



KONSEP

KEPERAWATAN DASAR



Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep. | Ns. Santalia Banne Tondok, S.Kep., M.Kep.
Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep., Sp.Kep.An. | Ns. Suswinda Yuli Sutomo, S.Kep., M.KM.
Ns. Tri Suraning Wulandari, S.Kep., M.Kep. | Dr. Marni Siregar, SST, M.Kes.
Ns. Rahmawati, S. Kep., M.Kep. | Ns. Aida Kusnaningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Akhmad Fanani, S.Ked., SKM., M.Kes. | Ns. Rahayu Winarti., S.Kep., M.Kep.

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA

LINGKUP HAK CIPTA

Pasal 1

Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KETENTUAN PIDANA

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 Rp 100.000.000 (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 a, huruf b, huruf e, 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).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/ atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/ atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Penulis:

Wibowo Hanafi Ari Susanto, M. Kep.
Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep., Sp.Kep.An.
Ns. Suswinda Yuli Sutomo, S.Kep., M.KM.
Tri Suraning Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Marni.Siregar S.ST., Mkes.
Ns. Rahmawati, S.Kep., M.Kep.
Ns.Aida Kusnaningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Akhmad Fanani, S.Ked., SKM., M.Kes.
Rahayu Winarti., S.Kep., Ns., M.Kep.

KONSEP KEPERAWATAN DASAR

Editor:

Siti Sakinah, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dr. Abdurrahman, S.Kp., M.Pd.
Ns. Putri Mahardika, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

KONSEP KEPERAWATAN DASAR

Penulis:

Wibowo Hanafi Ari Susanto, M. Kep.
Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep., Sp.Kep.An.
Ns. Suswinda Yuli Sutomo, S.Kep., M.KM.
Tri Suraning Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dr. Marni Siregar S.ST., Mkes.
Ns. Rahmawati, S.Kep., M.Kep.
Ns. Aida Kusnaningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Akhmad Fanani, S.Ked., SKM., M.Kes.
Rahayu Winarti., S.Kep., Ns., M.Kep.

All rights reserved

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang
Hak Penerbitan pada Selat Media Patners
Isi di Luar Tanggung Jawab Penerbit
ISBN: 978-602-5423-39-0

Editor:

Siti Sakinah, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dr. Abdurrahman, S.Kp., M.Pd.
Ns. Putri Mahardika, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Tata Letak:

Eka Tresna Setiawan

Desain Sampul:

Hendrik Efriyadi

x + 124 halaman: 15,5 x 23 cm
Cetakan Pertama, Mei 2023

Penerbit:

Pustaka Lombok

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas anugerah dan pertolongan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Konsep Keperawatan Dasar”. Penulis juga menghaturkan terima kasih kepada seluruh pihak yang meluangkan waktu untuk berdiskusi serta memotivasi penulis agar buku ini dapat selesai lebih cepat.

Penulis berharap buku ini dapat bermanfaat bagi tenaga keperawatan khususnya dan tenaga kesehatan pada umumnya. Namun, penulis menyadari buku ini tak lepas dari kekurangan. Oleh karena itu, penulis menyampaikan permohonan maaf serta terbuka untuk kritik dan saran demi perbaikan di masa mendatang.

Praya, Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|----|
| Kata Pengantar..... | v |
| Daftar Isi | vi |
| BAB I | |
| SEJARAH KEPERAWATAN | 1 |
| A. Pendahuluan..... | 1 |
| B. Sejarah Keperawatan di Dunia..... | 2 |
| C. Sejarah keperawatan di Indonesia | 3 |
| BAB 2 | |
| FALSAFAH DAN PRADIGMA KEPERAWATAN | 7 |
| A. Pengertian Falsafah | 7 |
| B. Pengertian Filsafat Ilmu..... | 8 |
| C. Fungsi Filsafat Ilmu..... | 9 |
| D. Pengertian Falsafah Keperawatan..... | 9 |
| E. Pengertian paradigma keperawatan | 11 |
| F. Komponen paradigma keperawatan | 11 |
| 1. Manusia | 12 |
| 2. Sehat-sakit | 13 |
| 3. Lingkungan | 13 |
| 4. Keperawatan | 14 |
| G. Konsep Keperawatan | 15 |
| BAB 3 | |
| PROFESI KEPERAWATAN | 17 |
| A. Definisi Profesi Perawat..... | 17 |

| | |
|---|----|
| B. Jenis Perawat | 18 |
| C. Pendidikan Keperawatan di Indonesia | 18 |
| D. Tugas dan Tanggung Jawab Perawat | 22 |
| E. Peran Perawat Secara Umum | 23 |
| F. Ruang Lingkup Pekerjaan Perawat Profesional..... | 24 |
| G. Rangkuman | 25 |
| BAB 4 | |
| MODEL KONSEP KEPERAWATAN | 27 |
| BAB 5 | |
| KONSEP PROSES KEPERAWATAN | 31 |
| A. Definisi | 31 |
| B. Tujuan..... | 31 |
| C. Karakteristik proses keperawatan | 32 |
| D. Tahapan dalam proses keperawatan..... | 34 |
| 1. Tahap Pengkajian..... | 34 |
| 2. Tahap diagnosis keperawatan | 46 |
| 3. Tahap Perencanaan..... | 51 |
| 4. Tahap Pelaksanaan..... | 54 |
| 5. Tahap Evaluasi | 55 |
| BAB 6 | |
| HAK DAN KEWAJIBAN PERAWAT..... | 57 |
| A. Pendahuluan..... | 57 |
| B. Hak dan Kewajiban Perawat..... | 58 |
| 1. Pengertian Hak | 59 |
| 2. Jenis Jenis Hak. | 60 |
| BAB 7 | |
| KONSEP DASAR <i>HOME CARE</i> | 67 |
| A. Pengertian..... | 67 |

| | |
|---|-----------|
| B. Konsep Model / Teori Keperawatan yang Mendukung Home Care .. | 68 |
| 1. Teori Lingkungan (Florence Nightingale) | 68 |
| 2. Teori konsep manusia sebagai unit (Martha E. Rogers) | 68 |
| 3. Teori <i>Transkultural nursing</i> (Leininger) | 69 |
| 4. <i>Theory of Human Caring</i> (Watson, 1979) | 69 |
| 5. Teori <i>Self Care</i> (Dorothea Orem) | 70 |
| C. Landasan Hukum Home Care | 71 |
| D. Lingkup Pelayanan Home care | 73 |
| E. Skill Dasar yang Harus dikuasai Perawat | 74 |
| BAB 8 | |
| PERAN ORGANISASI PROFESI | 81 |
| A. Organisasi Profesi Perawat | 81 |
| B. Peran dan Fungsi Organisasi Profesi | 81 |
| C. Standard kompetensi | 84 |
| D. Standard Asuhan Keperawatan | 85 |
| E. Standard kinerja profesional. | 98 |
| F. Standar Pelayanan Keperawatan | 99 |
| G. Standar Pendidikan Berkelanjutan | 101 |
| BAB 9 | |
| KEPUTUSAN ETIK KEPERAWATAN | 103 |
| A. Pengambilan Keputusan | 103 |
| 1. Teori Dasar Pembuatan Keputusan | 103 |
| 2. Teleologi | 103 |
| 3. Deontologi | 103 |
| 4. Berpikir Kritis | 104 |
| 5. Analisis Kritis | 104 |
| 6. Berpikir Logis Dan Kreatif | 105 |
| 7. Pemecahan Masalah | 105 |

| | |
|--|-----|
| 8. Kedudukan Etika Dalam Pengambilan Keputusan | 105 |
| 9. Prinsip Etik sebagai Panduan Pengambilan Keputusan..... | 105 |
| 10. Model Pengambilan Keputusan Etik..... | 106 |
| 11. Kode Etik Perawat Indonesia..... | 106 |
| 12. Prinsip-Prinsip Etik..... | 107 |
| 13. Tahap- Tahap Pengambilan Keputusan | 107 |
| 14. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Etis Dalam Praktik Keperawatan..... | 108 |
| B. Etika Keperawatan | 108 |
| BAB 10 | |
| PERAN NURSING ADVOKASI DALAM KEPERAWATAN..... | 113 |
| A. Peran Perawat sebagai Advokator | 117 |
| B. Tugas perawat dalam advokasi pasien | 118 |
| C. Pentingnya Peran Perawat Sebagai Advokator..... | 119 |
| D. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi PelaksanaanAdvokasi.. | 119 |
| Daftar Pustaka..... | 121 |
| Biodata Penulis | 124 |

BAB I

SEJARAH KEPERAWATAN

Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep.

A. Pendahuluan

Terkait dengan sejarah keperawatan, sejarah yang disebut juga dengan histori secara etimologis berarti gejala alam ataupun gejala manusia yang merupakan rentetan kejadian atau suatu peristiwa atau fakta dimasa lampau. Dan sejarah perkembangan pengetahuan atau ilmu dapat mendukung perkembangan peradaban (Al Anang, 2019).

Saat ini perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi mengalami peningkatan yang sangat masif. Berbagai perkembangan tersebut menuntut adanya perubahan dalam upaya masyarakat dalam melakukan adaptasi. Keperawatan sebagai ilmu pengetahuan sekaigus profesi dihadapkan dengan problematikan yang kompleks dan global. Berbagai pembelajaran harus dapat dilakukan secara berkesinambungan atau *never ending process*. Hal tersebut sesuai dengan latar belakang perkembangan sejarah keperawatan yang mengikuti dinamika atau siklus hidup manusia (Lusk, 2018). Adapun yang menjadi inti dasar (*core*) keperawatan adalah adanya *sense of caring* (rasa peduli terhadap sesama) atau disebut juga dengan *mother instinct*. Perubahan tersebut terus berkembang sampai munculnya peradaban modern seperti Florence Nightingale yang merupakan seorang tokoh keperawatan yang berasal dari Negara Inggris (Komarudin, 2018).

Adapun konsep makna *caring* yang menjadi karakter inti keperawatan dimaknakan oleh beberapa ahli menjadi beberapa komponen sebagai berikut:

| Teori Keperawatan | Definisi Teori |
|--------------------------|--|
| Roach | Manusia memiliki kasih sayang, altruistik, kesediaan untuk hadir dalam suatu kondisi |
| Leineingers | Melahirkan bentuk pelayanan keperawatan yang peka budaya |
| Boyken dan Schoenhofer | Kreativitas perawat dalam mengembangkan keperawatan dalam dimensi yang lebih kuat |
| Mayeroff | Esensi kepedulian berfokus pada hubungan atau koneksi antara pemberi pelayanan dengan pasien |

(Alshmemri and Ramaiah, 2021)

B. Sejarah Keperawatan di Dunia

Adapun berbagai jenis bentuk praktek keperawatan dalam dunia islam, merupakan kombinasi dari bentuk pelayanan preventif (pencegahan) dengan kuratif atau pengobatan. Pada awalnya praktek keperawatan tidak memiliki perbedaan dan ciri khas dengan praktek kedokteran. Berbagai bentuk pelayanan kesehatan dilakukan oleh dokter dan perawat dengan bekerjasama satu sama lain. Namun klasifikasi pekerjaan belum dimunculkan pada masa itu.

Sejatinya perkembangan pelayanan kesehatan dunia, tidak hanya berkembang dari kesehatan dari dunia barat namun juga dari daerah timur khususnya dari peradaban islam. Adapun prinsip dasar perawatan dan pengobatan barat yang berkembang dari seorang hippocrates, menutamakan konsep evolusi penyakit, diet dan *life style* atau gaya hidup (Saputra, Kusdiana and Rahmatillah, 2020).

Pada abad ke-19, belum mengalami perkembangan yang mumpuni dan masih dipandang sebelah mata oleh masyarakat. Pada masa itu, perawat diperankan oleh para budak yang notabeneanya adalah seorang wanita tahanan yang tidak memiliki pendidikan dan dipaksa untuk melakukan pekerjaan merawat pasien. Namun demikian, berbagai kondisi yang kurang menguntungkan seperti adanya peperangan justru menumbuhkan dunia keperawatan. Adanya perang salib yang menimbulkan dampak banyak munculnya berbagai penyakit karena banyak korban luka, kelaparan, serta terbunuh justru meningkatkan kebutuhan masyarakat akan perawatan kesehatan.

Berbeda dengan dunia barat, perkembangan kesehatan dunia timur sangat dipengaruhi oleh perkembangan islam. Pada abad ke-7 hadirnya agama islam diikuti dengan perkembangan ilmu pengetahuan pasti seperti, kimia, farmasi atau pengobatan serta berbagi bentuk pelayanan keperawatan. Adapun acuan pentingnya menjaga kesehatan sudah tergambar dengan jelas didalam al-quran yang berbunyi pentingnya menjaga kebersihan diri, lingkungan, serta tempat tinggal. Adapun tokoh islam yang menjadi tokoh munculnya perabad adalah rufaidah (Titha and Nubuawah, 2010).

Sedangkan perkembangan keperawatan di Negara China muncul dari berkembangnya berbagai kasus kelamin seperti adanya penyakit siphilis dan gonorrhoea. Negara tersebut berusaha menggulangi penyakit tersebut dengan melakukan pengobatan alternative yang berasal dari tanaman serta mineral. Adapun tokoh pengobatan yang berasal dari China adalah Seng Lung. Adapun tema yang sering dimunculkan adalah lihat, dengar, tanyakan serta rasa. Konsep tersebut menjadi panji dasar berkembangnya teori keperawatan terkait pemeriksaan fisik seperti, inspeksi dan palpasi.

Berbeda dengan perkembangan keperawatan di china, perkembangan keperawatan di eropa berkembang berkat perjuangan tokoh keperawatan Florence Nightangle. Ia sering disebut sebagai "lady lamp" berkat perjuangan dan kerja kerasnya dalam memajukan profesi keperawatan. Adapun kemajuan di Negara Inggris, terlihat dengan terbentuknya sekolah perawat seperti *British Nurse Association* (ANA) oleh seorang tokoh bernama Erenwick pada tahun 1987. Ia kemudian selanjutnya membentuk lembaga keperawatan yang bernama *International Council Of Nurse* (ICN). Mulai dari inilah munculah tokoh keperawatan beserta teori keperawatan (Titha and Nubuawah, 2010).

C. Sejarah keperawatan di Indonesia

Adapun perjalanan keperawatan di Indonesia, sejalan dengan adanya pergelutan penjajahan oleh Negara-negara Eropa seperti penjajahan pada zaman Belanda, Jepang, Inggris ikut mengiringi perkembangan profesi keperawatan. Penjajahan Belanda identik

dengan adanya kaum misionaris yang melahirkan pendidikan keperawatan dalam bentuk kesusesteran, berawal dari lingkup gereja, magang berkembang menjadi pelayanan di rumah sakit.

Pelayanan kesehatan khususnya keperawatan berawal dari pelayanan kedokteran oleh penjajah Hindia Belanda. Para Dokter Hindia Belanda menempuh pendidikan dengan program magang yang tersebar di beberapa rumah sakit di Indonesia. Berawal dari hal tersebut, profesi keperawatan mulai lahir walaupun belum dengan identitas yang jelas. Dimulai dengan berdirinya organisasi profesi PPNI, pada tanggal 17 April 1972, walaupun pengakuan sebagai organisasi profesi baru dapat terwujud pada masa 80-an dengan konferensi nasional pertama tepatnya pada tahun 1983. Namun hal tersebut barulah pembentukan komunitas profesi keperawatan. Namun untuk mendapat pengakuan dari lintas sector atau profesi lain belum didapatkan. Pengakuan baru didapatkan setelah memasuki tahun 1992 dengan terbentuknya undang-undang nomor 23 tentang kesehatan (Komarudin, 2018).

Secara garis besar, perkembangan keperawatan di Indonesia terbagi menjadi perkembangan keperawatan yaitu:

1. Era Sebelum Kemerdekaan

Pada masa sebelum kemerdekaan atau pada era penjajahan Belanda, didirikan sebuah rumah sakit yang bernama Binend Hospital pada tahun 1799. Pada masa sebelum kemerdekaan tenaga kesehatan khususnya perawat diambil dari penduduk pribumi yang tugasnya adalah merawat orang sakit. Pada waktu itu, dibentuklah dinas kesehatan tentara serta rakyat yang menjadi tolok pelopor perbaikan sistem kesehatan masa itu adalah Raffles (masa penjajahan Inggris). Adapun *Motto Raffles* yang menjadi bekal perkembangan kesehatan di Indonesia yaitu kesehatan adalah hak setiap manusia. Dengan bekal itulah, dilakukan dan dikembangkan berbagai upaya dalam memelihara kesehatan. Namun menjelang kemerdekaan dan kekalahan tentara sekutu, sekitar tahun 1942-1945 menjadi masa krisis disertai kemunduran bidang kesehatan dikarenakan berbagai program fokus pada upaya melegalkan kemerdekaan Indonesia (Titha and Nubuwah, 2010).

2. Era Setelah Kemerdekaan.

Pada era setelah kemerdekaan, yaitu sekitar tahun 1949, barulah ada tahun ini Indonesia bangkit dai masa krisis dengan mulai mendirikan berbagai rumah sakit serta balai kesehatan. Kemudian, pada tahun 1952 dimulailah mendirikan pendidikan keperawatan tingkat dasar. Serta pada tahun 1962, berkembang lebih tinggi lagi menjadi pendidikan keperawatan yang berada pada tingkat atau level sarjana. Adapun universitas pertama yang membuka sekolah keperawatan setingkat serjana adalah universitas Indonesia yang disusul oleh pendidikan keperawatan yang berdiri di Surabaya, Bandung serta daerah lainnya.

Dengan perkembangan tersebut, pengakuan terhadap profesi keperawatan semakin kuat didapatkan oleh profesi keperawatan baik dari masyarakat ataupun dari profesi lainnya. Profesi keperawatan berkembangnya begitu pesat menjadi profesi yang tidak lagi bergantung pada profesi lainnya. Berbagai proses keperawatan yang diberikan sudah didasarkan dengan metode dan konsep ilmu pengetahuan yang jelas dan ilmiah guna menjawab kebutuhan pasien dan memecahkan masalah yang dihadapi pasien. Adapun metode yang diberikan disebut juga dengan pemberian asuhan keperawatan. Adapun tahapan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan, implementasi era evaluasi proses keperawatan (Titha and Nubuwah, 2010).

Perkembangan Keperawatan:

Era Dan Budaya

Adapun berbagai bentuk perkembangan keperawatan tersebut jika ditarik kesimpulan, berbagai bentuk perkembangan tersebut sangat dipengaruhi oleh adanya perkembangan pendidikan keperawatan. Pendidikan keperawatan membentuk karakter, dan pedoman yang Scientific terhadap profesi keperawatan. Faktor lainnya adalah perkembangan struktur serta peradaban manusia. Mulai dari bentuk kepercayaan animisme, penyebaran berbagai bentuk

agama besar serta kepercayaan dengan berbagai strata dan kondisi masyarakat (Budiono, 2016).

Selain itu, Factor lainnya adalah adanya perkembangan status serta perekonomian masyarakat turut menjadi pendukung berkembangnya profesi keperawatan dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat akan kebutuhan terhadap pelayanan profesi keperawatan yang tidak hanya berfokus pada curing namun juga Caring. Caring perawat dapat menjadi nilai tambah yang dapat menjadi motivasi pasien untuk dapat segera sembuh dari penyakitnya dan menurunkan lama perawatan serta mempercepat meningkatnya status kesehatan pasien (D'Antonio *et al.*, 2010).

Berbagai bentuk pelayanan keperawatan modern yang bersifat komprehensif baik berupa pemberian pelayanan kesehatan fisik, psiko, sosio cultural dengan memberikan pelayanan yang optimal, yang dapat meningkatkan harga diri pasien, rasa hormat serta kasih sayang antar sesama. Tidak hanya itu, berbagai teknologi keperawatan juga ikut mengalami perkembangan seperti *tele nursing* atau *tele health* yang mendukung keperawatan tidak hanya dalam jarak dekat namun juga memungkinkan komunikasi jarak jauh yang akan memudahkan atau mengefisienkan kualitas perawatan (Smith, 2020).

Proses keperawatan masa kini merupakan proses yang sistematis dan terorganisir dengan jelas. Adapun pemberian asuhan keperawatan dilakukan dengan terlebih dahulu melihat respon serta keluhan pasien yang kemudian dilanjutkan dengan melakukan analisis masalah dan penentuan rencana keperawatan yang didasarkan dengan pedoman dan metode yang jelas, terstruktur dan terperinci. Berbagai hal tersebut, tentunya akan meningkat derajat keperawatan dalam masyarakat sebagai profesi yang terhormat dan professional dengan pelayanan yang optimal (Lisamanda, 2010).

BAB 2

FALSAFAH DAN PRADIGMA KEPERAWATAN

Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pengertian Falsafah

Filsafat berasal dari bahasa Yunani, *philosophia* dan *philosophos*. Menurut bentuk kata, *philosophia* diambil dari kata *philos* dan *shopia* atau *philos* dan *sophos*. *Philos* berarti cinta dan *shopia* atau *shopos* berarti kebijaksanaan, pengetahuan, dan hikmah. Dalam pengertian ini seseorang dapat disebut telah berfilsafat apabila seluruh ucapannya dan perilakunya mengandung makna dan ciri sebagai orang yang cinta terhadap kebijaksanaan, terhadap pengetahuan dan terhadap hikmah.

Harun (2011), berpendapat bahwa filsafat diambil dari bahasa Yunani, *filosofia*. Struktur katanya berasal dari kata *filosofien* yang berarti mencintai kebijaksanaan, artinya, seseorang dapat disebut berfilsafat ketika ia aktif memperoleh kebijaksanaan. Berfilsafat artinya berpikir menurut tata tertib (*logika*) dengan bebas (tidak terikat pada tradisi, dogma serta agama) dan dengan sedalam-dalamnya sehingga sampai ke dasar-dasar persoalannya. Atas dasar itu, maka menurut Harun, secara etimologi filsafat dapat didefinisikan sebagai:

1. Pengetahuan tentang hikmah
2. Pengetahuan tentang prinsip atau dasar
3. Mencari kebenaran
4. Membahas dasar dari apa yang dibahas

B. Pengertian Filsafat Ilmu

Untuk memahami arti dan makna filsafat ilmu, di bawah ini dikemukakan pengertian filsafat ilmu dari beberapa ahli yang terangkum dalam Filsafat Ilmu, yang disusun oleh Ismaun (2001)

Robert Ackerman “philosophy of science in one aspect as a critique of current scientific opinions by comparison to proven past views, but such a philosophy of science is clearly not a discipline autonomous of actual scientific practice”. (Filsafat ilmu dalam suatu segi adalah suatu tinjauan kritis tentang pendapat-pendapat ilmiah dewasa ini dengan perbandingan terhadap kriteria-kriteria yang dikembangkan dari pendapat-pendapat demikian itu, tetapi filsafat ilmu jelas bukan suatu kemandirian cabang ilmu dari praktek ilmiah secara aktual.

Lewis White Beck “Philosophy of science questions and evaluates the methods of scientific thinking and tries to determine the value and significance of scientific enterprise as a whole. (Filsafat ilmu membahas dan mengevaluasi metode-metode pemikiran ilmiah serta mencoba menemukan dan pentingnya upaya ilmiah sebagai suatu keseluruhan)

Michael V. Berry “The study of the inner logic of scientific theories, and the relations between experiment and theory, i.e. of scientific methods”. (Penelaahan tentang logika interen dari teori-teori ilmiah dan hubungan-hubungan antara percobaan dan teori, yakni tentang metode ilmiah.)

Stephen R. Toulmin “As a discipline, the philosophy of science attempts, first, to elucidate the elements involved in the process of scientific inquiry observational procedures, patterns of argument, methods of representation and calculation, metaphysical presuppositions, and so on and then to evaluate the grounds of their validity from the points of view of formal logic, practical methodology and metaphysics”. (Sebagai suatu cabang ilmu, filsafat ilmu mencoba pertama-tama menjelaskan unsur-unsur yang terlibat dalam proses penyelidikan ilmiah prosedur-prosedur pengamatan, pola-pola perbinacangan, metode-metode penggantian dan perhitungan, pra-anggapan-pra-anggapan metafisis, dan seterusnya dan selanjutnya menilai landasan-landasan bagi kesalahannya dari sudut-sudut tinjauan logika formal, metodologi praktis, dan metafisika).

Berdasarkan pendapat diatas diperoleh gambaran bahwa filsafat ilmu merupakan telaah kefilsafatan yang ingin menjawab pertanyaan mengenai hakikat ilmu, yang ditinjau dari segi ontologis, epistemologis maupun aksiologisnya.

C. Fungsi Filsafat Ilmu

Filsafat ilmu merupakan salah satu cabang dari filsafat. Oleh karena itu, fungsi filsafat ilmu kiranya tidak bisa dilepaskan dari fungsi filsafat secara keseluruhan, yakni:

1. Sebagai alat mencari kebenaran dari segala fenomena yang ada.
2. Mempertahankan, menunjang dan melawan atau berdiri netral terhadap pandangan filsafat lainnya.
3. Memberikan pengertian tentang cara hidup, pandangan hidup dan pandangan dunia.
4. Memberikan ajaran tentang moral dan etika yang berguna dalam kehidupan
5. Menjadi sumber inspirasi dan pedoman untuk kehidupan dalam berbagai aspek kehidupan itu sendiri, seperti ekonomi, politik, hukum dan sebagainya. Disarikan dari Agraha Suhandi (1989)

Sedangkan Ismaun (2001) mengemukakan fungsi filsafat ilmu adalah untuk memberikan landasan filosofik dalam memahami berbagai konsep dan teori sesuatu disiplin ilmu dan membekali kemampuan untuk membangun teori ilmiah. Selanjutnya dikatakan pula, bahwa filsafat ilmu tumbuh dalam dua fungsi, yaitu: sebagai *confirmatory theories* yaitu berupaya mendekripsikan relasi normatif antara hipotesis dengan evidensi dan *theory of explanation* yakni berupaya menjelaskan berbagai fenomena kecil ataupun besar secara sederhana.

D. Pengertian Falsafah Keperawatan

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan dipakai sebagai pandangan hidup. Falsafah menjadi ciri utama pada suatu komunitas baik komunitas

berskala besar maupun berskala kecil, salah satunya adalah komunitas profesi keperawatan. Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, termasuk Saudara sekarang ini.

Sebagai seorang perawat wajib bagi Saudara untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan dalam diri Saudara ketika bergaul dengan masyarakat atau pada saat Saudara memberikan pelayanan keperawatan pada pasien.

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

Sebagai seorang perawat tentunya dalam menjalankan profesi keperawatan Saudara harus senantiasa menggunakan nilai-nilai keperawatan dalam melayani pasien. Pada aspek lain bahwa falsafah keperawatan dapat digunakan untuk mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas. Dalam falsafah keperawatan pasien di pandang sebagai makhluk holistik, yang harus dipenuhi segala kebutuhannya, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan secara komprehensif. Pelayanan keperawatan senantiasa memperhatikan aspek kemanusiaan setiap pasien berhak mendapatkan perawatan tanpa ada perbedaan.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan keperawatan menjadikan pasien sebagai mitra yang aktif, dalam keadaan sehat dan sakit terutama berfokus kepada respons mereka terhadap situasi.

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

1. Saling berbagi dalam kemampuan untuk berpikir kreatif yang digunakan untuk mengetahui masalah yang dihadapi dalam mencari solusi.
2. Bertingkah laku untuk mencapai tujuan tertentu, bukan sekedar memenuhi hukum aksi-reaksi.
3. Memiliki holism intrinsic.
4. Berjuang untuk mempertahankan integritas dan memahami kebutuhan untuk memiliki hubungan dengan orang lain veritivity.

E. Pengertian paradigma keperawatan

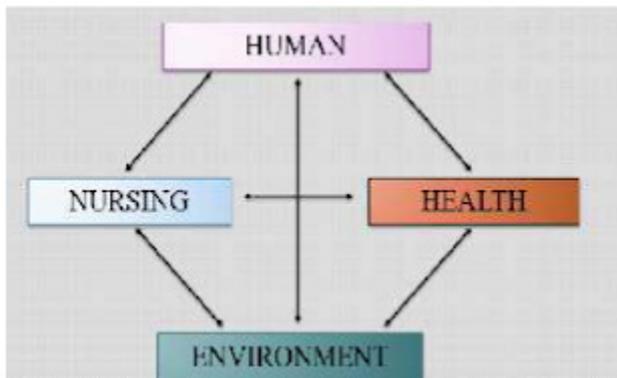
Secara umum paradigama diartikan cara pandang, melihat, memikirkan, memaknai, menyikapi, serta memilih tindakan atas masalah atau fenomena yang ada. Paradigma dapat pula diartikan suatu diagram atau kerangka berpikir seseorang dalam menjelaskan suatu masalah atau fenomena dari suatu kejadian. Paradigma keperawatan adalah cara pandangan secara global yang dianut atau dipakai oleh mayoritas kelompok keperawatan atau menghubungkan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan.

Beberapa ahli di bidang keperawatan mempunyai pendapat sendiri tentang arti dari paradigma keperawatan. Menurut Gaffar (1997), paradigma keperawatan adalah cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan. Dengan demikian, paradigma keperawatan berfungsi sebagai acuan atau dasar dalam melaksanakan praktik keperawatan.

F. Komponen paradigma keperawatan

Paradigma keperawatan terbentuk atas empat unsur, yaitu: manusia atau klien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Empat komponen ini saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lainnya yaitu:

1. Manusia atau penerimaan asuhan keperawatan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat);
2. Lingkungan (keadaan internal dan eksternal yang mempengaruhi klien);
3. Kesehatan;
4. Keperawatan (karakteristik dan tindakan dari asuhan keperawatan).
5. Hubungan keempat komponen tersebut dapat dilihat pada Gambar berikut:



1. Manusia

Manusia dalam konsep paradigma keperawatan, dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang terdiri dari bio-psiko-sosio- spiritual. Manusia merupakan unsur kedua dalam paradigma keperawatan. Manusia bertindak atau berperilaku secara verbal dan nonverbal, kadang-kadang dalam situasi tertentu manusia dalam memenuhi kebutuhannya membutuhkan pertolongan, dan akan mengalami distress jika mereka tidak dapat melakukannya. Hal ini dijadikan dasar pernyataan bahwa perawat profesional harus berhubungan dengan seseorang yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya, dan manusia harus dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang tidak bisa dipisah-pisahkan.

Abraham Maslow (1908-1970), merumuskan suatu teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan oleh perawat

untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

2. Sehat-sakit

Pengertian sehat pada setiap individu berbeda-beda dan setiap orang mempunyai konsep yang tergantung dari sudut pandang dan latar belakang dan tingkat sosial seseorang dalam mengartikan sehat. Untuk memudahkan dan memahami tentang konsep sehat sangat diperlukan memberikan arti sehat secara luas yang sering dinamai sebagai paradigma sehat.

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir seseorang tentang kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penyakit agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan yang sakit. Secara umum kebanyakan individu dalam masyarakat beranggapan bahwa sehat adalah tidak sakit, maksudnya apabila tidak ada gejala penyakit yang terasa berarti tubuh kita sehat.

Padahal pendapat yang demikian itu kurang tepat, karena ada beberapa penyakit tidak menimbulkan gejala terlebih dahulu, setelah penyakit cukup parah baru muncul atau menimbulkan gejala, seperti penyakit kanker yang diketahui setelah stadium lanjut.

3. Lingkungan

Lingkungan adalah unsur keempat dari paradigam keperawatan. Lingkungan dalam paradigma keperawatan diartikan sebagai agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan klien. Lingkungan secara umum dapat dibedakan menjadi dua lingkungan fisik dan lingkungan non-fisik.

Lingkungan fisik, yaitu lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia. Lingkungan fisik ini meliputi banyak hal seperti cuaca, musim, keadaan geografis, struktur geologis, dan lain-lain.

Lingkungan non-fisik, yaitu lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi antar manusia. Lingkungan non-fisik ini meliputi sosial-budaya, norma, nilai, adat istiadat, dan lain-lain.

4. Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu seni dan ilmu yang mencakup berbagai konsep dan keterampilan yang terkait dengan berbagai disiplin ilmu. Ilmu keperawatan digunakan untuk membantu individu dengan proses yang unik, yang ditampilkan dengan melakukan kegiatan yang bertujuan untuk penyembuhan penyakit, membantu klien mendapatkan kembali kemandirian, bahkan membantu klien mendapatkan kematian yang damai.

Keperawatan merupakan unsur dasar paradigma keperawatan, yang diberikan dalam bentuk layanan kesehatan profesional. Sesuai dengan hasil kesepakatan lokakarya keperawatan nasional tentang konsep keperawatan yaitu, Keperawatan merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan.

Layanan ini berbentuk layanan bio-psiko-sosio- spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan masyarakat (Lokakarya Keperawatan Nasional,1983).

Layanan keperawatan sebagai bagian integral dari layanan kesehatan memiliki kedudukan yang sama dengan profesi kesehatan lain (misal dokter) yaitu sebagai mitra. Keadaan ini didukung dengan keilmuan keperawatan yang memiliki batang tubuh keilmuan tersendiri, selain itu keperawatan juga memiliki bentuk pelayanan yang khas dan unik.

Tugas dan fungsi perawat secara umum memberikan bantuan kepada pasien (dari level individu, keluarga hingga masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan.

Pemberian layanan ini harus didasari dengan keahlian dalam memberikan asuhan keperawatan, yang didukung oleh penguasaan terhadap pengetahuan, pengalaman klinik, menginterpretasikan situasi klinik dalam membuat keputusan yang kompleks.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 647/ Menkes/ SK/IV/2000 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, yang kemudian diperbaharui dengan Kepmenkes RI No.1239/SK/ XI/2001, dijelaskan bahwa perawat adalah orang yang telah lulus

dari pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

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

G. Konsep Keperawatan

Layanan keperawatan adalah bagian yang tidak terpisahkan dari profesi kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien. Sebagai bagian integral dari layanan kesehatan kedudukan perawat dengan profesi kesehatan lain (misal dokter) adalah sama, yakni sebagai mitra. Ini tentunya juga harus diringi dengan pengakuan dan penghormatan terhadap profesi perawat.

Tugas dan fungsi perawat secara umum memberikan bantuan atau pelayanan kepada pasien (dari level individu, keluarga hingga masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan.

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

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

BAB 3

PROFESI KEPERAWATAN

Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep., Sp.Kep.An.

A. Definisi Profesi Perawat

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), profesi memiliki arti bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian (keterampilan, kejuruan, dan sebagainya) tertentu, sementara perawat adalah tenaga kesehatan profesional yang bertugas memberikan perawatan pada klien atau pasien baik berupa aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dengan menggunakan proses keperawatan. Perawat dan keperawatan menurut Undang-Undang Keperawatan No.38 Tahun 2014, Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (PPNI, 2015).

Keperawatan sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan, meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang sakit fisik, sakit mental, dan orang cacat di semua usia. Keperawatan memberikan asuhan keperawatan di semua tatanan pelayanan kesehatan. Dalam spektrum perawatan kesehatan yang luas ini, perawatan khusus untuk diberikan kepada individu, keluarga dan kelompok terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial (Cherie et al., 2005)

Berdasarkan definisi-definisi yang telah diuraikan diatas, dapat disimpulkan bahwa profesi keperawatan adalah salah satu profesi kesehatan yang memiliki keahlian dalam memberikan perawatan kepada pasien atau klien secara holistic dilandasi pendidikan keahlian keperawatan. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering

bertemu dengan pasien, mereka secara bergilir menjaga dan merawat pasien selama 24 jam, sehingga secara praktis perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering bertemu dengan pasien.

B. Jenis Perawat

Undang-undang keperawatan di Indonesia menyebutkan 2 jenis perawat yang diakui di Indonesia, pertama adalah perawat vokasi, dan kedua adalah perawat profesi. Yang termasuk kedalam perawat profesi yaitu ners dan ners spesialis. Ners yaitu perawat lulusan pendidikan profesi perawat (setelah sarjana keperawatan) dan ners spesialis adalah perawat lulusan spesialis keperawatan (setelah magister keperawatan). Perawat vokasi adalah perawat yang telah lulus dari program diploma keperawatan, minimal diploma tiga keperawatan. Untuk melaksanakan perannya sebagai perawat, maka seorang perawat di Indonesia wajib memiliki surat tanda registrasi (STR) (PPNI, 2015).

C. Pendidikan Keperawatan di Indonesia

Pendidikan perawat Indonesia telah di mulai sejak tahun 1800-an di sebuah rumah sakit di Batavia yang sekarang dikenal dengan Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta. Pada tahun 1953 dibuka Sekolah Pengatur Rawat (SPR) dengan latar belakang sekolah menengah pertama dan lama pendidikan 3 tahun yang dibuka di 3 wilayah yaitu Jakarta, Bandung dan Surabaya. Tahun 1955, dibuka Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) dengan latar belakang pendidikan dasar (sekolah Rakyat) ditambah satu tahun. Pada masa ini nampak bahwa perkembangan keperawatan masih sangat tertinggal sehingga pada tahun 1950-an dikenal berbagai jenis tenaga perawat sampai lebih dari 20 jenis.

Pendidikan keperawatan berbasis rumah sakit lebih ditujukan kepada pemenuhan kebutuhan rumah sakit setempat, mereka bekerja dibawah supervisi tenaga kesehatan lainnya. Karena landasan keilmuan yang kurang kokoh maka pelayanan yang diberikan lebih bersifat suplementer dan menjadi tenaga yang kurang akuntabel. Situasi tersebut mendorong Departemen Kesehatan mengembangkan pendidikan keperawatan yang lebih sesuai untuk memenuhi kebutuhan pelayanan dengan didirikannya Akademi Keperawatan di lingkungan

Rumah Sakit Ciptomangunkusumo Jakarta pada tahun 1962 (yang dulu dikenal dengan nama Centraol Burgerlijke Ziekenhuis, CBZ) dengan latar belakang pendidikan sekolah menengah atas di tambah dengan pendidikan keperawatan 3 tahun (DPR RI, 2011).

Perkembangan pendidikan keperawatan dalam rangka menuju tingkat keprofesionalitasan tidak cukup sampai di tingkat diploma saja, diilhami keinginan dari profesi keperawatan untuk terus mengembangkan pendidikan maka berdirilah Program Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (PSIK FK UI) pada tahun 1985. Selanjutnya pada tahun 1999, didirikan program pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI. Keperawatan saat ini juga terbagi menjadi beberapa fokus bidang yaitu, keperawatan jiwa, keperawatan medical bedah, keperawatan maternitas, keperawatan komunitas, dan keperawatan anak, setidaknya itulah yang berkembang di keperawatan Indonesia. Pembagian ini dapat kita ambil sebagai salah satu contoh yang menegaskan bahwa peran perawat sangatlah luas dan mencakup seluruh daur hidup manusia dari masa *fetus* (janin) hingga masa terminal (menjelang kematian). Pendidikan Keperawatan merupakan institusi yang memiliki peranan besar dalam mengembangkan dan menciptakan proses profesionalisasi para tenaga keperawatan. Pendidikan keperawatan mampu memberikan bentuk dan corak tenaga yang pada gilirannya memiliki tingkat kemampuan dan mampu memfasilitasi pembentukan komunitas keperawatan dalam memberikan suara dan sumbangsih bagi profesi dan masyarakat.

Sejak tahun 1990-an pendidikan keperawatan di Indonesia telah selangkah lebih baik daripada periode sebelumnya. Dari sebanyak 38 Politeknik Kesehatan Negeri di bawah Kementerian Kesehatan yang menyelenggarakan program studi D III Keperawatan, tren lulusan D III Keperawatan cenderung menurun dibanding tahun 2014 (6.909 orang) turun 1,07% di tahun 2015 dan menurun lagi di tahun 2016 sebesar 6,89 % dibanding tahun 2015 ((Kementerian Kesehatan RI, 2017). Dan setiap tahunnya angka lulusan ners semakin bertambah, hal ini memperlihatkan bahwa pendidikan perawat di Indonesia dengan lulusan ners semakin meningkat. Saat ini hasil *benchmarking* di berbagai negara menunjukkan bahwa sistem pendidikan keperawatan dan sistem pelayanan keperawatan telah berkembang dengan sangat baik, karena di dukung oleh

sistem ketenagaan dan *credentialing system* yang mengacu pada UU Keperawatan di negara-negara tersebut.

Secara umum Pendidikan Keperawatan di Indonesia mengacu kepada Undang-Undang (UU) Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dan Undang-undang Republik Indonesia No.35 Tahun 2014 pada Bab 5 tentang pendidikan tinggi keperawatan yang mencakup tiga tahap, yaitu:

1. Pendidikan Vokasional, yaitu jenis Pendidikan Diploma Tiga (D3) Keperawatan yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi keperawatan untuk menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi sebagai pelaksana asuhan keperawatan;
2. Pendidikan Akademik, yaitu pendidikan tinggi program sarjana dan pasca sarjana yang diarahkan terutama pada penguasaan disiplin ilmu pengetahuan tertentu;
3. Pendidikan Profesi, yaitu pendidikan tinggi setelah program sarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan keahlian khusus (program spesialis dan doktor keperawatan).

Pendidikan Keperawatan diselenggarakan berdasarkan kebutuhan akan pelayanan keperawatan, seperti yang tercantum dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 Ayat (6), yang menyebutkan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/ atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Adapun sebutan gelar untuk jenjang pendidikan tinggi keperawatan adalah:

1. Pendidikan jenjang D3 keperawatan lulusannya mendapat sebutan Ahli Madya Keperawatan (AMD.Kep);
2. Pendidikan jenjang Ners (Nurse) yaitu (level Sarjana plus 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);
- f. Pendidikan jenjang Doktor Keperawatan, lulusannya (Dr. Kep).

Program magister keperawatan, merupakan program pendidikan akademik pasca sarjana yang bertujuan menghasilkan magister yang memiliki kemampuan sebagai berikut: 1) Mengembangkan dan memutakhirkan iptek dengan menguasai dan memahami, pendekatan, metode, kaidah ilmiah disertai keterampilan penerapannya; 2) Memecahkan permasalahan di bidang keperawatan melalui kegiatan penelitian dan pengembangan berdasarkan kaidah ilmiah; dan (3) Mengembangkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan, ketercakupan tinjauan, kepaduan pemecahan masalah atau profesi yang serupa. Program spesialis keperawatan diarahkan pada hasil lulusan yang memiliki kemampuan sebagai berikut: 1) Mengembangkan dan memutakhirkan iptek dengan menguasai dan memahami, pendekatan, metode, kaidah ilmiah disertai keterampilan penerapannya; 2) Memecahkan permasalahan di bidang keperawatan melalui kegiatan penelitian dan pengembangan berdasarkan kaidah ilmiah; dan 3) Mengembangkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan, ketercakupan tinjauan, kepaduan pemecahan masalah atau profesi yang serupa.

Program doktor Keperawatan diarahkan pada hasil lulusan yang memiliki kemampuan sebagai berikut: 1) Mengembangkan konsep ilmu, teknologi/atau kesenian baru di dalam bidang keahliannya melalui penelitian, 2) Mengelola, memimpin dan mengembangkan program penelitian; dan 3) Pendekatan interdisipliner dalam berkarya di bidang keperawatan (Lestari, 2014)

D. Tugas dan Tanggung Jawab Perawat

Di Indonesia profesi perawat merupakan profesi yang penting dalam turut meningkatkan derajat kesehatan individu maupun derajat kesehatan masyarakat. Perawat menjadi bagian dari sistem rumah sakit dan mempunyai peranan penting dalam menentukan kualitas sebuah rumah sakit. Sebuah rumah sakit tidak akan berkembang dan berjalan dengan baik apabila didalamnya tidak terdapat para perawat yang profesional dan handal. Seorang perawat memiliki tugas yang cukup banyak, mulai dari tugas mandiri perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, hingga tugas limpahan dari tenaga kesehatan lain. Tugas limpahan ini memberikan beban bagi perawat, sehingga perawat terkadang lupa melaksanakan tugas utamanya, yaitu merawat pasien (Mulyadi & Hannan, 2015), dan pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di rumah sakit.

Didalam Undang undang Republic Indonesia No.38 Tahun 2014 tentang keperawatan pasal 29, dijelaskan bahwa tugas dan wewenang perawat dalam penyelenggaraan praktik keperawatan adalah sebagai berikut ini:

1. pemberi asuhan keperawatan;
2. penyuluh dan konselor bagi Klien;
3. pengelola pelayanan keperawatan;
4. peneliti keperawatan;
5. pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/ atau
6. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Sementara, menurut *International Council of Nurses* (ICN), perawat mengambil peran utama dalam menentukan dan menerapkan standar praktik keperawatan klinis yang dapat diterima, manajemen, penelitian dan pendidikan. Perawat aktif dalam mengembangkan inti penelitian berbasis pengetahuan profesional yang mendukung praktik berbasis bukti. Perawat aktif dalam mengembangkan dan mempertahankan inti nilai-nilai profesional. Perawat, bertindak melalui organisasi profesional, berpartisipasi dalam menciptakan lingkungan praktik yang positif dan memelihara pekerjaan sosial dan ekonomi yang aman, adil kondisi dalam keperawatan.(Nurses, 2012).

E. Peran Perawat Secara Umum

Pusat data dan informasi kesehatan Kementerian Kesehatan Indonesia (2017) menyebutkan bahwa peranan perawat secara umum adalah sebagai berikut:

1. *Care provider* (pemberi asuhan) yaitu dalam memberi pelayanan berupa asuhan keperawatan perawat dituntut menerapkan keterampilan berpikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembuatan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan komprehensif dan holistik berlandaskan aspek etik dan legal.
2. *Manager dan Community leader* (pemimpin komunitas) yaitu dalam menjalankan peran sebagai perawat dalam suatu komunitas/kelompok masyarakat, perawat terkadang dapat menjalankan peran kepemimpinan, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial dan juga dapat menerapkan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan klien.
3. *Educator* yaitu dalam menjalankan perannya sebagai perawat klinis, perawat komunitas, maupun individu, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik. Klien dan keluarga yang menjadi tanggung jawabnya.
4. *Advocate* (Pembela) yaitu dalam menjalankan perannya perawat diharapkan dapat mengadvokasi atau memberikan pembelaan dan perlindungan kepada pasien atau komunitas sesuai dengan pengetahuan dan kewenangannya.
5. *Researcher* yaitu dengan berbagai kompetensi dan kemampuan intelektualnya perawat diharapkan juga mampu melakukan penelitian sederhana di bidang keperawatan dengan cara menumbuhkan ide dan rasa ingin tahu serta mencari jawaban terhadap fenomena yang terjadi pada klien di komunitas maupun klinis. Dengan harapan dapat menerapkan hasil kajian dalam rangka membantu mewujudkan *Evidence Based Nursing Practice* (EBNP). (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

F. Ruang Lingkup Pekerjaan Perawat Profesional

Adapun ruang lingkup pekerjaan perawat profesional (*registered nurse*) antara lain (Darmawan, 2013):

1. Perawat rumah sakit. Perawat yang memberikan asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan di rumah sakit.
2. Perawat klinik. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berobat jalan atau di poliklinik.
3. Nursing core facility/fasilitas pelayanan keperawatan. Perawat mengatur pelayanan perawatan pada pasien, mengkaji kesehatan penduduk, mengembangkan rencana pengobatan, mengawasi pekerjaan "*Licensed Practical Nurses*" dan "*Nursing Aides*" dan melakukan prosedur invasif misalnya memasang infus. Mereka bekerja dibagian khusus seperti unlt rehabilitasi, radioterapi, dan lain-lain.
4. *Home health nurse* (Memberi pelayanan keperawatan di rumah) yaitu perawat memberikan pelayanan keperawatan secara luas dan sebagai manajer kasus. Perawat mengkaji lingkungan pasien dan memberikan petunjuk kepada pasien dan keluarganya.
5. *Public health nurses*. Bekerja pada agensi pemerintahan maupun swasta termasuk klinik, sekolah-sekolah, komunitas pensiun, dan berbagai pelayanan komunitas.
6. *Occupotional health nurse/ Industrial nurse*. Memberi pelayanan keperawatan pada tempat kerja dimana terdapat karyawan yang mengalami kecelakaan kerja atau sakit.
7. *Head nurse* atau *nurse supervisor* (manajer keperawatan). Mengatur aktifitas pelayanan keperawatan, khususnya rumah sakit.
8. *Nurse practitioner*. Memberikan pelayanan kesehatan primer yang dasar. *Nurse practitioner* boleh membuat resep obat yang diijinkan oleh pemerintah setempat.
9. *Clinical nurse specialist, certified nurse anesthetists* dan *cerified nurse midwives*. Tingkat ini yang tertinggi di lingkup kerja keperawatan. Para spesialis/ ahli klinik keperawatan ini harus menempuh pendidikan yang lebih tinggi dan mempunyai pengalaman klinik yang lama dan luas.

G. Rangkuman

Keperawatan sebagai profesi mempersyaratkan pelayanan keperawatan diberikan secara profesional oleh perawat dengan kompetensi yang memenuhi standar dan memperhatikan kaidah etik dan moral, sehingga masyarakat terlindungi karena menerima pelayanan dan asuhan keperawatan yang bermutu. Keperawatan sebagai profesi juga memiliki *body of knowledge* yang jelas.

Perawat sebagai garda terdepan dari pelayanan kesehatan dan sebagai mitra dokter dituntut untuk dapat bersikap profesional. Perawat sudah seharusnya mampu memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal dengan di dukung oleh ilmu pengetahuan kesehatan, terutama ilmu keperawatan. Terlebih lagi dengan kondisi klien dan keluarganya yang semakin kritis terhadap upaya pelayanan kesehatan terutama bidang keperawatan. Selain itu, perawat sebagai tenaga kerja professional yang bekerja di luar negeri juga merupakan salah satu aset bangsa, yang dapat mendatangkan sumber devisa yang cukup menjanjikan.

BAB 4

MODEL KONSEP KEPERAWATAN

Ns. Suswinda Yuli Sutomo, S.Kep., M.KM.

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

Pelayanan Keperawatan adalah pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan serta ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik sehat maupun sakit.(UU Keperawatan No. 38 tahun 2014).

Gilles (1989) menyebutkan bahwa pelayanan keperawatan yaitu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan serta didasarkan pada ilmu dan kiat perawatan yang berbentuk pelayanan biologi psikologi sosial dan spiritual yang komprehensif ditujukan kepada perorangan keluarga dan masyarakat baik sakit ataupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. (Gaffar 1999 dalam UmiKalsum 2016).

Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan dimana adanya interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya guna mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya, dimana dalam praktiknya harus berasaskan perikemanusiaan, nilai ilmiah, etika dan profesionalitas, manfaat,

keadilan, perlindungan, kesehatan dan keselamatan klien (UU RI Nomor 38 Tahun 2014).

Model Konsep Keperawatan Virginia Henderson. Harmer dan Henderson (1995, dalam Potter, 2005 : 274) mengemukakan teori keperawatan Virginia Henderson mencakup seluruh kebutuhan dasar seorang manusia. Henderson (1964, dalam Potter, 2005 : 274) mendefinisikan keperawatan sebagai membantu individu yang sakit dan yang sehat dalam melaksanakan aktivitas yang memiliki kontribusi terhadap kesehatan dan penyembuhannya, dimana individu tersebut akan mampu mengerjakannya tanpa bantuan bila ia memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan yang dibutuhkan. Hal ini dilakukan dengan cara membantu mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin.

Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Virginia Henderson.

1. Bernafas secara normal.
2. Makan dan minum dengan cukup.
3. Membuang kotoran tubuh.
4. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan.
5. Tidur dan istirahat.
6. Memilih pakaian yang sesuai.
7. Beribadah sesuai dengan keyakinan.
8. Bekerja dengan tata cara yang mengandung unsur prestasi.
9. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi.
10. Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.
11. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan.
12. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat serta melindungi integumen.
13. Menghindari bahaya lingkungan yang bisa melukai.
14. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut atau pendapat.

Henderson (1964, dalam Potter, 2005) menyebutkan keempat belas kebutuhan dasar manusia diatas dapat diklasifikasikan menjadi empat komponen, yaitu komponen biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual. Kebutuhan dasar pada poin 1-9 termasuk komponen kebutuhan biologis. Pada poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis. Lalu pada poin 11 termasuk komponen spiritual. Sedangkan poin 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis.

Berdasarkan teori diatas serta judul dari penelitian ini, peneliti hanya menggunakan kebutuhan dasar pada poin 11 yang merupakan komponen spiritual. Spiritualitas, agama, dan existential concerns juga menjadi komponen utama health related quality of life (HRQOL). Pada HRQOL ini terdapat kuisioner yang berisi delapan segi spiritualitas, agama, dan keyakinan pribadi (berhubungan dengan spiritual atau kekuatan, arti hidup, kekaguman, keutuhan dan integrasi, kekuatan spiritual, kedamaian batin/ ketenangan/ harmoni, harapan dan optimisme, dan iman) (Krageloh et al., 2015). Koenig et al (dalam Moeini et al, 2016) percaya bahwa spiritualitas dapat mempengaruhi fungsi sosial seseorang dan emosi seseorang serta pada gilirannya juga mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dan kelenjar endokrin. Oleh karena itu, keyakinan dan praktik spiritual dikaitkan dengan perilaku sehat, fungsi kekebalan tubuh yang lebih kuat, kondisi kardiovaskular yang lebih baik, dan kehidupan yang lebih panjang. Model keperawatan diatas juga menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dengan meningkatkan kemandiriannya secepat mungkin serta membantu individu yang sehat maupun sakit melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu (Harmer dan Henderson (1995, dalam Potter, 2005 : 274).

Florence Nightingale (1859) menyatakan bahwa keperawatan dilihat sebagai tindakan nonkuratif yaitu membuat klien dalam kondisi terbaik secara alami, melalui penyediaan lingkungan yang kondusif untuk terjadinya proses reparative. Sedangkan intervensi keperawatan menurut Florence Nightingale adalah membuat pasien dalam kondisi yang paling baik secara alamiah. Konsep model Florence Nightingale berfokus pada lingkungan yang diadaptasi dari konsep Murray dan Zentner yang menyatakan bahwa lingkungan dapat mencegah, menekan dan mendorong suatu penyakit, kecelakaan atau kematian, yang merupakan kondisi eksternal dan mempunyai pengaruh yang berdampak pada kehidupan dan perkembangan. Fokus kosep sentral

ini adalah adanya 5 hal esensial dalam menjaga kesehatan , yaitu: udara segar, air bersih, saluran pembuangan yang efisien, kebersihan, cahaya/ ventilasi. Nightingale juga merasa perawat harus menggunakan nalar sehat untuk meraih kondisi-kondisi tersebut tetapi harus disertai dengan ketekunan, observasi dan kecerdasan. Nightingale menganggap seseorang yang dirinya ingin sehat maka perawat, alam dan orang tersebut harus bekerja sama agar proses reparative dapat berjalan.

Contoh Aplikasi keperawatan :

1. memberikan ruang rawat pasien yang nyaman, cukup ventilasi
2. tersedianya air bersih baik di keperawatan komunitas dan ruangan
3. menempatkan pasien pada situasi dan kondisi yang kondusif untuk mencapai proses pemulihan.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1999) ruang lingkup pelayanan keperawatan merupakan asuhan keperawatan yang paripurna yang ditujukan kepada empat tingkat pengguna layanan kesehatan yaitu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam berbagai tatanan layanan keperawatan tanpa memandang latar belakang pendidikan, sosial ekonomi, jenis kelamin, suku bangsa, agama, dan lain – lain, dan juga kondisi kesehatannya yang ditujukan untuk promotif atau peningkatan kesehatan, preventif atau pencegahan penyakit, kuratif atau pengobatan dan rehabilitative atau pemulihan kesehatan yang bersifat komprehensif, terpadu dan berkesinambungan.

Kode etik keperawatan merupakan suatu pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan sebagai kerangka kerja untuk membuat keputusan. Kode etik berisi norma, nilai dan aturan profesional yang menyatakan apa yang benar dan baik, serta apa yang tidak benar dan tidak baik bagi professional. Kode etik menyatakan suatu perbuatan apa yang benar dan salah, perbuatan bagaimana yang harus dilakukan serta yang harus dihindari. Tujuan kode etik adalah agar semua profesional memberikan jasa sebaik-baiknya kepada pengguna pelayanan, sehingga kode etik akan melindungi perbuatan yang tidak profesional (PPNI, 2010)

BAB 5

KONSEP PROSES KEPERAWATAN

Tri Suraning Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Definisi

Proses keperawatan adalah serangkaian aktifitas berpikir kritis dan penalaran klinis yang digunakan perawat saat memberikan layanan kepada pasien (LeMone, 2016). Perawat memberi asuhan kepada pasien dengan menggabungkan metode penyelesaian masalah secara ilmiah dengan ketrampilan berpikir kritis untuk memberi asuhan melalui proses keperawatan (Rosdahl, 2014)

B. Tujuan

Tujuan pelaksanaan proses keperawatan antara lain :

1. Mengidentifikasi berbagai kebutuhan manusia yang bersifat tidak mampu dilakukan, tidak mau dilakukan, atau tidak diketahui bagaimana cara melakukannya
2. Menentukan diagnosis keperawatan setelah dilakukan identifikasi
3. Menentukan rencana tindakan setelah ditegakkan diagnosis keperawatan
4. Melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan
5. Mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan untuk menentukan tingkat keberhasilan

C. Karakteristik proses keperawatan

Proses keperawatan memiliki karakteristik unik yang memungkinkan respon terhadap perubahan status kesehatan pasien. Karakteristik proses keperawatan antara lain:

1. Sifat proses keperawatan yang siklik dan dinamis

Siklik yang dimaksud merupakan aktifitas atau kejadian yang berulang-ulang secara teratur atau urutan kejadian (siklus) yang secara terus menerus berubah (dinamis), bukan diam (statis)

2. Berpusat pada pasien

Perawat mengatur rencana asuhan berdasarkan masalah pasien, bukan tujuan keperawatan. Perawatan berpusat pada pasien disebut juga *Patient Centered Care (PCC)* yang sudah banyak diterapkan di beberapa layanan kesehatan. Model ini merupakan paradigma baru dalam layanan kesehatan yang memposisikan pasien sebagai pusat dari pelayanan. Ada 7 (tujuh) dimensi dalam PCC menurut Riskiyah et al, 2017 yaitu: 1) menghormati nilai-nilai, pilihan dan kebutuhan pasien, 2) menekankan koordinasi perawatan dan integrasi perawat, 3) menginformasikan, komunikasi dan mendidik pasien serta keluarganya, 4) memastikan kenyamanan fisik, 5) memberikan dukungan emosional, mengurangi rasa takut dan kecemasan, 6) melibatkan keluarga dan teman-teman, 7) mempromosikan perawatan yang berkesinambungan diantara penyedia dan institusi

3. Berfokus pada penyelesaian masalah dan pembuatan keputusan

Penyelesaian masalah dalam proses keperawatan dapat dengan beberapa pendekatan yaitu *trial and error* (mencoba beberapa pendekatan sampai menemukan satu solusi), intuisi (pengetahuan tentang hal-hal tidak diketahui yang diperoleh melalui proses berpikir tanpa kesadaran, terjadi secara cepat, mendadak, berdasarkan data-data yang bersumber dari keadaan emosi atau reaksi-reaksi emosi terhadap pengalaman masa lalu untuk mengarahkan perilaku yang benar), proses penelitian (sistematis, logis) dan metode ilmiah/metode ilmiah modifikasi. Proses keperawatan berfokus atau ditujukan khusus pada respon pasien terhadap penyakit dan sakit sedangkan proses medis

berfokus pada sistem fisiologis dan proses penyakit. Walaupun kedua proses ini dimulai dengan proses pengumpulan data, analisa data dan selanjutnya akan didapatkan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan.

Pembuatan keputusan dalam proses keperawatan dapat diterapkan dalam setiap tahapan proses keperawatan. Perawat dituntut kreatif dalam menentukan bilamana dan bagaimana menggunakan data untuk membuat keputusan. Sebagai contoh seorang perawat saat bertemu dengan pasien mendapatkan data tentang nyeri, perawat akan mencari data spesifik nyeri yang lain, tidak hanya dari ekspresi wajah tetapi dari data yang lain seperti nyeri muncul diperberat dan diperingan saat apa, kualitas nyeri seperti apa, tempat nyeri, skala nyeri dan durasi nyeri dan lain-lain. Setelah mendapat data perawat akan menentukan diagnosis keperawatan yang akan diangkat dari data tersebut dan selanjutnya melakukan rencana dari diagnosis keperawatan yang muncul.

4. Bersifat interpersonal dan kolaboratif

Proses keperawatan menuntut perawat menyampaikan secara langsung dan konsisten kepada pasien dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan mereka. Dengan adanya tuntutan tersebut mengharuskan perawat untuk berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, dalam upaya bersama untuk memberikan perawatan klien yang berkualitas

5. Dapat diterapkan secara universal dan penggunaan berpikir kritis

Proses keperawatan yang dapat dipakai secara universal berarti bahwa proses tersebut digunakan sebagai kerangka berpikir untuk asuhan keperawatan pada semua jenis tatanan perawatan kesehatan, dengan pasien dari semua kelompok usia. Perawat harus menggunakan berbagai ketrampilan berpikir kritis untuk melaksanakan proses keperawatan. Berikut skema berpikir kritis dalam menerapkan proses keperawatan:



D. Tahapan dalam proses keperawatan

Tahapan proses keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tahap Pengkajian

a. Pengumpulan data

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada. Data yang dibutuhkan meliputi data tentang biopsikososial dan spiritual atau data yang berhubungan dengan masalah pasien serta data tentang factor-faktor yang mempengaruhi masalah pasien. Dalam pengumpulan data, perangkat atau format yang dimiliki dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara (melalui komunikasi untuk mendapatkan respon dari pasien dengan tatap muka), observasi (mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada pasien), konsultasi (melakukan konsultasi kepada ahli atau spesialis), dan pemeriksaan fisik (inspeksi melalui pengamatan secara langsung pada organ yang diperiksa, palpasi dengan cara meraba organ yang diperiksa, perkusi dengan melakukan pengetukan menggunakan jari telunjuk atau palu (hammer) pada pemeriksaan neurologis dan

auskultasi dengan mendengarkan bunyi bagian organ yang diperiksa, pemeriksaan laboratorium dan rontsen, dan lain-lain.

Contoh format pengumpulan data :

| | |
|-----------------------------------|---------|
| I. FORMAT PENGKAJIAN | |
| Hari/Tanggal | : |
| Jam | : |
| Nama perawat | : |
| 1. Identitas / Biodata | |
| <i>Identitas Pasien</i> | |
| Nama | : |
| TTL | : |
| Usia | : |
| Jenis Kelamin | : |
| Pendidikan | : |
| Alamat | : |
| Pekerjaan | : |
| Agama | : |
| Suku / Bangsa | : |
| Tanggal Masuk | : |
| No. Register | : |
| Diagnosa Medis | : |
| <i>Identitas Penanggung Jawab</i> | |
| Nama | : |
| Umur | : |
| Pekerjaan | : |
| Pendidikan | : |
| Agama | : |

Alamat :

Hubungan Dengan Klien :

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan/gejala apa yang menyebabkan pasien berobat atau keluhan saat awal dilakukan pengkajian pertama kali yang utama.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Untuk mengetahui lebih detail hal yang berhubungan dengan keluhan utama.

1) Alasan dirawat di rumah sakit/perjalanan sakit

2) Munculnya keluhan

3) Karakteristik

4) Masalah sejak muncul keluhan

5) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan dengan sakitnya sekarang atau penyakit yang diderita sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga (disertai Genogram)

Penyakit yang pernah, sedang diderita oleh keluarga, yang berhubungan dengan penyakit yang diderita klien.

e. Riwayat kesehatan lingkungan

Ditanyakan tentang keadaan rumah dan lingkungan sekitar rumah. Persyaratan rumah yang sehat yaitu memiliki ventilasi yang baik, pencahayaan yang baik kamar mandi bersih dan tidak licin, tempat pembuangan sampah/ limbah, kepadatan rumah, pertanyaan disesuaikan dengan jenis penyakit klien.

f. Status ekonomi dan sosial

Ditanyakan tentang masalah-masalah yang dialami pasien yang ada hubungannya dengan keadaan sosial masyarakat / keluarga / lainnya.

Menanyakan penghasilan sehari – hari diperoleh dari siapa saja, berapa.

3. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

a. Persepsi kesehatan dan pola pemeliharaan kesehatan

Menjelaskan tentang pola yang dipahami pasien atau keluarga tentang kesehatan dan bagaimana kesehatan dikelola

- 1) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang kesehatan diri
- 2) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
- 3) (gizi / makanan yang adekuat, pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi dll)
- 4) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan (apa yang dilakukan pasien bila sakit, kemana pasien biasa berobat bila sakit)
- 5) Kebiasaan hidup (konsumsi obat-obatan / jamu, konsumsi alkohol, konsumsi rokok, konsumsi kopi, kebiasaan olah raga)

b. Pola Nutrisi – Metabolik

- 1) Pola makan (frekwensi, porsi makan, jenis makanan yang biasa dimakan)
- 2) Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan / minum
- 3) Makanan yang disukai pasien, makanan pantangan/makanan tertentu yang menyebabkan alergi serta selera makan pasien
- 4) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang mempengaruhi diet.
- 5) Kebiasaan mengkonsumsi vitamin / obat penambah nafsu makan (jumlah yang dikonsumsi setiap hari, sudah berapa lama)
- 6) Keluhan dalam makan:
 - a) Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa

- b) Adakah keluhan mual / muntah (jika muntah berapa kali dan jumlahnya dalam satu hari)
- c) Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan
- 7) Adakah penurunan Berat Badan dalam 6 bulan terakhir (bagaimana BB dan TB pasien sebelum dan selama dirawat)
- 8) Pola minum (frekuensi dan jumlah cairan yang dikonsumsi, jenis minuman yang biasa diminum)
- 9) Bila pasien terpasang infus berapa cairan yang masuk dalam sehari
- c. Pola Eliminasi BAB dan BAK
 - 1) Pola Eliminasi BAB
 - a) Pola BAB (gambaran : frekuensi, waktu, warna, konsistensi, penggunaan pencahar/enema)
 - b) Adanya keluhan diare atau konstipasi, ada darah / tidak, nyeri atau tidak)
 - c) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu misal: terpasang kolostomy / ileostomy)
 - 2) Pola Eliminasi Urine
 - a) Pola BAK (Frekuensi, waktu, warnanya, dan jumlah)
 - b) Penggunaan alat -alat misalnya pemasangan kateter
 - c) Adakah keluhan (Inkontinensia, anuria, hematuria, disuria, retensi urine, nokturia, dll)
- d. Pola Aktivitas - Latihan
 - 1) Olah raga yang dilakukan (jenis & frekuensi)
 - 2) Kesulitan/keluhan dalam aktivitas:
 - a) Pergerakan tubuh
 - b) Perawatan diri (mandi, berpakaian/ berhias, makan, BAB/BAK)
 - c) Keluhan sesak napas setelah melakukan aktivitas
 - d) Mudah merasa lelah

- 3) Skala ketergantungan klien disertai dengan tabel
 - 4) Adakah alat – alat khusus dimana klien memerlukan bantuan untuk memakainya?
- e. Pola Istirahat – Tidur
- 1) Kebiasaan tidur (waktu tidur, lama tidur dalam sehari, kebiasaan pengantar tidur, dll)
 - 2) Kesulitan dalam hal tidur (mudah terbangun, sulit memulai tidur, merasa tidak puas setelah bangun tidur)
 - 3) Perubahan pola istirahat, mimpi buruk, nokturia
- f. Pola Kognitif – Persepsi
- 1) Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi (penglihatan, pendengaran, penghidung, pengecap, dan sensasi perabaan)
 - 2) Alat bantu yang digunakan (kaca mata /alat bantu dengar)
 - 3) Kemampuan kognitif (kemampuan mengingat/memori, berbicara, dan memahami pesan yang diterima, pengambilan keputusan yang bersifat sementara)
 - 4) Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S, T
 - a) P = Paliatif/Profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri
 - b) Q = Kualitas/Quantitas yaitu deskripsi sifat nyeri yang dirasakan serta frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan
 - c) R = Regio/tempat yaitu lokasi dan penyebarannya
 - d) S = Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai (0 – 10) atau menggunakan gambar
 - e) T = Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan berlangsung
 - 5) Kesulitan yang dialami (sering pusing, menurunnya sensitivitas terhadap nyeri, panas/ dingin)
- g. Pola Persepsi Diri – Konsep Diri

- 1) Persepsi diri (hal yang dipikirkan saat ini, harapan setelah menjalani perawatan, perubahan yang dirasakan setelah sakit) ===== ❑ ditanyakan persepsi tentang dirinya dan masalah-maslah yang ada seperti perasaan cemas, takut
- 2) Status emosi
 - a) Bagaimana perasaan klien saat ini (sedih, marah, gembira dll)
 - b) Apakah perilaku nonverbal pasien sesuai dengan perilaku verbalnya
- 3) Konsep Diri
 - a) Citra diri / body image
 - b) Bagaimana persepsi pasien terhadap tubuhnya
 - c) Adakah pengaruh penyakit yang dialami terhadap persepsi pasien tersebut
 - d) Identitas
 - e) Bagaimana status dan posisi pasien sebelum dirawa. Bagaimana kepuasan pasien terhadap status dan posisinya
 - f) Bagaimana kepuasan pasien sebagai laki - laki atau perempuan
 - g) Peran
 - h) Tugas / peran apa yang diemban pasien dalam keluarga / kelompok / masyarakat
 - i) Bagaimana kemampuan pasien dalam melaksanakan peran tersebut
 - j) Apakah selama dirawat pasien mengalami perubahan dalam peran
 - k) Ideal Diri
 - Bagaimana harapan pasien terhadap tubuh/posisi/ perannya
 - Bagaimana harapan pasien terhadap lingkungan
 - Bagaimana harapan pasien terhadap dirinya

l) Harga Diri

- Bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap dirinya
- Apakah pasien merasa rendah diri dengan keadaannya

h. Pola Peran – Hubungan

Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain (keluarga, tenaga kesehatan, pasien lain), apakah penyakitnya mempengaruhi hubungan tersebut:

Kemampuan pasien dalam komunikasi (relevan, jelas, mampu mengekspresikan, mampu mengerti orang lain)

Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada pasien

Kepada siapa pasien meminta bantuan bila mempunyai masalah

Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua atau saudara – saudaranya)

i. Pola Sexualitas

Bagaimana pemahaman pasien terhadap fungsi seksual

Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi (fertilitas, libido, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi)

Pengkajian pada perempuan ===== ☐ terutama pada klien dengan masalah tumor atau keganasan sistem reproduksi

- 1) Riwayat menstruasi (keteraturan, keluhan selama menstruasi)
- 2) Riwayat kehamilan (jumlah kehamilan, jumlah kelahiran, jumlah anak)
- 3) Riwayat pemeriksaan ginekologi misal pap smear.

j. Pola toleransi – coping Stress

Menjelaskan tentang pola coping, toleransi terhadap stress dan support system

Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)

Yang dilakukan jika menghadapi satu masalah (misalnya: memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat – obatan, marah, atau diam dll)

Bagaimana upaya pasien dalam masalahnya sekarang

Menurut pasien apa yang dapat dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman

k. Pola Nilai – Keyakinan

Apa agama klien

Menurut pasien siapa atau apa sumber kekuatan baginya

Bagaimana pasien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan (macam, frekuensi)

Apakah pasien mengalami masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat

Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan

Bagaimana keyakinan pasien terhadap pengobatan yang dijalani

Cat: Untuk Pengkajian Gordon dikaji sebelum sakit dan selama sakit

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum/Penampilan :

b. Tingkat Kesadaran :

c. GCS : E...V... M.....

d. TB : Cm, BB : Kg , IMT:

e. Tanda- tanda vital (TTV)

1) Tekanan Darah : MmHg

2) Nadi (Jumlah, Irama) : x/mnt

3) Suhu : °C

4) RR (Jumlah, Irama) : x/mnt

f. Pemeriksaan Kepala dan leher

Kepala : Bentuk, ada luka/ benjolan

Rambut : Warna, jenis, ketebalan, kebersihan

Mata : Kemampuan penglihatan, ukuran pupil, reflek terhadap cahaya, konjungtiva anemis / tidak, sklera ikterik / tidak, alat bantu, adanya sekret, ada oedema palpebra tidak,

Hidung : Kebersihannya, adakah septum deviasi, sekret, epitaksis, polip, napas cuping hidung, pemakaian oksigen

Mulut : Keadaan mukosa bibir (kelembaban, warna), kebersihan keadaan gigi dan gusi, bau mulut, keadaan bibir (warna dan kelembaban) , stomatitis, kelainan congenital

Telinga : Kemampuan pendengaran, adakah nyeri, adakah sekret/serumen telinga, bentuk telinga, adakah pembengkakan, penggunaan alat bantu

Leher : Bentuk leher, pembesaran kelenjar thyroid, nyeri waktu menelan, pembesaran tonsil. Keadaan vena jugularis, posisi trakea

g. Dada dan Paru - Paru

- 1) Inspeksi: Bentuk dada, Frekuensi Respirasi (RR), keadaan kulit dada, adanya retraksi interkostalis selama bernafas, jaringan parut atau kelainan lain.
- 2) Palpasi: Gerakan dinding dada sisi kanan kiri, taktil fremitus pada kedua sisi paru
- 3) Perkusi: Suara resonansi / pekak
- 4) Auskultasi: Suara dasar paru, bunyi nafas tambahan (Whezing, ronchi, krakles)

h. Jantung

- 1) Inspeksi: Iktus cordis tampak atau tidak
- 2) Perkusi: Konfigurasi jantung dalam batas normal tidak, ada cardiomegali tidak
- 3) Palpasi: Ictus cordis teraba pada SIC (Sub intercosta) beberapa

4) Auskultasi: Bunyi jantung I – II, ada suara tambahan tidak, irama jantung

i. Abdomen

1) Inspeksi: Bentuk abdomen, warna kulit, kontur permukaan abdomen, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak seimbangan, jaringan parut, striae)

2) Auskultasi: Bising usus (frekuensi & karakternya)

3) Perkusi: Nyeri ketuk ada tidak, suara (thimpani/redup)

4) Palpasi: Ada pembesaran hati/ limpa atau tidak, ada nyeri tekan tidak, massa

j. Genitalia

Kebersihan daerah genitalia, adanya luka, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda – tanda infeksi pada area pemasangan kateter, ada kelainan pada anus tidak.

k. Ekstremitas

1) Atas

2) Inspeksi kuku , kulit (warna, kebersihan, turgor kulit, adanya edema)

3) Capillary refill

4) Kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan)

5) Kekuatan otot, koordinasi gerak dan keseimbangan

6) Penggunaan alat bantu

7) Bila terpasang infus kaji adanya tusukan infus, kaji tanda-tanda infeksi pada daerah tusukan infus, adanya nyeri tekan yang berlebihan pada daerah tusukan , plebitis/ emboli

8) Bawah

9) Inspeksi kuku, kulit (warna, kebersihan, turgor kulit, adanya edema)

10)Capillary refill

11)Kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan)

12) Kekuatan otot, koordinasi gerak dan keseimbangan

13) Penggunaan alat bantu

14) Bila terpasang infus kaji adanya tusukan infus, kaji tanda/ tanda infeksi pada daerah tusukan infus, adanya nyeri tekan yang berlebihan pada daerah tusukan , plebitis /emboli

l. Kulit

Kaji kebersihan, warna, kelembaban, turgor, adanya edema

Bila terdapat luka kaji keadaan luka (kebersihan luka, adanya jahitan, ukuran luka, adanya tanda – tanda infeksi pada luka, keadaan balutan luka).

5. Data hasil Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium (ditulis nilai normalnya), radiologi, EKG, dll (ditulis hasilnya)

6. Diet yang diperoleh

7. Therapi

Nama, dosis, waktu, cara pemberian

8. Pengelompokan Data

Data Subyektif :

Data Obyektif :

b. Validasi data

Validasi data merupakan upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subjektif dan data objektif yang dikumpulkan dari berbagai sumber berdasarkan standar nilai normal, untuk menemukan kemungkinan pengkajian ulang atau pengkajian tambahan tentang data yang ada.

Jenis data ada dua yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif disebut juga gejala atau data tertutup dan tampak pada individu yang mengalami sehingga dapat dijelaskan atau diverifikasi hanya oleh individu tersebut. Misal pasien mengatakan tidak dapat mengerjakan kegiatan sehari-hari seperti makan, minum karena

tangan bengkak dan sulit menggerakkan jari-jari tangannya. Data objektif disebut juga tanda atau data terbuka yaitu data yang diperoleh dari hasil pengamatan atau hasil pengukuran. Misal perubahan warna kulit, pengukuran tekanan darah, kekuatan otot dan lain-lain. Selama pemeriksaan fisik perawat mendapatkan data objektif untuk memvalidasi data subjektif dan melengkapi fase pengkajian proses keperawatan.

Sumber data ada dua yaitu primer dan sekunder. Pasien adalah sumber data primer, sedangkan sumber data sekunder dapat dari anggota keluarga, teman, rekam medis dan tim kesehatan yang mengelola pasien selama perawatan

c. Identifikasi pola/masalah

Merupakan kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah melakukan validasi data. Melalui identifikasi pola atau masalah dapat diketahui gangguan atau masalah keperawatan yang terdapat pada fungsi kesehatan, seperti pada persepsi tata laksana kesehatan, pola aktivitas latihan, pola nutrisi metabolisme, dan lain-lain

2. Tahap diagnosis keperawatan

a. Definisi Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.

b. Tujuan Diagnosis keperawatan

Tujuan diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respons pasien secara individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Klasifikasi diagnosis keperawatan

International council of Nurses (ICN) sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu sistem klasifikasi yang disebut dengan *international Nurses Council International Classification For Nursing Practice*. (ICNP). Sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, tetapi juga mencakup intervensi dan tujuan (*outcome*) keperawatan. Sistem klasifikasi ini disusun untuk mengharmonisasikan terminologi-terminologi keperawatan yang

digunakan diberbagai negara diataranya *Clinical Care Clasification* (CCC), *North American Nursing Diagnosis Assosiasion* (NANDA), *Home Health Care Clasification* (HHCC), *Systematized nomenclature of medicine clinical terms* (SNOMED CT), *International Classification of functioning, disability and health* (ICF), *Nursing Diagnostic system of the centre for nursing development and research* (ZEFP) dan ombaha system (Hardikar et al, 2011)

d. Jenis diagnosis keperawatan

Jenis diagnosis keperawatan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Diagnosis aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien

2. Diagnosis resiko

Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor resiko mengalami masalah kesehatan.

3. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

e. Komponen diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. Masing-masing komponen diuraikan sebagai berikut:

1. Masalah (*problem*)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas deskriptor atau penjelas dan fokus diagnostik

Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi. Beberapa deskriptor yang digunakan dalam diagnosis keperawatan dalam tabel berikut:

| No | Deskriptor | Fokus Diagnostik |
|----|---------------|-----------------------|
| 1 | Tidak efektif | Bersihkan jalan anfas |
| 2 | Gangguan | Pertukaran gas |
| 3 | Penurunan | Curah jantung |
| 4 | Intoleransi | Aktivitas |
| 5 | Defisit | Pengetahuan |

Sedangkan deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi. Beberapa descriptor yang digunakan dalam diagnosis keperawatan dalam tabel berikut:

| No | Deskriptor | Definisi |
|----|---------------|--|
| 1 | Defisit | Tidak cukup, tidak adekuat |
| 2 | Disfungsi | Tidak berfungsi secara normal |
| 3 | Efektif | Menimbulkan efek yang diinginkan |
| 4 | Gangguan | Mengalami hambatan |
| 5 | Lebih | Berada diatas nilai normal atau yang diperlukan |
| 6 | Penurunan | Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat |
| 7 | Rendah | Berada di bawah nilai normal atau yang diperlukan |
| 8 | Tidak efektif | Tidak menimbulkan efek yang diinginkan |

2. Indikator *diagnostik*

Indikator diagnostik terdiri dari penyebab, tanda/gejala, dan tanda resiko dengan uraian sebagai berikut :

a. Penyebab (*etiology*)

Merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : a) fisiologi, biologis atau psikologis, b) efek terapi/

tindakan, c) situasional (lingkungan atau personal) dan d) maturasional

b. Tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*)

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan diagnosis, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu: 1) Mayor: tanda/gejala ditemukan 80-100% untuk validasi diagnosis, 2) Minor: tanda/gejala tidak hanya ditemukan, namun jika ditemukan dapat menegakkan diagnosis

c. Faktor resiko

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pasien mengalami masalah kesehatan.

Pada diagnosis aktual, indikator diagnostik nya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Pada diagnosis resiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala. Hanya memiliki faktor resiko. Sedangkan pada diagnosis promosi kesehatan, hanya memiliki tanda/gejala yang menunjukkan kesiapan klien untuk mencapai kondisi yang lebih optimal

f. Proses penegakan diagnosis keperawatan

Ada tiga tahap yaitu:

1. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan membandingkan data dengan nilai normal dan mengelompokkan data

2. Identifikasi masalah

Setelah data dianalisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual, resiko dan atau promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan

3. Perumusan diagnosis.

Perumusan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis keperawatan yaitu:

a. Penulisan tiga bagian (*three part*)

Metode penulisan ini terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan
dengan tanda/gejala

Frase 'berhubungan dengan' dapat disingkat b.d dan 'dibuktikan dengan' dapat disingkat d.d

b. Penulisan dua bagian (*two part*)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis resiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut

(1) Diagnosis resiko

Masalah dibuktikan dengan faktor resiko

Contoh penulisan diagnosis:

Resiko aspirasi dibuktikan dengan tingkat kesadaran menurun

(2) Diagnosis promosi kesehatan

Masalah dibuktikan dengan tanda/gejala

Contoh: kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal

Komponen-komponen diagnosis pada masing-masing jenis diagnosis keperawatan dan metode penulisan diagnosisnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

| No | Jenis diagnosa Keperawatan | Komponen dan penulisan diagnosa |
|----|-------------------------------|--|
| 1 | Diagnosis aktual | Masalah b.d penyebab d.d tanda/gejala |
| 2 | Diagnosis resiko | Masalah d.d faktor resiko |
| 3 | Diagnosis promosi kesehatan | Masalah d.d Tanda/gejala |

Keterangan: b.d (berhubungan dengan), d.d (dibuktikan dengan)

3. Tahap Perencanaan

Tahap ini merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menghilangkan, atau mengurangi masalah-masalah pasien. Tahap ini juga diartikan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Kegiatan tahapan perencanaan dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan sebagai berikut:

a. Memprioritaskan diagnosis keperawatan

Penentuan prioritas diagnosis keperawatan ini dilakukan setelah tahap diagnosis keperawatan. Penentuan prioritas masalah dapat berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa) dan berdasarkan kebutuhan manusia.

1. Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)

Ini dilatarbelakangi dari prinsip pertolongan pertama yaitu membagi prioritas tinggi (apabila mencerminkan situasi yang mengancam nyawa seseorang sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu, seperti masalah bersihan jalan nafas), sedang (apabila menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup pasien seperti masalah kebersihan) dan rendah (apabila menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung dengan prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik seperti masalah keuangan atau lainnya)

2. Berdasarkan tingkat piramida kebutuhan dasar Maslow

Urutan 5 (lima) kebutuhan dasar manusia kebutuhan dasar Maslow antara lain kebutuhan fisiologis (masalah pernafasan, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan perawatan kulit, mobilitas, eliminasi dan lain-lain), kebutuhan keamanan dan keselamatan (masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian dan lain-lain), kebutuhan mencintai dan dicintai (masalah kasih sayang, seksualitas, afiliasi dalam kelompok, dan hubungan antar manusia), kebutuhan harga diri (masalah respek dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri), kebutuhan aktualisasi diri (masalah kepuasan terhadap lingkungan)

b. Menentukan tujuan dan hasil yang diharapkan

Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan. Dengan kata lain, tujuan merupakan sinonim dari kriteria hasil yang mempunyai komponen sebagai berikut: S (subjek), P (predikat), Kr (kriteria), Kd (kondisi), dan W (waktu), dengan uraian sebagai berikut:

S; Perilaku pasien yang diamati

P; Kondisi yang melengkapi pasien

Kr: Kata kerja yang dapat diukur untuk menentukan tercapainya tujuan

Kd: Sesuatu yang menyebabkan pemberian asuhan

W: Waktu yang ingin dicapai

Kriteria hasil (hasil yang diharapkan) merupakan standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberikan petunjuk bahwa tujuan tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan dengan ciri-ciri berikut :

1. Setiap kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan
2. Hasil yang ditetapkan dalam kriteria hasil memungkinkan untuk dicapai
3. Kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, harus se konkret mungkin untuk memudahkan pengukuran
4. Kriteria dapat diukur dan hasilnya dapat dilihat, dirasa dan didengar
5. Kriteria menggunakan kata-kata positif, bukan kata-kata negative

Dalam pembahasan penentuan tujuan juga harus mengetahui luaran keperawatan. Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. Masing-masing komponen diuraikan sebagai berikut: 1) Label:

Label luaran keperawatan merupakan kondisi perilaku atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan. Label intervensi keperawatan terdiri atas beberapa kata (1 kata s.d 4 kata) yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas luaran keperawatan, 2) Ekspektasi: Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Ekspektasi menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan. Terdapat tiga kemungkinan ekspektasi antara lain meningkat yang berarti bertambah dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan, menurun yang berarti berkurang dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan, membaik (menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif, 3) Kriteria hasil: Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Kriteria hasil juga dapat disebut sebagai indikator karena menggambarkan perubahan-perubahan yang ingin dicapai setelah intervensi keperawatan.

c. Menentukan rencana tindakan

Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi

1. Tindakan observasi

Tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata 'periksa', 'monitor. Dianjurkan menghindari penggunaan kata 'kaji' karena serupa dengan tahap awal pada proses keperawatan dan agar tidak rancu dengan tindakan keperawatan yang merupakan tahap pasca diagnosis, sementara pengkajian merupakan tahap pre diagnosis

2. Tindakan terapeutik

Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah pemburukan masalah kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata 'berikan', 'lakukan' dan kata-kata yang 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 kesehatan lainnya. Tindakan ini membutuhkan gabungan pengetahuan, ketrampilan dari berbagai profesi kesehatan. Tindakan ini hanya dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata 'kolaborasi', 'rujuk', atau 'konsultasikan'.

4. Tahap Pelaksanaan

Merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal, diantaranya bahaya fisik dan perlindungan kepada pasien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak pasien tingkat perkembangan pasien. Dalam tahap pelaksanaan, terdapat dua tindakan yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi

Berikut adalah contoh tindakan keperawatan mandiri (tindakan independen) dan tindakan kolaborasi (tindakan interdependent)

- a. Mengidentifikasi kemampuan batuk (tindakan mandiri)
- b. Mengatur posisi *semi fowler* atau *fowler* (tindakan mandiri)
- c. Menganjurkan tarik nafas melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik (tindakan mandiri)
- d. Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran (tindakan kolaborasi)

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Tahap evaluasi ini terdiri dari dua komponen yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan selama proses perawatan berlangsung atau menilai respon pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan atas target tujuan yang diharapkan. Evaluasi dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera.

Contoh:

Identifikasi kemampuan batuk

Hasil evaluasi: berdasarkan hasil pengkajian pasien batuk, pasien tampak kesulitan mengeluarkan sputum

b. Evaluasi sumatif

Merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisa status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Disamping itu, evaluasi juga menjadi alat ukur tujuan yang mempunyai kriteria tertentu untuk membuktikan apakah tujuan tercapai, tidak tercapai atau tercapai sebagian

c. Evaluasi tercapai

Tujuan ini dikatakan tercapai apabila pasien telah menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan

Contoh :

Diagnosis keperawatan: Bersihan nafas tidak efektif

Tujuan : pasien mampu membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas

Evaluasi:

S (Subjektif) : Pasien mengatakan sudah dapat mengeluarkan dahaknya

O (Objektif) : Paru-paru bersih pada saat diauskultasi

A (*Assesment* atau penilaian) : Gangguan bersihan jalan anfas sudah teratasi

P (*Planning* atau rencana) : Kunjungan rumah dihentikan

RANGKUMAN :

1. Tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi
2. Tahapan pengkajian terdiri dari pengumpulan data, validasi data dan identifikasi pola/masalah
3. Tahapan diagnosis keperawatan terdiri kegiatan analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis keperawatan
4. Tahapan intervensi terdiri dari penentuan prioritas diagnosis, Penentuan tujuan dan hasil yang diharapkan, penentuan rencana tindakan
5. Tahap implementasi terdiri dari tindakan keperawatan mandiri dan tindakan keperawatan kolaboratif
6. Tahap evaluasi terdiri dari evaluasi proses dan evaluasi hasil

TUGAS

1. Sebutkan 5 tahap proses keperawatan?
2. Sebutkan 3 jenis diagnosis keperawatan?
3. Apakah yang dimaksud luaran (*outcome*) keperawatan?
4. Apakah yang dimaksud tindakan terapeutik pada intervensi keperawatan?
5. Berikan contoh tindakan keperawatan mandiri saat muncul masalah keperawatan nyeri akut!

BAB 6

HAK DAN KEWAJIBAN PERAWAT

Dr. Marni.Siregar S.ST., Mkes.

A. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagaimana dimaksud dalam Undang Undang Dasar Tahun 1945. Pasa 63 ayat (4) Undang Undang Kesehatan no 36 tahun 2009 tentang kesehatan, menyebutkan , bahwa pelaksanaan pengobatan dan/ atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan hanya dapat dilakuka leh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan .Perawat merupakan salah satu dari tenaga kesehatan yang ada disetiap pelayanan kesehatan.Perawat merupakan grda terdepan dipelayanan kesehatan di Rumah Sakit,.Perawat adalah profesi yang mengabdikan diri pada penanganan asuhan keperawatan kepda pasien, selalu mempunyai beban kerja yang berlebihan dan sering juga melakukan kegiatan yang bukan tugas utamanya , misalnya di ruang rawat inap dapat berperan sebagai administrasi.Perawat di rumah sakit memberi pelayanan 24 jam ,namun ada juga perawat bertugas di ruang pelayanan rawat inap, rawat jalan, poliklinik. Perawat mempunyai kewenangan berdasarkan kompetensi yang dimiliki memberi asuhan keperawatan kepada, individu, keluarga dan masyarakat di pelayanan kesehatan pemerintah maupun mandiri. Perawat menurut Internasional Council of Nursing (ICN 1965) adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat serta berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan dan bertanggungjawab untuk meningkatkan kesehatan ,pencegahan penyakit dan pelayanan

penderita sakit. Sedang menurut Undang undang keperawatan no 38 Tahun 2014, Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Kepewrawatan baik didalam maupun diluar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Perundang undangan. Sebagai seorang Perawat akan memberikan pelayanan keperawatan dalam bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, masyarakat baik sehat maupun sakit. Dalam melaksanakan pelayanan keperawatan maka seorang perawat memberikan asuhan keperawatan ,dengan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Sebelum memenuhi Hak dan kewajiban, maka perawat harus mengikuti uji kompetensi yaitu oproses pengukuran dan pengetahuan, ktrampilan dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan progran studi keperawatan. kemudian lulus dan mempunyai sertifikat kompetensi ,untuk melakukan praktek keperawatan, yang selanjutnya mempunyai surat tanda registrasi (STR)sebagai bukti tertulis yang diberikan konsil keperawatan kepada perawat yang telah di registrasi. Dalam menjalankan hak dan kewajiban perawat di Indonesia, dilandasi dengan Undang undang keperawatan no 38 tahun 2014 tentang keperawatan, KMK no 01.07/Menkes/425/2020 tanggal 13 juli 2020 tentang standard Profesi Perawat kemudian, Permenkes no 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang Undang no 38 tahun 2014 tentang Keperawatan tanggal 9 agustus 2019 .peraturan ini udah disosialikan secara berulang di setiap cabang dan ranting, untuk itu perlu disikapi oleh setiap perawat untuk menambah wawasan dalam memenuhi hak dan kewajiban, dan juga mengikuti aturan yang sudah baku dibuat pemangku kebijakan , di wilayah kerja masing masing, kita ketahui, bahwa aturan yang ditetapkan selalu merujuk aturan dan peraturan diatasnya

B. Hak dan Kewajiban Perawat.

Pemahaman tentang hak berbeda beda tergantung cara pandang ,namun oleh para ahli ada pengertian dan definisi hak

Hak merupakan kata yang sering kita dengar dalam kehidupan sehari-hari, bahkan dalam kegiatan organisasi sekecil apapun, misalnya arisan, rukun tetangga selalu ada kata hak dan kewajiban, setiap individu mempunyai hak melakukan sesuatu dan memiliki sesuatu, mengambil keputusan, melindungi diri, berbuat, menyampaikan pendapat, menerima informasi, namun hak juga dapat membuat setiap individu menyadari batasan-batasan dalam menentukan mana yang boleh dan tidak boleh. Demikian juga perawat sebagai tenaga kesehatan yang kompeten ada aturan tentang hak dan kewajiban perawat yang harus dipahami oleh setiap perawat, sehingga tidak mengalami masalah dalam melakukan asuhan keperawatan.

1. Pengertian Hak

a. Hak menurut Bahasa atau KBBI

adalah Bentuk dari kewenangan atau suatu kekuasaan yang memungkinkan seorang individu untuk berbuat (atas dasar undang-undang karena hal tersebut telah diatur serta ditentukan oleh undang-undang atau aturan tertentu) serta kekuasaan yang mutlak berdasarkan dari sesuatu atau di fungsikan untuk menuntut sesuatu.

b. Hak Menurut Prof. Dr Notonegoro

Merupakan sebuah kuasa atau kemampuan seorang individu untuk dapat melakukan beberapa kegiatan seperti, menerima, melakukan, dan memiliki suatu hal yang sudah semestinya diterima, dilakukan dan dimiliki individu tersebut. Setiap hak yang telah diterima dan ditetapkan sama seseorang tidak mudah dipindahkan kepada individu lainnya, hal inilah yang membuat setiap individu menerima hak berbeda sesuai dengan peran masing-masing.

c. Hak Menurut Prof. R.M.T. Sukanto Notonagoro

Adalah sebuah wewenang dimana seorang individu memiliki otoritas untuk menerima atau melakukan suatu hal yang diinginkan dan memang semestinya diterima atau dilakukan oleh individu tersebut. Hak ini tidak boleh dan tidak bisa diberikan kepada individu lain, sehingga tidak bisa dilakukan dan diterima oleh individu lainnya.

d. Hak menurut C Fagin (1975)

Merupakan tuntutan terhadap sesuatu dimana seseorang mempunyai hak terhadapnya , seperti kekuasaan dan hak istimewa yang berupa tuntutan yang berdasarkan keadilan,moralitas,atau legalitas.

2. Jenis Jenis Hak.

a. Hak – hak Absolut

Adalah suatu hak yang memiliki mutlak atau telak tanpa pengecualian,hak absolut dapat berlaku dimana saja asalkan tidak dipengaruhi oleh situasi serta keadaan tertentu.

b. Hak-hak Kesejahteraan

Hak yang diberikan secara hukum untuk hal hal yang merupakan standard keselamatan spesipik dalam suatu bangunan atau wilayah tertentu. Misalnya ,hak pasien untuk memperoleh asuhan keperawatan, hak penduduk untuk mendapat pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan,mis berobat ke puskesmas, mendapat perlindungan kesehatan dimasa pandemi covid 19 , melalui vaccin covid 19, memanfaatkan layanan BPJS kesehatan.

c. Hak- hak Legislatif

Hak hak legislatif diterapkan oleh hukum berdasarkan konsep keadilan. Misalnya seorang perempuan mengalami kekerasan dari suaminya sehingga perempuan tersebut akan menggunakan hak legislasi. Menurut Badman dan Badman (1985) menyatakan bahwa hak –hak legislatif mempunyai empat peranan dalam masyarakat, yaitu membuat peraturan, mengubah peraturan, membatasi moral terhadap peraturan yang tidak adil, memberikan keputusan pengadilan atau menyelesaikan perselisihan.

Faktor faktor yang mempengaruhi perkembangan konsep pribadi dari hak – hak seseorang

a. Hubungan sosial dengan keluarga ,antar keluarga maupun dengan lingkungan,

b. Pendidikan dari orang tua misalnya menghormati dan menghargai pendapat keluarga yang, menolong sesama,

membantu mengerjakan PR. merupakan satu perilaku dalam menciptakan suatu kerukunan, yang dapat mempengaruhi kehidupan seseorang dalam melayani dan bertindak

- c. Kebudayaan ,mempengaruhi kita mengikuti pola pola perilaku tertentu yang telah dibuat.untuk lebih memahamilagi tentang kebudayaan yang lebih dominan, mis
- d. Faktor kedaerahan dapat mempengaruhi kepribadian seorang individu misalnya dalam memberikan asuhan, untuk misalnya menyebutkan nama klien secara bahasa Indonesia dimulai dengan kata " Ibu " "Bapak ",atau disuku Batak dengan "Amang" unruk bapak, atau Inang " bagi ibu
- e. Informasi yang diperoleh, yang diperoleh Perawat tentu melalui pendidikan dan jugamelalui pengalaman di lapangan akan mempengaruhi setiap tindakan seseorang, bila didapat informasi yang positif maka yang bersangkutan akan melakukannya dengan baik dipandu dengan standard operasionalyang telah.ditetapkan

Hak Perawat menurut UUKeperawatan no 38 tahun 2014 Bagian kesatu pasal 36

Hak Perawat,Menurut Permenkes no 26 tahun 2019tentang Peraturan Pelaksanaan UU No 38 tahun 2014 bagian ke lima Pasal 35

Dalam melaksanakan praktek keperawatan Perawat mempunyai hak sebagai berikut:

- a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan standard Profesi, standard pelayanan,standard prosedur operasional dan ketentuan peraturan perundang undangan.
- b. Memperoleh informasi yang benar,jelas,dan jujur dari kliendan/ atau keluarganya.
- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan
- d. Menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan.
- e. Menolak keinginan klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standard pelayanan,,standard profesi,standard prosedur operasional.

- f. Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standard
 - g. Memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan serta nilai-nilai agama.
1. Memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan dan perundang-undangan.
 2. Perawat juga berhak mendapatkan imbalan jasa atas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Pasal 36

1. Dalam melaksanakan Praktek Keperawatan Perawat mempunyai kewajiban
 - a. Menjaga kerahasiaan kesehatan klien
 - b. Memperoleh persetujuan dari klien atau keluarganya atas tindakan yang diberikan.
 - c. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan Sesuai dengan standard pelayanan keperawatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan bagi perawat yang menjalankan praktek mandiri.
 - d. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik standard Pelayanan Keperawatan, standard profesi, standard prosedur operasional dan ketentuan perundang-undangan.
 - e. Merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya.
 - f. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standart.
 - g. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan / atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya.
 - h. melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat
 - i. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah.

Hak –hak Perawat menurut Claire Fagin (1975)

- a. Hak memperoleh martabat dalam rangka mengekspresikan dan meningkatkan dirinya melalui penggunaan khususnya dan sesuai dengan latar belakang pendidikannya.
- b. Hak memperoleh pengakuan sehubungan dengan kontribusi melalui ketetapan yang diberikan lingkungan untuk praktek yang dijalankan serta imbalan ekonomi sehubungan dengan profesional.
- c. Hak mendapatkan lingkungan kerja dengan stres fisik dan emosional serta resiko kerja yang seminimal mungkin.,
- d. Hak untuk melakukan praktek –praktek profesi dalam batas batas hukum yang berlaku.
- e. Hak menetapkan standard yang bermutu dalam perawatan yang dilakukan.
- f. Hak berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan yang berpengaruh terhadap perawatan.
- g. Hak untuk berpartisipasi dalam organisasi sosial dan politik yang mewakili perawat dalam meningkatkan asuhan kesehatan.

Sedangkan menurut Ismani 2014 dalam buku Etika Keperawatan dinyatakan Hak Perawat :

- a. Perawat berhak mendapatkan perlindungan huku dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
- b. Perawat berhak mengembangkan diri melalui kemampuan spesialisasinay sesuai dengan latar belakang pendidikan.
- c. Perawat berhak menolak keinginan pasien/klien yang bertentangan dengan peraturan perundangundangan,serta standard dan kode etik profesi.
- d. Perawat berhak mendapat informasi lengkap dari pasien/ klien atau keluarganya tentang keluhan dan ketidakpuasannya terhadap pelayanan yang diberikan.
- e. Perawat berhak meningkatkan ilmu pengetahuannya berdasarkanIPTEK dalam bidang keperawatan/kesehatan secara terus menerus .

- f. Perawat berhak untuk diperlakukan secara adil dan jujur oleh institusi pelayanan maupun klien/pasien.
- g. Perawat berhak mendapatkan jaminan perlindungan terhadap resiko kerja yang dapat menimbulkan bahaya fisik maupun stress emosional.
- h. Perawat berhak diikutsertakan dalam penyusunan dan penetapan kebijaksanaan pelayanan kesehatan.
- i. Perawat berhak atas privasi dan berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh pasien/klien dan/atau keluarganya serta tenaga kesehatan lainnya.
- j. Perawat berhak untuk menolak dipindahkan ke tempat tugas lain, baik melalui anjuran atau pengumuman tertulis karena diperlukan untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan standart profesi atau kode etik keperawatan atau peraturan perundangundangan lainnya.
- k. Perawat berhak untuk mendapatkan penghargaan dan imbalan yang layak dari jasa profesi yang diberikan berdasarkan perjanjian atau ketentuan yang berlaku diinstitusi pelayanan yang bersangkutan
- l. Perawat berhak untuk memperoleh kesempatan, mengembangkan karir sesuai dengan bidang profesinya.
- m. Kewajiban menurut¹, John Salmond : Suatu hal yang harus dikerjakan oleh seseorang dan jika tidak melakukan hal tersebut akan memperoleh sanksi.

Menurut Prof R.M.T.Sukanto Notonegoro kewajiban adalah ; sesuatu hal yang harus dikerjakan oleh pihak tertentu dengan penuh rasa tanggung jawab serta dengan prinsip yang bisa dituntut secara paksa oleh pihak yang berkepentingan.

Kewajiban :Perawat. Iswani 2000, dalam Etika Keperawatan:

- a. Perawat wajib mematuhi semua peraturan institusi yang bersangkutan.
- b. Perawat wajib memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan sesuai dengan standard profesi dan batas kegunaan.

- c. Perawat wajib menghormati hak hak pasien/klien.
- d. Perawat wajib merujuk pasien/klien kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, bila yang bersangkutan tidak dapat mengatasinya .
- e. Perawat wajib memberikan kesempatan kepada pasien/klien untuk berhubungan dengan keluarganya ,sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan atau standard profesi yang ada.
- f. Perawat wajib memberikan kesempatan kesempatan ke pada pasien /klien untuk menjalankan ibadah agamanya, sesuai dengan agama atau kepercayaan masing masing sepanjang tidak mengganggu pasien yang lain
- g. Perawat wajib berkolaborasi dengan tenaga medis atau tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada pasien.
- h. Perawat wajib memberikan informasi yang akurat tentang tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien atau keluarganya sesuai dengan batas kemampuannya.
- i. Perawat wajib meningkatkan mutu pelayanannya sesuai dengan standard profesi keperawatan demi kepuasan pasien.
- j. Perawat wajib mengikuti membuat dokumentasi asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan.
- k. Perawat wajib mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan atau kesehatan secara terus menerus.
- l. Perawat wajib melakukan pelayanan darurat sebagai tugas kemanusiaan sesuai dengan batas kewenangannya.
- m. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui tentang pasien kecuali jika diminta keterangan oleh pihak yang berwenang.
- n. Perawat wajib memenuhi hal hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuat sebelumnya, terhadap institusi tempat bekerja.

Dari beberapa hak dan kewajiban diatas, bahwa dimasa pandemi covid 19 sejak 2019 kewajiban perawat sangat besar dalam

memberikan pelayanan.untuk bahkan ada yang sampai meninggal, bila kita kaji tentang hak Perawat no 1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan standard Profesi, standard pelayanan,standard prosedur operasional dan ketentuan peraturan perundang undangan.

BAB 7

KONSEP DASAR HOME CARE

Ns. Rahmawati, S.Kep., M.Kep.

A. Pengertian

Menurut Departemen Kesehatan (2002) *home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

Home Health Care adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang yang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Neis dan Mc.Ewen , 2001)

Menurut Habbs dan Perrin, 1985 (dalam Lerman D. & Eric B.L, 1993) *Home Care* merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien, sehingga *home care* dalam keperawatan merupakan layanan keperawatan di rumah pasien yang telah melalui sejarah yang panjang.

Di beberapa negara maju, " *home care* " (perawatan di rumah), bukan merupakan konsep yang baru, tapi telah dikembangkan oleh William Rathbon sejak tahun 1859 yang dia namakan perawatan di rumah dalam bentuk kunjungan tenaga keperawatan ke rumah untuk mengobati klien yang sakit dan tidak bersedia dirawat di rumah sakit.

Dari beberapa literatur pengertian " *home care* " adalah :

1. Depkes).

B. Konsep Model / Teori Keperawatan yang Mendukung Home Care

Menurut Hidayat (2004), Model / teori keperawatan yang mendukung *home care* antara lain :

1. Teori Lingkungan (Florence Nightingale)

Lingkungan menurut Nightingale merujuk pada lingkungan fisik eksternal yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan yang meliputi lima komponen lingkungan terpenting dalam mempertahankan kesehatan individu yang meliputi

- a. Udara bersih,
- b. Air yang bersih
- c. Pemeliharaan yang efisien
- d. Kebersihan
- e. Penerangan/pencahayaan

Nightingale lebih menekankan pada lingkungan fisik daripada lingkungan sosial dan psikologis yang dieksplor secara lebih terperinci dalam tulisannya. Penekanannya terhadap lingkungan sangat jelas melalui pernyataannya bahwa jika ingin meramalkan masalah kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik/tubuhnya.

2. Teori konsep manusia sebagai unit (Martha E. Rogers)

Dalam memahami konsep model dan teori ini, Rogers berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda – beda. Dalam proses kehidupan manusia yang dinamis, manusia dalam proses kehidupan manusia setiap individu akan berbeda satu dengan yang lain dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri. Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah yaitu keutuhan manusia dan lingkungan, kemudian system ketersediaan sebagai satu kesatuan yang utuh serta proses kehidupan manusia berdasarkan konsep homeodinamik yang terdiri dari integritas, resonansi dan helicity.

Integritas berarti individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan, dan saling mempengaruhi satu dengan yang lain. Resonansi mengandung arti bahwa proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi dan helicy merupakan proses terjadinya interaksi antara manusia dengan lingkungan akan terjadi perubahan baik perlahan – lahan maupun berlangsung dengan cepat.

Menurut Rogers (1970), tujuan keperawatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah kesakitan, dan merawat serta merehabilitasi klien yang sakit dan tidak mampu dengan pendekatan humanistik keperawatan. Menurut Rogers, 1979 Kerangka Kerja Praktik: “Manusia utuh” meliputi proses sepanjang hidup. Klien secara terus menerus berubah dan menyesuaikan dengan lingkungannya.

3. Teori *Transkultural nursing* (Leininger)

Leininger percaya bahwa tujuan teori ini adalah untuk memberikan pelayanan yang berbasis pada kultur. Dia percaya bahwa perawat harus bekerja dengan prinsip “*care*” dan pemahaman yang dalam mengenai “*care*” sehingga *culture’s care*, nilai-nilai, keyakinan, dan pola hidup memberikan landasan yang reliabel dan akurat untuk perencanaan dan implementasi yang efektif terhadap pelayanan pada kultur tertentu. Dia meyakini bahwa seorang perawat tidak dapat memisahkan cara pandangan dunia, struktur sosial dan keyakinan kultur (orang biasa dan profesional) terhadap kesehatan, kesejahteraan, sakit, atau pelayanan saat bekerja dalam suatu kelompok masyarakat tertentu, karena faktor-faktor ini saling berhubungan satu sama lain. Struktur sosial seperti kepercayaan, politik, ekonomi dan kekeluargaan adalah kekuatan signifikan yang berdampak pada “*care*” dan mempengaruhi kesejahteraan dan kondisi sakit.

4. Theory of *Human Caring* (Watson, 1979)

Teori ini mempertegas bahwa caring sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh.

Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya kebutuhan dasar biofisikial (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.

5. Teori *Self Care* (Dorothea Orem)

Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Dalam konsep praktik keperawatan Orem mengembangkan dua bentuk teori *Self Care*, di antaranya :

a. Perawatan diri sendiri (*Self Care*)

- 1) *Self Care*: merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.
- 2) *Self Care Agency*: merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain.
- 3) *Theurapeutic Self Care Demand*: tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.
- 4) *Self Care Requisites*: kebutuhan *self care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh. *Self Care Requisites* terdiri dari beberapa jenis, yaitu : *Universal Self Care Requisites*

(kebutuhan universal manusia yang merupakan kebutuhan dasar), *Developmental Self Care Requisites* (kebutuhan yang berhubungan perkembangan individu) dan *Health Deviation Requisites* (kebutuhan yang timbul sebagai hasil dari kondisi pasien).

b. *Self Care Defisit*

Self Care Defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *self care*nya secara terus menerus. *Self care defisit* dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self care*, baik secara kualitas maupun kuantitas.

Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain.

c. *Teori Dinamic dan Self Determination for Self Care* (Rice)

Perawat sebagai fasilitator dan koordinator dari pilihan keseimbangan sehat sakit yang ditetapkan oleh pasien.

C. Landasan Hukum *Home Care*

1. Fungsi hukum dalam Praktik Perawat :

- a. Memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai dengan hukum
- b. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi lain
- c. Membantu menentukan batas-batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri

- d. Membantu mempertahankan standard praktik keperawatan dengan meletakkan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hukum.
2. Landasan hukum :
- a. UU Nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran
 - b. UU Nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah
 - c. UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
 - d. PP Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
 - e. PP Nomor 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah.
 - f. PP Nomor 47 tahun 2006 tentang Jabatan fungsional dokter, dokter gigi, apoteker, ass.apoteker, pranata lab.kes. epidemiologi kes, entomology kes, sanitarian, administrator kesehatan, penyuluh kes masy, perawat gigi, nutrisisionis, bidan, perawat, radiographer, perekam medis, dan teknisi elektromedi.
 - g. SK Menpan Nomor 94/KEP/M. PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat.
 - h. Kepmenkes Nomor 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas
 - i. Kepmenkes Nomor 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan Perkesmas.
 - j. Kepmenkes Nomor 374 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional
 - k. Kepmenkes Nomor 267 tahun 2010 tentang penetapan roadmap reformasi kes.masy.
 - l. Permenkes Nomor 920 tahun 1986 tentang pelayan medik swasta
 - m. Permenkes Nomor 148 tahun 2010 tentang ijin dan penyelenggaraan praktik keperawatan

D. Lingkup Pelayanan *Home care*

Menurut Nuryandari (2004) menyebutkan ruang lingkup pelayanan *home care* adalah:

1. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
2. Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
3. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
4. Pelayanan informasi dan rujukan
5. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan
6. Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
7. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan social

Menurut Rice (2001) jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang di jumpai di komunitas.

1. Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit adalah :
 - a. Klien dengan penyakit obstruktif paru kronis
 - b. Klien dengan penyakit gagal jantung
 - c. Klien dengan gangguan oksigenasi
 - d. Klien dengan perlukaan kronis
 - e. Klien dengan diabetes
 - f. Klien dengan gangguan fungsi perkemihan
 - g. Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi
 - h. Klien dengan terapi cairan infus di rumah
 - i. Klien dengan gangguan fungsi persyarafan
 - j. Klien dengan HIV/AIDS
2. Sedangkan kasus dengan kondisi khusus, meliputi :
 - a. Klien dengan post partum

- b. Klien dengan gangguan kesehatan mental
- c. Klien dengan kondisi usia lanjut
- d. Klien dengan kondisi terminal

E. Skill Dasar yang Harus dikuasai Perawat

Berdasarkan SK Dirjen YAN MED Nomor : HK. 00.06.5.1.311 menyebutkan ada 23 tindakan keperawatan mandiri yang bisa dilakukan oleh perawat *home care* antara lain :

1. Vital sign
2. Memasang nasogastric tube
3. Memasang selang susu besar
4. Memasang cateter
5. Penggantian tube pernafasan
6. Merawat luka dekubitus
7. Suction
8. Memasang peralatan O2
9. Penyuntikan (IV,IM, IC,SC)
10. Pemasangan infus maupun obat
11. Pengambilan preparat
12. Pemberian hunknah/laksatif
13. Kebersihan diri
14. Latihan dalam rangka rehabilitasi medis
15. Tranpostasi klien untuk pelaksanaan pemeriksaan diagnostic
16. Pendidikan kesehatan
17. Konseling kasus terminal
18. Konsultasi/telepon
19. Fasilitasi ke dokter rujukan
20. Menyiapkan menu makanan

21. Membersihkan Tempat tidur pasien
22. Fasilitasi kegiatan sosial pasien
23. Fasilitasi perbaikan sarana klien.

Kompetensi Dasar

1. Memahami dasar-dasar anatomi, fisiologi, patologi tubuh secara umum.
 - a. Menjelaskan anatomi, fisiologi, patologi sebagai sistem tubuh secara umum
 - b. Menjelaskan konsep dasar homeostasis, dan patogenesis.
2. Melaksanakan pemberian obat kepada klien/pasien
 - a. Menjelaskan cara-cara pemberian obat kepada pasien
 - b. Melakukan pemberian obat kepada pasien sesuai resep dokter.
3. Memahami jenis pemeriksaan laboratorium dasar yang diperlukan oleh klien/pasien
 - a. Menjelaskan jenis pemeriksaan laboratorium dasar yang diperlukan oleh klien/pasien
 - b. Menjelaskan persiapan klien/pasien yang akan diperiksa di laboratorium
 - c. Mengantarkan klien/pasien untuk periksa di laboratorium.
4. Menunjukkan kemampuan melakukan komunikasi terapeutik
 - a. Menjelaskan definisi komunikasi terapeutik
 - b. Menjelaskan fungsi, dan manfaat komunikasi terapeutik
 - c. Melaksanakan setiap tindakan keperawatan menggunakan komunikasi terapeutik.
5. Menunjukkan kemampuan mengasuh bayi, balita, anak, dan lansia sesuai tingkat perkembangan.
 - a. Membangun hubungan antar manusia
 - b. Mengoptimalkan komunikasi terapeutik
 - c. Mengidentifikasi kebutuhan dasar manusia

- d. Merencanakan kebutuhan dasar manusia
- 6. Menunjukkan kemampuan melayani klien/pasien berpenyakit ringan
 - a. Membangun hubungan antar manusia
 - b. Mengoptimalkan komunikasi terapeutik
 - c. Mengidentifikasi kebutuhan dasar klien/pasien
 - d. Merencanakan kebutuhan dasar klien/pasien
 - e. Melaksanakan kebutuhan dasar klien/ pasien
- 7. Mendokumentasikan hasil pelaksanaan kebutuhan pasien/klien yang penyakit ringan.
- 8. Menerapkan Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Lingkungan Hidup (K3LH)
 - a. Mendeskripsikan keselamatan dan kesehatan kerja (K3)
 - b. Melaksanakan prosedur K3
 - c. Menerapkan konsep lingkungan hidup
 - d. Menerapkan ketentuan pertolongan pertama pada kecelakaan
- 9. Memahami kontinum sehat- sakit
 - a. Menjelaskan keseimbangan tubuh manusia normal
 - b. Menjelaskan definisi sehat-sakit
 - c. Menjelaskan model-model sehat dan sakit
 - d. Menjelaskan nilai-nilai yang mempengaruhi kesehatan
 - e. Menjelaskan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
 - f. Menjelaskan faktor-faktor resiko dalam kehidupan manusia
 - g. Menjelaskan dampak sakit pada klien/pasien dan keluarga.
- 10. Memahami dasar-dasar penyakit sederhana yang umum di masyarakat
 - a. Menjelaskan penyakit–penyakit sistem integumen sederhana yang umum di masyarakat

- b. Menjelaskan penyakit–penyakit sistem gastro intestinal sederhana yang umum di masyarakat.
 - c. Menjelaskan penyakit–penyakit sistem genito urinaria sederhana yang umum di masyarakat
 - d. Menjelaskan penyakit–penyakit sistem respiratori sederhana yang umum di masyarakat
 - e. Menjelaskan penyakit–penyakit sistem kardio vaskuler sederhana yang umum di masyarakat
 - f. Menjelaskan penyakit–penyakit sistem persarafan sederhana yang umum di masyarakat
 - g. Menjelaskan penyakit–penyakit sistem reproduksi sederhana yang umum di masyarakat. 11.Memahami peningkatan kesehatan dan pelayanan kesehatan utama
 - h. Menjelaskan tindakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
 - i. Menjelaskan tindakan pelayanan kesehatan utama
 - j. Menjelaskan peran asisten perawat dalam pemberian perawatan utama.
11. Memahami pemberian obat
- a. Menjelaskan nomenklatur dan bentuk obat oral
 - b. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi kerja obat
 - c. Menjelaskan kemampuan memberikan obat oral.
12. Memahami kemampuan interpersonal dan massa
- a. Menjelaskan berbagai tingkatan komunikasi
 - b. Menjelaskan proses komunikasi
 - c. Menjelaskan bentuk-bentuk komunikasi
 - d. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi
 - e. Mendiskusikan komunikasi terapeutik
 - f. Menjelaskan bantuan dalam berkomunikasi.
13. Prinsip-prinsip perkembangan manusia

- a. Menjelaskan teori pertumbuhan dan perkembangan manusia
 - b. Menjelaskan tahap pertumbuhan dan perkembangan manusia
 - c. Menjelaskan tentang konsepsi
 - d. Menjelaskan proses kelahiran.
14. Memahami tahap-tahap perkembangan manusia
- a. Menjelaskan perkembangan masa bayi
 - b. Menjelaskan perkembangan masa balita
 - c. Menjelaskan perkembangan anak masa usia sekolah
 - d. Menjelaskan perkembangan masa remaja
 - e. Menjelaskan perkembangan masa
15. Dewasa muda
- a. Menjelaskan perkembangan masa dewasa
 - b. Menjelaskan perkembangan masa lansia.
16. Memahami sikap pelayanan perawat sesuai dengan tahapan perkembangan
- a. Menjelaskan sikap perawat terhadap klien/pasien sesuai dengan tahap perkembangan.
 - b. Menjelaskan pelayanan perawatan kesehatan komunitas dan panti.
17. Memahami tentang stres
- a. Menjelaskan konsep stress
 - b. Menjelaskan adaptasi terhadap stress
 - c. Menjelaskan respon terhadap stress
 - d. Menjelaskan proses keperawatan dan adaptasi terhadap stres.
18. Memahami kebutuhan dasar manusia
- a. Menjelaskan kebutuhan fisiologis manusia
 - b. Menjelaskan kebutuhan keselamatan dan rasa aman

- c. Menjelaskan kebutuhan cinta dan rasa memiliki
 - d. Menjelaskan kebutuhan penghargaan dan harga diri
 - e. Menjelaskan kebutuhan aktualisasi diri.
19. Memahami tentang kesehatan reproduksi
- a. Menjelaskan konsep kesehatan reproduksi
 - b. Menjelaskan anatomi dan fisiologi alat reproduksi
 - c. Menjelaskan masalah yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi.
20. Memahami perilaku empatik
- a. Menjelaskan sikap empatik terhadap kehilangan, kematian, duka cita saat melakukan tindakankeperawatan
 - b. Menjelaskan bantuan yang diberikan sesuai dengan agama, dan kebutuhanspiritual klien tersebut.
21. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
- a. Menjelaskan pedoman untuk mengukur tanda vital
 - b. Menjelaskan tentang pengukuran suhu tubuh
 - c. melaksanakan pengukuran nafas
 - d. Melaksanakan pengukuran nadi.
22. Melakukan mobilisasi pasif terhadap klien/pasien
- a. Menjelaskan tentang mobilisasi dan pengaturan gerak
 - b. Menjelaskan gangguan mobilisasi
 - c. Menjelaskan latihan mobilisasi
 - d. Menunjukkan kemampuan melakukan mobilisasi pasif dan aktif
 - e. Menjelaskan gangguan mobilisasi.
23. Melakukan pemberian nutrisi
- a. Menjelaskan nutrisi seimbang
 - b. Menunjukkan kemampuan memberikan makan peroral pada pasien/klien.

24. Melaksanakan dokumentasi tindakan keperawatan
 - a. Menjelaskan komunikasi multidisiplin dalam tim
 - b. Membuat dokumentasi sesuai dengan pedoman.
25. Melaksanakan tugas sesuai dengan etika keperawatan, dan kaidah hukum
 - a. Menjelaskan pentingnya etika dan hukum keperawatan dalam melaksanakan tugas.
 - b. Melakukan perilaku kinerja asisten perawat sesuai dengan etika dan hukum keperawatan.

BAB 8

PERAN ORGANISASI PROFESI

Ns. Aida Kusnaningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

A. Organisasi Profesi Perawat

Organisasi Profesi Perawat di Indonesia adalah PPNI yang merupakan kependekan dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia. PPNI lahir pada tanggal 17 Maret 1974 sebagai kebulatan tekad spirit yang sama dicetuskan oleh perintis perawat bahwa tenaga keperawatan harus berada pada wadah organisasi profesi perawat Indonesia. PPNI berkomitmen untuk memberikan perlindungan bagi masyarakat dan profesi keperawatan dengan menyusun undang-undang keperawatan. Dalam usianya yang tergolong usia produktif, PPNI telah tumbuh untuk menjadi organisasi yang mandiri.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) merupakan Organisasi profesi yang menghimpun perawat secara nasional dan berbadan hukum sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang memiliki tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan martabat serta etika profesi perawat, sebagaimana diamanatkan pada pasal 41 dalam undang-undang no 38 tahun 2014 tentang keperawatan.

B. Peran dan Fungsi Organisasi Profesi

Peran PPNI sebagai wadah yang menghimpun perawat secara nasional yang mendorong lahirnya kebijakan bagi kepentingan dan kesejahteraan perawat Indonesia. Fungsi PPNI sebagai pemersatu, pembina, pengembangan dan pengawas keperawatan di Indonesia.

dan PPNI juga diamanatkan berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang dan pengawas keperawatan di Indonesia. Demi mencapai tujuan dan agar dapat menjalankan fungsi tersebut, salah satunya PPNI berkewajiban untuk menyusun standard-standar yang meliputi standard kompetensi, standard asuhan keperawatan, standard kinerja professional.

Beberapa peran yang dilakukan oleh organisasi perawat

1. Memperjuangkan pelbagai peraturan perundang-undangan

Organisasi profesi keperawatan telah memperjuangkan berbagai peraturan perundang-undangan yang mendukung, dan sistem kredensial bagi keperawatan.

2. Memantapkan standar pelayanan profesi keperawatan

Organisasi profesi untuk menjamin terselenggaranya pelayanan keperawatan di tanah air, menetapkan standar pelayanan profesi keperawatan. Standar pelayanan profesi mengatur standar masukan, standar lingkungan, standar proses, standar luaran pelayanan keperawatan, serta kewenangan tenaga perawat.

3. Mengembangkan mekanisme pemantauan pelayanan keperawatan

Organisasi profesi keperawat dalam upaya pemantauan pelayanan keperawatan telah mengembangkan mekanisme pemantauan dan juga membentuk Majelis Kehormatan Etika Keperawatan (MKEK).

4. Memantapkan sistem imbal jasa

Organisasi profesi keperawat memperjuangkan besaran imbal jasa yang layak bagi perawat sesuai dengan kewenangan dan layanan yang diberikan

5. Menyempurnakan organisasi profesi keperawatan

Peran aktif organisasi profesi dalam menetapkan pelbagai standar pendidikan dan pelatihan profesi, pelbagai standar pelayanan profesi, serta pelbagai mekanisme pengawasan pelayanan profesi..

6. Pembinaan organisasi keperawatan

PPNI bertugas membina kelembagaan, anggota, kaderisasi kepemimpinan, hukum, humas dan penyusunan kebijakan keperawatan. Peran ini dilakukan dengan cara menentukan kualifikasi anggota, menetapkan legislasi dan kode etik, serta mengembangkan karir dan kesejahteraan anggota,

7. Pendidikan dan pelatihan keperawatan

PPNI bertugas meningkatkan jangkauan dan mutu pendidikan dan atau pelatihan keperawatan. Dalam rangka mengembangkan pelaksanaan asuhan keperawatan profesional, maka tenaga keperawatan perlu dipersiapkan melalui sistem pendidikan tinggi nasional. Orientasi pendidikan tinggi ini ialah pada ilmu pengetahuan, teknologi serta masyarakat

8. Pembinaan pelayanan keperawatan

PPNI bertujuan meningkatkan jangkauan cakupan dan mutu pelayanan keperawatan serta menjamin pelayanan keperawatan yang berkualitas dan dapat dipertanggung jawabkan. Di sini PPNI melakukan perumusan standar, registrasi dan pemberian lisensi bagi profesi.

9. Pembinaan IPTEK

Peran organisasi profesi (PPNI) yaitu mengembangkan penelitian-penelitian keperawatan, pengembangan keperawatan, pengembangan aplikasi IT, dan publikasi hasil penelitian. Penelitian ini perlu ditingkatkan agar teori serta konsep dalam keperawatan semakin handal, dan mutu pelayanan keperawatan semakin meningkat.

10. Pembinaan Kesejahteraan anggota

PPNI bertugas membina kesejahteraan anggota dan pembinaan badan-badan usaha lain, pembinaan yayasan dan koperasi keperawatan

11. Menyelidiki dan merekomendasikan penyelesaian masalah yang berkaitan dengan pelanggaran kode etik profesi keperawatan sesuai dengan anggaran dasar dan anggaran rumah tangga.

C. Standard kompetensi

Standar kompetensi perawat merupakan refleksi harapan atas kompetensi yang dimiliki oleh individu perawat yang akan bekerja di pelayanan keperawatan. Standar kompetensi perawat ekuivalen dengan standard yang berlaku pada sektor industri kesehatan serta dapat berlaku secara internasional.

Standar kompetensi bertujuan

1. Bagi Lembaga Pendidikan dan Pelatihan Keperawatan
 - a. Memberikan informasi dan acuan pengembangan dan kurikulum pendidikan keperawatan
 - b. Memberikan informasi dan acuan pengembangan dan kurikulum pelatihan keperawatan
2. Bagi Dunia Usaha/Industri Kesehatan dan Pengguna
 - a. Penetapan uraian tugas bagi tenaga kesehatan
 - b. Rekrutmen tenaga perawat
 - c. Penilaian Unjuk Kerja
 - d. Pengembangan program pelatihan yang spesifik
3. Bagi institusi penyelenggaraan pengujian dan sertifikasi perawat

Acuan dalam merumuskan paket-paket program sertifikasi sesuai dengan kualifikasi dan jenis.

Ranah dan Unit Kompetensi Perawat

Ranah Utama Kompetensi Perawat Kompetensi perawat dikelompokkan menjadi 3 ranah utama yaitu:

1. Praktik Professional, etis, legal dan peka budaya
 - a. Bertanggung gugat terhadap praktik profesional
 - b. Melaksanakan praktik keperawatan (secara etis dan peka budaya)
 - c. Melaksanakan praktik secara legal
2. Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan.

- a. Menerapkan prinsip-prinsip pokok dalam pemberian dan manajemen asuhan keperawatan
 - b. Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan keperawatan
 - c. Melakukan pengkajian keperawatan
 - d. Menyusun rencana keperawatan
 - e. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana
 - f. Mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan
 - g. Menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberian pelayanan
 - h. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman
 - i. Menggunakan hubungan interprofesional dalam pelayanan keperawatan/ pelayanan kesehatan
 - j. Menggunakan delegasi dan supervisi dalam pelayanan asuhan keperawatan
3. Pengembangan profesional
- a. Melaksanakan peningkatan profesional dalam praktik keperawatan
 - b. Melaksanakan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan
 - c. Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi

D. Standard Asuhan Keperawatan

| | |
|-----------|---|
| Standar 1 | Pengumpulan data tentang status kesehatan klien/pasien yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh, dikomunikasikan dan dicatat |
| Standar 2 | Diagnosa Keperawatan |
| Standar 3 | Rencana asuhan keperawatan meliputi tujuan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan |

| | |
|-----------|--|
| Standar 4 | Rencana asuhan keperawatan meliputi prioritas dan pendekatan tindakan keperawatan yang ditetapkan untuk mencapai tujuan yang disusun berdasarkan diagnosis keperawatan |
| Standar 5 | Tindakan keperawatan memberi kesempatan klien/pasien untuk berpartisipasi dalam peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan |
| Standar 6 | Tindakan keperawatan membantu klien/pasien untuk mengoptimalkan kemampuannya untuk hidup sehat |
| Standar 7 | Ada tidaknya kemajuan dalam pencapaian tujuan ditentukan oleh klien/pasien dan perawat |
| Standar 8 | Ada tidaknya kemajuan dalam pencapaian tujuan memberi arah untuk melakukan pengkajian ulang, pengaturan kembali urutan prioritas, penetapan tujuan baru dan perbaikan rencana asuhan keperawatan |

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)

Standard diagnosis keperawatan diperlukan untuk mengawal demi terlaksananya asuhan keperawatan yang optimal bagi klien, keluarga, dan masyarakat. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal.

Tujuan standar diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Menjadi panduan atau acuan bagi perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan
2. Meningkatkan otonomi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan
3. Memudahkan komunikasi intraprofesional dan interprofesional dengan penggunaan istilah yang seragam dan terstandarisasi
4. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan

Diagnosa keperawatan terbagi atas 2 jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis negatif terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis actual menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Diagnosis Risiko menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor namun memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis Promosi Kesehatan menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), terdiri atas 5 kategori, yaitu

1. Kategori Fisiologi
2. Kategori Psikologis
3. Kategori Perilaku
4. Kategori Relasional
5. Kategori Lingkungan

Kategori Fisiologi

1. Subkategori Respirasi
2. Subkategori Sirkulasi
3. Subkategori Nutrisi dan Cairan
4. Subkategori Eliminasi
5. Subkategori Aktivitas dan Istirahat
6. Subkategori Neurosensori
7. Subkategori Reproduksi dan Seksualitas

| Subkategori Respirasi | | Subkategori Sirkulasi | |
|---------------------------------------|--|------------------------------|---|
| D.0001 | Bersihan jalan nafas tidak efektif | D.0007 | Gangguan Sirkulasi Spontan |
| D.0002 | Gangguan Penyapihan Ventilator | D.0008 | Penurunan Curah Jantung |
| D.0003 | Gangguan Pertukaran Gas | D.0009 | Perfusi perifer tidak efektif |
| D.0004 | Gangguan Ventilasi Spontan | D.00010 | Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan |
| D.0005 | Pola Nafas tidak efektif | | |
| D.0006 | Resiko Aspirasi | D.00011 | Risiko Penurunan Curah Jantung |
| Subkategori Nutrisi dan Cairan | | D.00012 | Risiko Perdarahan |
| D.00018 | Berat badan lebih | D.00013 | Risiko Perfusi Gastrointestinal tidak efektif |
| D.00019 | Defisit nutrisi | | |
| D.00020 | Diare | D.00014 | Risiko Perfusi miokard tidak efektif |
| D.00021 | Disfungsi Motilitas Gastrointestinal | D.00015 | Risiko perfusi perifer tidak efektif |
| D.00022 | Hipervolemia | D.00016 | Risiko perfusi renal tidak efektif |
| D.00023 | Hipovolemia | D.00017 | Risiko perfusi serebral tidak efektif |
| D.00024 | Ikterik Neonatus | Subkategori Eliminasi | |
| D.00025 | Kesiapan Peningkatan Keseimbangan cairan | D.00040 | Gangguan eliminasi urine |
| | | D.00041 | Inkontinensia fekal |
| D.00026 | Kesiapan Peningkatan Nutrisi | D.00042 | Inkontinensia Urin berlanjut |
| D.00027 | Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah | D.00043 | Inkontinensia Urin Berlebih |
| | | D.00044 | Inkontinensia Urin Fungsional |

| | | | |
|----------------|---|--|-------------------------------------|
| D.00028 | Menyusui Efektif | D.00045 | Inkontinensia Urin Refleks |
| D.00029 | Menyusui tidak efektif | D.00046 | Inkontinensia Urin Stres |
| D.00030 | Obesitas | D.00047 | Inkontinensia Urin Urgensi |
| D.00031 | Risiko berat badan berlebih | D.00048 | Kesiapan Peningkatan Eliminasi urin |
| D.00032 | Risiko difisit nutrisi | | |
| D.00033 | Risiko disfungsi motilitas gastrointestinal | D.00049 | Konstipasi |
| | | D.00050 | Retensi Urin |
| D.00034 | Risiko Hipovolemia | D.00051 | Risiko Inkontinensia Urin Urgensi |
| D.00035 | Risiko Ikterik Neonatus | D.00052 | Risiko Konstipasi |
| D.00036 | Risiko Ikterik Neonatus | Subkategori Aktivitas dan Istirahat | |
| D.00037 | Risiko Ketidakseimbangan cairan | D.00053 | Disorganisasi perilaku bayi |
| D.00038 | Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit | D.00054 | Gangguan mobilitas fisik |
| | | D.00055 | Gangguan pola tidur |
| D.00039 | Risiko Syok | D.00056 | Intoleransi aktivitas |
| | | D.00057 | Kelelahan |
| | | D.00058 | Kesiapan peningkatan tidur |
| | | D.00059 | Risiko disorganisasi perilaku bayi |
| | | D.00060 | Risiko intoleransi aktivitas |

Kategori Psikologis

1. Subkategori Nyeri dan Kenyamanan
2. Subkategori Integritas Ego
3. Subkategori Pertumbuhan dan Perkembangan

| Subkategori Nyeri dan Kenyamanan | | | |
|---|----------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| D.00074 | Gangguan Rasa Nyaman | D.00077 | Nyeri Akut |
| D.00075 | Ketidaknyamanan pasca partum | D.00078 | Nyeri Kronis |
| D.00076 | Nausea | D.00079 | Nyeri Melahirkan |
| Subkategori Pertumbuhan dan Perkembangan | | | |
| D.00106 | Gangguan tumbuh kembang | D.00108 | Risiko gangguan pertumbuhan |
| D.00107 | Risiko gangguan perkembangan | | |
| Subkategori Integritas Ego | | | |
| D.00080 | Ansietas | D.00093 | Ketidakmampuan koping keluarga |
| D.00081 | Berduka | | |
| D.00082 | Distress Spiritual | D.00094 | Koping Defensif |
| D.00083 | Gangguan Citra Tubuh | D.00095 | Koping Komunitas tidak efektif |
| D.00084 | Gangguan Identitas Diri | D.00096 | Koping tidak efektif |
| D.00085 | Gangguan Persepsi Sensori | D.00097 | Penurunan koping keluarga |
| D.00086 | Harga Diri Rendah Kronis | D.00098 | Penyangkalan tidak efektif |
| D.00087 | Harga diri rendah situasional | D.00099 | Perilaku kesehatan cenderung beresiko |
| D.00088 | Keputusanasaan | | |
| D.00089 | Kesiapan peningkatan konsep diri | D.00100 | Risiko distress spiritual |
| | | D.00101 | Risiko harga diri rendah kronis |

| | | | |
|----------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| D.00090 | Kesiapan peningkatan koping keluarga | D.00102 | Risiko harga diri rendah situasional |
| D.00091 | Kesiapan peningkatan koping komunitas | D.00103 | Risiko ketidakberdayaan |
| | | D.00104 | Sindrom pasca trauma |
| D.00092 | Ketidakberdayaan | D.00105 | Waham |

Kategori Perilaku

1. Subkategori Kebersihan diri
2. Subkategori Penyuluhan dan pembelajaran

| | | | |
|--|--|----------------|--|
| Subkategori Kebersihan diri | | | |
| D.00109 | Defisit perawatan diri | | |
| Subkategori Penyuluhan dan pembelajaran | | | |
| D.00110 | Defisit kesehatan komunitas | D.00114 | Ketidakpatuhan |
| D.00111 | Defisit pengetahuan | D.00115 | Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif |
| D.00112 | Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan | D.00116 | Manajemen kesehatan tidak efektif |
| D.00113 | Kesiapan peningkatan pengetahuan | D.00117 | Pemeliharaan kesehatan tidak efektif |

Kategori Relasional

| | | | |
|----------------|----------------------------|----------------|------------------------------------|
| D.00118 | Gangguan interaksi sosial | D.00124 | Ketegangan peran pemberi asuhan |
| D.00119 | Gangguan komunikasi verbal | | |
| D.00120 | Gangguan proses keluarga | D.00125 | Penampilan peran tidak efektif |
| D.00121 | Isolasi sosial | D.00126 | Penampilan peran menjadi orang tua |

| | | | |
|----------------|--|----------------|--|
| D.00122 | Kesiapan peningkatan menjadi orang tua | D.00127 | Risiko gangguan perlekatan |
| D.00123 | Kesiapan peningkatan proses keluarga | D.00128 | Risiko proses pengasuhan tidak efektif |

Kategori Lingkungan

| | | | |
|--|------------------------------------|----------------|---|
| D.00129 | Gangguan integritas kulit/jaringan | D.00136 | Risiko cedera |
| D.00130 | Hipertermia | D.00137 | Risiko cedera pada ibu |
| D.00131 | Hipotermia | D.00138 | Risiko cedera pada janin |
| D.00132 | Perilaku kekerasan | D.00139 | Risiko gangguan integritas kulit/jaringan |
| D.00133 | Perlambatan pemulihan pascabedah | | |
| D.00134 | Risiko alergi | D.00140 | Risiko hipotermia |
| D.00135 | Risiko bunuh diri | D.00141 | Risiko hipotermia perioperatif |
| Subkategori Keamanan dan proteksi | | | |
| D.00142 | Risiko infeksi | D.00146 | Risiko perilaku kekerasan |
| D.00143 | Risiko Jatuh | D.00147 | Risiko perlambatan pemulihan pascabedah |
| D.00144 | Risiko Luka tekan | | |
| D.00145 | Risiko Mutilasi diri | D.00148 | Risiko termoregulasi tidak efektif |
| | | D.00149 | Termoregulasi tidak efektif |

Standar Intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)

SIKI merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Standard ini merupakan komitmen keperawatan dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat sebagai klien asuhan keperawatan yang dilakukan oleh profesi perawat. Standard intervensi keperawatan dalam penyusunannya telah disesuaikan dan dikembangkan dari standard praktik keperawatan Indonesia yang dikeluarkan oleh PPNI tahun 2009.

Standar Intervensi Keperawatan merupakan salah satu standard profesi yang dibutuhkan dalam menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas.

Standar intervensi keperawatan mencakup intervensi keperawatan secara komprehensif yang meliputi pada berbagai level praktik (generalis dan spesialis), berbagai kategori (fisiologi dan psikologis), berbagai upaya kesehatan (Kuratif, preventif dan promotif), berbagai jenis klien (individu, keluarga, komunitas), jenis intervensi (mandiri dan kolaborasi) serta intervensi komplementer dan alternative.

Tujuan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia bertujuan untuk:

1. Menjadi panduan atau acuan bagi perawat dalam menyusun intervensi keperawatan
2. Meningkatkan otonomi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan
3. Memudahkan komunikasi intraprofesioanl dan interprofesional dengan penggunaan istilah intervensi keperawatan yang seragam dan terstandarisasi
4. Meningkatkan mutu asuhan

Sistem Klasifikasi SIKI terdiri atas 5 kategori dan 15 subkategori yaitu

| No. | Kategori | Subkategori |
|-----|------------|--|
| 1. | Fisiologis | Respirasi Sirkulasi Nutrisi dan cairan Eliminasi Aktivitas dan istirahat Neurosensori Reproduksi dan seksualitas |
| 2. | Psikologis | Nyeri dan kenyamanan Integritas Ego Pertumbuhan dan perkembangan |
| 3. | Perilaku | Kebersihan diri Penyuluhan dan pembelajaran |
| 4. | Relasional | Interaksi sosial |
| 5. | Lingkungan | Keamanan dan Proteksi |

Fisiologis

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fisik dan regulasi homeostasis, terdiri atas: respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori dan reproduksi dan seksualitas.

1. Respirasi, memuat kelompok intervensi yang berfungsi memulihkan fungsi pernafasan dan oksigenasi.
2. Sirkulasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi jantung dan pembuluh darah
3. Nutrisi dan cairan, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolisme, dan regulasi cairan elektrolit
4. Eliminasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi eliminasi fekal dan urinaria

5. Aktivitas dan istirahat, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi muskuloskeletal, penggunaan energi serta istirahat tidur
6. Neurosensori, memuat kelompok intervensi yang berfungsi memulihkan fungsi otak dan saraf
7. Reproduksi dan seksualitas, memuat kelompok intervensi yang melibatkan fungsi reproduksi dan seksualitas
8. Manajemen obat, memuat kelompok intervensi yang meningkatkan ketepatan dan keamanan pemberian agen farmakologis

Psikologis

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi dan proses mental, terdiri atas: nyeri dan kenyamanan, integritas ego, dan pertumbuhan dan perkembangan.

1. Nyeri dan keamanan, memuat kelompok intervensi yang meredakan nyeri dan meningkatkan kenyamanan
2. Integritas Ego, memuat kelompok intervensi yang memulihkan kesejahteraan diri sendiri secara emosional
3. Pertumbuhan dan perkembangan, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi pertumbuhan dan perkembangan.

Perilaku

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat. Terdiri atas Kebersihan diri dan Penyuluhan dan pembelajaran

1. Kebersihan diri, memuat kelompok intervensi yang meningkatkan perilaku sehat dan merawat diri
2. Penyuluhan dan perkembangan, memuat kelompok intervensi yang meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku sehat

Relasional

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi sosial, terdiri dari: Interaksi sosial, memuat kelompok intervensi yang memulihkan hubungan antara individu dengan individu lainnya

Lingkungan

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan. Terdiri atas: Keamanan dan proteksi, memuat kelompok intervensi yang meningkatkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal.

Intervensi Keperawatan terdiri dari komponen

1. Label

Komponen ini merupakan nama dari intervensi keperawatan yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut. Label intervensi keperawatan terdiri dari satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nominal) bukan kata kerja (verbal), yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas intervensi keperawatan.

2. Definisi

Komponen ini menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Definisi label intervensi keperawatan diawali dengan kata kerja berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat, bukan perilaku pasien.

3. Tindakan

Komponen ini merupakan rangkaian perilaku dan aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Tindakan observasi

Tindakan ini ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisa status kesehatan pasien. Tindakan umumnya menggunakan kata-kata “periksa”, “identifikasi” atau “monitor”. Hindari penggunaan kata “kaji”, agar tidak rancu dengan tindakan keperawatan pada tahap pasca diagnosis

Tindakan Terapeutik

Tindakan keperawatan yang secara langsung berefek memulihkan status kesehatan pasien atau mencegah perburukan masalah kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata “berikan”, “lakukan” dan atau kata lainnya.

Tindakan edukasi

Tindakan yang ditujukan 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”

Tindakan Kolaborasi

Tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini membutuhkan gabungan pengetahuan, ketrampilan dan ketrampilan dari berbagai profesi kesehatan. Tindakan ini hanya dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata “kolaborasi”, “rujuk”, “konsultasikan”.

Standar prosedur operasional (SPO)

Standar prosedur operasional (SPO) merupakan salah satu standard yang dibutuhkan dalam menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. PPNI sebagai organisasi perawat yang bertanggung jawab secara nasional atas peningkatan profesionalisme perawat dan kualitas penyelenggaraan asuhan keperawatan, maka dianggap perlu untuk menerbitkan SPO keperawatan agar tercipta keseragaman dalam proses pelaksanaan prosedur keperawatan yang efektif, efisien dan aman serta menjamin konsistensi pelayanan keperawatan yang diberikan kepada masyarakat.

Prosedur keperawatan merupakan suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah untuk menyelesaikan proses kerja rutin yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien/klien dalam merawat dirinya. Prosedur keperawatan dilaksanakan dalam rangka menjalankan praktik keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan yang harus diberikan secara efektif, efisien dan aman.

Pedoman Standard Prosedur Operasional (SPO) mencakup prosedur-prosedur keperawatan pada berbagai cabang disiplin ilmu keperawatan seperti keperawatan maternitas, anak, medical bedah, gawat darurat, kritis jiwa, gerontik, keluarga, komunitas, berbagai level praktik generalis dan spesialis, berbagai kategori kebutuhan dasar biopsikososialspiritual kultural, berbagai upaya kesehatan kuratif, preventif dan promotif dan berbagai jenis klien individu, keluarga dan komunitas serta prosedur terapis komplementer dan alternatif.

Standard operasional keperawatan bertujuan:

1. Sebagai acuan untuk menjalankan prosedur keperawatan yang efektif, efisien, dan aman
2. Sebagai acuan dalam pengawasan, pembinaan dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan
3. Untuk melindungi masyarakat dari praktik yang tidak sesuai dengan standard
4. Untuk melindungi profesi dari tuntutan masyarakat yang tidak wajar

E. Standard kinerja profesional.

1. Jaminan mutu
2. Pendidikan
3. Penilaian kinerja
4. Kesejawatan
5. Etik
6. Riset
7. Pemanfaatan sumber daya

F. Standar Pelayanan Keperawatan

| | |
|-----------|---|
| Standar 1 | Divisi keperawatan mempunyai falsafah dan struktur yang menjamin pemberian asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan merupakan sarana untuk menyelesaikan berbagai persoalan praktik keperawatan di seluruh institusi asuhan/pelayanan keperawatan |
| Standar 2 | Divisi Keperawatan dipimpin oleh perawat eksekutif yang memenuhi persyaratan dan anggota direksi |
| Standar 3 | Kebijakan dan praktik divisi keperawatan menjamin pelayanan keperawatan merata dan berkesinambungan yang mengakui perbedaan agama, sosial budaya, dan ekonomi diantara klien/pasien di institusi pelayanan kesehatan |
| Standar 4 | Divisi keperawatan menjamin bahwa proses keperawatan digunakan untuk merancang dan memberikan asuhan untuk memenuhi kebutuhan individu klien/pasien dalam konteks keluarga. |
| Standar 5 | Divisi Keperawatan menciptakan lingkungan yang menjamin efektifitas praktik keperawatan |
| Standar 6 | Divisi keperawatan menjamin pengembangan berbagai program pendidikan untuk menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi |
| Standar 7 | Divisi keperawatan memprakarsai, memanfaatkan dan berperan serta dalam telaah atau berbagai proyek penelitian untuk peningkatan asuhan keperawatan klien/pasien |

Standar Pendidikan Keperawatan

| | |
|-----------|--|
| Standar 1 | Lembaga pendidikan keperawatan berada dalam institusi pendidikan tinggi |
| Standar 2 | Lembaga pendidikan keperawatan mempunyai falsafah yang mencerminkan misi dari institusi induk dan dinyatakan dalam kurikulum |

| | |
|------------|---|
| Standar 3 | Lembaga pendidikan keperawatan konsisten dengan struktur administratif dari institusi induk dan secara jelas menggambarkan jalur-jalur hubungan keorganisasian, tanggung jawab dan komunikasi |
| Standar 4 | Standar sumber daya manusia, finansial dan material dari lembaga pendidikan keperawatan memenuhi persyaratan dalam kualitas maupun kuantitas untuk memperlancar proses pendidikan |
| Standar 5 | Kebijakan lembaga pendidikan keperawatan yang mengatur penerimaan, seleksi dan kemajuan mahasiswa memcerminkan falsafah dan standar institusi, dengan berpedoman pada aturan yang berlaku bagi suatu lembaga pendidikan tinggi |
| Standar 6 | Lingkungan lembaga pendidikan keperawatan menjamin terselenggaranya tridarma perguruan tinggi, keterlibatan keprofesian dan perkembangan kepemimpinandanitenagapengajardan mahasiswa,serta memberikan kesempatan perkembangan bakat dan minat mahasiswa |
| Standar 7 | Penyelenggaraan pendidikan keperawatan menggunakan kurikulum yang dikeluarkan oleh lembaga yang berwenang dan dikembangkan sesuai falsafah dan misi dari lembaga pendidikan yang bersangkutan |
| Standar 8 | Tujuan dan disain kurikulum pendidikan keperawatan profesional mencerminkan falsafah pendidikan keperawatan dan mempersiapkan perkembangan sikap dan kompetensi khusus bagi para lulusannya. |
| Standar 9 | Lembaga pendidikan keperawatan ikut serta dalam program evaluasi internal dan eksternal yang sistematis |
| Standar 10 | Lulusan pendidikan keperawatan professional mengemban tanggung jawab profesional sesuai dengan tingkat pendidikan |

G. Standar Pendidikan Berkelanjutan

| | |
|-----------|---|
| Standar 1 | Seluruh organisasi dan administrasi dari unit penyelenggara pendidikan berkelanjutan konsisten dengan falsafah maksud dan tujuan lembaga penyelenggara dan sesuai standar pendidikan keperawatan, praktik keperawatan dan pendidikan berkelanjutan yang dikeluarkan oleh organisasi profesi keperawatan nasional. |
| Standar 2 | Pemimpin tenaga pengajar narasumber dan staf penunjang yang berkualitas diikutsertakan dalam pencapaian tujuan unit penyelenggara pendidikan berkelanjutan |
| Standar 3 | Peserta didik berpartisipasi didalam mengidentifikasi kebutuhan belajar mereka dan dalam merencanakan pendidikan berkelanjutan untuk memenuhi kebutuhan tersebut |
| Standar 4 | Disain pendidikan berkelanjutan untuk setiap program terdiri atas pengalaman belajar yang terencana, terorganisasi dan dievaluasi berdasarkan prinsip pendidikan orang dewasa |
| Standar 5 | Sumber daya material dan fasilitas memadai untuk mencapai tujuan dan melaksanakan fungsi seluruh unit penyelenggara pendidikan berkelanjutan |
| Standar 7 | Evaluasi merupakan proses kendali mutu secara integral yang terus menerus, sistematis mengenai unit penyelenggara pendidikan berkelanjutan setiap program Evaluasi meliputi pengukuran dampak pada peserta didik dan bila mungkin pada organisasi pelayanan kesehatan |

BAB 9

KEPUTUSAN ETIK KEPERAWATAN

Akhmad Fanani, S.Ked., SKM., M.Kes.

A. Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan legal etik adalah cara mengambil keputusan dari suatu permasalahan yang disesuaikan dengan keabsahan suatu tata cara pengambilan keputusan baik secara umum ataupun secara khusus.

1. Teori Dasar Pembuatan Keputusan

- a. Teori Teleologi
- b. Teori Deontologi

2. Teleologi

Teleologi merupakan suatu doktrin yang menjelaskan fenomena berdasarkan akibat yang dihasilkan.

Teleologi dibedakan menjadi :

- a. Rule Utilitarianisme
- b. Act Utilitarianisme

3. Deontologi

Deontologi berprinsip pada aksi atau tindakan, perhatian difokuskan pada tindakan melakukan tanggung jawab moral yang dapat menjadi penentu apakah suatu tindakan benar atau salah.

Pengambilan keputusan merupakan suatu tindakan yang melibatkan berbagai komponen yang harus dipertimbangkan secara matang oleh perawat , terutama yang terkait dengan permasalahan

pada tatanan klinik. Hal ini sangat erat kaitannya dengan perkembangan praktik keperawatan yang semakin kompleks, adanya tuntutan efisiensi layanan kesehatan ditengah situasi yang selalu berubah, serta perkembangan budaya yang ada menyebabkan tugas pengambilan keputusan menjadi lebih berat. Dampak dari pengambilan keputusan yang tepat akan dibayar dengan harga yang tinggi baik untuk individu yang memutuskan maupun institusi individu tersebut bekerja.

Dalam Sumijatun(2009), dikatakan bahwa pembuatan keputusan selalu dihubungkan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan, dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik. Pendapat Kepner dan George tentang pengambilan keputusan adalah *"A decision is always choice between various ways of getting a particular thing done on end accomplished"*. Pengambilan keputusan adalah suatu rangkaian kegiatan memilih alternatif atau kemungkinan.

Pengambilan keputusa dalam keperawatan diaplikasikan dengan cara membangun model dari beberapa disiplin ilmu antara lain ekonomi, filosofi, politik, psikologi, sosiologi, budaya, kesehatan, dan ilmu kperawatan itu sendiri.

4. Berpikir Kritis

Untuk dapat mengambil keputusan yang benar perawat harus dapat menerapkan pola berpikir kritis. Marriner A-Tomey(1996) menyatakan bahwa berpikir kritis merupakan elemen-elemen yang yang berasal dari dimensi dasar yang memberikan logika umum untuk suatu alasan mengapa kegiatan tersebut dilakukan. Elemen-elemen tersebut meliputi tujuan, pusat masalah atau pertanyaan yang mengarah pada isu yang berkembang, sudut pandang atau kerangka referensi, dimensi empiris, dimensi konsep, asumsi, implikasi dan konsekuensi yang ada, serta kesimpulan.

5. Analisis Kritis

Analisis kritis merupakan instrumen yang digunakan dalam berpikir kritis dengan mengembangkan beberapa pertanyaan tentang isu yang ada dan validitasnya, karena pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat membantu dalam menganalisis tahap-tahap dalam pengambilan keputusan.

6. Berpikir Logis Dan Kreatif

Hernacki M. dan Bobbi D.P (2001) menyatakan bahwa berpikir logis dan kreatif mempunyai keuntungan-keuntungan seperti memaksimalkan proses-proses pemecahan masalah secara kreatif, membiarkan otak kanan bekerja pada situasi-situasi yang menantang, memahami peran paradigma pribadi dalam proses-proses kreatif, mempelajari bagaimana curah-gagasan(brain Storming) dapat memberikan pemecahan inovatif bagi berbagai masalah, dan menemukan keberhasilan dalam “berpikir tentang hasil(outcome thinking)”.

7. Pemecahan Masalah

Marriner A-Tomey (1996), dalam Sumijatun (2009) menyatakan bahwa mekanisme berpikir dari otak manusia telah dikonsepskan dalam dua sisi, sisi kanan adalah intuitif dan konseptual yang digunakan untuk mendorong kreativitas berpikir; sedangkan sisi kiri adalah analisis dan rangkaian-rangkaian.

Hernacki M. dan Bobbi D.P (2001) menyatakan bahwa pemecahan masalah dikenal adanya 7 istilah yang sering digunakan, yakni berpikir vertikal, lateral, kritis, analitis, strategis, berpikir tentang hasil, dan juga berpikir kreatif.

8. Kedudukan Etika Dalam Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan etik merupakan salah satu proses dari pengambilan keputusan, yang didalamnya terdapat ilmu, kedudukan, dan etika. Proses ini mencakup cara pemecahan masalah, situasi dari permasalahan dan/ dilema yang dapat dicapai. Jadi proses pengambilan keputusan merupakan hal yang sama dan di temukan di berbagai situasi yang bermasalah, dengan demikian situasi sangat bergantung dari norma yang diacu masyarakat seperti etika, interaksi sosial, dan situasional kontekstual.

9. Prinsip Etik sebagai Panduan Pengambilan Keputusan

Dalam Sumijatun (2009) dikatakan bahwa praktik keperawatan melibatkan interaksi yang kompleks antara nilai individu, sosial dan politik, serta hubungannya dengan masyarakat tertentu. Sebagai dampaknya perawat sering mengalami situasi yang berlawanan dengan hati nuraninya. Meskipun demikian, perawat tetap akan menjaga kewajibannya sebagai pemberi pelayanan yang lebih bersifat

kemanusiaan. Dalam membuat keputusan, perawat akan berpegang teguh pada pola pikir rasional serta tanggung jawab moral dengan menetapkan prinsip etik dan hukum yang berlaku.

10. Model Pengambilan Keputusan Etik

a. Kozier, dkk(1997)

- 1) Mengidentifikasi fakta dan situasi spesifik
- 2) Menerapkan prinsip dan teori etika keperawatan
- 3) Mengacu kepada kode etik keperawatan
- 4) Melihat dan mempertimbangkan kesesuaiannya untuk klien
- 5) Mengacu pada nilai yang dianut
- 6) Mempertimbangkan faktor lain seperti nilai, kultur, harapan, komitmen, penggunaan waktu, kurangnya pengalaman, ketidaktahuan atau kecemasan terhadap hukum, dan adanya loyalitas terhadap publik.

b. Potter dan Perry (2005)

- 1) Menunjukkan maksud baik, mempunyai anggapan bahwa semua orang mempunyai maksud yang baik untuk menjelaskan masalah yang ada.
- 2) Mengidentifikasi semua orang penting, menganggap bahwa semua orang yang terlibat dalam proses pengambilan keputusan merupakan orang penting dan perlu didengar pendapatnya.
- 3) Mengumpulkan informasi yang relevan, informasi yang relevan meliputi data tentang pilihan klien, sistem keluarga, diagnosis dan prognosis medis, pertimbangan sosial, dan dukungan lingkungan.
- 4) Mengidentifikasi prinsip etik yang dianggap penting
- 5) Mengusulkan tindakan alternatif
- 6) Melakukan tindakan terpilih

11. Kode Etik Perawat Indonesia

Keputusan Munas VI PPNI di Bandung, Nomor: 09/MUNAS-VI/PPNI/2000 tentang Kode Etik Keperawatan Indonesia. Yaitu:

- a. Perawat dan Klien
- b. Perawat dan Praktik
- c. Perawat dan Masyarakat
- d. Perawat dan Teman Sejawat
- e. Perawat dan Profesi

12. Prinsip-Prinsip Etik

Menurut *Code for Nurses with Interpretive Statement* (ANA, 1985), dalam Potter dan Perry(1997) dan juga PPNI (2003) dalam Sumijatun (2009), prinsip-prinsip etik meliputi hal-hal sebagai berikut.

- a. Respek Perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarganya.
- b. Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat berbagai keterbatasan.
- c. Beneficence (Kemurahan Hati)
- d. Non-malaficence Prinsip ini berkaitan dengan kewajiban perawat untuk tidak menimbulkan kerugian atau cedera pada kliennya.
- e. Veracity (Kejujuran)
- f. Konfidensialitas(Kerahasiaan)
- g. Fidelity (kesetiaan)
- h. Justice (Keadilan)

13. Tahap- Tahap Pengambilan Keputusan

- a. Mengidentifikasi masalah.
- b. Mengumpulkan data masalah.
- c. Mengidentifikasi semua pilihan/ alternative
- d. Memikirkan masalah etis secara berkesinambungan.
- e. Membuat keputusan
- f. Melakukan tindakan dan mengkaji keputusan dan hasil evaluasi tindakan.

14. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Etis Dalam Praktik Keperawatan

- a. Factor agama dan adat istiadat
- b. Factor sosial
- c. Factor IPTEK
- d. Factor Legislasi dan eputusan yuridis
- e. Factor dana atau keuangan
- f. Factor pekerjaan atau posisi klien atau perawat
- g. Factor kode etik keperawatan

B. Etika Keperawatan

Keperawatan merupakan salah satu profesi pemberi asuhan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Salah satu indikator keberhasilan Rumah Sakit adalah kinerja tenaga keperawatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang baik sesuai dengan standar pelayanan keperawatan. Profesi perawat di Indonesiamemiliki proporsi relatif besar yaitu 40% dari jumlah tenaga kesehatan di Indonesia sehingga baik buruk kinerja perawat menjadi salah satu indikator utama mutu asuhan keperawatan di rumah sakit atau instansi kesehatan yang lain (Saragih, 2011, p.1).

Profesi keperawatan mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat, yang berarti masyarakat mempercayai perawat sebagai tenaga kerja untuk memberikan pelayanankesehatan yang dibutuhkan. Perawat selalu dihadapkan pada situasi atau dilema etik baik dalam penelitian maupun praktik klinis.

Pengambilan keputusan merupakan suatu tindakan yang melibatkan berbagai komponen yang harus dipertimbangkan secara matang oleh perawat, terutama yang terkait dengan permasalahan pada tatanan klinik. Hal ini sangat erat kaitannya dengan perkembangan praktik keperawatan yang semakin kompleks, adanya tuntutan efisiensi layanan kesehatan ditengah situasi yang selalu berubah, serta perkembangan budaya yang ada menyebabkan tugas pengambilan keputusan menjadi lebih berat. Dampak dari pengambilan keputusan

yang tepat akan dibayar dengan harga yang tinggi baik untuk individu yang memutuskan maupun institusi individu tersebut bekerja. Tujuan utama profesi perawat adalah bertugas sebagai problem solver, yaitu memecahkan masalah kesehatan pasiennya dengan menggunakan metode pemecahan masalah. Metode pemecahan masalah digunakan sebagai kerangka bagi perawat untuk membuat keputusan etik.

Dalam Sumijatun (2009), dikatakan bahwa pembuatan keputusan selalu dihubungkan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan, dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik. Pendapat Kepner dan George tentang pengambilan keputusan adalah "A decision is always choice between various ways of getting a particular thing done on end accomplished". Pengambilan keputusan adalah suatu rangkaian kegiatan memilih alternatif atau kemungkinan.

Keputusan etis dibuat berdasarkan kesepakatan antara pasien dan perawat. Oleh karena itu seorang perawat harus mampu meyakinkan pasien bahwa keputusan etis yang diambil adalah berdasarkan analisa dan pertimbangan yang matang. Kesepakatan persetujuan antara pasien dan perawat tentang keputusan tindakan tersebut dapat berupa informed consent sehingga terdapat bukti yang kuat bahwa keputusan etik tersebut diambil berdasarkan kesepakatan bersama. Dalam setiap pengambilan keputusan etis peran perawat adalah sebagai konselor dan advokat, artinya perawat harus memberikan informasi tentang kondisi dan situasi yang terjadi, dan melibatkan pasien dan keluarga dalam proses pengambilan keputusan.

Sebagai advokat, berarti perawat melindungi hak pasien untuk mendapatkan perawatan yang menguntungkan dan tidak merugikan.

Dalam Sumijatun (2009) dikatakan bahwa praktik keperawatan melibatkan interaksi yang kompleks antara nilai individu, sosial dan politik, serta hubungannya dengan masyarakat tertentu. Sebagai dampaknya perawat sering mengalami situasi yang berlawanan dengan hati nuraninya. Meskipun demikian, perawat tetap akan menjaga kewajibannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang tentunya lebih bersifat kemanusiaan. Dalam membuat keputusan perawat akan berpegang teguh pada pola pikir rasional serta tanggung jawab moral dengan menetapkan prinsip etik dan hukum yang berlaku.

Dalam proses pengambilan keputusan etis dikenal beberapa teori yang dapat menjadi pembenaran terhadap suatu putusan etik, yaitu teori teleologi dan deontologi. Teologi berasal dari kata telos yang artinya tujuan, dalam hal ini keputusan etik didasarkan pada tujuan yang hendak dicapai. Bagaimana dampak jika dilakukan tindakan, apakah berdampak baik, suatu tindakan dinilai baik apabila tindakan tersebut bertujuan baik pula. Teori kedua adalah teori deontologi yaitu suatu konsep yang menitikberatkan pada moral dan kewajiban. Deontologi berbicara mengenai apa yang seharusnya dilakukan. Dalam kasus diatas ditinjau dari segi teori teleologismaka informasi terkait dengan penyakit pasien tidak harus diberitahukan mengingat resiko yang ditakutkan oleh keluarga ketika pasien mengetahui penyakitnya maka pasien akan mengalami depresi atau penolakan.

Terlepas dari tujuan tindakan tersebut, perawat dianggap tidak melaksanakan kewajiban suatu profesi yang harus tunduk kepada kode etik dan peraturan yang berlaku.

Secara luas teori ini di kembangkan menjadi prinsip-prinsip etik. Pendekatan masalah dalam pengambilan keputusan berdasarkan prinsip etik yang diungkapkan oleh Nursalam (2008) yang meliputi; keadilan (justice), asas menghormati otonomi (autonomy), asas manfaat (beneficence) dan tidak merugikan (non-maleficency), asas kejujuran (veracity), serta asas kerahasiaan (confidentiality) serta komitmen (Fidelity) dapat dijabarkan sebagai berikut;

1. Prinsip yang pertama adalah Justice, atau keadilan. Artinya perawat dituntut untuk memberikan perawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawatan yang diberikan harus sesuai dengan standar praktik keperawatan secara profesional dan sesuai dengan hukum yang berlaku. Jika ditinjau dari prinsip ini tindakan perawat dalam kasus diatas perawat sebenarnya melakukan pelanggaran atas justice karena melakukan tindakan diluar dari kewenangannya, tidak sesuai dengan hukum yang berlaku.
2. Prinsip yang kedua yaitu Autonomy yang berarti menghargai kemampuan individu yang mempunyai harga diri dan martabat, yang mampu memutuskan sendiri hal hal berkaitan dengan dirinya. Otonomi berarti kemampuan mengatur atau menentukan sendiri. Otonomi berakar pada rasa hormat terhadap individu.

Di dalam prinsip otonomi, perawat harus menghargai dan menghormati hak pasien untuk memilih dan memutuskan sendiri pengobatannya. Kecenderungan pasien lebih memilih tenaga kesehatan perawat dibandingkan dengan profesi lain untuk meningkatkan status kesehatannya diakibatkan beberapa faktor. (Brown, 2007) dalam jurnalnya yang berjudul *Consumer perspectives on nurse practitioners and independence practice* di Washington menjelaskan bahwa 90% dari respondennya merasa puas dan menyukai praktik keperawatan dibanding dengan praktik kesehatan lain. Hal ini dikarenakan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya perawat tidak hanya sekedar memberi pengobatan, tetapi juga ada unsur “merawat”, bersikap caring dan ramah kepada pasiennya. Sehingga pasien lebih nyaman dirawat oleh perawat, selain itu biaya perawatan dan akses yang lebih terjangkau menjadikan profesikeperawatan dipilih untuk mengatasi masalah kesehatannya. Keputusan untuk memilih pengobatan dan siapa yang mengobati adalah hak penuh seorang pasien.

3. Prinsip yang ketiga adalah Beneficence dimana pada kaidah ini, perawat dalam memberikan layanan keperawatan harus selalu berorientasi pada upaya yang memberi seluas-luasnya manfaat bagi kepentingan pasien. Bahkan bisa melewati batas kepentingan pribadi (altruistic).
4. Prinsip yang keempat adalah Non-maleficency yang berarti tidak merugikan pasien. Nonmaleficency adalah tidak melukai atau tidak membahayakan orang lain. Dalam hal ini perawat dituntut untuk melakukan tindakan yang tidak membahayakan atau berisiko menciderai pasiennya. Dalam kasus telah diuraikan bahwa pasien menolak mendapatkan pengobatan selain dari perawat tersebut, sedangkan putusan tindakan harus segera dilakukan. Karena jika tidak dilakukan tindakan maka perawat malah justru membahayakan pasien. Ditilik dari prinsip ini nampaknya tindakan perawat yang tepat adalah melakukan tindakan dengan menjahit luka pasien untuk mencegah terjadinya perdarahan yang lebih hebat yang merugikan pasien. Dalam keperawatan, risiko atau bahaya baik yang disengaja maupun tidak selalu tidak dapat diterima.

5. Prinsip yang kelima yaitu Veracity
6. Confidentiality. Dengan kejujuran dan menjaga kerahasiaan pasien yang ditangani, seorang perawat harus memiliki citra yang baik sebagai seorang profesional.
7. Prinsip yang ketujuh yaitu Fidelity atau Komitmen, sudah seharusnya seorang perawat yang profesional memiliki komitmen yang kuat, perawat harus independen dan tidak hanya menimbang keputusan secara ilmiah tetapi juga dengan prinsip etik didalam keperawatan.

Model Pengambilan Keputusan Etik (Kozier, dkk 1997) :

1. Mengidentifikasi fakta dan situasi spesifik
2. Menerapkan prinsip dan teori etik keperawatan
3. Mengacu kepada kode etik keperawatan
4. Melihat dan mempertimbangkan kesesuaiannya untuk klien
5. Mengacu pada nilai yang dianut
6. Mempertimbangkan faktor lain seperti nilai, kultur, harapan, komitmen, penggunaan waktu, kurangnya pengalaman, ketidaktahuan atau kecemasan terhadap hukum, dan adanya loyalitas terhadap publik.

BAB 10

PERAN NURSING ADVOKASI DALAM KEPERAWATAN

Rahayu Winarti., S.Kep., Ns., M.Kep.

Konsep advokasi terus berkembang di bidang kesehatan termasuk dalam dunia keperawatan. Advokasi ini sudah dirintis sejak zaman Florence Nighthingale, meskipun belum terkonsep langsung seperti perkembangan advokasi saat ini (Gyamfi & Brea, 2016). Advokasi pasien merupakan esensi intrinsik dari etika keperawatan profesional. Kebutuhan pasien merupakan kunci advokasi dalam keperawatan. Advokasi menjadi inti dari komitmen profesional keperawatan terhadap perlindungan hak azazi pasien, perlindungan pasien terhadap bahaya, dan asuhan keperawatan yang berkualitas (Liske, 2014). Sehingga advokasi menjadi salah satu peran penting perawat.

Perawat sebagai advokator dapat didefinisikan sebagai peran perawat-klien untuk melindungi hak dan kepentingan klien sesuai dengan kebutuhan klien (Charles, 2017). Perawat mempunyai peran besar dalam mendorong dan melindungi kepentingan klien dengan memberikan informasi yang dibutuhkan klien untuk mengambil suatu keputusan (Motamed-jahromi et al., 2012 ; Med, 2015). Hal ini merupakan salah satu wujud advokasi pasien.

Advokasi pasien adalah proses dimana perawat mengadvokasi, mendukung dan mempromosikan kepentingan klien (Kible, 2012). Menurut (Rosiek & Leksowski, 2013) ada tiga dasar advokasi pasien dalam konteks hubungan perawat dan klien yaitu hak azazi manusia, etik, dan empati. Pertama, hak azazi pasien dan etik akan saling melengkapi. Kedua, etik keperawatan merupakan moral hidup

seorang perawat (Rusthoven & Bioethics, 2014). Etik merupakan istilah yang digunakan untuk merefleksikan bagaimana seharusnya manusia berperilaku, apa yang seharusnya dilakukan oleh seseorang terhadap orang lain (Graber & Rizzo, 2016). Ketiga, empati termasuk kemampuan untuk merasakan keadaan emosional orang lain, merasa simpatik dan mencoba menyelesaikan masalah. Empati dan peduli dalam hubungan perawat-pasien menunjukkan perhatian khusus perawat terhadap kebutuhan klien (Gelhaus, 2013; Rusthoven & Bioethics, 2014).

Saat ini pasien lebih aktif dalam sistem pelayanan kesehatan karena adanya peningkatan kesadaran akan keselamatan pasien yang dipengaruhi oleh semakin tingginya tingkat pendidikan, semakin mudahnya akses internet, serta peningkatan teknologi dalam bidang kesehatan. Karena hal tersebut, otonomi dan hak-hak pasien terabaikan akibat terbatasnya pengetahuan pasien tentang obat-obatan, prosedur tindakan medis dan perawatan serta perkembangan penyakit yang dialami (Laney, 2013). Oleh sebab itu perlu ditingkatkan interaksi antara perawat dan pasien guna berjalannya peran advokasi perawat. Peran advokasi perawat akan berjalan jika terjalin interaksi yang baik antara perawat dan pasien.

Menurut (Charles, 2017 ; Kendall-taylor & Levitt, 2017) perawat berperan penting dalam membantu pasien memahami penyakitnya dan membuat keputusan dengan benar dan tepat. Sebelum menjalankan peran advokasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan terkait advokasi pasien agar perawat dapat menunjukkan sikap positif dalam melindungi hak dan kepentingan pasien (Motamed-jahromi et al., 2012). Selain itu perawat harus memahami apa yang diinginkan oleh pasien tanpa ada rasa takut dari pasien untuk bertanya (Emrich et al., 2014).

Saat pasien mengalami ketidakberdayaan, pasien akan mempunyai harapan besar kepada perawat untuk mendapatkan berbagai informasi yang dibutuhkan karena perawat berada 24 jam bersama pasien (Laney, 2013 ; Emrich, Fro, Bruns, Friedrich, & Frewer, 2014). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Laney (2013) yang menunjukkan bahwa alasan perawat bertindak sebagai *advocator* bagi pasien adalah secara etis berkewajiban bertindak untuk pasien ketika terancam oleh bahaya dan kebutuhan pasien untuk perawat bertindak atas nama pasien.

Peran advokasi perawat akan terlihat dalam komunikasi antara pasien dan perawat di rumah sakit. Hasil penelitian (Emrich et al., 2014) menunjukkan bahwa pasien sering mengeluh tentang kurangnya rasa empati perawat saat berdialog dengan pasien, hambatan istilah teknis yang tidak dipahami pasien, dan pasien merasa kurang dihargai. Hal ini menunjukkan bahwa ada dampak yang kurang baik terhadap pasien apabila peran advokasi perawat ini tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Kurangnya advokasi yang efektif dalam pelayanan kesehatan akan berdampak pada aspek keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Advokasi pasien akan meningkatkan keselamatan pasien dengan memastikan pelayanan dan perawatan yang tersedia diberikan secara cepat, tepat dan aman. Manfaat advokasi pasien tidak hanya terlihat dalam *outcome* pasien seperti penurunan angka pulang paksa, tetapi juga akan meningkatkan *image* keperawatan di masyarakat dan status profesionalisme (Liske, 2014).

Profesi perawat sedang memasuki era dalam merebut peluang sebagai profesional baru. Hal ini dapat dicapai melalui peran perawat sebagai advokat untuk pasien dan profesi. Peran perawat sebagai advokat masih kurang dipahami, tidak diteliti dan dipraktekkan secara minimal. Selama empat dekade terakhir, para peneliti perawat telah berusaha untuk memahami dan mengkaji peran advokat perawat (Branden, 2012; Cole, 2014).

Menurut Ware, Bruckenthal, Davis, & O'Connor Von (2012) dalam menjalankan peran advokasi juga dipengaruhi beberapa hal yang dapat menghambat seorang perawat dapat berperan sebagai advocator. Hambatan tersebut diantaranya kurangnya waktu (*lack of time*), kurangnya support (*lack of support*), tidak ada role model (*no role model*), dan perebutan kekuasaan (*power struggles*).

Di rumah sakit pasien preoperasi, merupakan salah satu pasien yang berhak mendapatkan peran advokasi dari perawat. Hal ini disebabkan karena sebagian besar pasien yang menjalankan operasi mengalami *anxietas* disebabkan kurangnya pengetahuan atau informasi yang didapatkan terkait dengan operasi yang akan dijalani. Untuk mengatasi hal tersebut maka salah satu solusi yang dapat diberikan adalah pemberian informed consent sebelum pelaksanaan tindakan. Informed consent adalah penyampaian informasi yang

terkait diagnosa penyakit, tindakan yang akan dilakukan, prosedur alternatif yang dilakukan, resiko yang timbul bila tidak dilakukan tindakan tersebut, kemampuan pasien untuk mengambil keputusan, kesukarelaan dari pasien yang memberi izin (Sjamsuhidayat dan Wim De Jong, 2012). Peran advokasi perawat diharapkan mampu membantu pasien dan keluarga memahami informasi dari pemberi layanan dan memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan serta mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien (Mubarak dan Nur Chayatin, 2009).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Branden, 2012) bahwa peran advokasi perawat ini rumit dan tidak mudah dipahami oleh perawat, perawat harus memiliki pengetahuan khusus dan percaya diri untuk dapat melakukan advokasi, serta pimpinan yang tidak melihat peran perawat serta banyak pimpinan yang menganggap remeh peran advokasi perawat, oleh karena itu. Oleh karena itu perludilakukan penelitian lebih mendalam terkait faktor-faktor yang mempengaruhi peran advokasi perawat, terutama dalam tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi peran advokasi perawat yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama kerja perawat, pengetahuan, sikap perawat, perilaku perawat dan kondisi organisasi (Ward, 2013). Karakteristik perawat meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja. Aspek pengetahuan juga menjadi modal perawat agar dapat menjalankan perannya sebagai advocator pasien. Perawat harus mempunyai pengetahuan yang cukup terkait konsep advokasi pasien, pengetahuan komunikasi, dan edukasi yang efektif kepada pasien (Ward, 2013).

Sikap perawat disini lebih menekankan pada aspek moralitas sebagai seorang perawat (Josse-Euklund, 2014). Sikap didefinisikan sebagai proses evaluatif atau disposisi terhadap memberi respon positif atau negative terhadap objek, orang atau kejadian. Sikap perawat yang diperlukan dalam advokasi pasien adalah kesadaran (*awareness*), peduli (*caring*), belas kasih (*compassion*) (Ward, 2013; Josse-Euklund, 2014; Davoodvand, 2016, Kibble, 2012). Perawat harus memiliki sikap *awereness* sehingga menjadi lebih sensitif dan sadar akan kebutuhan pasien yang tidak dapat diekspresikan oleh pasien

itu sendiri (Kibble, 2012). Sikap caring dalam hubungan perawat dan pasien dapat dilihat dari perhatian perawat terhadap kebutuhan pasien (Gelhaus, 2013); (Rusthoven & Bioethics, 2014).

Sikap *compassion* adalah respon yang baik terhadap penderitaan orang lain dan kecenderungan untuk membantu. Dalam hubungan perawat-pasien sikap belas kasih akan meningkatkan kepedulian kepada pasien (Gelhaus, 2013) ; (Rusthoven& Bioethics, 2014).

Selain sikap perawat, perilaku perawat juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi peran advokasi perawat. Perilaku perawat mencerminkan 3 dimensi advokasi pasien. Liske (2014) menyebutkan advokasi pasien meliputi tiga dimensi yaitu menjaga otonomi pasien, bertindak atas nama pasien, dan memperjuangkan keadilan sosial bagi perawatan pasien.

Faktor selanjutnya yang mempengaruhi peran advokasi perawat adalah kondisi organisasi. Berjalan atau tidaknya peran advokasi pasien tidak hanya ditentukan oleh perawat itu sendiri. Namun juga dipengaruhi oleh kebijakan organisasi. Perawat memerlukan lingkungan yang kondusif untuk menjalankan peran advokasi. Dukungan dari rekan kerja dan penerimaan multi disiplin terhadap konsep advokasi, mengurangi rasa takut pada diri perawat untuk menjalankan peran advokasi. Sehingga umpan balik negatif dari pasien, sejawat atau dokter serta ketakutan akan dampak yang tidak baik terhadap karir dan pekerjaan tidak menghambat perawat dalam menjalankan peran advokasi (Kibble, 2012).

A. Peran Perawat sebagai Advokator

Advokasi (pembelaan) secara sederhana dapat didefinisikan sebagai proses bertindak untuk, atau atas nama orang lain yang tidak mampu bertindak untuk diri merek sendiri (Basford & Slevin, 2006). Murphy dan Hunter (dalam Basford & Slevin, 2006) mengatakan bahwa peran perawat dalam mengeksplorasi konsep pembelaan terangkum dalam pernyataan, "Tujuan perawat bukan untuk mendapatkan kepuasan dari professional kesehatan lain tetapi lebih untuk membantu pasien mendapatkan asuhan yang terbaik, bahkan jika itu berarti pasien masuk ke rumah sakit dan mencari professional asuhan kesehatan lain". Oleh karena itu, fokus utama dari peran advokasi perawat bagi

pasien adalah menghargai keputusan pasien dan meningkatkan otonomi pasien (Blais,2002).

B. Tugas perawat dalam advokasi pasien

Nelson (dalam Blais, 2002) menjelaskan tujuan utama dari advokat pasien adalah melindungi hak-hak pasien. Peran advokat pasien memiliki tiga komponen utama, yaitu sebagai pelindung, mediator, dan pelaku tindakan atas nama pasien. Dari ketiga komponen utama peran perawat sebagai advokat, maka dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Sebagai pelindung, peran yang dilakukan perawat memiliki tujuan utama yaitu untuk membantu pasien dalam membuat keputusan. Peran perawat dalam hal ini ditekankan untuk menyerahkan segala keputusan tentang perawatan yang akan dijalankan oleh pasien kepada pasien itu sendiri, sesuai dengan nilai-nilai yang dianut pasien. Tindakan perawat yang termasuk di dalamnya yaitu perawat memberikan alternatif pilihan kepada pasien saat akan mengambil keputusan tentang terapi yang akan diambil, menyediakan format persetujuan tindakan penjelasan atas pemulangan dini pasien dari perawatan, serta memutuskan dokter yang akan merawatnya;
2. Sebagai mediator, peran yang dilakukan perawat memiliki tujuan untuk menjembatani komunikasi antara pasien dengan tim kesehatan lain di rumah sakit. Tindakan perawat yang termasuk di dalamnya yaitu perawat menemani pasien saat kunjungan dokter, menentukan menu diet bersama ahli gizi, dan juga memberikan penjelasan kepada pasien mengenai pengobatanyang diterimanya;
3. Sebagai pelaksana tindakan, peran yang dilakukan perawat memiliki tujuan utama untuk melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan yang dibutuhkan pasien. Tindakan perawat yang termasuk didalamnya yaitu dengan memberikan lingkungan yang sesuai dengan kondisi pasien, melindungi pasien dari tindakan yang dapat merugikan pasien, dan memenuhi semua kebutuhan pasien selama dalam perawatan.

C. Pentingnya Peran Perawat Sebagai Advokator

Perannya sebagai advokat, perawat diharapkan mampu untuk bertanggung jawab dalam membantu pasien dan keluarga menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan yang diperlukan untuk mengambil persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya serta mempertahankan dan melindungi hak – hak pasien. Hal ini harus dilakukan, karena pasien yang sakit dan dirawat di rumah sakit akan berinteraksi dengan banyak petugas kesehatan.

D. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi PelaksanaanAdvokasi

Faktor yang mempengaruhi pelaksanaannya terdiri dari 3 faktor yaitu:

1. Faktor penghamba
2. Kepemimpinan dokter
3. Terbatasnya jumlah tenaga perawat

Faktor pendukung

1. Kondisi pasien
2. Dukungan instansi rumah sakit (Etty&Madya, 2013)

Hal-hal yang bisa diadvokasi oleh perawat adabeberapa poin yaitu

1. *Anticipatory guidance* (panduan antisipatif)
 - a. Primary prevention (pencegahan primer)
 - b. Membantu klien kemungkinan mengalamikesulitan
 - c. Mengantisipasi keluarga dalam menangani masalah – masalah keterbatasan dan penyakit kronik
2. Role Modeling
Perawat menjadi *role mode* dengan berperilaku yang benar: berbicara, senyum, penanganan pasien secara profesional
3. Educational information
 - a. Pembelajaran dan pemberian informasi

- b. Membantu memilih dan menentukan pilihan terhadap informasi yang diberikan
 - c. Membantu klien mengumpulkan informasi dan belajar terhadap perilaku promosi kesehatan
4. *Ongoing support* (berkelanjutan dukungan)
- a. Memberikan bantuan pada klien dalam membuat keputusan yang beralasan
 - b. Perawat sebagai *patner* dalam menyelesaikan masalah kebutuhan kesehatan
5. *Collaboration and Referral* (kolaborasi dan referal)
- a. Masalah kesehatan bersifat multidimensi melibatkan multidisiplin.
 - b. Perawat memberikan penjelasan terhadap masalah yang melibatkan tenaga kesehatan lain
 - c. Pendekatan interdisiplin pada semua anggota tim kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cherie, A., Mekonen, A., & Shimelse, T. (2005). Introduction to Professional Nursing and Ethics. *Addis Ababa University, In ...*, 1–157. http://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/nursing_students/ln_intro_prof_nsg_final.pdf
- Darmawan, Deden. (2013). *Pengantar keperawatan profesional*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- DPR RI. (2011). *Naskah akademik rancangan undang-undang keperawatan*. Jakarta: Sekjen DPR RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Situasi Tenaga Keperawatan Indonesia. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 1–12.
http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin_perawat_2017.pdf
- Lestari, T. R. P. (2014). Harapan Atas Profesi Keperawatan di Indonesia. *Jurnal Keperawatan*, 19(1), 51–67.
- Mulyadi, E., & Hannan, M. (2015). Profesionalisme perawat dalam perspektif masyarakat madura. *Jurnal Kesehatan Wiraraja Medika*, 5(2), 126–129. <http://ejournal.wiraraja.ac.id/index.php/FIK/article/view/170/138>
- Nurses, I. C. of. (2012). The International Council of Nurses Code of Ethics for Nurses. *International Nursing Review*, 47(3), 138–141. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11043483>
- PPNI. (2015). *Salinan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan* (pp. 1–52). Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). <https://ppni-inna.org/index.php/public/information/download-list/9>

- Alshmemri, M.S. and Ramaiah, P. (2021) 'Historical Perspectives: Nursing Practice And Evolution', *International Journal of Modern Agriculture* [Preprint], (10).
- Al Anang, A. (2019) *Sejarah Perkembangan Ilmu Pengetahuan Dalam Islam*.
- Budiono (2016) 'Konsep-dasar-keperawatan-Komprehensif', in. kementerian kesehatan republik indonesia.
- D'Antonio, P. *et al.* (2010) 'Histories of nursing: The power and the possibilities', *Nursing Outlook*, 58(4), pp. 207–213. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.04.005>.
- Komarudin (2018) 'Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan Dalam Pencapaian Sustainability Profesionalisme Keperawatan', *Jurnal Penelitian Ipteks*, 3, pp. 139–151.
- Lisamanda, E. (2010) *Sejarah Keperawatan Dan Proses Keperawatan*.
- Lusk, B. (2018) 'The Relevance of Nursing History and Why It Matters Today', in *Fast Facts About the Nursing Profession*. Springer Publishing Company. Available at: <https://doi.org/10.1891/9780826131393.0001>.
- Saputra, Abdul Hamid, Kusdiana, A. and Rahmatillah, T. (2020) 'Rufaidah Al-Aslamiyah: Perawat Pertama di Dunia Islam (Abad 6-7 M.)', *historia madania*, 4(1).
- Smith, K.M. (2020) 'Facing history for the future of nursing', *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd, pp. 1429–1431. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.15065>.
- Titha, R. and Nubuwah, N. (2010) *Perkembangan Keperawatan Di Dunia*.
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi . Jakarta: DPP PPNI
- Yetti Krisna, dkk. (2017). *Pedoman Penyelesaian Sengketa Etik Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.

Irawaty (2012). Pedoman Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (PKB) Perawat Indonesia. Standar Penyelenggaraan pelatihan Keperawatan Indonesia. Jakarta: PP-PPNI.

PPNI. (2016). *Peraturan Organisasi Dan Pedoman Persatuan Perawat Nasional Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

BIODATA PENULIS



Ns. Ayuda Nia Agustina, M. Kep., Sp. Kep. An memiliki hobi jalan-jalan, diskusi dan menulis merupakan anak pertama dari 2 bersaudara. Ia lahir di Pringsewu, 19 September 1988. Pendidikannya dimulai dari TK Nurul Qalam Bekasi pada tahun 1993, setelah itu melanjutkan pendidikan ke SD Negeri 01 Talangpadang tahun 1994, SLTP Negeri 01 Talangpadang pada tahun 2000 dan SMA Negeri 01 Pringsewu pada tahun 2003. Penulis menyelesaikan program sarjana dan profesi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia di tahun 2011. Tahun 2016, penulis lulus program studi Ners Spesialis Keperawatan Anak, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati sejak tahun 2011. Beberapa mata kuliah yang diampu penulis diantaranya: keperawatan anak, keperawatan dasar, dokumentasi keperawatan, dan etika keperawatan. Penulis juga pernah menjadi dosen tamu di Akademi Keperawatan Antariksa. Saat ini penulis diamanahkan menjadi Ketua Persatuan Perawat Nasional (PPNI) DPK Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati. Selain mengajar, penulis juga aktif melakukan penelitian; menulis artikel ilmiah yang di publikasikan di jurnal ilmiah nasional, dan prosiding; menjadi pemakalah pada seminar nasional dan internasional; menulis buku referensi di yayasan kita menulis. Beberapa karya audio visual telah berhasil mendapatkan HAKI, diantaranya video pembelajaran praktik keterampilan pada mata kuliah keperawatan anak dan keperawatan dasar. Moto hidupnya adalah *“Sebaik-baiknya manusia adalah yang memberikan manfaat”*.