kesehatan mengalami kegagalan dalam berkomunikasi dengan pasien maka pelayanan kesehatan yang diberikan tidak akan maksimal dan kepuasan klien akan pelayanan yang berkualitas tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan baik dokter, perawat, maupun ahli gizi, merupakan profesi yang selalu hadir di tengah-tengah pasien. oleh karena itu, komunikasi yang terjalin antara tenaga kesehatan dengan pasien sangat mempengaruhi proses perawatan dan kesembuhan (Dr. Ah. Yusuf, 2017).

Pengertian

Komunikasi berasal dari bahasa Latin *communicare* – *communicatio* dan *communicatus* yang berarti suatu alat yang berhubungan dengan sistem penyampaian dan penerimaan berita, seperti telepon, telegraf, radio, dan sebagainya. Secara sederhana komunikasi dapat diartikan sebagai suatu proses pertukaran, penyampaian, dan penerimaan berita, ide, atau informasi dari seseorang ke orang lain. Dalam berkomunikasi, diperlukan ketulusan hati antara pihak yang terlibat agar komunikasi yang dilakukan efektif. Komunikasi dalam keperawatan mendefinisikan pertukaran informasi, pikiran, dan perasaan di antara orang-orang menggunakan ucapan atau cara lain. Pasien menyampaikan ketakutan dan kekhawatiran mereka kepada perawat mereka untuk membantu mereka membuat diagnosis yang benar. Dengan demikian, manfaat perawat untuk dapat berkomunikasi secara efektif sangat penting. Beberapa pengertian komunikasi antar lain:

1. Chitty (1997) mendefinisikan komunikasi adalah tukar-menukar pikiran, ide, atau informasi dan perasaan dalam setiap interaksi.
2. Jurgen Ruesch (1972) dalam Chitty (1997) menjelaskan bahwa komunikasi adalah keseluruhan bentuk perilaku seseorang secara sadar ataupun tidak sadar yang dapat memengaruhi orang lain tidak hanya komunikasi yang diucapkan dan ditulis, tetapi juga termasuk gerakan tubuh serta tanda-tanda somatik dan simbol-simbol.

Dapat di simpulkan komunikasi adalah suatu proses menyampaikan informasi yang oleh pengirim pesan kepada penerima pesan dan menimbulkan respon tingkah laku sesuai dengan informasi yang dicerna oleh penerima pesan.

Tujuan Komunikasi

Menurut (Tri Anajarwani, 2016) dan (Vera Matt , 2020) Tujuan dari komunikasi adalah:

1. Untuk mengumpulkan informasi/ide/gagasan
2. Untuk memvalidasi informasi
3. Untuk berbagi informasi/memberikan pendidikan
4. Untuk mengembangkan hubungan saling percaya
5. Untuk mengungkapkan perasaan
6. Untuk membayangkan
7. Mempengaruhi orang
8. Mengubah perilaku orang lain
9. Memahami ide orang lain
10. Untuk memenuhi harapan sosial

Elemen Komunikasi

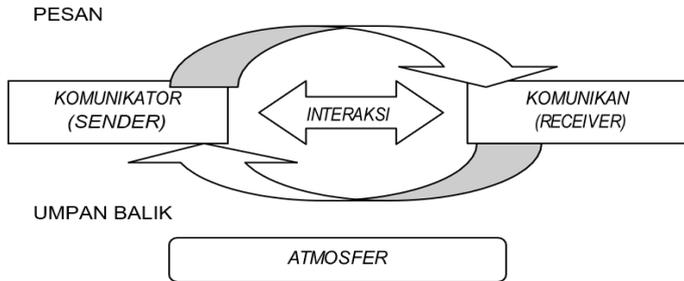
1. Komunikator (sender) merupakan orang atau kelompok yang menyampaikan pesan/ide/informasi kepada komunikan (penerima pesan) sebagai lawan bicara. Seorang komunikator disebut informan, yang melakukan aksi secara utuh meliputi fisik dan kognitif, emosional, dan intelektual.
2. Informasi/pesan/berita Pesan adalah apa yang disampaikan oleh informan (komunikator), secara langsung atau tidak langsung. Saat menyampaikan pesan, komunikator menggunakan bahasa verbal dan non verbal.
3. Komunikan (reciever) adalah orang atau sekelompok orang yang menerima pesan yang disampaikan oleh komunikator. Komunikan yang baik adalah bersikap

kooperatif, penuh perhatian, jujur, saling mendukung serta bersikap terbuka terhadap komunikator dan pesan yang disampaikan.

4. Umpan balik adalah Umpan balik bisa berasal dari diri sendiri ataupun orang lain. Umpan balik dari diri sendiri, misalnya, jika kita menyampaikan pesan melalui verbal, kita akan dapat secara langsung mendengar apa yang kita sampaikan. Umpan balik dari orang lain adalah umpan balik yang datang dari lawan bicara. Bentuk umpan balik yang diberikan, antara lain anggukan, kerutan dahi, senyuman, gelengan kepala, interupsi pembicaraan, pernyataan setuju atau tidak setuju, dan lain-lain. Umpan balik dapat berupa verbal ataupun nonverbal. Agar terjadi umpan balik yang baik, harus bersifat jujur, sesuai dengan konten (isi pesan) yang disampaikan, dan bagian dari solusi merupakan hasil proses berpikir, tidak bersifat subjektif, dan disampaikan dalam waktu yang tepat.

Atmosfer adalah lingkungan ketika komunikasi terjadi, yang terdiri atas tiga dimensi, yaitu dimensi fisik, sosial-psikologis, dan temporal yang mempunyai pengaruh terhadap pesan yang disampaikan. Ketiga dimensi ini saling berinteraksi dan saling mempengaruhi satu dengan lainnya. Perubahan dari salah satu dimensi akan memengaruhi dimensi yang lain.

5. Dimensi fisik adalah lingkungan nyata, misalnya ruang atau bangsal, dan segala komponen yang ada di dalamnya. Dimensi sosial-psikologis meliputi tata hubungan status di antara pihak yang terlibat dan aturan budaya masyarakat ketika mereka berkomunikasi. Yang termasuk dalam konteks ini adalah persahabatan atau permusuhan, lingkungan formal atau informal, serta situasi yang serius atau tidak serius. Dimensi waktu adalah mencakup waktu ketika komunikasi terjadi. Pilihan waktu yang tepat dapat mencapai efektivitas komunikasi yang dilakukan.



Gambar 1.1 Lima Elemen Utama Komunikasi

Sumber: (Tri Anajarwani, 2016)

Dari gambar diatas menunjukan suatu hubungan antar elemen komunikasi

Tipe Komunikasi

Menurut (Tri Anajarwani, 2016), Tipe – tipe komunikasi dapat di lihat berdasarkan:

1. Berdasarkan penggunaan kata, a). Komunikasi Verbal: Komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan kata-kata, baik lisan maupun tulisan. Komunikasi ini paling banyak dipakai dalam hubungan antar manusia. Melalui kata-kata, komunikator mengungkapkan perasaan, emosi, pemikiran, gagasan, atau maksud mereka, menyampaikan fakta, data, dan informasi serta menjelaskannya, saling bertukar perasaan dan pemikiran, saling berdebat. Komunikasi verbal yang baik adalah kuncinya. Bertujuan untuk selalu berbicara dengan kejelasan, akurasi, dan kejujuran. Penting juga untuk mengetahui audiens perawat dan berbicara dengan tepat sesuai dengan usia, budaya, dan tingkat literasi kesehatan orang tersebut. Jika perawat merasa stres atau frustrasi, hati-hati dengan nada suaranya dan jangan biarkan emosi ini merambat dalam interaksi dengan pasien. Perawat dapat: Dorong pasien untuk berkomunikasi dengan mengajukan pertanyaan terbuka seperti, "Bisakah Anda memberi tahu saya lebih banyak tentang itu?", Hindari menggunakan panggilan seperti "Honey" atau

“sayang” dan sebagai gantinya gunakan nama depan atau nama pilihan pasien. Bicaralah dengan kalimat yang jelas dan lengkap dan hindari jargon teknis. b). Komunikasi Non-verbal Komunikasi nonverbal adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk nonverbal, tanpa kata-kata. Dalam hidup nyata komunikasi nonverbal jauh lebih banyak dipakai daripada komunikasi verbal. Dalam berkomunikasi hampir secara otomatis komunikasi nonverbal ikut terpakai. Karena itu, komunikasi nonverbal bersifat tetap dan selalu ada. Komunikasi nonverbal biasanya bersifat spontan dan lebih jujur mengungkapkan hal yang mau disampaikan. Komunikasi non verbal seperti ekspresi wajah, kontak mata, bahasa tubuh, gerak tubuh, postur, dan nada suara. Perawat dapat menunjukkan ketertarikan pada apa yang pasien katakan dengan mempertahankan kontak mata dan menganggukkan kepala., Tersenyumlah, tapi jangan menatap. Duduklah saat perawat bisa, dan condongkan tubuh ke depan untuk menunjukkan bahwa perawat terlibat dalam komunikasi tersebut. Gunakan bahasa tubuh untuk menyatakan keterbukaan perawat dan tidak menghakimi.

2. Berdasarkan media yang digunakan, komunikasi dapat berbentuk dua: a). Komunikasi langsung. Komunikasi langsung merupakan komunikasi yang tidak menggunakan alat, komunikasi berbentuk kata-kata, gerakan-gerakan yang berarti khusus dan penggunaan isyarat, misalnya saat seseorang berbicara langsung pada orang lain di hadapannya. b). Komunikasi tidak langsung Biasanya menggunakan alat dan mekanisme untuk melipatgandakan jumlah penerima pesan (sasaran) ataupun untuk menghadapi hambatan geografis dan waktu, misalnya menggunakan radio, buku, dll. Contoh: Penggunaan poster ‘Buanglah Sampah pada Tempatnya
3. Berdasarkan jumlah orang yang terlibat dalam komunikasi, terdapat empat tipe komunikasi, yaitu:
 - a). Komunikasi Intrapersonal Komunikasi

intrapersonal merupakan komunikasi yang dilakukan pada diri sendiri yang terdiri atas sensasi, persepsi, memori, dan proses berpikir (Rahmad J., 1996). Seorang individu menjadi pengirim pesan sekaligus penerima pesan dan memberikan umpan balik bagi dirinya sendiri dalam proses internal yang berkelanjutan. b). Komunikasi Interpersonal Komunikasi interpersonal merupakan proses pengiriman dan penerimaan pesan di antara dua orang atau di antara sekelompok kecil orang dengan berbagai efek dan umpan balik yang bersifat langsung.

Tipe komunikasi ini memiliki karakteristik seperti, bersifat dua arah yang berarti melibatkan dua orang dalam situasi interaksi, ada unsur dialogis dan ditujukan kepada sasaran terbatas dan dikenal. c). Komunikasi Publik Cangara, H. (2004) mengatakan bahwa komunikasi publik merupakan suatu proses komunikasi di mana pesan-pesan yang disampaikan oleh pembicara dalam situasi tatap muka di depan khalayak yang lebih besar dengan tujuan menumbuhkan semangat kebersamaan, memberikan informasi, mendidik, serta mempengaruhi orang lain dalam upaya menumbuhkan semangat. Pada tipe komunikasi ini jarang dijumpai feedback, karena komunikasi bersifat searah. d). Komunikasi Massa Komunikasi massa adalah komunikasi yang berlangsung di mana pesan yang dikirim dari sumber yang melembaga kepada khalayak yang bersifat massal melalui alat-alat yang bersifat mekanis. Komunikasi antara sumber dan penerima tidak terjadi dengan kontak langsung. Unsur yang terkandung dalam komunikasi untuk menyiarkan informasi, mendidik, dan menghibur. Pesan yang disampaikan berlangsung cepat, serempak, luas, mampu mengatasi jarak dan waktu, serta tahan lama bila didokumentasikan.

4. Berdasarkan sikap dan perilaku pemberi pesan, komunikasi dapat berbentuk tiga tipe seperti berikut:
 - a). Komunikasi Agresif Tipe komunikasi ini dapat

mengurangi hak orang lain dan cenderung merendahkan/ mengendalikan orang lain. b). Komunikasi Pasif Komunikasi ini merupakan lawan dari komunikasi agresif, di mana seseorang cenderung untuk mengalah dan tidak mempertahankan kepentingannya sendiri. Bahkan hak mereka cenderung dilanggar namun dibiarkan. c). Komunikasi Asertif Komunikasi asertif adalah komunikasi yang terbuka, menghargai diri sendiri, dan orang lain. Komunikasi ini tidak menaruh perhatian hanya pada hasil akhir, tetapi juga hubungan perasaan antarmanusia.

Hambatan-Hambatan dalam Komunikasi

Menurut (Kapur Radhika, 2018), yang menjadi hambatan dari komunikasi adalah:

1. Hambatan Lingkungan dan Fisik – Berdasarkan hambatan lingkungan dan fisik, ada klasifikasi hambatan sebagai berikut: a).Waktu merupakan hambatan yang berkaitan dengan pengembangan saluran komunikasi yang lebih cepat Misalnya kita ingin berkomunikasi dengan orang melalui surat menyurat harus melalui pos akan menyita waktu di bandingkan komunikasi langsung. b) Ruang: misalnya pengunjung ramai, keadaan darurat,. c). Tempat: lingkungan di mana komunikasi berlangsung harus jelas dan tidak terlalu ramai. Pencemaran suara dapat menjadi penghambat komunikasi yang efektif, hal ini terlihat jelas, dimana terdapat kebisingan maka seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efisien, oleh karena itu tempat dan area dengan orang yang lebih sedikit, diperlukan ventilasi yang baik untuk komunikasi yang efektif. d) Media melalui media proses komunikasi berlangsung efektif dan tepat. Komunikasi bisa dalam bentuk lisan, tertulis, audio, video, formal, informal, media yang digunakan untuk tujuan berkomunikasi harus akurat, tepat dan dapat dimengerti.

2. Hambatan Semantik: Ketika berkomunikasi dengan orang lain, apapun jenis komunikasi yang digunakan, apakah formal atau informal, sangat penting untuk menggunakan kosa kata dan bahasa yang tepat; semua jenis komunikasi harus mencerminkan kesopanan. Bahasa dan kosa kata yang digunakan dalam komunikasi harus dapat dimengerti oleh orang tersebut; jika seseorang hanya berbicara bahasa Inggris dan sebuah kata digunakan dalam bahasa Spanyol maka dia mungkin tidak mengerti, misalnya
3. Hambatan Budaya: Komunikasi bisa terjadi antara orang yang berbeda bangsa, agama, kasta, keyakinan, ras, etnis, dll. Dalam berkomunikasi, penting sekali kita mengetahui latar belakang budaya, agama, ras dll untuk membentuk pemahaman dan penerimaan terhadap budaya orang lain.
4. Hambatan Psikologis. Dalam proses komunikasi, penting kita untuk memahami pola pikir dan kondisi mental satu sama lain; Jika seseorang berkomunikasi dengan individu lain atau sekelompok individu dengan sikap tidak tertarik atau tidak mau maka proses komunikasi tidak akan efektif. Dalam hal ini, sikap komunikator tidak tepat sehingga membuat proses komunikasi menjadi efektif.
5. Persepsi Realitas. Saat berkomunikasi, penting untuk memahami berbagai persepsi tentang situasi atau isu atau masalah. Ada berbagai tingkat persepsi yang terlibat ketika berkomunikasi tentang topik tertentu, kondisi, masalah, isu, situasi, dilema, stres atau konsep. Kurangnya pemahaman tentang berbagai tingkat persepsi mungkin terbukti menjadi penghalang.
6. Persepsi realitas tersebut antara lain: informasi tentang fakta, pengetahuan, angka, aktualitas dan apa yang benar. Saat berkomunikasi, penting untuk bersikap terbuka, fleksibel, dan transparan.

Komunikasi Efektif

Bagi perawat, melakukan komunikasi yang baik dengan pasien dengan maksud untuk memahami kekhawatiran, pengalaman masalah lainnya, dan mendengar pendapat, dengan menggunakan keterampilan komunikasi verbal dan nonverbal, diikuti mendengarkan secara aktif dan sabar. kuncinya adalah dibutuhkannya kedamaian lingkungan tanpa gangguan eksternal, terjaganya rahasia dialog antara pasien dan perawat.

Keterampilan komunikasi yang penting bagi perawat antar lain:

1. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal yang baik adalah kuncinya. Tujuannya melakukan komunikasi dengan jelas, akurat, dan kejujuran. Penting sebelum komunikasi interaksi melihat latar belakang usia, budaya, dan kondisi kesehatan pasien. Jika berkomunikasi merasa stres atau frustrasi, waspadai nada, intonasi suara dan jangan biarkan emosi ini merembes ke dalam interaksi. Perawat dapat:

- a. Mendorong pasien untuk berkomunikasi dengan mengajukan pertanyaan terbuka seperti, "Bisakah Anda memberi tahu saya lebih banyak tentang hal itu?"
- b. Hindari nama hewan peliharaan yang merendahkan seperti "madu" atau "sayang" dan sebagai gantinya gunakan nama depan atau nama pilihan pasien.
- c. Bicaralah dengan kalimat yang jelas dan lengkap dan hindari jargon teknis.

2. Komunikasi Non Verbal

Menggunakan elemen komunikasi nonverbal—seperti ekspresi wajah, kontak mata, bahasa tubuh, gerak tubuh, postur, dan nada suara—juga penting dalam menciptakan hubungan baik. Cukup tersenyum bisa sangat membantu. Anda juga bisa:

- a. Tunjukkan ketertarikan pada apa yang pasien katakan dengan mempertahankan kontak mata dan menganggukkan kepala.
- b. Tersenyumlah, tapi jangan menatap.
- c. Duduklah saat Anda bisa, dan condongkan tubuh ke depan untuk menunjukkan bahwa Anda terlibat.
- d. Gunakan bahasa tubuh yang tidak mengancam yang menunjukkan keterbukaan.

Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah suatu komunikasi interpersonal yang dilakukan secara sadar ketika perawat dan klien saling mempengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama dengan tujuan untuk membantu mengatasi masalah serta memperbaiki pengalaman emosional klien yang pada akhirnya mencapai kesembuhan klien (Anjawrwni Tri, 2016).

A. Indikator komunikasi Teraupetik

Indikator-indikator komunikasi terapeutik yang dapat menunjang pelayanan keperawatan antar lain:

1. Attending skill :

Merupakan keterampilan komunikasi dengan pasien, hadir secara utuh (fisik dan psikologis) saat melakukan komunikasi terapeutik. AS perawat ditunjukkan dalam lima cara komunikasi (*SOLE*R) yaitu *Squarely*, *Open posture*, *Lean*, *Eye contact*, *Relaxed* (Lestiani et al., 2020).

- a. *Squarely* / berhadapan adalah sikap siap untuk melayani pasien.
- b. *Open posture* adalah sikap terbuka; tidak melipat kaki/tangan, berkacak pinggang saat berkomunikasi.
- c. *Lean* berarti membungkuk ke arah pasien, menunjukkan keinginan untuk mengatakan sesuatu atau mendengarkan pasien.

- d. *Eye contact* berarti mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi, yang berarti menghargai dan tetap ingin berkomunikasi dengan pasien.
- e. *Relaxed* berarti perawat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam berespons dan bertindak kepada pasien.

2. *Respect*

Respect merupakan suatu sikap dan perilaku hormat yaitu sikap peduli yang ditunjukkan dengan selalu memperhatikan keluhan pasien, untuk mempercepat kesembuhan pasien dan melayani pasien tanpa syarat.

3. *Empathy*

Menuurt (Struart G. W &Laraia, 2005), *empathy* sebagai sikap dan perilaku perawat untuk mau mendengarkan, mengerti, dan memperhatikan pasien. Perawat sebatas mengerti perasaan klien tanpa menunjukkan respons emosional yang berlebihan ketika melihat pasien dalam masalah pribadinya

4. *Responsiveness*

Responsiveness merupakan sikap dan perilaku perawat untuk segera melayani bila diperlukan. Kesegeraan merupakan perasaan yang sensitif serta peduli akan masalah yang menimpa pasien. Dan bagaimana respon perawat terhadap percakapan tersebut. Apakah ada tanggapan verbal yang dismapiakan perawat, meskipun hanya berupa suara-suara yang menyemangati? Misalnya oo baiklah, saya juag merasakan apa yang kamu rasakan

B. Teknik- Teknik Komunikasi

1. Mendengar (*Listening*)

Merupakan paling dasar dalam komunikasi. Dengan mendengar perawat mengetahui perasaan

klien, memberi kesempatan lebih banyak pada klien untuk bicara. Perawat harus menjadi pendengar yang aktif dengan tetap kritis dan korektif bila apa yang disampaikan klien perlu diluruskan. Tujuan tehnik ini adalah memberi rasa aman klien dalam mengungkapkan perasaannya dan menjaga kestabilan emosi/psikologis klien. Misalnya: "silahkan mengungkapkan semua perasaan saudara, saya akan mendengarkan disini dengan baik".

2. Pertanyaan Terbuka (*Broad Opening*)

Tehnik ini memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya sesuai kehendak klien tanpa membatasi, contoh: "apa yang sedang saudara pikirkan?", "apa yang akan kita bicarakan hari ini?". Agar klien merasa aman dalam mengungkapkan perasaannya, perawat dapat memberi dorongan dengan cara mendengar atau mengatakan "saya mengerti apa yang saudara katakan"

3. Mengulang (*Restarting*)

Mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien. Gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien. Misalnya: "Ooh... jadi saudara tadi malam tidak bisa tidur karena...."

4. Klarifikasi

Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien berhenti karena malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya berpindah-pindah. Contoh: "dapatkah anda menjelaskan kembali tentang....?" Gunanya untuk kejelasan dan kesamaan ide, perasaan dan persepsi perawat-klien.

5. Refleksi

Refleksi merupakan reaksi perawat-klien selama berlangsungnya komunikasi. Refleksi ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu Refleksi isi, bertujuan memvalidasi apa yang didengar. Klarifikasi ide yang diekspresikan klien dengan pengertian perawat, dan Refleksi perasaan, yang bertujuan memberi respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya. Teknik refleksi ini berguna untuk: mengetahui dan menerima ide dan perasaan, mengoreksi, memberi keterangan lebih jelas.

Sedangkan kerugiannya adalah: mengulang terlalu sering tema yang sama, dapat menimbulkan marah, iritasi dan frustrasi.

6. Memfokuskan

Membantu klien bicara pada topik yang telah dipilih dan yang penting serta menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yaitu lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realitas. Contoh: Klien "Petugas kesehatan yang ada dirumah sakit ini kurang perhatian kepada pasiennya". Perawat : "Apakah saudara sudah minum obat?".

Membagi Persepsi Meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan. Dengan cara ini perawat dapat meminta umpan balik dan memberi informasi. Contoh: "Anda tertawa, tetapi saya rasa anda marah kepada saya".

7. Identifikasi

Tema Mengidentifikasi latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan. Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting.

Cara Meningkatkan Komunikasi

Beberapa cara untuk meningkatkan komunikasi adalah sebagai berikut:

1. Dengarkan tanpa mengganggu pengirim pesan,
2. Tunjukkan empati setiap saat dan cobalah untuk mengerti.
3. Cobalah untuk tetap fokus pada percakapan. Namun, jangan memaksa pasien untuk melanjutkan jika dia menjadi cemas atau sepertinya ingin mengubah topik pembicaraan.
4. Gunakan bahasa tubuh yang menunjukkan minat dan perhatian perawat. Sentuh pasien jika perlu. Condongkan tubuh ke depan, dengarkan baik-baik, dan pertahankan kontak mata.
5. Tawarkan topik yg aktual. Untuk mengurangi kecemasan pasien. Jangan menawarkan pendapat pribadi perawat.
6. Hindari pesan yang tidak jelas atau menyesatkan.
7. Hindari memberikan penjelasan yang panjang.
8. Berikan perhatian penuh kepada rekan pasien saat berkomunikasi dengan mereka.
9. Ajukan pertanyaan untuk mengklarifikasi pesan yang tidak jelas.
10. Jangan menyela sampai pengirim telah menyelesaikan pesannya.
11. Sediakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan.
12. Bersikaplah meyakinkan saat berkomunikasi (Van Magda zyl; Booyesen Liezel; Erasmus Ina, 2008).

Daftar Pustaka

- Anjajrwan Tri. (2016). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Pusdik Kemenkes RI.
- Diana R.S, O. A. (2016, November). Hubungan Pengetahuan Komunikasi Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Elisabeth Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Nursing), Volume 1 No.2*, 53.
- Dr. Ah. Yusuf, S. M. (2017,). *Komunikasi Terapeutik dalam Asuhan Keperawatan.*, (p. 2).
- Erven L Bernanrd. (-). *Overcoming Barrier To Communication*. -.
- Kapur Radhika. (2018). *Barrier To Effective Communication* . Dehli.
- Stuart G. W &Laraia. (2005). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Tri Anajarwani. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan*. Jakarta: P2M2 Kemenkes.
- Van Magda zyl; Booyesen Liezel;Erasmus Ina. (2008). *The Auxiliary Nurse*. Juta & Company Limeited.
- Vera Matt . (2020, September). *Fundamentals Of Nursing. Comunnication In Nursing , SDocumentation & Reporting*.

Profil Penulis



Antonia Helena Hamu

Lahir di Lekebai- Sikka pada tanggal 19 September 1974, Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan jiwa dimulai pada tahun tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih masuk di Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2004, dan Profesi Ners pada Tahun 2005, penulis menyelesaikan Magister Keperawatan (S2) peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Jurusan Keperawatan poltekkes Kemenkes Kupang . Sekarang dengan Jabatan Fungsional Akademik asisten ahli. Beberapa kali juga penulis melakukan riset di bidang kesehatan jiwa. Penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan memberikan kontribusi secara umum kepada bidang keperawatan dan dan khususnya kepada keperawatan jiwa serta bangsa Indonesia.

Email Penulis: hamuantonia.2017@gmail.com

PENDIDIKAN KEPERAWATAN

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Pembelajaran Orang Dewasa (Andragogi)

Andragogi adalah konsep pembelajaran orang dewasa yang telah dirumuskan dan diorganisasikan secara sistematis sejak tahun 1920. Pendidikan orang dewasa adalah suatu proses yang menumbuhkan keinginan untuk bertanya dan belajar secara berkelanjutan sepanjang hidup. Bagi orang dewasa belajar berhubungan dengan bagaimana mengarahkan diri sendiri untuk bertanya dan mencari jawabannya. Orang dewasa sebagai peserta didik sangat unik dan berbeda dengan anak usia dini dan anak remaja. Prinsip pembelajaran orang dewasa, yakni: (1) Orang dewasa perlu terlibat dalam merancang dan membuat tujuan pembelajaran. Mereka mesti memahami sejauh mana pencapaian hasilnya. (2) Pengalaman adalah asas aktivitas pembelajaran. Menjadi tanggung jawab peserta didik menerima pengalaman sebagai suatu yang bermakna. (3) Orang dewasa lebih berminat mempelajari perkara-perkara yang berkaitan secara langsung dengan kerja dan kehidupan mereka. (4) Pembelajaran lebih tertumpu pada masalah (*problem-centered*) dan membutuhkan dorongan dan motivasi. Tujuan pembelajaran orang dewasa adalah menyatakan proses pendidikan orang dewasa bertujuan untuk mengembangkan kemampuan, memperkaya pengetahuan, meningkatkan kualifikasi teknis, dan jiwa profesionalisme para pesertanya. Proses pendidikan orang dewasa harus mengakibatkan perubahan sikap dan perilaku yang bersifat (dapat dikategorikan) sebagai perkembangan pribadi, dan peningkatan partisipasi sosial

dari individu yang bersangkutan. Tujuan dari pembelajaran orang dewasa pada hakekatnya adalah terjadinya proses perubahan perilaku menuju ke arah yang lebih baik dan menguntungkan hanya dapat terjadi apabila ada perubahan-perubahan yang cukup mendasar dalam bentuk atau peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sekaligus sikap.

Tujuan pembelajaran orang dewasa didasarkan pada anggapan bahwa tujuan utama pendidikan adalah menghasilkan keseluruhan pengetahuan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Asumsi ini menyiratkan dua hal, yakni: (1) Jumlah pengetahuan cukup sedikit untuk dikelola secara menyeluruh oleh sistem pendidikan dan (2) Kecepatan perubahan yang terjadi dalam tata budaya atau masyarakat cukup lambat sehingga memungkinkan untuk menyimpan pengetahuan dalam kemasan tertentu serta menyampaikannya sebelum pengetahuan itu sendiri berubah.

Prinsip-prinsip pembelajaran orang dewasa yang efektif adalah : (1) Menciptakan lingkungan positif, (2) Menjaga minat belajar, (3) Menciptakan interaksi sosial, (4) Adanya rasa hormat, (5) Harga diri, (6) Penyampaian tujuan pembelajaran yang jelas, (7) Penguasaan fasilitator terhadap tujuan pembelajaran, (8) Keterkaitan materi pembelajaran dengan pengalaman kerja dan hidupnya, (9) Program pembelajaran yang terpusat, (10) Penerapan hasil belajar di tempat kerja, (11) Refleksi proses dan hasil belajar dan (12) Mengetahui Gaya Belajar.

Sistem Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan di Indonesia mengacu kepada UU No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Jenis pendidikan keperawatan di Indonesia mencakup:

1. Pendidikan Vokasional

Pendidikan vokasional yaitu jenis pendidikan diploma sesuai dengan jenjangnya untuk memiliki keahlian

ilmu terapan keperawatan yang diakui oleh pemerintah Republik Indonesia.

2. Pendidikan Akademik

Pendidikan Akademik yaitu pendidikan tinggi program sarjana dan pasca sarjana yang diarahkan terutama pada penguasaan disiplin ilmu pengetahuan tertentu.

3. Pendidikan Profesi

Pendidikan Profesi yaitu pendidikan tinggi setelah program sarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan keahlian khusus. Sedangkan jenjang pendidikan keperawatan mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis dan doktor.

Sesuai dengan amanah UU Sisdiknas No.20 Tahun 2003 tersebut Organisasi Profesi yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Asosiasi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI), bersama dukungan dari Kementerian Pendidikan Nasional (Kemendiknas), telah menyusun dan memperbaharui kelengkapan sebagai suatu profesi.

Perkembangan pendidikan keperawatan sungguh sangat panjang dengan berbagai dinamika perkembangan pendidikan di Indonesia, tetapi sejak tahun 1983 saat deklarasi dan kongres Nasional pendidikan keperawatan indonesia yang dikawal oleh PPNI dan diikuti oleh seluruh komponen keperawatan indonesia, serta dukungan penuh dari pemerintah kemendiknas dan kemkes saat itu serta difasilitasi oleh Konsorsium Pendidikan Ilmu kesehatan saat itu, sepakat bahwa pendidikan keperawatan Indonesia adalah pendidikan profesi dan oleh karena itu harus berada pada pendidikan jenjang Tinggi. dan sejak itu pulalah mulai dikaji dan dirancang suatu bentuk pendidikan keperawatan Indonesia yang pertama yaitu di Universitas Indonesia yang program pertamanya dibuka tahun 1985. Sejak 2008 PPNI, AIPNI dan dukungan serta bekerjasama dengan Kemendiknas melalui project Health Profession Educational Quality (HPEQ), memperbaharui dan menyusun kembali Standar Kompetensi Perawat Indonesia, Naskah Akademik Pendidikan Keperawatan

Indonesia, Standar Pendidikan Ners, standar borang akreditasi pendidikan ners Indonesia. dan semua standar tersebut mengacu pada Peraturan Presiden Nomor.8 tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) dan sat ini sudah diselesaikan menjadi dokumen negara yang berkaitan dengan arah dan kebijakan tentang pendidikan keperawatan Indonesia. Standar-standar yang dimaksud diatas juga mengacu pada perkembangan keilmuan keperawatan, perkembangan dunia kerja yang selalu berubah, dibawah ini sekilas saya sampaikan beberapa hal yang tertulis dalam dokumen Naskah Akademik Pendidikan Keperawatan, yang berkaitan dengan Jenis, jenjang, Gelar akademik dan Level KKNI.

Jenjang Pendidikan Tinggi Keperawatan Indonesia dan sebutan Gelar :

1. Pendidikan jenjang Diploma Tiga keperawatan lulusannya mendapat sebutan Ahli Madya Keperawatan (AMd.Kep)
2. Pendidikan jenjang Ners (Nurse) yaitu (Sarjana+Profesi), lulusannya mendapat sebutan Ners (Nurse),sebutan gelarnya (Ns)
3. Pendidikan jenjang Magister Keperawatan, Lulusannya mendapat gelar (M.Kep)
4. Pendidikan jenjang Spesialis Keperawatan, terdiri dari:
 - a. Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, lulusannya (Sp.KMB)
 - b. Spesialis Keperawatan Maternitas, Lulusannya (Sp.Kep.Mat)
 - c. Spesialis Keperawatan Komunitas, Lulusannya (Sp.Kep.Kom)
 - d. Spesialis Keperawatan Anak, Lulusannya (Sp.Kep.Anak)
 - e. Spesialis Keperawatan Jiwa, Lulusannya (Sp.Kep.Jiwa)
5. Pendidikan jenjang Doktor Keperawatan, Lulusannya (Dr.Kep)

Lulusan pendidikan tinggi keperawatan sesuai dengan level KKNI, adalah sebagai berikut:

- a. Diploma tiga Keperawatan – Level KKNI 5
- b. Ners (Sarjana+Ners) – Level KKNI 7
- c. Magister keperawatan – Level KKNI 8
- d. Ners Spesialis Keperawatan – Level KKNI 8
- e. Doktor keperawatan – Level KKNI 9

Pendidikan Tinggi Keperawatan

Kemendiknas No 232/U/2000 tentang pedoman penyusunan kurikulum pendidikan tinggi dan penilaian hasil belajar mahasiswa. Kemendiknas nomor 045/U/2002 tentang kurikulum inti perguruan tinggi, UU no 20 tahun 2003 tentang Sisdiknas UU No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. Permendiknas no 63 tahun 2009 tentang sistem penjaminan mutu pendidikan. UU no 12 tahun 2012 tentang pendidikan tinggi Peraturan presiden no 8 tahun 2012 tentang KKNI. Permenristek DIKTI no 44 tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi. Peraturan Pemerintah no 4 tahun 2014 tentang penyelenggaraan pendidikan tinggi dan pengelolaan perguruan tinggi Buku Pedoman Kurikulum Pendidikan Tinggi Tahun 2014, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.

Pasal 1, butir 6 Kurikulum adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai capaian pembelajaran lulusan, bahan kajian, proses, dan penilaian yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan program studi. Pasal 3 ayat 2: SN Dikti wajib: (c) dijadikan dasar penyelenggaraan pembelajaran berdasarkan kurikulum pada program studi. Pasal 4 ayat 2: (1) Standar Nasional Pendidikan terdiri atas: a. standar kompetensi lulusan; b. standar isi pembelajaran; c. standar proses pembelajaran; d. standar penilaian pembelajaran; e. standar dosen dan tenaga kependidikan; f. standar sarana dan prasarana pembelajaran; g. standar pengelolaan pembelajaran; dan h. standar pembiayaan pembelajaran. (2) SN Pendidikan

sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam menyusun, menyelenggarakan, dan mengevaluasi kurikulum. Pasal 39 (1) Pelaksana standar pengelolaan dilakukan oleh Unit Pengelola program studi dan perguruan tinggi. (2) Unit Pengelola program studi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib: melakukan penyusunan kurikulum dan rencana pembelajaran dalam setiap mata kuliah.

Meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan pada era globalisasi akan berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan. Masyarakat lebih menuntut pelayanan yang berkualitas serta sanggup memenuhi kebutuhan klien. Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator untuk mengukur berkualitas atau tidak suatu pelayanan kesehatan tersebut. Kepuasan yang dialami oleh pasien sangat berkaitan erat dengan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat, mengingat perawatselama 24 jam secara berkesinambungan mengetahui kondisi pasien dan merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan. Pembahasan sistem pendidikan kesehatan profesional, tidak terlepas pada tujuan akhir dari penyelenggaraan sistem pendidikan ini yaitu terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan seluruh masyarakat Indonesia sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Terciptanya tujuan sistem kesehatan nasional tersebut apabila terjadikordinasi, integrasi, sinkronasi, dan sinergisme (KISS) yang berfungsi dengan baik, baik itu antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan subsistem lain diluar SKN.

Keperawatan sebagai salah satu subsistem SKN merupakan komponen pembangunan kesehatan, sekaligus bagian integral dari SKN yang mempunyai tanggung jawab moral dalam pembangunan kesehatan. Tanggung jawab moral ini salah satunya bisa diwujudkan dalam kemandirian mengatur kehidupan profesi melalui pengembangan proses profesionalisme keperawatan yang

diawali dengan perbaikan sistem pendidikan keperawatannya.

Kompetensi Perawat (*Hard Skill* dan *Soft Skill*)

Perawat adalah seseorang yang memberikan pelayanan kesehatan (*care provider*) secara profesional, dimana pelayanan tersebut berbentuk pelayanan biologis, psikologis sosial, spiritual yang ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Perawat diharapkan memiliki kompetensi sebagai perawat profesional, baik berupa *hard skill* maupun *soft skill*. *Soft skill* merupakan salah satu keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap orang terutama bagi perawat. *Soft skill* diperlukan untuk mendukung *hard skill* atau keterampilan teknis yang telah didapatkan oleh para perawat saat mengikuti pendidikan keperawatan atau sebagai mahasiswa keperawatan. Beberapa hal termasuk dalam *soft skill* perawat adalah kemampuan beradaptasi, kemampuan berkomunikasi, kerjasama, memecahkan masalah, percaya diri, disiplin, teliti. Kemampuan *soft skill* sangat diperlukan bagi dunia kerja, oleh karena keberhasilan seseorang tidak hanya ditentukan oleh kecerdasan intelektualnya saja akan tetapi justru kemampuan *soft skill* ini yang sangat berperan dalam mencapai prestasi sebuah pekerjaan.

Soft skill adalah ketrampilan personal yaitu ketrampilan khusus yang bersifat nonteknis, tidak terwujud dan kepribadian yang menentukan kekuatan seseorang sebagai pemimpin, pendengar yang baik, negosiator dan mediator konflik. *Soft skill* bisa juga dikatakan sebagai ketrampilan interpersonal sebagai kemampuan berkomunikasi dan bekerja sama dalam sebuah kelompok. *Soft skill* merupakan tingkah laku personal dan interpersonal yang dapat mengembangkan dan memaksimalkan kinerja manusia melalui pelatihan, pengembangan kerja sama tim, inisiatif, pengambilan keputusan lainnya. *Soft skills* merupakan perilaku personal dan interpersonal yang mengembangkan dan memaksimalkan kinerja humanis. *Soft skills* adalah istilah sosiologis antara lain pada sekumpulan karakteristik kepribadian, daya tarik sosial, kemampuan berbahasa,

kebiasaan pribadi, kepekaan atau kepedulian dan serta optimisme. Secara garis besar *soft skills* digolongkan menjadi dua kategori yaitu intrapersonal dan *interpersonal skills*. *Intrapersonal skills* antara lain : *self awareness (self confident, self assesment, trait and preference, emotional awareness)* dan *self skill (improvement, self control, trust, worthiness, timelsource management, proactivity, conscience)* sedangkan *interpersonal skill* mencakup *social awareness (political awarenes, developing others, leveraging diversity, service orientation, empathy* dan *social skill (leadership, influence, communication, conflict management, cooperation, team work and synergy*. *Softskill* merupakan bagian dari keterampilan individu yang lebih bersifat pada kehalusan atau sensitifitas perasaan individu terhadap lingkungan di sekitarnya.

Soft skill diartikan sebagai perilaku interpersonal dan intrapersonal yang mampu mengembangkan dan memaksimalkan kinerja yang humanis. Atribut *soft skill* antara lain nilai yang dianut, motivasi, perilaku, kebiasaan, karakter dan sikap. Atribut *soft skill* ini dimiliki oleh orang dalam kadar yang berbeda-beda yang dipengaruhi oleh kebiasaan berfikir, berkata, bertindak dan bersikap.

Para pengguna lulusan menghendaki perawat yang tidak hanya terampil tetapi juga memiliki *soft skill* yang baik seperti kemampuan berkomunikasi, berkerja sama dalam tim, kemampuan memecahkan masalah dan yang lainnya. Dalam dunia keperawatan kemampuan komunikasi menjadi sangat penting, seorang perawat diharapkan mampu mengekspresikan secara efektif kepada rekan kerja termasuk dokter dan tim kesehatan lain. Telah ditetapkan dengan jelas bahwa kemampuan komunikasi adalah kompetensi utama yang harus dimiliki seorang perawat. Kegagalan komunikasi oleh perawat dapat menimbulkan masalah dan menurunkan keputusan pasien yang dilayani.

Dukungan sikap kerja perawat ditunjukkan melalui kemampuan perawat dalam melakukan suatu interaksi yang positif dengan pasien, keluarga pasien maupun

dengan anggota tim kesehatan lainnya. Sikap kerja ini disebutkan sebagai *soft skill*. *Soft Skill* merupakan keterampilan diluar keterampilan teknis dan akademis, dan lebih mengutamakan keterampilan intra dan inter personal.

Keterampilan intra personal mencakup kesadaran diri (kepercayaan diri, penilaian diri, sifat dan preferensi, serta kesadaran emosi) dan keterampilan diri (peningkatan diri, pengendalian diri, manajemen sumber daya, perilaku pro aktif). Sedangkan keterampilan inter personal mencakup kesadaran sosial (kesadaran politik, memanfaatkan keberagaman, berorientasi pelayanan) dan keterampilan sosial (kepemimpinan, pengaruh positif, komunikasi, kooperatif, kerja sama tim dan sinergi). *Soft Skill* mutlak harus dimiliki oleh manusia sebagai modal untuk mengarungi berbagai bidang kehidupan seperti pekerjaan, rumah tangga, organisasi masyarakat dan lain-lain. Meskipun presentasi penilaian domain pengetahuan afektif berkisar 5-10%, akan sangat berdampak terhadap kualitas asuhan keperawatan dan berpengaruh kuat dalam kinerja pelayanan dalam tim. Ketika dalam praktek asuhan keperawatan seorang perawat mampu menunjukkan kemampuan *soft skill* yang baik akan menciptakan pengalaman positif bagi pasien dan mendukung proses penyembuhan lebih optimal. Kemampuan *Soft Skill* yang dibutuhkan dalam praktik pelayanan keperawatan antara lain : (1) Tanggung jawab (dalam kegiatan bekerja), (2) Disiplin dalam bekerja (tepat waktu), (3) Inisiatif kerja (mengambil tindakan untuk mencapai tujuan bersama sebelum diminta), (4) Beretika dengan menghargai orang lain yang sedang berbicara, (5) Peduli/ peka terhadap kebutuhan pasien/ tim kerja, (6) Bekerjasama dalam suatu tim dengan cara melakukan suatu tugas bersama-sama untuk mencapai tujuan bersama, (7) Menghindari perilaku yang tidak jujur (memiliki integritas).

Untuk seorang leader keperawatan kemampuan *soft skill* yang dibutuhkan adalah : (1) Kemampuan manajerial (mengelola organisasi, kelompok), (2) Kemampuan mengelola atau memimpin untuk membuat keputusan

dengan berpegang pada visi dan misi rumah sakit, (3) Planing dan organizing dengan cara merencanakan dan melaksanakan (tidak menunda pekerjaan), (4) Keuletan untuk tidak mudah menyerah serta berani menanggung resiko dan tantangan, (5) *Salesmanship* dengan cara komunikasi baik antara klien serta mau menerima kritikan dengan berbagai customer yang bervariasi, (6) Stress tolerance (mampu menghadapi stress) dan (7) Kemampuan interaksi sosial.

Kurikulum Pendidikan Keperawatan

Profil : postur yang diharapkan pada saat pembelajar lulus atau menyelesaikan seluruh proses pembelajaran dengan kesesuaian jenjang KKNi dan CP (Capaian Pembelajaran) dapat menyesuaikan dengan deskriptor KKNi atau unsur CP pada SNPT.

Bahan Kajian : sebagai komponen/materi yang harus dipelajari/diajarkan untuk mencapai CP yang direncanakan

Mata kuliah : merupakan wadah sebagai konsekuensi adanya bahan kajian yang dipelajari mahasiswa dan harus diajarkan oleh dosen

Metoda Pembelajaran : merupakan strategi efektif dan efisien dalam menyampaikan atau mengakuisisi bahan kajian selama proses pembelajaran

Metoda Penilaian : proses identifikasi dan penentuan tingkat pendalaman maupun penguasaan bahan kajian oleh pembelajar melalui parameter dan variabel ukur yang akuntabel

Kurikulum inti menurut Kepmendiknas No.045/U/2002, merupakan penciri dari kompetensi utama, bersifat dasar untuk mencapai kompetensi lulusan, merupakan acuan baku minimal mutu penyelenggaraan program studi, dan ditetapkan oleh kalangan perguruan tinggi (program studi sejenis) bersama masyarakat profesi dan pengguna lulusan. Sementara itu kurikulum institusional didalamnya terfokuskan kompetensi pendukung dan kompetensi lainnya, yang bersifat khusus dan gayut

dengan kompetensi utama suatu program studi dan ditetapkan oleh institusi penyelenggara program studi.

Pengembangan Kurikulum antara lain ditinjau dari : Faktor eksternal, Teori kurikulum Teori belajar, Strategi mengajar, Teori keperawatan, Proses keperawatan, Praktik keperawatan, Kepribadian dan Pengembangan Kurikulum. Faktor eksternal dilihat dari Teori kurikulum Model proses kriteria nilai intrinsic adalah: Organisasi profesi, Kebijakan pemerintah, Faktor sosial, Teori kurikulum, Model proses kriteria nilai intrinsik, Model objektif, tujuan pendidikan, perilaku spesifik, kondisi dan standar.

Kompetensi lulusan perguruan tinggi khususnya lulusan Institut Teknologi Indonesia harus disiapkan agar mampu beradaptasi dengan dunia kerja. Adaptasi diperlukan dalam cakupan menghadapi dinamika kehidupan sosial, budaya dan kemajuan teknologi yang terus berkembang dengan cepat. Dalam kaitannya dengan hal ini maka perlu adanya Link and match dengan dunia industri Perguruan Tinggi harus dapat mendisain rancangan proses pembelajaran yang dapat memenuhi kebutuhan lulusan dengan kriteria tersebut. Rancangan dapat dituangkan ke dalam perubahan kurikulum yang disesuaikan dengan program yang sudah didisain atau melalui penyesuaian dengan kurikulum yang sudah ada. Hak Belajar 3 Semester di Luar Program Studi meliputi hak belajar di luar program studi dalam lingkungan ITI selama 1 semester dan hak belajar di luar program studi di luar ITI selama 2 semester diharapkan dapat menjadi solusi untuk menghasilkan lulusan ITI yang unggul.

E-Learning dalam Keperawatan

Sistem Pembelajaran mempunyai tujuan memfasilitasi antara mahasiswa dan dosen dalam proses belajar mengajar. Metode pembelajaran dalam kelas dirasakan kurang menarik dikarenakan komunikasi hanya berlangsung satu arah, sehingga ruang gerak mahasiswa keperawatan sulit untuk berkreasi dan berinovasi khususnya dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan

ketrampilan keperawatan. Mahasiswa keperawatan lebih menginginkan metode pembelajaran yang inovatif dan interaktif. Fenomena tersebut menjadi tantangan tersendiri dalam dunia keperawatan untuk menciptakan lingkungan belajar yang menarik, interaktif dan tanpa batas. Lingkungan belajar yang inovatif dan interaktif dapat diperoleh dengan metode pembelajaran *active learning*. *Active learning* merupakan metode pembelajaran terbaik bagi orang dewasa. Pada *active learning*, proses pembelajaran berfokus pada mahasiswa. Mahasiswa dituntut untuk proaktif dalam memperoleh pengetahuan dan ketrampilan yang diinginkan. Mahasiswa secara tidak langsung diberikan motivasi untuk berusaha sekuat tenaga mendapatkan informasi dari berbagai sumber pembelajaran dengan panduan dan arahan dari dosen atau instruktur. Proses komunikasi berlangsung secara dua arah, tidak hanya sebatas mendengar secara pasif. Lingkungan belajar yang menarik dan interaktif juga dapat diwujudkan melalui pembelajaran bersifat *e-learning*. *E-learning* adalah metode pembelajaran berbasis teknologi yang merupakan salah satu bentuk inovasi dalam metode *active learning*.

Fasilitas *e-learning* memungkinkan adanya pembelajaran jarak jauh. Dalam *e-learning*, mahasiswa dimudahkan untuk mengunduh materi perkuliahan, contoh soal, kasus untuk bahan pembelajaran. Selain bermanfaat untuk mahasiswa, *e-learning* juga bermanfaat untuk dosen pengajar. Setiap dosen dapat mengupload materi atau bahan kuliah dan memberikan tugas. Dari hal tersebut, *e-learning* menciptakan model pembelajaran dua arah antar penggunanya.

Hybrid e-learning (HBEL) merupakan situs belajar berbasis *e-learning* atau online learning. *Hybrid e-learning* disingkat *HBEL* adalah sebagai produk *e-learning* yang didesain untuk pembelajaran model hybrid yaitu sebuah model pembelajaran yang menggabungkan beberapa metode pembelajaran yang bertujuan untuk memberikan pengalaman yang paling efektif dan efisien dengan cara menggabungkan pertemuan konvensional atau tatap

muka (*face to face*) di kelas dengan pengelolaan lingkungan *e-learning* secara integrasi.

Hybrid e-learning di desain khusus bagi siswa terutama keperawatan yang dalam implementasinya sangat memperhatikan integrasi aspek terpadu yaitu mengintegrasikan elemen *interface e-learning* dalam desain pembelajaran *hybrid* melalui pendekatan teori belajar konstruktivistik, behavioristik dan kognitif, dalam rangka menciptakan pembelajaran yang berlangsung efektif.

Sistem pembelajaran dengan model *hybrid e-learning* sudah banyak dicobakan di institusi pendidikan baik dalam dan luar negeri. Pengembangan model pembelajaran *hybrid learning* akan lebih inovatif lagi jika diterapkan dalam system pembelajaran lapangan atau rumah sakit. Dimana terdapat kerjasama antara institusi pendidikan dan rumah sakit sehingga system pembelajaran dengan model berbasis internet (*e-learning*) dapat meningkatkan layanan asuhan keperawatan kepada pasien.

Merdeka Belajar

Kampus Merdeka Belajar merupakan tajuk dari kebijakan “Merdeka Belajar” di lingkungan Perguruan Tinggi yang dikeluarkan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia melalui pernyataan menteri Nadiem Anwar Karim. Nadiem mengatakan bahwa Kampus Merdeka belajar merupakan langkah awal dari banyaknya rangkaian kebijakan yang akan berlaku bagi Perguruan Tinggi di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Kampus Merdeka (MBKM) adalah kebijakan dan program unggulan Kemendikbudristek. Program yang digagas sejak akhir 2019 itu memfasilitasi mahasiswa untuk mengikuti berbagai aktifitas yang disediakan. Program MBKM diharapkan dapat meningkatkan pengalaman para mahasiswa di dunia kerja. Mahasiswa harus mendapatkan pengalaman di luar di bangku kuliah dengan langsung turun ke lapangan. Program MBKM ini merupakan sebuah upaya perubahan yang dapat dilakukan oleh perguruan tinggi agar bisa melampaui

kemajuan yang bersifat dinamis. Ini akan menjadi terobosan zaman, karena program seperti ini di luar negeri baru dilaksanakan di beberapa kampus ternama. Berbagai program flagship yang menjadi bagian MBKM, seperti Kampus Mengajar, Pertukaran Mahasiswa Merdeka, Magang dan Studi Independen Bersertifikat (MSIB), dan *Indonesian International Student Mobility Awards (IISMA)* mendapatkan atensi yang sangat besar dari mahasiswa. Merdeka Belajar – Kampus Merdeka, merupakan kebijakan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, yang bertujuan menciptakan Sumber Daya Manusia (SDM) unggul melalui pencapaian lulusan perguruan tinggi yang menguasai keilmuan yang komprehensif dan memiliki khasanah keilmuan yang lebih luas. Kebijakan ini dikeluarkan dengan mengacu kepada Permendikbud Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi. Melalui skema Hak Belajar 3 Semester di Luar Program Studi, mahasiswa memiliki kesempatan untuk 1 (satu) semester atau setara dengan 20 (dua puluh) SKS menempuh pembelajaran di luar program studi pada Perguruan Tinggi yang sama; dan paling lama 2 (dua) semester atau setara dengan 40 (empat puluh) SKS menempuh pembelajaran pada program studi yang sama di Perguruan Tinggi yang berbeda dan/atau pembelajaran pada program studi yang berbeda di Perguruan Tinggi yang berbeda; dan/atau pembelajaran di luar Perguruan Tinggi. Program ini bersifat sukarela untuk diikuti oleh mahasiswa program studi dan Institut Teknologi Indonesia wajib memfasilitasi kegiatan ini.

Daftar Pustaka

- Al-Mamun, A. 2012. The Soft Skills Education for the Vocational Graduate : Value as Work Readliness Skills. *British Journal of Educational, Society & Behavioural Science*,2 (4)
- Dwidiyanti, M. 2007. *Caring*. Semarang: Hapsari.
- Ginanjar, A. 2007. *Emotional spiritual quotien*. Jakarta: ARGA
- Goleman, D. 2007. *Emotional intelligence: Mengapa emotional intelligence lebih penting dari pada intellectual quotient*. Alih Bahasa: Hermaya. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Goleman, D. 2002. *Emotional Intelligence* . Jakarta: PT. Gramedia.
- Hartiti, T. 2013. Peningkatan Softskill Perawat Melalui Kepemimpinan Transformasional Kepala Ruang Pada RS Swasta Di Semarang. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2).
- Elfindri, dkk. 2011. *Soft Skill untuk Pendidik*. Bandung : Baduose Media
- Kemdikbud. 2020. *Merdeka belajar*. Kementerian Pendidikan Dan Kebudayaan, 1–19.
- Lee, Youn Mee et al. 2009. What drives students' self-directed learning in a hybrid PBL curriculum. *Advance in Health Science Education* 15:425 – 437
- Lee, Benjamin dan Gleen Flores. 2012. The Hybrid Hospitalist Teaching Service: An Innovative Model for Individualized Learning, Patient Case-Mix, and Medical Student and Resident Education. *Clinical Pediatric Journal*.
- Nursalam & Efendi, F 2008. *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Saleh, M. 2020. Merdeka Belajar di Tengah Pandemi Covid-19. *In Prosiding Seminar Nasional Hardiknas 1*, 51-56.
- Sherly, Dharma, E., & Sihombing, H. B. 2020. *Merdeka belajar: kajian literatur*. Konferensi Nasional Pendidikan
- Siregar, N., Sahirah, R., & Harahap, A. A. (2020). Konsep Kampus Merdeka Belajar di Era Revolusi Industri 4.0. *Fitrah: Journal of Islamic Education*, 1(1), 141–157.

Profil Penulis



Atik Badi'ah

Lahir di Trenggalek, 30 Desember 1965. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1988 s.d sekarang. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Yogyakarta 1987, Lulus IKIP PGRI Wates Bimbingan Konseling tahun 1994, Lulus S 1 Keperawatan PSIK FK UNPAD Bandung tahun 1997.

Lulus S2 Kesehatan Ibu Anak FK UGM tahun 2002 dan Lulus S3 Promosi Kesehatan Pasca Sarjana UNS Surakarta tahun 2018. Pernah menjadi dosen berprestasi Poltekkes tingkat Nasional tahun 2006. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi penguji eksternal Disertasi S3 Promosi Kesehatan UNS. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Reviewer Internal Jurnal Caring Jurusan Keperawatan Poltekkes Yogyakarta, menjadi Reviewer Eksternal Jurnal Internasional Health Notion, Jurnal Nasional Forikes Poltekkes Surabaya, Jurnal Nasional Surya Medika Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional Health Sciences and Pharmacy Journal Stikes Surya Global Yogyakarta dan Jurnal Nasional MIKKI Stikes Wira Husada Yogyakarta. Menjadi Reviewer Penelitian Eksternal Nasional, Reviewer Pengabdian Masyarakat Nasional, Reviewer internal Penelitian tingkat Poltekkes Yogyakarta dan reviewer internal pengabdian masyarakat tingkat Poltekkes Yogyakarta. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Afiliasi Reasearch Seameo Recfon. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan dan book chapter keperawatan.

Email : atik.cahyo@yahoo.com

PROSES ASUHAN KEPERAWATAN DAN MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN

Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed
STIKES Widyagama Husada

Konsep Asuhan Keperawatan

1. Sejarah Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan diaplikasikan pertama kali pada tahun 1950-an, yang terdiri dari tiga tahap yaitu pengkajian, perencanaan, dan evaluasi. Pelaksanaan proses keperawatan berdasarkan metode ilmiah yakni mengobservasi, mengukur, mengumpulkan data, dan menganalisis temuan-temuan tersebut. Kemudian ilmu keperawatan mulai berkembang, berbagai penemuan dalam dunia keperawatan pun diperkenalkan, salah satunya adalah proses keperawatan. Tahun 1955, seorang pakar keperawatan bernama Hall menggunakan istilah proses keperawatan. Empat tahun kemudian, Yura dan Walsh menjabarkan menjadi 4 tahap proses, yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pada tahun 1967, edisi pertama proses keperawatan dipublikasikan. Kemudian sejak edisi kedua tahun 1973 dipublikasikan tentang proses keperawatan semakin meningkat (Nursalam, 2011). Pada tahun 1977 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan proses keperawatan sebagai istilah pada sistem karakteristik intervensi keperawatan pada kesehatan individu, keluarga dan komunitas. Sejalan dengan pendekatan Organisasi Kesehatan

Dunia, di Inggris sepanjang tahun 1980 membicarakan proses keperawatan yang meliputi 4 tahap yaitu pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi (Kozier,2010). Akhirnya Pada tahun 1982, National Council of State Boards of Nursing menyempurnakan tahapan dari proses keperawatan menjadi 5 tahap, yaitu : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Lima tahapan inilah yang sampai saat ini digunakan sebagai langkah-langkah proses keperawatan (Deswani, 2011).

2. Deskripsi Proses Asuhan Keperawatan

Menurut Debora (2010), pada dasarnya proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Sedangkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) arti dari kata “asuhan” adalah Menjaga, Mengasuh, dan Merawat. Itu berarti bahwa seorang perawat bertugas untuk menjaga, lalu mengasuh, serta merawat pasien yang berobat. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014). Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Nursalam, 2015). Proses Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang

dialami, baik actual maupun potensial (Deswani, 2011).

3. Tujuan Proses Keperawatan

Menurut Potter & Perry, tujuan dari proses keperawatan adalah mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan klien, menentukan prioritas, memberikan intervensi keperawatan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan klien, dan mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil dan tujuan klien yang diharapkan. Hertman (2012) menjelaskan bahwa penerapan proses keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan mempunyai tujuan, yaitu :

- a. Sebagai standar pemberian asuhan keperawatan.
- b. Mempraktekkan metode pemecahan masalah dalam praktek keperawatan.
- c. Memperoleh metode yang baku, sistematis, dan rasional.
- d. Memperoleh metode yang dapat digunakan dalam berbagai macam situasi.
- e. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.

4. Teori yang Mendasari Proses Keperawatan

- a. Teori sistem

Teori sistem merupakan suatu kerangka kerja yang berhubungan dengan keseluruhan aspek sosial, manusia, struktur, masalah-masalah organisasi, serta perubahan hubungan internal dan lingkungan di sekitarnya. Sistem tersebut terdiri atas tujuan, proses, dan isi. Tujuan adalah sesuatu yang harus dilaksanakan, sehingga tujuan dapat memberikan arah pada sistem. Proses berfungsi dalam memenuhi tujuan yang hendak dicapai dan Isi terdiri atas bagian yang membentuk suatu sistem.

b. Teori Kebutuhan Manusia

Teori ini memandang bahwa manusia sebagai bagian integral yang berintegrasi satu sama lain dalam motivasinya untuk memenuhi kebutuhan dasar (fisiologis, keamanan, kasih sayang, harga diri, dan aktualisasi diri). Inti kebutuhan dasar manusia adalah terpenuhinya tingkat kepuasan agar manusia dapat mempertahankan hidupnya. Peran perawat yang utama adalah memenuhi kebutuhan dasar manusia dan tercapainya suatu kepuasan bagi diri sendiri serta kliennya, meskipun dalam kenyataannya dapat memenuhi salah satu dari kebutuhan membawa dampak terhadap perubahan sistem dalam individu (biologis, intelektual, emosional, sosial, spiritual, ekonomi, lingkungan, patologi, dan psikopatologi). Kerangka kerja pada teori ini menggambarkan suatu bagian dimana penerapan proses keperawatan selalu di fokuskan pada kebutuhan individu yang unik dan sebagai suatu bagian integral dari keluarga dan masyarakat.

c. Teori Persepsi

Perubahan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia sangat dipengaruhi oleh persepsi individu. Setiap manusia selalu berubah kebutuhan dan kepuasannya berdasarkan perubahan perilaku yang sangat unik. Akibatnya, setiap perubahan yang terjadi karena persepsinya akan selalu berbeda antara individu yang satu dengan individu yang lain. Perbedaan tersebut membawa konsekuensi terhadap masalah keperawatan.

d. Teori Informasi dan Komunikasi

Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah klien. Apakah klien dalam keadaan sehat atau sakit. Proses keperawatan sebagai salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan pada dasarnya merupakan suatu proses

pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah. Setelah penerapan proses keperawatan, perawat dituntut mempunyai pengetahuan tentang konsep dan teori sebagai dasar dalam mengartikan data yang diperoleh serta dapat menjalin komunikasi yang efektif.

e. **Teori Pengambilan Keputusan dan Penyelesaian Masalah**

Setiap tindakan yang dilakukan secara rasional oleh seseorang selalu melibatkan keputusan atau pilihan. Setiap pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah menuntut seseorang untuk dapat menerima hal baru, perbedaan, dan aspek-aspek yang lebih kompleks dari lingkungan yang sudah ada. Oleh sebab itu, setiap kesenjangan adalah suatu masalah dan masalah tersebut memerlukan jawaban serta solusi yang tepat.

5. Implikasi Proses Keperawatan

Penerapan Proses keperawatan mempunyai implikasi atau dampak terhadap: Profesi Keperawatan, Klien dan Perawat.

a. **Profesi**

Secara profesional, Proses keperawatan menyajikan suatu lingkup praktik keperawatan. Melalui lima langkah, Keperawatan secara terus-menerus mendefinisikan perannya kepada klien dan profesi 10 kesehatan lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa keperawatan tidak hanya melaksanakan rencana seperti yang telah diresepkan dokter. Praktik keperawatan mencakup standar praktik keperawatan. Standar tersebut diadopsi dan diterbitkan oleh American Nursing Association (ANA) pada tahun 1973. Perawat Mempunyai tanggung jawab dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar praktik keperawatan tanpa melihat dimana dia bekerja dan apa spesialisasinya. Di Indonesia melaksanakan standar praktik keperawatan juga

telah diatur dalam peraturan pemerintah melalui Undang-Undang Kesehatan di Indonesia (Depkes, 1992) dan akan diberlakukan PERMENKES No. 647/2000 tentang Praktik Keperawatan

b. Profesional di Indonesia

Klien Penggunaan Proses keperawatan sangat bermanfaat bagi klien, keluarga, dan masyarakat karena mendorong mereka untuk berpartisipasi secara aktif dengan melibatkan mereka ke dalam lima tahapannya. Klien menyediakan sumber untuk pengkajian, validasi diagnosis keperawatan, dan menyediakan umpan balik untuk evaluasi. Perencanaan keperawatan yang tersusun dengan baik akan memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara kontinu, aman, dan menciptakan lingkungan yang terapeutik. Keadaan tersebut akan membantu mempercepat kesembuhan klien dan memungkinkan klien untuk beradaptasi dengan lingkungan yang ada.

c. Perawat

Proses Keperawatan akan meningkatkan kepuasan dalam bekerja dan meningkatkan perkembangan profesional. Peningkatan hubungan antara perawat dengan klien dapat dilakukan melalui penerapan proses keperawatan. Proses keperawatan memungkinkan suatu pengembangan kreativitas dalam menjelaskan masalah klien. Hal ini mencegah kejenuhan perawat dalam melakukan pekerjaan yang bersifat rutinitas serta mencegah perawat untuk melakukan pendekatan yang berorientasi terhadap tugas (task-oriented approach) (Nursalam 2014).

6. Tahap-Tahap Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan

dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu Pengumpulan Data, Analisis Data, dan Penentuan Masalah kesehatan serta keperawatan.

b. Pengumpulan data

Tujuan :

Diperoleh data dan informasi mengenai masalah kesehatan yang ada pada pasien sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual serta faktor lingkungan yang mempengaruhinya. Data tersebut harus akurat dan mudah dianalisis. Jenis data antara lain:

- 1) Data Objektif, yaitu data yang diperoleh melalui suatu pengukuran, pemeriksaan, dan pengamatan, misalnya suhu tubuh, tekanan darah, serta warna kulit.
- 2) Data subjektif, yaitu data yang diperoleh dari keluhan yang dirasakan pasien, atau dari keluarga pasien/saksi lain misalnya; kepala pusing, nyeri dan mual.

c. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan.

d. Perumusan masalah

Setelah analisa data dilakukan, dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan Asuhan Keperawatan (Masalah Keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Selanjutnya disusun Diagnosis Keperawatan

sesuai dengan prioritas. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow, yaitu : Keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan.

e. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah bagian dari proses keperawatan yang merupakan bagian dari penilaian klinis tentang pengalaman/tanggapan individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan aktual/potensial/proses kehidupan. Diagnosis keperawatan mendorong praktik independen perawat (misalnya, kenyamanan atau kelegaan pasien) dibandingkan dengan intervensi dependen yang didorong oleh perintah dokter (misalnya, pemberian obat). Diagnosis keperawatan dikembangkan berdasarkan data yang diperoleh selama pengkajian atau asesmen keperawatan meliputi pengkajian data pribadi, Pola Gordon, dan pemeriksaan fisik head to toe atau sistem 6B. Diagnosis keperawatan berdasarkan pada masalah yang muncul pada saat pengkajian, meliputi:

- 1) **Diagnosis Aktual**
Penilaian klinis tentang pengalaman/tanggapan individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan yang terjadi saat ini (Here and Now). Contoh diagnosis keperawatan aktual ini : gangguan bersihan jalan napas.
- 2) **Diagnosis Risiko**
Diagnosis risiko mewakili kerentanan terhadap masalah kesehatan. Contoh diagnosis risiko ini: risiko syok.
- 3) **Diagnosis Potensial**
diagnosis potensial adalah promosi kesehatan untuk mengidentifikasi bidang-bidang yang

dapat ditingkatkan mengenai kesehatan. Contoh diagnosis potensial ini : kesiapan peningkatan kebutuhan nutrisi.

- 4) **Diagnosis Sindrom**
Diagnosis sindrom mengidentifikasi gangguan kesehatan yang terjadi secara bersamaan dan melalui perencanaan yang sama. Contoh diagnosis sindrom : sindrom stres relokasi (Hertman, 2012).
- 5) **Intervensi Keperawatan**
Kriteria proses perawatan membuat rencana tindakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan meliputi perencanaan terdiri atas prioritas, tujuan dan rencana tindakan keperawatan, bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan, perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien, mendokumentasikan rencana keperawatan (Nursalam, 2007).
- 6) **Implementasi Keperawatan**
Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik yaitu membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping
- 7) **Evaluasi Keperawatan**
Evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasikan adalah keakuratan, kelengkapan, kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, dan pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Nursalam, 2007).

Konsep Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen merupakan suatu pendekatan yang dinamis dan proaktif dalam menjalankan suatu kegiatan di organisasi. Manajemen mencakup kegiatan koordinasi dan supervisi terhadap staf, sarana dan prasarana dalam mencapai tujuan. Manajemen keperawatan merupakan proses bekerja melalui anggota staf untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Proses manajemen keperawatan sejalan dengan keperawatan sebagai salah satu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara profesional, sehingga diharapkan keduanya saling menopang. Adanya tuntutan pengembangan pelayanan kesehatan oleh masyarakat umum, termasuk di dalamnya keperawatan, merupakan salah satu faktor yang harus dicermati dan diperhatikan oleh tenaga perawat, sehingga perawat mampu berkiprah secara nyata dan diterima dalam memberikan sumbangsih bagi kemanusiaan sesuai ilmu dan kiat serta kewenangan yang dimiliki.

1. Definisi Model Asuhan Keperawatan

Model Asuhan Keperawatan Profesional adalah sebagai suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut. Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Debora (2010) mengidentifikasi 8 model pemberian asuhan keperawatan, tetapi model yang umum dilakukan di rumah sakit adalah Keperawatan Tim dan Keperawatan Primer. Karena setiap perubahan akan berdampak terhadap suatu stress, maka perlu mempertimbangkan 6 unsur utama dalam penentuan pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan (Nursalam, 2014) yaitu:

- a. Sesuai dengan visi dan misi institusi
- b. Dapat diterapkan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan.
- c. Efisien dan efektif penggunaan biaya.

- d. Terpenuhiya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat.
- e. Kepuasan kinerja perawat.

2. Fungsi Manajemen

Dalam manajemen, diperlukan peran tiap orang yang terlibat di dalamnya untuk menyikapi posisi masing-masing. Oleh sebab itu, diperlukan adanya fungsi-fungsi yang jelas mengenai manajemen. Ada empat fungsi manajemen yang harus diperhatikan, yaitu perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan. Sedangkan dalam manajemen keperawatan ada beberapa elemen utama berdasarkan fungsinya yaitu *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *staffing* (kepegawaian), *directing* (pengarahan) dan *controlling* (pengendalian/ evaluasi)

a. *Planning* (Perencanaan)

Perencanaan adalah satu proses berkelanjutan yang diawali dengan merumuskan tujuan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan, menentukan personal, merancang proses dan kriteria hasil, memberikan umpan balik pada perencanaan yang sebelumnya & memodifikasi rencana yang diperlukan. Perencanaan formal menekankan pada apa yang akan dikerjakan dan bagaimana cara mengerjakannya yang didasarkan pada komitmen bersama. Perencanaan adalah fungsi terpenting dalam manajemen karena perencanaan merupakan tuntutan terhadap proses pencapaian tujuan secara efektif dan efisien. Di dalam perencanaan ditentukan seberapa luas yang akan dilakukan, bagaimana melakukannya dan siapa yang melakukannya (Swanburg, 2010).

b. *Organizing* (Pengorganisasian)

Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan atau menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas

pokok dan wewenang, dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Berdasarkan definisi tersebut, fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang ada kaitannya dengan personil, finansial, material, dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama. Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (*man, money, material, method, machine*) akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Melalui pengorganisasian dapat diketahui: (1) pembagian tugas untuk perorangan atau kelompok, (2) hubungan organisatoris antar manusia yang menjadi anggota atau staf sebuah organisasi, (3) pendelegasian wewenang, dan (4) pemanfaatan staf dan fasilitas fisik yang dimiliki organisasi.

c. *Actuating* (Pengarahan)

Douglas dalam Swanburg (2010) mendefinisikan pengarahan sebagai pengeluaran penugasan, pesanan dan instruksi yang memungkinkan pekerja memahami apa yang diharapkan darinya, dan pedoman serta pandangan pekerja sehingga ia dapat berperan secara efektif dan efisien untuk mencapai obyektif organisasi. Pengarahan merupakan hubungan antara aspek-aspek individual yang ditimbulkan oleh adanya pengaturan terhadap bawahan-bawahan untuk dapat dipahami dan pembagian kerja yang efektif untuk tujuan yang nyata. Ada beberapa tujuan dari fungsi pengarahan antara lain menciptakan kerjasama yang efisien, mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf, menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan, mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja

serta membuat organisasi berkembang dan dinamis. Ada 12 aktivitas teknis atau obyektif yang berhubungan dengan fungsi pengarahan pada manajemen tingkat pertama atau rendah (Douglas dalam Swanburg, 2010). Aktivitas-aktivitas ini adalah bagian dari fungsi pengarahan manajer perawat yang mencakup: (1) merumuskan tujuan perawatan yang realistis untuk klinik kesehatan pasien dan personal perawatan, (2) memberikan prioritas utama untuk kebutuhan pasien atau klien sehubungan dengan tugas-tugas staf perawatan, (3) melaksanakan koordinasi untuk efisiensi pelayanan yang diberikan oleh bagian penunjang, (4) mengidentifikasi tanggung jawab untuk seluruh kegiatan yang dilakukan oleh staf perawatan, (5) memberikan perawatan yang aman dan berkesinambungan, (6) mempertimbangkan kebutuhan terhadap tugas-tugas yang bervariasi dan pengembangan staf perawatan, (7) memberikan kepemimpinan terhadap anggota staf untuk bantuan dalam hal pengajaran, konsultasi dan evaluasi, (8) mempercayai anggota untuk mengikuti perjanjian yang telah mereka sepakati, (9) menginterpretasikan protocol untuk berespon terhadap hal-hal insidental, (10) menjelaskan prosedur yang harus diikuti dalam keadaan darurat, (11) memberikan laporan ringkas dan jelas, (12) menggunakan proses kontrol manajemen untuk mengkaji kualitas pelayanan yang diberikan dan mengevaluasi penampilan kerja individu dan kelompok kerja staf perawatan.

d. *Controlling* (Pengawasan)

Fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*) merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen, yang memiliki kaitan yang erat dengan fungsi yang lainnya. Pengawasan merupakan pemeriksaan terhadap

sesuatu apakah terjadi sesuai dengan rencana yang ditetapkan/disepakati, instruksi yang telah dikeluarkan, serta prinsip-prinsip yang telah ditentukan, yang bertujuan untuk menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat disepakati. Pengawasan juga diartikan sebagai suatu usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan perencanaan, merancang sistem informasi timbal balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan, serta mengambil tindakan yang digunakan dengan cara paling efektif dalam pencapaian tujuan perusahaan

3. Jenis Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)

Menurut Koziar (2010) ada 4 metode pemberian asuhan keperawatan profesional yang sudah ada dan akan terus dikembangkan di masa depan dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan, yaitu:

- a. Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua. Pada saat itu karena masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat maka setiap perawat hanya melakukan 1 - 2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di bangsal. Model ini berdasarkan orientasi tugas dari filosofi keperawatan, perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada (Nursalam, 2007).
- b. Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Kasus Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metode penugasan kasus biasa diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini

umumnya dilaksanakan untuk perawat privat atau untuk keperawatan khusus seperti isolasi, intensive care. Metode ini berdasarkan pendekatan holistik dari filosofi keperawatan. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pada pasien tertentu (Nursalam, 2007).

- c. Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Primer Menurut Gillies (1986) perawat yang menggunakan metode keperawatan primer dalam pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (primary nurse). Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan dan bersifat komprehensif serta dapat dipertanggung jawabkan, setiap perawat primer biasanya mempunyai 4 – 6 klien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama klien dirawat dirumah sakit. Perawat primer bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang klien jika diperlukan. Jika perawat primer sedang tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (associate nurse)
 - d. Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim, Metode tim merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan kelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif
4. Tanggung Jawab Perawat Dalam Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim
- a. Tanggung jawab anggota tim:
 - 1) Memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya.
 - 2) Bekerjasama dengan anggota tim dan antar tim.
 - 3) Memberikan laporan.

- b. Tanggung jawab ketua tim:
 - 1) Membuat perencanaan.
 - 2) Membuat penugasan, supervisi dan evaluasi.
 - 3) Mengenal atau mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien.
 - 4) Mengembangkan kemampuan anggota.
 - 5) Menyelenggarakan konferensi.
- c. Tanggung jawab kepala ruang:
 - 1) Perencanaan
 - a) Menunjuk ketua tim yang akan bertugas di ruangan masing- masing.
 - b) Mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya.
 - c) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien: gawat, transisi dan persiapan pulang bersama ketua tim.
 - d) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan klien bersama ketua tim, mengatur penugasan/ penjadwalan.
 - e) Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan.
 - f) Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologis, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien.
 - g) Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan:
 - Membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan.

- Membimbing penerapan proses keperawatan dan menilai asuhan keperawatan.
 - Mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah.
 - Memberikan informasi kepada pasien atau keluarga yang baru masuk RS.
 - h) Membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri.
 - i) Membantu membimbing terhadap peserta didik keperawatan.
 - j) Menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan di rumah sakit.
- 2) Pengorganisasian
- a) Merumuskan metode penugasan yang digunakan.
 - b) Merumuskan tujuan metode penugasan.
 - c) Membuat rincian tugas tim dan anggota tim secara jelas.
 - d) Membuat rentang kendali kepala ruangan membawahi 2 ketua tim dan ketua tim membawahi 2 – 3 perawat.
 - e) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari dan lain- lain.
 - f) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan.
 - g) Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik.
 - h) Mendelegasikan tugas kepala ruang tidak berada di tempat, kepada ketua tim.
 - i) Memberi wewenang kepada tata usaha untuk mengurus administrasi pasien.

- j) Identifikasi masalah dan cara penanganannya.
- 3) Pengarahan
- a) Memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim.
 - b) Memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik.
 - c) Memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap.
 - d) Menginformasikan hal - hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien.
 - e) Melibatkan bawahan sejak awal hingga akhir kegiatan.
 - f) Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya.
 - g) Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain.
- 4) Pengawasan
- a) Melalui komunikasi : mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim dalam pelaksanaan mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.
 - b) Melalui supervisi:
 - Pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung secara lisan dan memperbaiki/ mengawasi kelemahannya yang ada saat itu juga.
 - Pengawasan tidak langsung yaitu mengecek daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses

keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan), mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas.

- Mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim.

Daftar Pustaka

- Deswani. 2011. *Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika
- Herdman, T Heather. 2012. *Diagnose Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. 2012-2014. Dialihbahasakan oleh Made Sumarwati dan Nike Budhi Subekti. Barrarah Bariid, Monica Ester, dan Wuri Praptiani (ed). Jakarta: EGC
- Kozier, Erb. Berman. Snyder. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses & praktik* vol: 1, edisi: 7. EGC: Jakarta
- Nursalam. 2007. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Edisi 2 Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*-edisi 2. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. 2015. *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 5. Jakarta : Salemba Medika
- Oda, Debora. 2011. *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika
- Swanburg, Russel C. (2010). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. Alih bahasa Samba S, Dkk. Jakarta: EGC.

Profil Penulis



Ika Arum Dewi Satiti

Penulis menekuni bidang keperawatan sejak menempuh pendidikan sarjana keperawatan pada tahun 2008. Penulis menempuh studi Sarjana Ners di Universitas Barawijaya Malang dan lulus pada tahun 2012, kemudian penulis melanjutkan studi Magister Ilmu Biomedik di Universitas Brawijaya dan lulus tahun 2014.

Pengalaman kerja penulis sebagai Dosen Keperawatan di STIKES Widyagama Husada Malang 2014-Sekarang. Penulis menekuni bidang keperawatan dasar dan keperawatan anak sejak tahun 2015 dan tergabung dalam keanggotaan Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Jatim dan keanggotaan Perawat di Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Jatim. Untuk memenuhi tugas Tri dharma sebagai dosen, penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian pada masyarakat dengan tema pertumbuhan dan perkembangan anak. Penulis juga aktif terlibat dalam penelitian hibah DIKTI maupun hibah internal institusi. Karya modul dan buku ajar juga sedang ditekuni oleh penulis dengan harapan dapat meningkatkan sumber pustaka keperawatan anak dan mengoptimalkan tumbuh kembang anak yang merupakan cikal bakal Sumber Daya Manusia berkualitas bagi Negara.

Email Penulis: ikaarumds@gmail.com

TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN

Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
UNIKA Indonesia Santu Paulus Ruteng

Sejarah dan Analisis Teori Keperawatan

Sejarah

Sejarah profesional keperawatan dimulai sejak Florence Nightingale. Setelah masa pelayanan pada peperangan dimana ia mengatur dan merawat yang terluka di Scutari selama Perang Krimea, visi dari Nightingale dan pendirian sekolah keperawatan di Rumah Sakit St. Thomas di London menandai lahirnya keperawatan modern. Kegiatan yang dirintis Nightingale dalam praktik dan pendidikan keperawatan serta tulisan-tulisan selanjutnya menjadi panduan untuk mendirikan sekolah keperawatan dan rumah sakit di Amerika Serikat di awal abad kedua puluh. Pada pertengahan tahun 1800-an Nightingale mengenalkan fokus unik keperawatan dan menyatakan pengetahuan keperawatan berbeda dari pengetahuan medis. Nightingale menggambarkan bahwa fungsi yang paling tepat bagi seorang perawat adalah dengan menempatkan pasien dalam kondisi terbaik bagi alam (Tuhan) untuk bertindak atas dirinya. Ia menyatakan bahwa perawatan orang sakit harus didasarkan pada pengetahuan tentang orang tersebut dan lingkungan mereka. Dasar pengetahuan yang dimaksud, berbeda dari yang digunakan oleh dokter. Sekitar 100 tahun kemudian, selama tahun 1950-an sebelum profesi keperawatan mulai terlibat dalam diskusi serius tentang perlunya mengembangkan pengetahuan keperawatan sebagai pedoman praktik keperawatan yang berbeda pengetahuan

medis. Awal ini menyebabkan kesadaran akan kebutuhan untuk mengembangkan teori keperawatan. Keperawatan telah dimulai dengan menekankan fokusnya pada praktek, dan perawat bekerja sepanjang abad demi menuju pengembangan keperawatan sebagai sebuah profesi. Kemajuan untuk mencapai tujuan pengembangan dasar khusus praktik keperawatan telah diamati melalui perspektif sejarah yang dari setiap era mendorong adanya perkembangan kearah professional keperawatan (fawcett, 2006) . Era kurikulum; era yang menekankan pemilihan program dan materi bagi program pendidikan keperawatan serta dapat memberikan jalan menuju era penelitian, yang berfokus pada proses penelitian dan tujuan jangka panjang untuk memperoleh pengetahuan substantif untuk memandu praktik keperawatan. Era kurikulum mengisyaratkan pertanyaan tentang apa yang harus dipelajari perawat untuk belajar bagaimana menjadi perawat. Selama era ini, penekanannya adalah pada program dan materi apa yang harus diambil oleh mahasiswa keperawatan, guna mencapai kurikulum standar. Sekitar tahun 1930-an standar kurikulum keprawatan dipublikasikan dan diadaptasi oleh berbagai pendidikan diploma. Gagasan untuk memindahkan pendidikan keperawatan dari program diploma berbasis rumah sakit ke perguruan tinggi/Univeristas juga muncul selama era ini (Alligood, 2014).

Ketika perawat semakin mencari gelar di pendidikan tinggi, era yang menekankan penelitian mulai muncul. Era ini dimulai pada pertengahan abad ketika lebih banyak pimpinan perawat mengambil pendidikan tinggi dan sampai pada pemahaman tentang usia ilmiah, dimana pemahaman akan penelitian merupakan jalan menuju pengetahuan keperawatan baru. Perawat mulai berpartisipasi dalam penelitian, dan program penelitian dimasukkan dalam kurikulum keperawatan pada pendidikan pasca-sarjana yang mulai berkembang. Pada pertengahan tahun 1970an, evaluasi pertama kali sejak 25 tahun jurnal *Nursing Research* mengungkapkan bahwa pendidikan keperawatan kurang memiliki koneksi konseptual dan kerangka teoritis, oleh karena itu

ditekankan perlunya kerangka konseptual dan teoritis untuk pengembangan pengetahuan khusus keperawatan (Alligood, 2014).

Era penelitian dan era pendidikan pascasarjana berkembang beriringan. Program magister keperawatan mulai bermunculan di seluruh negeri untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan perawat khususnya untuk praktik keperawatan klinis. Banyak dari program pascasarjana ini termasuk kursus yang memperkenalkan siswa pada proses penelitian. Juga selama era ini, program magister keperawatan mulai memasukkan program untuk pengembangan konsep dan model keperawatan, memperkenalkan siswa teori keperawatan awal dan proses pengembangan pengetahuan. Hal yang paling penting pada era pendidikan ini adalah penerimaan keperawatan sebagai sebuah profesi dan ilmu keperawatan sebagai disiplin ilmunya (Alligood, 2014). Era teori adalah perkembangan dari era penelitian dan era pendidikan pasca-sarjana. Berkembangnya program pendidikan doktor keperawatan dari tahun 1970-an dan literatur teori keperawatan membuktikan bahwa doktor keperawatan diperlukan. Tahun 1980-an adalah periode perkembangan besar dalam teori keperawatan yang ditandai sebagai transisi dari pra-paradigma ke periode paradigma. Paradigma (model) keperawatan yang berlaku memberikan perspektif untuk praktik keperawatan, administrasi, pendidikan, penelitian, dan pengembangan teori lebih lanjut. Pada 1980-an, proposal Fawcett tentang empat konsep keperawatan global sebagai metaparadigma keperawatan berfungsi sebagai struktur pengorganisasian untuk kerangka kerja keperawatan yang ada dan memperkenalkan cara mengatur karya teoretis individu dalam struktur yang bermakna. Mengklasifikasikan model keperawatan sebagai paradigma dalam metaparadigma orang, lingkungan, kesehatan, dan konsep keperawatan secara sistematis. Sistem ini memperjelas dan meningkatkan pemahaman pengembangan pengetahuan dengan memposisikan karya-karya para teoretisi dalam konteks yang lebih besar, sehingga memfasilitasi pertumbuhan ilmu keperawatan (fawcett, 2006).

Era selanjutnya adalah era pemanfaatan teori, era ini mengembalikan keseimbangan antara penelitian dan praktik untuk pengembangan pengetahuan dalam disiplin keperawatan. Setiap era membahas pengetahuan keperawatan dengan cara unik yang berkontribusi pada sejarah. Sejarah singkat ini memberikan beberapa latar belakang dan konteks untuk studi anda tentang teori keperawatan. Era pemanfaatan teori berlanjut hingga hari ini, dimana menekankan pengembangan dan penggunaan teori keperawatan dan menghasilkan bukti untuk praktik profesional. Teori baru dan metodologi baru dari pendekatan penelitian kualitatif terus memperluas pengetahuan para ilmuwan perawat. Pemanfaatan model keperawatan, teori, dan *middle range theory* untuk pemikiran dan tindakan praktik keperawatan memberikan bukti kontribusi penting untuk perawatan berkualitas di semua bidang praktik di abad kedua puluh satu (Alligood, 2014).

Analisis Teori Keperawatan

Analisis, kritik, dan evaluasi adalah metode yang digunakan untuk mempelajari karya teori-teori keperawatan secara kritis. Analisis teori dilakukan untuk memperoleh pengetahuan tentang kecukupan teori. Ini adalah proses penting dan langkah pertama dalam menerapkan karya teoritis keperawatan untuk pendidikan, penelitian, administrasi, atau praktek. Proses analisis berguna untuk mempelajari tentang karya/teori dan hal ini sangat penting bagi seorang ilmuwan yang bermaksud untuk menguji, memperdalam, atau memperluas ilmu tersebut (Taylor et al., 2011). Berikut ini merupakan pedoman pertanyaan kritis untuk menentukan kecukupan dari teori yang akan dianalisis (fawcett, 2006).

1. *Clarity*: seberapa jelaskah teori ini?

Clarity/kejelasan adalah tentang arti istilah yang digunakan, dan konsistensi definisi dan struktur penjelasan teori, konsisten dengan istilah dalam teori.

2. *Simplicity*: seberapa sederhananya teori ini?

Kesederhanaan sangat dihargai dalam pengembangan teori keperawatan. Sebuah teori harus cukup komprehensif, disajikan pada tingkat abstraksi untuk memberikan panduan, dan memiliki beberapa konsep yang menjadikannya sederhana dalam membantu kejelasan teori tersebut.

3. *Generality*: sejauhmana sifat general dari teori ini?

Generality berbicara tentang ruang lingkup aplikasi dan tujuan dalam teori. *Generality* dari sebuah karya teoritis bervariasi, tergantung seberapa abstrak atau konkretnya teori.

4. *Accessibility*: seberapa mudah mengakses teori ini?

Aksesibilitas suatu teori terkait sejauh mana indikator empiris suatu konsep dapat diidentifikasi dan sejauh mana tujuan teori dapat dicapai.

5. *Importance*: seberapa pentingnya teori ini?

Penelitian, teori, dan praktik saling berkaitan erat. Teori keperawatan cocok untuk pengujian penelitian, dan hasil pengujian penelitian mengarah pada pengetahuan untuk praktik. Teori keperawatan memandu penelitian, dan praktik menghasilkan ide-ide baru yang kemudian membedakan fokus keperawatan dari profesi lain.

Pengertian Teori

Teori merupakan serangkaian konsep, definisi, dan asumsi atau proposisi untuk menjelaskan suatu fenomena. Di dalam sebuah teori terdapat beberapa elemen yang mengikutinya. Elemen ini berfungsi untuk mempersatukan variabel-variabel yang terdapat di dalam teori tersebut. Elemen teori antara lain (fawcett, 2006):

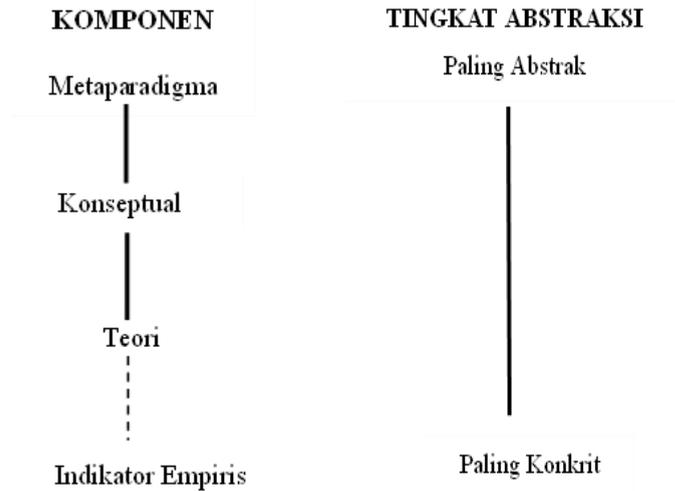
1. Konsep; sebuah ide yang diekspresikan dengan symbol atau kata. Konsep dibagi dua yaitu, symbol dan definisi. Dalam ilmu alam konsep dapat diekspresikan dengan simbol-simbol seperti, "∞" = tak terhingga, "m"= Massa, dan lainnya. Akan tetapi, kebanyakan di dalam ilmu sosial konsep ini lebih

diekspresikan dengan kata-kata tidak melalui simbol-simbol. Menurut Neuman kata-kata juga merupakan simbol karena bahasa itu sendiri adalah simbol. Karena mempelajari konsep dan teori seperti mempelajari bahasa. Konsep selalu ada di mana pun dan selalu kita gunakan. Misalnya kita membicarakan tentang *caring*. *caring* merupakan suatu konsep, ia merupakan ide abstrak yang hanya di dalam pikiran kita saja. Defensi dalam sebuah teori berhubungan dengan arti umum konsep definisi ini menggambarkan aktivitas penting untuk mengukur konsep, hubungan atau variabel dalam sebuah teori (Tomey & Alligood, 2018). Contoh: definisi *care*: “*forms not only the value base of nursing but is a fundamental precondition for our lives...*”

2. *Scope*; seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa sebuah teori memiliki konsep dimana konsep ini ada bersifat abstrak dan ada yang bersifat konkret. Teori dengan konsep-konsep yang abstrak dapat diaplikasikan terhadap fenomena sosial yang lebih luas, dibanding dengan teori yang memiliki konsep-konsep yang konkret. Teori *Self-care deficit* Orem (*grand theory*) lebih abstrak dibandingkan dengan teori *Comfort* oleh Kolcaba (*mid-range theory*)
3. *Relationship*; Teori merupakan sebuah relasi dari konsep-konsep atau secara lebih jelasnya teori menjelaskan bagaimana konsep-konsep berhubungan. Hubungan ini seperti pernyataan sebab-akibat (*causal statement*) atau proposisi. Proposisi adalah sebuah pernyataan teoritis yang memperincikan hubungan antara dua atau lebih variabel, memberitahu kita bagaimana variasi dalam satu konsep dipertanggung jawabkan oleh variasi dalam konsep yang lain. Proposisi dalam suatu teori merupakan asumsi yang menjelaskan sifat konsep, definisi, tujuan dan hubungan serta struktur teori.

Komponen dan Tingkatan Teori

Komponen dan tingkat abstraksi *contemporary nursing knowledge* (fawcett, 2006)



Metaparadigma Keperawatan

Metaparadigma merupakan komponen pertama dalam struktur *contemporary nursing knowledge* dan merupakan komponen paling abstrak. Metaparadigma didefinisikan sebagai konsep global yang mengidentifikasi fenomena yang menjadi pusat perhatian suatu disiplin, proposisi global yang menjelaskan konsep, dan yang menyatakan hubungan antara atau di antara konsep. Definisi metaparadigma itu menunjukkan bahwa konsep saja tidak cukup untuk mengidentifikasi materi pelajaran suatu disiplin atau untuk menggambarkan batasan suatu pokok bahasan yang menarik bagi suatu disiplin. Sebaliknya, baik konsep maupun proposisi tentang konsep-konsep tersebut diperlukan untuk menentukan sebuah materi pelajaran. Fungsi metaparadigma, adalah untuk meringkas misi intelektual dan sosial dari suatu disiplin ilmu dan menempatkan batas pada materi pelajaran dari disiplin itu. Metaparadigma keperawatan terdiri dari empat konsep, empat proposisi nonrelasional, dan empat proposisi relasional. Fawcett (1978) pertama kali menginisiasi konsep sentral keperawatan yang

kemudian diformulasikan sebagai metaparadigma dalam keperawatan. Keempat konsep tersebut adalah (Allgood, 2014):

1. Manusia:

Pihak yang menerima pelayanan keperawatan. Terdiri dari individu, keluarga, kelompok, komunitas. Memiliki sifat unik dan individualistic, responsive, adaptif, memiliki wilayah otoritas. Terdiri dari aspek bio psiko sosial spiritual dan kultural satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani serta unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya. Manusia adalah sistem yang terbuka senantiasa berinteraksi secara tetap dengan lingkungan eksternalnya serta senantiasa berusaha selalu menyeimbangkan keadaan internalnya / *homeostatis* (Kozier & Berman, 2010).

2. Lingkungan:

Merupakan konsep sentral dan bagian dari fokus asuhan. Realita yang harus dihadapi oleh keperawatan yang terdiri dari lingkungan internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi klien. Terdiri dari elemen utama yang mempengaruhi kesehatan seperti ventilasi, rasa hangat, bau, kebisingan, dan cahaya. Lingkungan meliputi orang-orang dalam lingkungan fisik seperti keluarga, teman, dan orang lain termasuk faktor budaya.

3. Kesehatan

Derajat kesehatan atau kesejahteraan yang dialami klien. Kemajuan personalitas dan proses manusiawi pada arah yang kreatif, konstruktif, dan produktif. Merupakan suatu kontinum sehat – sakit. Sehat adalah suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan keadaan kesehatannya. Sedangkan sakit merupakan keterbatasan sementara karena penyakit / masalah kesehatan dapat direstorasi atau proses berhenti.

4. Keperawatan

Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Bantuan juga ditujukan kepada penyediaan pelayanan kesehatan utama dalam upaya mengadakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang mencapai hidup sehat dan produktif.

Filosofi

Komponen kedua yakni filosofi, didefinisikan sebagai suatu pernyataan yang mencakup pernyataan ontologis tentang fenomena sentral dari suatu disiplin, pernyataan epistemik tentang bagaimana fenomena tersebut dapat diketahui dan pernyataan etis tentang nilai yang dianut oleh anggota profesi. Fungsinya yakni memberikan arah penemuan pengetahuan dan kebenaran, serta identifikasi apa yang berharga dan penting bagi anggota suatu disiplin. Fungsi filosofi selanjutnya untuk mengkomunikasikan apa yang diyakini benar oleh para anggota disiplin ilmu kaitannya dengan fenomena apa yang menarik, apa yang mereka yakini tentang perkembangan pengetahuan terkait fenomena tersebut dan apa yang mereka hargai sehubungan dengan tindakan dan praktik. Grace (2002) dalam (Alligood, 2014) menjelaskan bahwa *Philosophies of nursing* mencoba menjawab pertanyaan: apa itu keperawatan? dan mengapa keperawatan penting bagi manusia? Klaim ontologis dan epistemik pada filosofi keperawatan merefleksikan satu atau lebih dari tiga 'world views' yakni; reaksi, interaksi timbal balik dan aksi simultan.

Beberapa teori keperawatan yang termasuk dalam komponen *nursing philosophy* antara lain; Florence Nightingale 'modern nursing', Jean Watson 'Filosofi dan Teori Transpersonal Caring', Marilyn Anne ray 'Teori Bureaucratic', Kari Martinsen 'Filosofi Caring', Katie Eriksson 'Teori Caritative Caring', Patricia Benner '*caring, clinical wisdom and ethics in nursing practice*'.

Model Konseptual

Komponen ketiga yakni model konseptual, didefinisikan sebagai seperangkat konsep yang relatif abstrak dan umum yang membahas fenomena yang menjadi pusat perhatian suatu disiplin ilmu, proposisi yang secara luas menggambarkan konsep tersebut, dan proposisi yang menyatakan hubungan yang relatif abstrak dan umum antara dua atau lebih konsep. Istilah model konseptual identik dengan istilah kerangka konseptual, sistem konseptual, paradigma, dan matriks disiplin. Model konseptual telah ada sejak orang mulai berpikir tentang diri mereka sendiri dan lingkungan. Mereka sekarang ada di semua bidang kehidupan dan dalam semua disiplin ilmu. Memang, segala sesuatu yang dilihat, didengar, dibaca, dan dialami manusia disaring melalui lensa kognitif dari beberapa kerangka acuan konseptual. Proposisi model konseptual juga begitu abstrak dan umum sehingga tidak dapat diterima untuk pengamatan atau pengujian empiris langsung. Model konseptual berkembang dari pengamatan empiris dan wawasan intuitif atau secara deduktif melalui penggabungan ide-ide dari beberapa bidang. Model konseptual dikembangkan secara induktif ketika hasil pengamatan umum dirumuskan secara general dan dikembangkan secara deduktif ketika situasi tertentu dilihat sebagai contoh dari peristiwa lain yang lebih umum. Fungsi dari model konseptual yakni memberikan kerangka referensi yang khas (Alligood, 2014).

Model Konseptual Keperawatan

Model konseptual keperawatan bukanlah hal yang baru dalam keperawatan. Telah ada pertama kali sejak jaman Florence Nightingale (1959/1946) menyampaikan idenya tentang keperawatan. Pada awalnya konseptualisasi keperawatan belum disajikan dalam sebuah bentuk yang baku/formal dari model tersebut. Model konseptual keperawatan selanjutnya merupakan bentuk/tampilan eksplisit dan formal dari citra keperawatan yang tersembunyi. Model konseptual keperawatan yang eksplisit, memberikan orientasi filosofis dan pragmatis

untuk layanan yang diberikan perawat kepada pasien dalam hal ini layanan yang hanya dapat diberikan oleh perawat berupa dimensi perawatan total yang berbeda dari pelayanan oleh tenaga kesehatan lainnya (Smith & Liehr, 2018).

Beberapa teori yang masuk dalam komponen model konseptual keperawatan yakni: Myra Estrin Levine '*the conservation model*', Marta E. Roger '*Unitary Human Being*', Dorothea orem '*self-care deficit theory of nursing*', Imogene M. King '*konseptual system and middle range theory of goal attainment*', Betty Neuman '*system model*', Sister Calista Roy '*adaptation model*', Dorothy E. Jhonson '*behavioral system model*'

Teori Keperawatan

Komponen keempat adalah teori, didefinisikan sebagai satu atau lebih konsep yang relatif konkret dan spesifik, diturunkan dari model konseptual, proposisi yang menggambarkan konsep tersebut secara sempit, dan proposisi yang menyatakan hubungan yang relatif konkret dan spesifik antara dua atau lebih konsep.

Jenis teori berdasarkan orientasi tujuannya, terdiri atas teori deskriptif dan preskriptif. Teori deskriptif adalah teori yang mendeskripsikan fenomena, kejadian, situasi, atau suatu hubungan; mengidentifikasi komponennya; dan mengidentifikasi bagaimana hal tersebut terjadi. Teori preskriptif merupakan teori yang membahas terapi keperawatan dan hasil dari intervensi. Teori ini memiliki proposisi yang dapat memprediksi konsekuensi dari strategi atau terapi tertentu dari intervensi keperawatan (Alligood, 2014).

Berdasarkan tingkat abstraksinya teori dibedakan atas (Fawcett, 2006):

1. *Grand theory*

Grand theory cakupannya luas, konsep dan proposisinya kurang abstrak dan lebih umum dari model konseptual tetapi tidak sekonkret dan spesifik *middle-range theory*. Contoh: Konsep Consciousness by Margaret Newman. Terdiri dari kerangka

konseptual global yang menguraikan perspektif yang luas tentang praktik dan cara melihat fenomena keperawatan (model konseptual). Tidak ada atau lemahnya keterkaitan antara terminologi dalam teori dan indikator observasi.

2. *Middle-range theory*

Middle range theory memiliki cakupan lebih sempit dibandingkan *grand theory*. Konsep dan proposisinya relatif lebih konkrit (kurang abstrak). Membahas fenomena atau konsep yang lebih spesifik. Mengisi kesenjangan (*gap*) antara *grand nursing theories* dan praktik keperawatan. Jumlah variabel yang terbatas dan lingkup variabel yang dapat diuji namun tetap memadai secara umum untuk tetap menarik secara ilmiah. Bermanfaat untuk riset dan praktik

Contoh teori dalam kelompok *middle range theory*; *comfort theory* Colcaba, *Peaceful end of life theory* Ruland dan Moore.

3. *Situation specific/practice theory*.

Fokus pada fenomena keperawatan spesifik yang menampilkan praktik klinik dan terbatas pada populasi yang spesifik, biasa disebut juga *practice theory*. Cakupan teori sudah lebih spesifik dan terbatas, contohnya: model preventif untuk remaja dengan HIV.

Beberapa teori yang termasuk dalam komponen *nursing theory* antara lain: Anne Boykin dan Savina O Schoenhofer “*The Theory of Nursing as Caring: a Model for Transforming Practice*”, Afaf Ibrahim Meleis ‘*Transitions Theory*’, Nola J. Pender ‘*Health Promotion Model*’, Madeline M. Leininger ‘*Culture Care Theory of Diversity and Universality*’, Margaret A. Newman ‘*Health as Expanding Consciousness*’, Rosemarie Rizzo Parse ‘*Humanbecoming*’, Helen C. Erickson, Evelyn Tomlin dan Mary Ann. P Swain ‘*Modeling and Role Modeling*’, Gladys L.Husted dan James H. Husted ‘*Symphonological Bioethical Theory*’ (Alligood, 2014).

Teori yang termasuk dalam komponen *middle range theory* antara lain: Ramona T. Mercer '*Maternal Role Attainment--Becoming a Mother*', Merle H. Mishel '*Uncertainty in Illness Theory*', Pamela G. Reed '*Self-Transcendence Theory*', Caroline L. Wiener dan Marilyn J. Dodd '*Theory of Illness Trajectory*', Georgene G. Eakes, Mary Lermann Burke dan Margaret A. Hainsworth '*Theory of Chronic Sorrow*', Phill Barker '*The Tidal Model of Mental Health Recovery*', Katharine Kolcaba '*Theory of Comfort*', Cheryl Tatano Beck '*Postpartum Depression Theory*', Kristen M. Swanson '*Theory of caring*', Cornelia M. Ruland dan Shirley M. Moore '*Peaceful End-of-Life*' (Alligood, 2014).

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theory and Their Work* (8th ed.). Elsevier.
- fawcett, J. (2006). *Contemporary Nursing Knowledge* (Second). F. A davis Company.
- Kozier, B., & Berman, S. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep. In *Proses, dan Praktik, Jakarta: EGC*.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (Fourth). Springer Publishing Company.
- Taylor, C. R., Lilis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2011). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care* (Seventh). Lippincot Williams & Wilkins.

Profil Penulis



Lusia Henny Mariati

dilahirkan tanggal 15 Mei 1987 di Pagal, Kabupaten Manggarai-NTT. Penulis adalah seorang dosen keperawatan yang menamatkan Sarjana keperawatan dan Ners-nya dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2010. Kemudian bekerja sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sampai tahun 2012. Selanjutnya penulis menjadi dosen pemula di STIKES Stela Maris Makasar sampai tahun 2014. Tahun 2012 penulis melanjutkan pendidikan dan memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) di Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin pada tahun 2014. Sejak tahun 2015 hingga saat ini penulis menjadi dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng. Kepakaran penulis adalah pada bidang manajemen keperawatan. Guna menunjang karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan terpublikasi pada jurnal nasional. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan ilmiah baik nasional dan internasional pada bidang ilmu keperawatan.

Email Penulis: lusiaheny87@gmail.com

KONSEP MANUSIA DAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Novi Enis Rosuliana, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Konsep Manusia

1. Definisi Manusia

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2016), manusia adalah seseorang atau individu yang memiliki akal budi dan pengaruh kepada orang lain. Manusia juga merupakan makhluk emosional dimana manusia memiliki perasaan dan bertindak berdasarkan perasaan yang dimiliki. Manusia merupakan individu yang dipengaruhi oleh berbagai macam stimulus yaitu fisiologis, psikologis dan sosial budayanya (Kopsov, 2021). Selain itu manusia juga mengalami pertumbuhan dan perkembangan berdasarkan kelompok umur (Lestari, 2018). Maslow dalam teori humanistiknya lebih mengutamakan pada aspek perkembangan manusia. Perkembangan manusia ditentukan oleh perkembangan manusia itu sendiri dan kebutuhan hidup. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa manusia apabila kebutuhan dasar mereka terpenuhi, maka manusia akan lebih semangat melakukan aktivitas dan merasakan kepuasan diri. Teori humanistik juga berfokus pada kesiapan, potensi moral, kesadaran diri individu, ciri khas dan kepentingan individu. Selain itu teori ini juga menyatakan bahwa manusia adalah sebagai pengambil keputusan dan seorang pemimpin (Yahya et al., 2018) Selain itu ada definisi lain terkait manusia yaitu bahwa manusia merupakan makhluk

2. Hakikat Manusia

Manusia merupakan kunci dalam kehidupan, oleh karena itu kita harus memahami mengenai hakikat manusia berdasarkan pada beberapa pandangan (Khasinah, 2013), yaitu:

a. Pandangan Psikoanalitik

Pandangan ini menjelaskan bahwa pada hakikatnya manusia bergerak berdasarkan pada motivasi yang berasal dari dirinya. Sehingga manusia mampu mengontrol perilakunya berdasarkan pada kekuatan psikologis diri. Namun manusia tidak memegang kendali atas nasib seseorang namun mampu mengarahkan tingkah laku seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

b. Pandangan Humanistik

Pandangan ini menjelaskan bahwa manusia memiliki motivasi dalam dirinya untuk meraih tujuan yang baik. Pandangan ini menyatakan bahwa manusia memiliki pemikiran yang rasional sehingga mampu untuk menentukan nasibnya. Sehingga manusia mampu untuk melakukan perubahan dan perkembangan menuju pada kondisi yang lebih sempurna. Manusia juga merupakan makhluk sosial yang mampu bersikap dan bertingkah laku dimana mereka berada serta memiliki rasa tanggung jawab sosial serta keinginan untuk mencapai sesuatu yang diinginkan. Sehingga manusia disebut sebagai makhluk pribadi dan sosial.

Selain itu manusia juga dapat ditinjau dari dua sudut pandang, diantaranya (Rosmalawati & Kasiati, 2013):

1. Manusia sebagai Makhluk Holistik

Manusia sebagai makhluk yang sempurna, dimana manusia merupakan perpaduan secara lengkap yang berasal dari unsur biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Manusia tersusun atas sel, jaringan,

organ dan sistem tubuh yang berfungsi untuk proses metabolisme untuk menghasilkan energi sehingga mampu bertahan hidup bertumbuh dan berkembang sejak dilahirkan sampai meninggal.

Manusia sebagai makhluk psikologis menunjukkan bahwa manusia kondisi kejiwaan, kepribadian dalam bertingkah laku dan berpikir. Sebagai makhluk sosial kultural manusia juga memerlukan orang lain untuk saling bekerjasama, berinteraksi dalam pemenuhan kebutuhan hidup dengan tetap menerapkan norma, budaya dan aturan yang ada. Manusia sebagai makhluk spiritual menunjukkan bahwa manusia mempunyai pandangan hidup, motivasi dan keyakinan dalam menjalankan kehidupannya. Oleh karena itu manusia merupakan individu yang utuh dan tidak bisa terpisah-pisah. Sebagai contoh dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien, maka klien tersebut selain terdapat gangguan yang sifatnya biologis, tentunya juga akan berdampak pada gangguan yang lain seperti gangguan psikologis, sosial kultural dan spiritualnya. Sehingga dalam proses pemberian asuhan keperawatan tentunya bukan hanya tindakan mandiri perawat saja yang diberikan tetapi juga ada tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain seperti psikolog, ahli gizi, dokter dan juga pekerja sosial misalnya pemuka agama (Kyai, Pendeta) dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya.

2. Manusia sebagai Sistem

Manusia terdiri atas berbagai sistem, diantaranya sistem adaptif, personal, interpersonal dan sosial. Sebuah proses dimana individu melakukan perubahan sebagai respon terhadap perubahan lingkungan disebut sebagai sistem adaptif. Manusia sebagai sistem personal menunjukkan bahwa manusia memiliki persepsi dan bertumbuh kembang. Sedangkan sistem interpersonal dan sosial yaitu manusia memiliki kemampuan untuk berinteraksi berperan dan berkomunikasi dengan orang lain, serta manusia memiliki kewenangan dalam pengambilan keputusan di lingkungan keluarga dan masyarakat.

Berdasarkan deskripsi manusia sebagai sistem menunjukkan bahwa ketika seseorang menerima proses perawatan akibat adanya gangguan pada fungsi tubuh, tentunya manusia akan mulai melakukan proses adaptasi terhadap lingkungan baru yaitu rumah sakit, dan tenaga kesehatan serta klien yang lain. Ketika seseorang mengalami kesulitan untuk beradaptasi dengan lingkungannya yang baru maka akan berdampak pada gangguan fungsi sistem yang lain, sehingga proses keperawatan yang diberikan tidak bisa diterima dengan maksimal, dan berkorelasi dengan kecepatan kesembuhan klien.

3. Karakteristik Manusia

Wujud dari hakikat manusia berupa karakteristik manusia yang harus dipahami terutama dalam melakukan interaksi, komunikasi serta dalam memberikan pelayanan. Berikut adalah beberapa karakteristik manusia, diantaranya (Tirtarahadja & Sulo, 2015):

a. Menyadari Diri Sendiri

Karakteristik ini menunjukkan bahwa manusia menyadari bahwa dirinya memiliki ciri khas tersendiri, sehingga mampu untuk melakukan adaptasi terhadap lingkungannya. Selain itu manusia mampu meningkatkan potensi dalam dirinya untuk mencapai kesempurnaan diri.

b. Bereksistensi

Manusia mampu untuk menjadi pemimpin bagi lingkungan sekitarnya, sehingga perlunya pembinaan untuk mengembangkan karakter tersebut untuk meningkatkan kemampuan dalam mengatasi permasalahan hidup serta mempersiapkan masa depan.

c. Memiliki Nurani (Kata Hati)

Nurani atau kata hati adalah kemampuan dalam membedakan baik dan buruk atas sesuatu. Katajaman hati nurani yang dimiliki akan selaras

dengan peningkatan kecerdasan akal budi sehingga berpengaruh pada kemampuan untuk membuat suatu keputusan.

d. Moral dan Aturan

Etika juga disebut moral, sehingga seseorang bisa dikatakan memiliki moral yang baik apabila sikap dan perilakunya sesuai dengan nilai-nilai moral tersebut.

e. Bertanggung jawab

Tanggung jawab yang dimiliki adalah tanggung jawab kepada Tuhan, masyarakat dan diri pribadi. Manusia harus memiliki tanggung jawab kepada Tuhan dengan menerapkan norma-norma agama, sedangkan tanggung jawab manusia ke pada masyarakat berkaitan erat dengan penerapan norma-norma sosial, dan tanggung jawab manusia kepada dirinya adalah dengan bersikap dan berperilaku sesuai dengan kata hati.

f. Rasa Bebas

Kebebasan yang dimaksud adalah dengan tetap mengikuti aturan-aturan yang berlaku serta tidak mengganggu kebebasan orang lain. Setiap manusia bebas untuk bertindak namun harus tetap memegang norma dan etika. Ketika kebebasan yang dimiliki melanggar suatu aturan maka akan ada sanksi yang mengikat baik itu sanksi hukum, maupun sanksi sosial.

g. Melaksanakan Kewajiban dan Hak

Setiap manusia memiliki kewajiban dan hak, dan diperlukan pendidikan disiplin dalam pembentukan karakter untuk memahami kewajiban dan hak, berupa disiplin rasional, disiplin sosial, disiplin afektif, dan disiplin agama.

h. Memaknai Arti Kebahagiaan

Kebahagiaan dipengaruhi oleh aspek-aspek kepribadian seperti aspek nalar dan rasa. Upaya dalam mencapai kebahagiaan harus

berlandaskan pada norma-norma yang ada. Namun takdir manusia ditentukan oleh Tuhan sehingga manusia harus meningkatkan rasa syukur dan sabar.

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia

Manusia mengalami perubahan pada tumbuh kembangnya. Karakteristik pertumbuhan dan perkembangan pada manusia berdasarkan pada kelompok umur. Pertumbuhan berkaitan erat dengan komposisi tubuh yang terdiri atas lemak, protein, air dan mineral. Komposisi tubuh berperan dalam menentukan jumlah dan jenis kebutuhan nutrisi, dan menentukan status kesehatan dan penyakit (Zemel, 2022). Pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran dan jumlah sel, jaringan yang menunjukkan bahwa terjadi penambahan ukuran fisik dan struktur tubuh baik sebagian maupun keseluruhan dan bisa diukur dengan ukuran panjang, tinggi dan berat (kuantitas). Sedangkan istilah perkembangan adalah proses perubahan terjadinya kematangan fungsi tubuh, dan peningkatan kematangan berpikir dan emosi (kualitas) (Nnadozie & Jerome, 2019).

Berikut adalah prinsip perkembangan yaitu (Ruffin et al., 2019):

a. Perkembangan berlangsung dari Kepala ke bawah (Cephalocaudale)

Prinsip ini menggambarkan arah pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prinsip ini seorang anak akan mengendalikan tubuhnya dari atas yaitu kepala berupa kontrol kepala dan wajah pada 1 bulan pertama setelah lahir kemudian akan berkembang mengikuti penambahan usia, berlanjut ke lengan yaitu seiring bertambahnya usia bayi dapat mengangkat badan mereka dengan menggunakan kekuatan lengan, dan pada usia 6 – 12 bulan bayi sudah bisa merangkak, berdiri dan berjalan.

b. Perkembangan dimulai dari pusat ke luar tubuh
Prinsip perkembangan ini disebut dengan proximodistal, seperti lengan anak akan berkembang sebelum tangan dan kaki akan berkembang terlebih dahulu sebelum jari tangan dan kaki. Jari- jari tangan dan kaki berfungsi dalam meningkatkan perkembangan pada aspek motorik halus.

c. Perkembangan bergantung pada pematangan dan pembelajaran

Pematangan atau maturasi mengarah pada urutan karakteristik pertumbuhan dan perkembangan biologis. Perubahan pada tubuh akan berdampak pada bertambahnya kemampuan baru pada anak. Otak dan sistem saraf sudah mulai berkembang dan mengalami maturasi. Kematangan otak dan sistem saraf akan berdampak pada kemampuan kognitif dan motorik kasar dan halus. Seorang anak akan memiliki keterampilan baru apabila sudah siap untuk mendapatkan keterampilan baru. Bayi yang berusia 4 bulan kondisi otak masih belum matang sehingga berdampak pada kemampuan bahasa. Sedangkan usia 2 tahun otak telah berkembang dan matang sehingga anak mampu untuk berbicara dan memahami kata-kata, namun kondisi tersebut tidak terlepas dari stimulasi yang terus diberikan oleh orang tua.

d. Perkembangan dari sederhana (konkret) ke yang lebih kompleks

Prinsip ini menunjukkan bahwa anak sudah mulai menggunakan kemampuan kognitif dan bahasa untuk memecahkan masalah. Proses belajar dimulai dari hal-hal yang sederhana (konkret) misalnya buah apel warnanya merah atau hijau. Proses awal berpikir adalah hal sederhana bahwa apel adalah sebuah objek yang berwarna. Seiring bertambahnya kemampuan kognitif anak akan mampu untuk menganalisa

dan mengelompokkan bahwa objek yang berwarna warni itu adalah kelompok buah.

- e. Pertumbuhan dan Perkembangan adalah Proses yang berkesinambungan

Ketika perkembangan meningkat maka akan menambah keterampilan baru dan penguasaan atas keterampilan tersebut. Satu tahap perkembangan akan menjadi dasar untuk perkembangan berikutnya. Seperti halnya urutan perkembangan anak sebelum bisa berjalan adalah dimulai dari kontrol kepala, mengangkat badan, merangkak, berdiri kemudian berjalan. Kemudian dilanjutkan dengan keterampilan baru seperti mengambil benda-benda kecil dan menaiki tangga.

- f. Pertumbuhan dan Perkembangan dimulai dari Khusus ke Umum

Prinsip ini misalnya terkait dengan perkembangan motoric bayi, bayi terlebih dahulu akan memahami objek dengan menggunakan seluruh tangan, sebelum kemudian bayi menggunakan ibu jari dan telunjuk. Arah pertumbuhan diawali dari gerakan otot besar ke otot halus, atau dari kemampuan perkembangan motorik kasar kemudian dilanjutkan ke motorik halus.

- g. Terdapat tingkatan pertumbuhan dan perkembangan individu

Setiap individu memiliki karakteristik pertumbuhan dan perkembangannya masing-masing. Namun pola dan urutan pertumbuhan dan perkembangan pada individu biasanya sama. Terdapat suatu kondisi dimana setiap individu akan mencapai tingkat perkembangan yang berbeda. Oleh karena itu sangat penting diketahui bahwa harus berhati-hati menggunakan tingkatan pertumbuhan dan perkembangan berdasarkan usia, karena terdapat rentang usia dimana setiap tugas perkembangan akan bisa dicapai.

Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Definisi

Terdapat suatu keterkaitan antara perilaku memelihara suatu hubungan dan interaksi antar sesama manusia dalam sebuah keluarga dengan pemenuhan kebutuhan (Kluwer et al., 2020). Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang diperlukan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis, agar dapat bertahan dan melangsungkan kehidupannya untuk tetap sehat dan produktif (Sukandar & Putra, 2019).

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar manusia diantaranya (Potter et al., 2017):

- a. Faktor Penyakit, berkaitan dengan gangguan pada kondisi fisiologis tubuh sehingga terdapat gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasar misalkan penurunan nafsu makan, gangguan pada pernapasan, dan dengan kondisi sakit yang dialami bisa mengganggu pemenuhan kebutuhan seksual.
- b. Faktor hubungan keluarga, meningkatkan kebutuhan akan rasa cinta dan kasih sayang, serta menumbuhkan rasa saling memiliki, percaya dalam kehidupan
- c. Faktor konsep diri, berkaitan dengan proses menggambarkan dirinya pribadi,
- d. Faktor tahap perkembangan dan struktur keluarga, setiap manusia memiliki karakteristik pertumbuhan dan perkembangan berdasarkan kelompok usianya, sehingga berkaitan dengan perbedaan dalam pemenuhan kebutuhan dasar

3. Teori Kebutuhan Manusia

Teori kebutuhan berdasarkan pemikiran Maslow berlandaskan pada teori motivasi. Pemahaman terkait manusia secara keseluruhan, Maslow menggunakan beberapa konsep dasar yaitu: 1) manusia merupakan individu yang terintegrasi secara total, 2) karakteristik kebutuhan muncul tidak bisa dilokasikan pada satu jenis kebutuhan saja, 3) materi motivasi menjadi bagian dari studi tentang tujuan manusia, 4) teori motivasi tidak mampu membiarkan kehidupan bawah sadar, 5) keinginan yang mutlak dan prinsip manusia berkaitan dengan kehidupan sehari-hari, 6) munculnya keinginan yang disadari mencetuskan tujuan lain, 7) teori motivasi sifatnya konstan dan tidak pernah berakhir (Muazaroh & Subaidi, 2019).

Terdapat beberapa teori tentang kebutuhan dasar manusia, menurut beberapa ahli diantaranya:

1. Abraham Maslow

Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow dikenal dengan teori piramida kebutuhan manusia/ hirarki Maslow yang terdiri atas: tingkat dasar kebutuhan manusia dan tujuan individu. Adapun syarat yang harus terpenuhi, dimana sesuatu dianggap sebagai sebuah kebutuhan dasar diantaranya: 1) Apabila tidak terpenuhi akan menimbulkan penyakit, 2) Bila terpenuhi akan terhindar dari penyakit, 3) Pemulihannya mampu untuk menyembuhkan diri dari penyakit, 4) untuk kondisi-kondisi tertentu seseorang bebas untuk memilih, 5) Kebutuhan sifatnya pasif, dan lemah yang menunjukkan bahwa secara fungsi terdapat pada orang yang sakit. Adapun hirarki kebutuhan manusia terdiri dari kebutuhan fisiologis, keamanan, sosial/cinta, harga diri dan aktualisasi diri (Muazaroh & Subaidi, 2019)

a. *Physiological needs* (Kebutuhan Fisiologis)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang utama, primer atau mendasar, dan kebutuhan manusia yang paling dominan. Posisi kebutuhan

fisiologis terletak pada bagian paling bawah dari hirarki Maslow. Kebutuhan fisiologis ini diantaranya oksigen, cairan, nutrisi, temperature, eliminasi, tempat tinggal, istirahat, dan seks (Potter et al., 2017).

b. *Safety Needs* (Kebutuhan keamanan)

Ketika kebutuhan paling dasar terpenuhi, maka manusia akan berusaha untuk mencari keamanan dan perlindungan, agar terhindar dari kekacauan, kecemasan dan rasa takut. Kebutuhan ini bertujuan agar kondisi kehidupan manusia menjadi lebih sejahtera (Muazaroh & Subaidi, 2019). Kebutuhan akan keselamatan terbagi menjadi: a) Keselamatan fisik yaitu keadaan untuk menurunkan ancaman pada kehidupan seperti penyakit, kecelakaan, bahaya pemajanan terhadap lingkungan, b) Keselamatan psikologis yaitu adanya ancaman terhadap pengalaman baru, seperti individu yang berada pada lingkungan baru merasa terancam untuk menyesuaikan diri dalam berinteraksi.

c. *The belongingness and love needs* (Kebutuhan memiliki dan cinta).

Apabila kebutuhan fisiologis, dan rasa aman terpenuhi, maka manusia akan mencari seseorang yang bisa memberikan cinta, pemahaman dan pengertian.

d. *The Esteem Needs* (Kebutuhan akan penghargaan)

Ketika tiga kebutuhan terpenuhi, maka muncul keinginan manusia untuk mendapatkan penghargaan atau dihargai baik oleh sesame maupun di lingkungan masyarakat.

e. *Self Actualization* (Kebutuhan Aktualisasi Diri)

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan yang terletak di posisi puncak pada hirarki Maslow, dan kebutuhan ini akan dicapai apabila 4 kebutuhan yang lain telah terpenuhi. Pemenuhan kebutuhan

aktualisasi diri menunjukkan bahwa seseorang telah mencapai potensi yang maksimal, dan berpengaruh terhadap kondisi psikologis berupa persepsi yang tinggi dan motivasi.



Gambar: Hierarki Maslow

2. Virginia Henderson

Teori kebutuhan dari Virginia Henderson juga digunakan untuk melakukan proses asuhan keperawatan. Teori ini berlandaskan pada 14 kebutuhan dasar dengan melibatkan setiap aspek klien. Henderson menyatakan bahwa konsep kerangka kerja dalam melakukan intervensi keperawatan pada klien menggunakan 14 kebutuhan dasar ini, sehingga mampu mencapai tujuan dari keperawatan yaitu klien mampu untuk menjadi mandiri (Wallace & Jones, 2020). Adapun 14 kebutuhan dasar menurut Virginia Henderson meliputi (Mcewen & Em, 2019):

- a. Bernapas secara normal.
- b. Makan dan minum yang cukup
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e. Tidur dan istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat

- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasi lingkungan
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan.
- l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
- n. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Berdasarkan 14 komponen kebutuhan dasar menurut Virginia Henderson terbagi menjadi komponen fisiologis, komponen komunikasi dan pembelajaran, komponen spiritual dan moral, serta komponen sosiologis pekerjaan dan rekreasi. Komponen fisiologis meliputi 9 komponen kebutuhan dasar pertama, komponen kesepuluh dan keempat berkaitan dengan komunikasi dan pembelajaran, komponen kesebelas berkaitan dengan spiritual dan moral, sedangkan kedua belas dan ketiga belas berhubungan dengan aspek sosiologis pekerjaan dan rekreasi (McEwen & Em, 2019). Komponen kebutuhan dasar Virginia meliputi kebutuhan manusia secara holistic yang meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual.

3. Jean Watson

Jena Watson terkenal dengan teorinya yaitu *theory of human caring*. Theory of human caring memuat 3 konsep utama yaitu *carative factors, a caring relationship, and caring moments*. Konsep yang pertama adalah *carative factors* yaitu panduan dalam praktik keperawatan berkembang melalui suatu proses caritas klinis, diman aterdapat 10 *caratif factors* yang bepusat pada fenomena asuhan keperawatan. Berikut 10 caratif factors dari Jean Watson, diantaranya (Wei & Watson, 2019):

- a. Melatih untuk mencintai melalui sitem nilai humanistic
- b. Mempertahankan keyakinan, harapan dan sistem kepercayaan diri sendiri dan orang lain
- c. Menanamkan kesadaran dan kepekaan kepada diri sendiri dan orang lain, faktor ini adalah sebagai landasan dalam melakukan praktek asuhan keperawatan
- d. Menumbuhkan rasa saling percaya
- e. Mendukung adanya perasaan positif atau negative yang dirasakan oleh diri sendiri dan orang lain
- f. Menggunakan metode pemecahan masalah dalam pengambilan keputusan dalam praktek caring dalam mencapai kesembuhan
- g. Meningkatkan proses pembelajaran terkait kepedulian transpersonal
- h. Menciptakan lingkungan fisik, psikologis, sosial, kultural dan spiritual dalam mencapai kesembuhan
- i. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar
- j. Memberikan kekuatan eksistensial fenomenologis - spiritual



Gambar: Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Jean watson

Daftar Pustaka

- Khasinah, S. (2013). Hakikat Manusia Menurut Pandangan Islam Dan Barat. *Jurnal Ilmiah Didaktika*, 13(2). <https://doi.org/10.22373/jid.v13i2.480>
- Kholoud, A., & Omar, B. (2020). Jean Watson 's Middle Range Theory o f Human Caring: A Critique. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Scientific Research (IJAMSR)*, 3(1), 1–14. https://www.ijamsr.com/issues/6_Volume_3_Issue_1/20200202_114310_3011.pdf
- Kluwer, E. S., Karremans, J. C., Riedijk, L., & Knee, C. R. (2020). Autonomy in Relatedness: How Need Fulfillment Interacts in Close Relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46(4), 603–616. <https://doi.org/10.1177/0146167219867964>
- Kopsov, I. (2021). A New Theory of Human Behavior and Motivation. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 8(10), 365–364. <https://doi.org/10.14738/assrj.810.11088>
- Lestari, I. (2018). *Konsep Dasar Perkembangan Manusia*. Erzatama Karya Abadi.
- Mcewen, M., & Em, W. (2019). *Theoretical basis for nursing. 5th ed.* Lippincott Williams &Wilkins.
- Muazaroh, S., & Subaidi. (2019). *Kebutuhan Manusia Dalam Pemikiran Abraham Maslow. 7.*
- Nnadozie, E., & Jerome, A. (2019). Definition and Measurement of Growth and Development. In E. Nnadozie & A. Jerome (Eds.), *African Economic Development* (pp. 39–56). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-78743-783-820192003>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Hall, A. M., & Ostendorf, W. R. (2017). Fundamentals of Nursing. *Key to Success Staff Nurses Recruitment Exam*, 49–49. https://doi.org/10.5005/jp/books/12954_32

- Rosmalawati, N. W. D., & Kasiati. (2013). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Pusdiklatnakes, Badan PPSDM Kesehatan.
- Ruffin, N. J., Specialist, E., Welzel, C., & Inglehart, R. (2019). Human Growth and Development - A Matter of Principles. *Virginia Cooperative Extension*, 350-053, 1-42.
- Sukandar, D., & Putra, A. (2019). *Ardia Putra 2*. IV(1), 46-53.
- Tirtarahadja, U., & Sulo, L. (2015). *Pengantar Pendidikan*. Rineka Cipta.
- Trivedi, A. J., & Mehta, A. (2019). *Maslow's Hierarchy of Needs - Theory of Human Motivation*. 7(38), 38-41. <http://kalyan-city.blogspot.com/2010/06/maslow-hierarchy-of-needs-theory-of.html>
- Wallace, A., & Jones, M. (2020). An evaluation of Henderson's nursing needs model and how it can be adapted for use in veterinary nursing. *The Veterinary Nurse*, 11(8), 340-347. <https://doi.org/10.12968/vetn.2020.11.8.340>
- Wei, H., & Watson, J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
- Yahya, N., S.H.S, O., Al-Shafi'I, M. M. O., Abdullah, M. S., Ali, M. S., & Zin, E. I. E. W. (2018). The Concept of Human Will According to Al-Ghazali and Abraham Maslow: A Comparative Study. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(10), 91-99. <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v8-i10/4715>
- Zemel, B. S. (2022). Body composition during growth and development. In *Human Growth and Development*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-822652-0.00018-3>
- Zuhairini. (2009). *Filsafat Pendidikan Islam*. Bina Aksara.

Profil Penulis



Novi Enis Rosuliana

lahir di Probolinggo, 30 November 1987. Penulis saat ini berdomisili di Kota Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat. Penulis selesai menempuh pendidikan Sarjana keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Brawijaya, Malang pada tahun 2015. Kemudian bekerja di salah satu institusi Swasta dan sebagai perawat anak di RS selama 2 tahun. Motivasi diri untuk meningkatkan pendidikan keperawatan membuat penulis berkeinginan melanjutkan pendidikan pasca Sarjana. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan magister keperawatan anak di Universitas Indonesia pada tahun 2012-2014 dan pada tahun 2014-2015 menempuh pendidikan spesialis keperawatan anak di Universitas yang sama. Penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya sebagai dosen yang mengampu mata kuliah keperawatan anak dan keperawatan dasar. Penulis selain mengajar juga aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan anak dan kegawatdaruratan. Saat ini Penulis juga terlibat dalam keorganisasian di IPANI (Ikatan Perawat Anak Nasional Indonesia) dan PPNI. Selain melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi, penulis juga mulai aktif terlibat dalam menulis buku keperawatan dengan tujuan untuk memberikan informasi baru dalam kemajuan dan pengembangan pendidikan keperawatan menjadi lebih maju dan profesional.

Email Penulis: ikhshanovi@gmail.com

KONSEP KEBUTUHAN SEHAT SAKIT DAN STRES ADAPTASI

Ns. Ni Made Nopita Wati, S.Kep., M.Kep
STIKes Wira Medika Bali

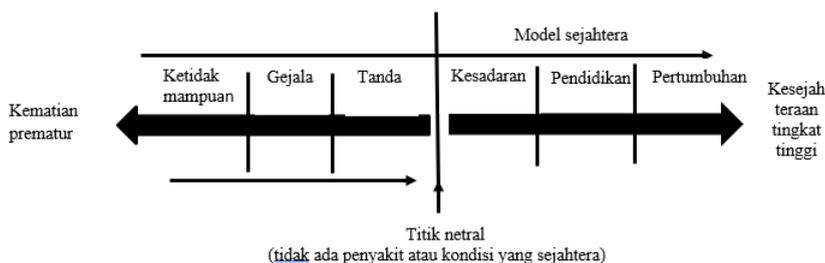
Konsep Kebutuhan Sehat – Sakit

Kontinum Sehat-Sakit

Konsep sehat dan sakit merupakan bagian dari paradigma keperawatan. Pada masa lalu sebagian besar individu dan masyarakat memandang kesehatan yang baik atau kesejahteraan sebagai suatu kondisi kebalikan dari penyakit atau kondisi tidak adanya penyakit. Sikap yang sederhana ini dapat diaplikasikan dengan mudah dimana seseorang dianggap sehat atau sakit tanpa adanya rentang diantaranya. Cara pandang tentang sehat sebagai suatu situasi ada/tidak ada penyakit mengabaikan adanya rentang sehat – sakit. Menurut Neuman (1900), menurutnya konsep sehat merupakan sebuah rentang atau kontinum. Sehat dalam suatu rentang adalah tingkat sejahtera klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentang dari kondisi sejahtera yang terdapat dalam rentang dari kondisi sejahtera yang optimal dengan energi yang paling maksimum sampai kondisi kematian, yang menandakan habisnya energi total. Menurut model kontinum sehat-sakit ini, sehat adalah suatu keadaan yang dinamis yang berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan yang ada di lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan dan

spiritual yang sehat. Sakit adalah sebuah proses dimana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang mana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang ada mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya.

Karena sehat dan sakit merupakan kualitas yang relatif, yang mempunyai beberapa tingkat, maka akan lebih akurat bila sehat dan sakit ditentukan sesuai dengan titik tertentu pada skala atau kontinum sehat-sakit dibandingkan bila ditentukan keadaan yang absolut dengan atau tidak adanya penyakit, seperti yang terlihat pada gambar 1 di bawah ini



Perubahan kondisi sehat dan sakit menurut model kontinum merupakan suatu hubungan yang relatif dan dinamis. Kondisi ini membuat perawat dapat membandingkan keadaan sehat para pasien dengan membandingkan kesehatan pasien di masa lalu. Perubahan tingkat kesehatan pasien ini ditentukan oleh sikap adaptasi yang dilakukan oleh individu terhadap berbagai perubahan di lingkungan internal maupun eksternal dalam proses mempertahankan kondisi fisik, emosional, sosial, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual yang sehat. Penentuan sehat dan sakit dalam model ini dapat diambil dari dua sudut pandang, yaitu pasien dalam memandang sehat melalui kondisi fisik, emosional, sosial, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual. Perawat menentukan kondisi kesehatan dan sakit pasien melalui rentang sakit yang pernah dilalui, yaitu dari titik sakit terberat hingga kondisi kesejahteraan

pasien. Kekurangan dari kontinum sehat-sakit ini adalah sulitnya menentukan tingkat kesehatan klien sesuai dengan titik tertentu yang ada diantara dua titik ekstrem pada kontinum. Contoh : apakah seseorang yang menderita fraktur kaki tetapi ia mampu beradaptasi dengan keterbatasan mobilitas, dianggap lebih sehat atau tidak sehat daripada seseorang yang mempunyai fisik yang sehat tapi mengalami depresi berat setelah kematian pasangannya. Model ini akan menjadi efektif bila digunakan untuk membandingkan tingkat kesehatan klien saat ini dengan tingkat kesehatan sebelumnya. Kemudian model ini juga akan bermanfaat saat perawat membantu klien menentukan tujuan untuk mencapai tingkat kesehatan yang baik di masa yang akan datang.

Model Kesejahteraan Tingkat Tinggi

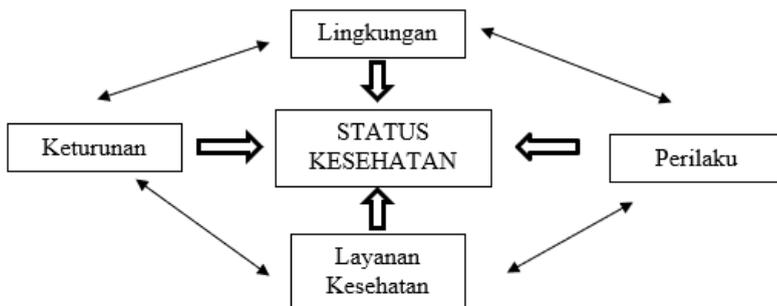
Model ini pertama kali dikembangkan pada akhir tahun 1950-an kemudian direvisi oleh Dunn (1977), model ini berorientasi pada cara memaksimalkan potensi sehat pada setiap individu. Model ini menuntut individu untuk mampu mempertahankan rentang keseimbangan dan arah yang memiliki tujuan tertentu dalam lingkungan. Model ini mencakup kemajuan kearah tingkat fungsi yang lebih tinggi, yang menjadi suatu tantangan yang terbuka dan luas dimana individu mampu hidup dengan potensi yang paling maksimal. Akhirnya ada suatu integrasi yang berkesinambungan dari cara pelaksanaan kesehatan yang dilakukan oleh individu yang akan meningkatkan tingkat kesehatan disepanjang hidupnya. Pada model ini diharapkan perawat dan individu mampu mengoptimalkan potensi sehat pada setiap individu. Pada kondisi bertahan, individu berusaha untuk dinamis terhadap lingkungan serta perubahannya. Individu diharapkan mampu untuk berusaha adaptif serta responsif sebagai upaya menyeimbangkan rentang sehat-sakitnya terhadap lingkungan. Upaya ini juga dapat diterapkan untuk menciptakan kesejahteraan kesehatan keluarga serta komunitas melalui sikap yang terintegrasi. Model ini juga disebut sebagai "*the well being paradigm*" dimana model ini akan memandang rentang

sehat sakit lebih luas yaitu pada sebuah kelompok manusia baik ditingkat keluarga dan masyarakat. Model ini akan membedakan keadaan sehat-sakit berat atau menjelang kematian dalam sebuah masyarakat, dapat dikategorikan dalam empat spektrum, yaitu sebagai berikut:

1. Suatu kondisi kesehatan yang optimal pada fungsi-fungsi somati psikis serta sosial secara optimum dilakukan dikatakan sebagai spektrum kesehatan
2. Suatu kondisi saat tubuh tengah terserang penyakit tertentu seperti sakit ringan dimana kondisi kesehatan menurun dan terdapat gangguan fungsi ringan dari somatik, psikis serta sosial. Kondisi ini disebut sebagai kondisi spektrum kesehatan suboptimal
3. Suatu keadaan dimana kesehatan menurun dan terdapat gangguan fungsi yang jelas. Klien juga mengalami dan atau menunjukkan gejala ketidakmampuan atau gangguan aktivitas dan kecakapan sehari-hari. Kondisi ini disebut spektrum sakit/kelainan/kecacatan
4. Suatu kondisi kesehatan yang sangat menurun dan telah ancam eksistensi kehidupan atau vitalitas seseorang dengan konsep segitiga epidemiolog, dimana kondisi ini disebut spektrum penyakit

Model ini menjelaskan empat faktor utama yang memengaruhi derajat kesehatan individu atau masyarakat kedalam empat faktor di antaranya faktor lingkungan, perilaku individu maupun kelompok, pelayanan kesehatan, dan genetik. Faktor lingkungan terdiri atas lingkungan sosial, ekonomi, fisik, serta politik. Faktor perilaku meliputi gaya hidup individu dan atau kelompok masyarakat. Faktor pelayanan kesehatan meliputi jenis cakupan dan kualitasnya. Faktor genetik atau keturunan. Empat faktor di atas yang paling sulit dikendalikan adalah perilaku manusia dan atau masyarakat serta lingkungan. Pada skala ini, sewaktu-waktu seseorang bisa berada dalam keadaan sehat,

namun di lain waktu bisa bergeser ke keadaan sakit seperti diagram di bawah ini.



Kesehatan seseorang dipengaruhi oleh empat faktor yaitu herediter (keturunan), layanan kesehatan, lingkungan dan perilaku. Menurut Hendrik Bloom (dalam Koziar, et al 2011) dari keempat faktor tersebut yang mempunyai andil besar dalam derajat kesehatan adalah faktor lingkungan (45%) dan faktor perilaku (30%) sisanya pengaruh faktor keturunan dan layanan kesehatan. Faktor lingkungan dan perilaku mempunyai kaitan yang sangat erat, lingkungan bisa sehat jika perilaku masyarakat sehat. Kerusakan lingkungan salah satunya dapat terjadi akibat faktor perilaku manusia. Berbagai penyakit yang saat ini terjadi, seperti demam berdarah terjadi akibat faktor lingkungan dan perilaku manusia.

Model Peningkatan Kesehatan

Model peningkatan kesehatan yang dikemukakan oleh Pender dibuat untuk menjadi sebuah “model yang akan menyeimbangkan dengan model perlindungan kesehatan”. Peningkatan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesehatan klien. Model tersebut berfokus pada tiga fungsi. Model tersebut mengidentifikasi beberapa faktor (misal demografi dan social) yang dapat meningkatkan atau menurunkan partisipasi untuk meningkatkan kesehatan. Model tersebut juga mengatur berbagai tanda ke dalam sebuah pola untuk menjelaskan kemungkinan munculnya partisipasi klien dalam perilaku

peningkatan kesehatan. Fokus dari model ini adalah untuk menjelaskan alasan keterlibatan klien dalam aktivitas kesehatan. Model peningkatan kesehatan tidak dapat digunakan untuk keluarga atau komunitas. Model ini telah diuji pada berbagai macam populasi karena model ini menjadi salah satu indikator peningkatan kesehatan yang dapat diandalkan. Model peningkatan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan tingkat kesehatan dan aktualisasi diri individu. Perawat harus memahami variabel yang dapat mempengaruhi keyakinan dan praktik kesehatan Pasien. Variabel itu dibedakan menjadi dua yaitu internal dan eksternal. Variabel internal ini meliputi tahap perkembangan, latar belakang intelektual, persepsi tentang fungsi personal, faktor emosional serta spiritual. Adapun faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1. Tahap Perkembangan

Tahap perkembangan akan mempengaruhi setiap perawatan pasien, dimana tahap perkembangan setiap orang atau pasien akan berbeda antara satu dengan lainnya. Perawat harus mampu mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien pada saat perawatan. Contohnya jika pasien anak yang dirawat maka perawat sebaiknya banyak memberikan penjelasan tentang kondisinya serta motivasi agar semangat dan tidak merasa takut selama proses perawatan agar pasien anak tersebut tidak memiliki trauma akibat hospitalisasi.

2. Latar Belakang Intelektual

Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk membentuk faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilikinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri. Kemampuan kognitif juga berhubungan dengan tahap perkembangan seseorang, dimana seorang perawat perlu memperhatikan latar belakang intelektual dari kliennya untuk memahami pola pikir dan

kemampuan klien dalam memahami kondisi kesehatannya.

3. Persepsi tentang fungsi

Setiap orang memiliki persepsi tersendiri tentang fungsi fisiknya dimana hal ini akan mempengaruhi dari keyakinan orang tersebut terhadap kesehatannya. Pola pikir pasien dalam kesehatan dipengaruhi oleh persepsi tentang fungsi tubuhnya. Pasien dapat mengumpulkan data subjektif tentang cara merasakan kondisi fisik, seperti keletihan, sesak napas, atau nyeri.

4. Faktor emosional

Kondisi emosional dapat berpengaruh terhadap keyakinan seseorang terhadap kesehatannya. Pasien yang memiliki tingkat stress lebih tinggi cenderung berespon berlebih ketika sakit, namun pasien yang memiliki respon emosional rendah cenderung lebih tenang dalam menghadapi sakitnya. Contohnya : seseorang yang memiliki nafas terengah-engah dan sering batuk mungkin akan menyalahkan perubahan cuaca karena secara emosional ia tidak bisa menerima kondisi bahwa ia mengalami penyakit saluran nafas.

5. Faktor spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang itu menjalani hidupnya, mencakup nilai serta keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup. Spiritual bertindak sebagai suatu tema yang terintegrasi dalam kehidupan seseorang. Spiritual seseorang akan mempengaruhi cara pandangannya terhadap kesehatan dilihat dari perspektif luas.

Variabel eksternal yang dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap kesehatan dan cara mereka melaksanakannya terdiri dari pelaksanaan kesehatan di keluarga, faktor social ekonomi dan variabel budaya. Adapun faktor tersebut adalah sebagai berikut :

a. Praktik di keluarga

Cara pandang keluarga terhadap sehat-sakit dapat mempengaruhi pasien dalam konsep sehat-sakit. Keluarga dapat membantu anggota keluarganya dalam menjaga kesehatan serta proses penyembuhan. Keluarga yang sehat biasanya akan mencari cara untuk membantu anggota keluarganya mencapai potensi mereka yang paling besar. Jika orang tua di dalam keluarga bersikap bahwa semua virus berpotensi menyebabkan penyakit serta jika mengalami sakit harus segera mencari pelayanan kesehatan maka saat dewasa nanti hal ini akan diturunkan kepada generasi penerusnya.

b. Faktor Sosioekonomik

Faktor social dan psikososial dapat meningkatkan risiko terjadi penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakit. Faktor social berperan dalam menentukan bagaimana sistem pelayanan kesehatan menyediakan pelayanan medis. Sistem pelayanan kesehatan merupakan sebuah struktur yang kompleks dimana klien amat bergantung pada pelayanan yang diberikan. Faktor psikososial mencakup stabilitas perkawinan, kebiasaan gaya hidup dan lingkungan kerja. Seseorang pada umumnya mencari dukungan dari kelompok sosialnya dan dukungan yang diberikan akan mempengaruhi keyakinan terhadap kesehatan. Faktor ekonomi juga mempengaruhi tingkat kesehatan klien dengan cara meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara bagaimana atau dimana klien masuk ke dalam sistem pelayanan kesehatan.

c. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu. Budaya juga mempengaruhi tempat masuk ke dalam sistem pelayanan kesehatan dan mempengaruhi cara melaksanakan kesehatan pribadi.

Tahap Perilaku Sakit

Walaupun perilaku sakit individu dapat dipengaruhi oleh variabel internal dan eksternal, tapi pada umumnya setiap manusia melalui lima tahap perilaku sakit. Pola itu terdiri dari bagaimana seseorang mencari, menemukan dan mengikuti sampai selesai pelayanan kesehatan yang diberikan. Perawat akan menghadapi klien yang mengalami berbagai tahap perilaku sakit. Pengetahuan tentang seluruh tahap ini memungkinkan perawat mampu mengkaji perilaku klien, menentukan tahap perilaku sakit, dan mengembangkan berbagai jenis intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi fisik, emosional, intelektual, social dan spiritual yang optimal selama klien sakit.

1. Tahap 1 : Mengalami gejala

Selama tahap awal klien akan menyadari bahwa ada sesuatu yang salah. Tahap ini merupakan tahap awal seseorang mengalami proses sakit yang ditandai dengan adanya perasaan tidak nyaman terhadap dirinya sendiri karena timbulnya suatu gejala yang dapat meliputi gejala fisik. Seseorang biasanya mengenali sensasi atau keterbatasan fungsi fisik tetapi tidak menduga adanya diagnose tertentu.

2. Tahap 2 : Asumsi terhadap sakit

Pada tahap ini seseorang akan melakukan interpretasi terhadap sakit yang dialaminya dan akan merasakan keraguan pada kelainan atau gangguan yang dirasakan tubuh.

3. Tahap 3 : Kontak dengan pelayanan kesehatan

Pada tahap ini seseorang telah melakukan hubungan dengan pelayanan kesehatan dengan meminta nasihat dari profesi kesehatan seperti dokter, perawat atau lainnya yang dilakukan atas inisiatif dirinya sendiri.

4. Tahap 4 : Peran klien dependen

Tahap ini terjadi setelah seseorang dianggap mengalami suatu penyakit yang tentunya akan mendapatkan bantuan pengobatan sehingga kondisi seseorang sudah mulai ketergantungan dalam pengobatan, tetapi tidak semua orang mempunyai tingkat ketergantungan yang sama melainkan berbeda berdasarkan tingkat kebutuhannya.

5. Tahap 5 : Pemulihan rehabilitasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir menuju proses kembalinya kemampuan untuk beradaptasi, ketika seseorang akan melakukan proses belajar untuk melepaskan perannya selama sakit dan kembali berperan seperti sebelum sakit.

Stres dan Adaptasi

Stres

1. Definisi Stres

Stress merupakan masalah umum yang terjadi dalam kehidupan umat manusia. Hal ini dikarenakan stress sudah menjadi bagian hidup yang tidak bisa terelakkan, baik di lingkungan sekolah, kerja, keluarga, atau dimanapun, stress bisa dialami oleh seseorang. Stress juga menimpa siapapun termasuk anak-anak, remaja, dewasa atau yang sudah lanjut usia (Lumban Gaol, 2016). Stress adalah suatu reaksi fisik dan psikis terhadap setiap tuntutan yang menyebabkan ketegangan dan mengganggu stabilitas kehidupan sehari – hari. Menurut WHO (2003) dalam (Priyoto, 2019), stress adalah reaksi/respons tubuh terhadap stress psikososial (tekanan mental/beban kehidupan). Menurut (Mubarok, 2015) stress adalah suatu ketidakseimbangan diri/jiwa dan realitas kehidupan setiap hari yang tidak dapat dihindari atau perubahan yang memerlukan penyesuaian. Stress terjadi jika orang dihadapkan dengan peristiwa yang dirasakan sebagai mengancam fisik atau psikologinya, peristiwa tersebut disebut stressor.

2. Macam-Macam Stress

Ditinjau dari penyebab stress, dapat di golongan sebagai menurut (Mubarok, 2015):

a. Stress Fisik

Stress fisik adalah stress yang disebabkan oleh keadaan fisik seperti suhu yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang (menyengat), atau tersengat arus listrik.

b. Stress Kimiawi

Stress kimiawi merupakan stress yang disebabkan oleh pengaruh senyawa kimia yang terdapat pada obat – obatan, zat beracun asam, basa, faktor hormone atau gas, dan lain - lain.

c. Stress Mikrobiologi

Stress mikrobiologi adalah stress yang disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit yang menimbulkan penyakit.

d. Stress Fisiologik

Stress fisiologik adalah stress yang disebabkan oleh gangguan struktur fungsi organ tubuh antara lain gangguan fungsi jaringan organ atau sistemik, struktur tubuh, dan lain – lain sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal.

e. Stress Proses Pertumbuhan dan Perkembangan

Stress proses pertumbuhan dan perkembangan adalah stress yang disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.

f. Stress Psikologis dan Emosional

Stress psikologik dan emosional merupakan stress yang disebabkan oleh gangguan situasi psikologi atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri, misalnya dalam hubungan *interpersonal*, sosial budaya, atau keagamaan.

3. Penyebab Stress

Stressor adalah faktor – faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya *respons* stress. Penyebab stress dibagi menjadi dua menurut (Mubarok, 2015)

- a. Stressor mayor, yang berupa mayor *live events* yang meliputi peristiwa kematian orang yang disayang, masuk sekolah untuk pertama kali, dan perpisahan.
- b. Stressor minor, yang biasanya berawal dari stimulus tentang masalah kehidupan sehari – hari, misalnya ketidaksenangan emosional terhadap hal – hal tertentu sehingga menyebabkan munculnya stress.

4. Ancaman Stress

Sebuah proses yang memaknai sesuatu yang buruk, yakni *respons* yang digunakan selalu *negative* dan ada indikasi mengganggu integritas diri sehingga bisa diartikan sebagai ancaman. Terdapat empat jenis stress, antara lain sebagai berikut menurut (Mubarok, 2015):

- a. Frustrasi, kondisi seseorang merasa jalan yang akan dilalui untuk meraih tujuan dihambat.
- b. Konflik, kondisi ini muncul ketika dua atau lebih perilaku saling berbenturan, yang masing – masing perilaku tersebut butuh untuk diekspresikan atau malah saling memberatkan.
- c. Perubahan, adanya kondisi yang dijumpai ternyata merupakan kondisi yang semestinya membutuhkan suatu penyesuaian.
- d. Tekanan, kondisi terdapat suatu harapan atau tuntutan yang sangat besar terhadap seseorang untuk melakukan perilaku tertentu.

5. Sumber-sumber stress

Ada beberapa sumber utama yang menyebabkan pengalaman pada seseorang dalam menghadapi kejadian stress, antara lain sebagai berikut menurut (Mubarok, 2015).

a. Lingkungan

Lingkungan kehidupan memberi berbagai tuntutan penyesuaian diri, diantaranya cuaca, kebisingan, kepadatan, tekanan waktu, standar prestasi, berbagai ancaman terhadap rasa aman dan harga diri, tuntutan antar hubungan pribadi, penyesuaian diri dengan teman, pasangan, serta perubahan keluarga.

b. Komunitas dan Lingkungan

Ada beberapa sumber stress yang berasal dari lingkungan, di antaranya adalah lingkungan fisik, seperti populasi udara, kebisingan, kesesakan, lingkungan kontak sosial yang bervariasi, serta kompetisi hidup yang tinggi Atkinson, 1990 dalam (Mubarok, 2015). Hal ini disebabkan karena tuntutan pekerjaan yang dapat menghasilkan stress dalam seperti beban pekerjaan yang terlalu tinggi, sebagai akibat dari keinginan untuk mendapatkan penghasilan yang lebih atau jabatan yang lebih tinggi dan beberapa macam aktivitas yang dapat menyebabkan stress lebih daripada yang lainnya.

c. Fisiologik (dari tubuh kita)

- 1) Perubahan kondisi tubuh: masa remaja, haid, hamil, meno/andropause, proses menua, kecelakaan, kurang gizi, kurang tidur dapat menyebabkan tekanan terhadap tubuh.
- 2) Reaksi tubuh yaitu, reaksi terhadap ancaman dan perubahan lingkungan yang dapat menimbulkan stress dan berdampak pada perubahan tubuh.

d. Pikiran (dalam diri individu)

Hal ini berkaitan dengan adanya konflik. Pendorong dan penarik konflik menghasilkan dua kecenderungan yang berkebalikan, yaitu *approach* dan *avoidance*. Kecenderungan ini menghasilkan tipe dasar konflik (Weiten, 1992) dalam (Mubarok, 2015), yaitu sebagai berikut:

- 1) *Approach – approach conflict*. Muncul ketika kita tertarik terhadap dua tujuan yang sama – sama baik.
- 2) *Avoidance – avoidance conflict*. Muncul ketika kita dihadapkan pada satu pilihan antara dua situasi yang tidak menyenangkan.
- 3) *Approach – avoidance conflict*. Muncul ketika kita melihat kondisi yang menarik dan tidak menarik dalam satu tujuan atau situasi.

e. Keluarga

Perilaku, kebutuhan dan kepribadian dari tiap anggota keluarga yang mempunyai pengaruh serta berinteraksi dengan anggota keluarga lainnya, bahkan kadang menimbulkan gesekan. Dari banyak stressor dalam keluarga, ada tiga hal yang paling sering terjadi, yaitu sebagai berikut.

- 1) Bertambahnya anggota keluarga dengan kelahiran anak dapat menimbulkan stress masalah keuangan, dengan bertambahnya anak bertambah pula biaya pengeluarannya, masalah kesehatan, dan ketakutan hubungan suami istri dapat terganggu.
- 2) Perceraian dapat menghasilkan banyak perubahan yang penuh dengan stress untuk semua anggota keluarga karena mereka harus menghadapi perubahan dalam status sosial, pindah rumah, dan perubahan kondisi keuangan.
- 3) Anggota keluarga yang sakit, cacat dan mati, yang pada umumnya memerlukan adaptasi,

kemampuan untuk mengatasi perasaan sedih atau duka yang mendalam dan kesabaran.

6. Gejala Stres

Gejala terjadinya stress secara umum terdiri atas 2 (dua) gejala yaitu menurut (Priyoto, 2019):

a. Gejala Fisik

Beberapa bentuk gangguan fisik yang sering muncul pada stress adalah nyeri dada, diare selama beberapa hari, sakit kepala, mual, jantung berdebar, lelah, sulit tidur, dan lain-lain.

b. Gejala Psikis

Sementara bentuk gangguan psikis yang sering terlihat adalah cepat marah, ingatan melemah, tak mampu berkonsentrasi, tidak mampu menyelesaikan tugas, perilaku *impulsive*, reaksi berlebihan terhadap hal sepele, tahan kemampuan berkurang, tidak mampu santai pada saat yang tepat, tidak tahan terhadap suara atau gangguan lain dan emosi tidak terkendali.

7. Dampak Stres

Dampak stress dibedakan dalam 3 kategori menurut (Priyoto, 2019) yakni: dampak fisiologik, dampak psikologik, dan dampak perilaku – *behavioral*.

a. Dampak fisiologik

Secara umum orang yang mengalami stress mengalami sejumlah gangguan fisik seperti: mudah masuk angina, mudah pening – pening, kejang otot (kram), mengalami kegemukan atau menjadi kurus yang tidak dapat dijelaskan.

b. Dampak psikologik

1) Keletihan emosi, jenuh, penghayatan ini merupakan tanda pertama dan punya peran sentral bagi terjadinya *burnout*.

- 2) Kewalahan/keletihan emosi, kita dapat melihat ada kecenderungan yang bersangkutan.
 - 3) Pencapaian pribadi yang bersangkutan menurun, sehingga berakibat pula menurunnya rasa kompeten & rasa sukses.
- c. Dampak perilaku
- 1) Stress menjadi *distress*, prestasi belajar menurun dan sering terjadinya tingkah laku yang tidak diterima oleh masyarakat.
 - 2) Level stress yang cukup tinggi berdampak *negatif* pada kemampuan mengingat informasi, mengambil keputusan, mengambil langkah tepat.
 - 3) Stress yang berat seringkali banyak membolos atau tidak aktif mengikuti kegiatan pembelajaran.

Adaptasi

1. Pengertian

Adaptasi adalah menyesuaikan diri dengan kebutuhan atau tuntutan baru, yaitu suatu usaha untuk mencari keseimbangan kembali kedalam keadaan normal. Penyesuaian terhadap kondisi lingkungan ; modifikasi dari organisme atau penyesuaian organ secara sempurna untuk dapat eksis pada kondisi lingkungan tersebut.

2. Model Konsep Adaptasi

Model konsep adaptasi pertama kali dikembangkan oleh Calista Roy, konsepnya dikembangkan dari konsep individu dan proses adaptasi seperti diuraikan dibawah ini, asumsi dasar model adaptasi “Roy” adalah

- a. Manusia adalah keseluruhan dari bio-psikologi dan social yang terus menerus berinteraksi dengan lingkungan

- b. Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial
- c. Terdapat 3 macam rangsangan yang menyebabkan terjadinya perubahan yaitu :
 - 1) Focal merupakan rangsangan yang berhubungan langsung dengan perubahan lingkungan misalnya populasi udara dapat menyebabkan infeksi paru, kehilangan suhu pada yang baru lahir
 - 2) Kontektual merupakan sumber lain, baik internak maupun eksternal yang mempunyai pengaruh negative terhadap rangsang focal misalnya : kemiskinan menimbulkan ibu-ibu hamil atau balita menjadi anemia
 - 3) Residual stimuli merupakan kepercayaan, sikap dan pembawa dari individu yang dibawa dari perkembangan sikap masa lalu yang tidak mau berterus terang, misalnya untuk sesaat seseorang dapat menerima rasa sakit punggung tanpa complain, tetapi kemudian ia membutuhkan bantuan, karena tidak tahan merasakan sakit.
 - 4) Setiap orang memahami bagaimana individu mempunyai batas kemampuan untuk beradaptasi. Pada dasarnya manusia memberikan respon terhadap semua rangsangan baik positif maupun negative
 - 5) Kemampuan adaptasi manusia berbeda-beda antara satu dengan lainnya, jika seseorang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan maka dia mempunyai kemampuan untuk menghadapi rangsangan baik positif maupun negative

3. Mekanisme Adaptasi

Individu mempunyai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan, dan menggunakan energinya untuk beradaptasi positif. Terdapat 2 sub sistem yang berperan didalam konsep adaptasi yaitu antara lain :

- a. Sub sistem regulator yaitu sub sistem dari manusia yang menangani terhadap adanya rangsangan dari luar yaitu melalui sistem saraf dan hormonal, contoh: misalnya bagaimana seseorang yang mengalami stimulus respon emosional, kemudian tubuh menyesuaikan diri dengan mengeluarkan hormone adrenalin yang berefek pada mempercepat denyut nadi, berubah irama denyut nadi, pernafasan yang meningkat, suhu tubuh meningkat, otot tubuh berkontraksi, hal tersebut dikarenakan kerja syaraf dan hormonal.
- b. Subsistem kognator, yaitu sub sistem yang menangani stimulus dengan melalui proses informasi, belajar dan pengambilan keputusan artinya adaptasi ini dengan cara mengaktifkan fungsi-fungsi kognitif untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi.

Daftar Pustaka

- Asih, G. Y., & Dewi, R. 2018. *Stress Kerja*. Semarang: Semarang University Press
- Budiono & Pertami, Sumirah Budi. 2015. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Bumi Medika
- Cooper, C. L., & Quick, J. C. 2017. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Gaol, N. T. 2016. *Teori stres: Stimulus, respons, dan traksaksional*. *Buletin Psikologi*, 24(1), 1–11.
- Gorman, L., & Anwar, R. 2014. *Neeb's fundamentals of mental health nursing* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Gito Sudarmo & Sudita. 2000. *Perilaku Keorganisasian*; BPFE, Yogyakarta
- Halter, M. J. 2018. *Varcarolis's foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach* (8th Ed.). St. Louis: Elsevier.
- Hawari, D. 2013. *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Houghton, J. D., Godwin, J. L., Neck, C. P., & Manz, C. C. 2012. Effective stress management: A model of emotional intelligence, self-leadership, and student coping stress. *Journal of Management Education*, 36(2), 220–238.
- Kozier, Barbara. Erb, Glenora. Berman, Audrey. Snyder, Shirlee J. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Lazarus, R. S. 2006. *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lumban Gaol, N. T. 2016. 'Teori Stres: Stimulus, Respons, dan Transaksional', *Buletin Psikologi*, 24(1), p. 1. doi: 10.22146/bpsi.11224
- Mubarok, Wahit Iqbal. 2015. *Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Selemba Medika.

- Potter, P.A, Perry, A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa : Renata. Komalasari, dkk. Jakarta: EGC.
- Priyoto.2019. *Konsep Manajemen Stress*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rasmun.2004. *Stres, Koping dan Adaptasi*. Edisi pertama. Jakarta : Sagung Seto
- Saam, Z., & Wahyuni, S. 2014. *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- Shives, L. R. (2012). *Basic concept of psychiatric-mental health nursing* (8th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Townsend, M. ., & Morgan, K. I. 2018. *Psychiatric mental health nursing: concept of care in evidence-based practice* (9th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Vitulic, H. S., & Prosen, S.2015. *Coping and emotion regulation strategies in adulthood: Specificities regarding age, gender, and level of education*. *Journal for General Social Issues*, 25(1), 43–62.

Profil Penulis



Ni Made Nopita Wati

merupakan dosen tetap di STIKes Wira Medika Bali, dengan latar belakang pendidikan yaitu lulusan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Udayana dengan predikat lulusan *cum laude*.

Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan magister di Magister Keperawatan Universitas Diponegoro dengan predikat lulusan *cumlaude*. Penulis sudah memiliki banyak HKI (Hak Kekayaan Intelektual) atas karyanya. Penulis saat ini tergabung dalam Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI). Penulis aktif sebagai editor dan reviewer jurnal nasional dan internasional. Penulis selain mengajar juga aktif melakukan riset, publikasi ilmiah dan menulis buku

Email Penulis: ners.pita@gmail.com

- 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN, SEJARAH, FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN
Ns. Henrianto Karolus Siregar, M.Kep
- 2 TREND DAN ISU KEPERAWATAN
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep
- 3 STANDAR PROFESIONAL DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN
Ns. Sebastianus Kurniadi Tahu, S.Kep., M.Kep
- 4 KONSEP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN MANUSIA
Supriyadi, S.Kep., Ners., M.Kep.
- 5 KODE ETIK DAN ISU ETIK DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN
Jose Nelson Maria Vidigal, S.Kep., Ns
- 6 SISTEM DAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN
Yohanes Jakri, M.Kes
- 7 KONSEP BERPIKIR KRITIS DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM KEPERAWATAN
Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns
- 8 PRINSIP-PRINSIP LEGAL DALAM KEPERAWATAN
Fransita M.A Fiah, S.Kep., M.Hkes., Med
- 9 ETIKA KEPERAWATAN
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep.Ns, M.Sc
- 10 DOKUMENTASI KEPERAWATAN
Fance Roynaldo Pandie., S.Kep., Ns., M.Kep
- 11 DASAR-DASAR KEPERAWATAN
Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
- 12 KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep
- 13 PENDIDIKAN KEPERAWATAN
Dr. Atik Badī'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
- 14 PROSES ASUHAN KEPERAWATAN DAN MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN
Ika Arum Dewi Satiti, S.Kep., Ns., M.Biomed
- 15 TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN
Lusia Henny Mariati, S.Kep., Ns., M.Kep
- 16 KONSEP MANUSIA DAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA
Novi Enis Rosuliana, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An.
- 17 KONSEP KEBUTUHAN SEHAT SAKIT DAN STRES ADAPTASI
Ns. Ni Made Nopita Wati, S.Kep., M.Kep

Editor :

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

Untuk akses Buku Digital,
Scan QR CODE



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

