

TEORI MODEL DAN INOVASI DALAM KEPERAWATAN

Gagasan Besar Guru Besar Keperawatan Indonesia



Tantut Susanto

Agung Waluyo • Ariyanti Saleh • Elly Nurachmah • Achir Yani S. Hamid
Budi Anna Keliat • Setyowati • Suryani • Yati Afiyanti • Yeni Rustina
Ah Yusuf • Junaiti Sahar • Henny Suzana Mediani • Elly L. Sjattar
Rr. Tutik Sri Hariyati • Kusman Ibrahim • Iwan Muhamad Ramdan
Krisna Yetti • Hema Malini • Hajjul Kamil • Rita Benya Adriani
A. Aziz Alimul Hidayat • Yunita Sari • Nur Hidayah • Christantie Effendy
Setiawan • Suprajitno • Mekar Dwi Anggraeni

TEORI MODEL DAN INOVASI DALAM KEPERAWATAN

Gagasan Besar Guru Besar Keperawatan Indonesia

Tantut Susanto

Agung Waluyo, Ariyanti Saleh, Elly Nurachmah, Achir Yani S. Hamid,
Budi Anna Keliat, Setyowati, Suryani, Yati Afiyanti, Yeni Rustina,
Ah Yusuf, Junaiti Sahar, Henny Suzana Mediani, Elly L. Sjattar,
Rr. Tutik Sri Hariyati, Kusman Ibrahim, Iwan Muhamad Ramdan,
Krisna Yetti, Hema Malini, Hajjul Kamil, Rita Benya Adriani,
A. Aziz Alimul Hidayat, Yunita Sari, Nur Hidayah, Christantie Effendy,
Setiawan, Suprajitno, Mekar Dwi Anggraeni



TEORI MODEL DAN INOVASI DALAM KEPERAWATAN

Gagasan Besar Guru Besar Keperawatan Indonesia

Penulis: Tantut Susanto

Agung Waluyo, Ariyanti Saleh, Elly Nurachmah, Achir Yani S. Hamid,
Budi Anna Keliat, Setyowati, Suryani, Yati Afiyanti, Yeni Rustina,
Ah Yusuf, Junaiti Sahar, Henny Suzana Mediani, Elly L. Sjattar,
Rr. Tutik Sri Hariyati, Kusman Ibrahim, Iwan Muhamad Ramdan,
Krisna Yetti, Hema Malini, Hajjul Kamil, Rita Benya Adriani,
A. Aziz Alimul Hidayat, Yunita Sari, Nur Hidayah, Christantie Effendy,
Setiawan, Suprajitno, Mekar Dwi Anggraeni

Desain Sampul : Ivan Zumarano

Tata Letak : Achmad Faisal

Editor : Vigo Agustilano Salim, Dhimas Rizky Handoko

ISBN: 978-623-8775-65-1

Cetakan Pertama: September, 2024

Hak Cipta © 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal



Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

GURU BESAR KEPERAWATAN INDONESIA TAHUN 2024



Prof. Ns Tantut
Susanto, S.Kep.,
M.Kep., Sp.Kep.Kom.,
Ph.D.



Prof. Agung Waluyo,
S.Kp, M.Sc, PhD.



Prof. Dr. Ariyanti Saleh,
S.Kp.,M.Si.



Prof. Dra. Elly
Nurachmah, M.App.Sc.,
DNSc.



Prof. Achir Yani S.
Hamid, MN, DNSc.



Prof. Dr. Budi Anna
Keliat, S.Kp., M.App.Sc.



Prof. Dra. Setyowati,
S.Kp., M.App.Sc., Ph.D.,
DBO., RN.



Prof. Suryani, S.Kp.,
MH.Sc., Ph.D



Prof. Dr. Yati Afifyanti,
SKp. MN



Prof. Yeni Rustina,
S.Kp., M.App.Sc., Ph.D.



Prof. Dr. Ah Yusuf,
S.Kp., M.Kes.



Prof. Junaiti Sahar, B.N,
M.App.Sc, Ph.D

GURU BESAR KEPERAWATAN INDONESIA TAHUN 2024



Prof. Henny Suzana
Mediani, S.Kp., M.Ng.,
Ph.D.



Prof. Dr. Elly L. Sjattar,
S.Kp., M.Kes.



Prof. Dr. Rr. Tutik Sri
Hariyati, S.Kp., M.A.R.S.



Prof. Kusman Ibrahim,
S.Kp., MNS, Ph.D.



Prof. Dr. Iwan
Muhamad Ramdan,
S.Kp., M.Kes.



Prof. Dr. Krisna Yetti,
SKp. M.App. Sc.



Prof. Hema Malini,
S.Kp., M.N., Ph.D.



Prof. Dr. Hajjul Kamil,
S.Kp., M.Kep.



Prof. Dr. Rita Benya
Adriani, S.Kp., M.Kes.



Prof. Dr. A. Aziz Alimul
Hidayat, S.Kep., Ners.,
M.Kes.



Prof. Yunita Sari,
S.Kep., Ns., MHS., Ph.D.



Prof. Dr. Nur Hidayah
S. Kep. Ns. M. Kes.

GURU BESAR KEPERAWATAN INDONESIA TAHUN 2024



Prof. Dr. Christantie
Effendy, S.Kp., M.Kes.



Prof. Setiawan, S.Kp.,
MNS., Ph.D.



Prof. Dr. Suprajitno,
S.Kp., M.Kes.



Prof. Mekar Dwi
Anggraeni, S.Kep.,
Ners., M. Kep., Ph.D.

Kata Sambutan

Ketua Umum DPP PPNI

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Salam sejahtera bagi kita semua,

Pertama-tama, marilah kita panjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, kita semua dapat merayakan penerbitan buku yang istimewa ini, yaitu Kumpulan Pidato Pengukuhan Guru Besar. Buku ini tidak hanya menjadi saksi perjalanan intelektual para guru besar, tetapi juga merupakan warisan ilmu yang berharga bagi kita semua dan generasi mendatang.

Pidato pengukuhan seorang guru besar adalah momen yang sangat bermakna dalam dunia akademik. Di dalamnya terkandung pemikiran-pemikiran mendalam yang mencerminkan dedikasi, pengabdian, dan pencapaian yang luar biasa dalam bidang keilmuan. Setiap pidato tidak hanya menandai puncak prestasi pribadi, tetapi juga memberikan kontribusi signifikan terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan pendidikan.

Penerbitan buku ini bertujuan untuk mengabadikan dan menyebarluaskan gagasan-gagasan penting yang disampaikan dalam setiap pidato pengukuhan. Dengan mengumpulkan dan menerbitkan pidato-pidato ini, kami berharap dapat menyediakan sumber inspirasi dan referensi bagi para akademisi, peneliti, mahasiswa, dan masyarakat luas. Semoga buku ini juga dapat menjadi cermin kemajuan dan kualitas pendidikan yang kita bangun bersama.

Saya ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan penerbitan buku ini. Mulai dari para guru besar yang telah dengan murah hati berbagi pemikiran mereka, hingga tim penyusun yang bekerja keras untuk memastikan bahwa setiap pidato disajikan dengan baik. Tanpa kontribusi dari semua pihak, buku ini tidak akan terwujud.

Akhir kata, saya berharap buku Kumpulan Pidato Pengukuhan Guru Besar ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan menjadi sumber inspirasi bagi kita semua. Mari kitajadikan buku ini sebagai salah satu bukti komitmen kita untuk terus memajukan dunia pendidikan dan penelitian di Indonesia.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Ketua Umum DPP PPNI

Dr. Harif Fadhillah, SKp, SH, MKep, MHKes.

Kata Sambutan

Ketua Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia
(AIPNI)

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Salam sejahtera untuk kita semua,

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga buku Kumpulan Pidato Pengukuhan Guru Besar Keperawatan dapat diluncurkan. Buku ini merupakan bentuk dedikasi dan kontribusi para guru besar dalam memajukan ilmu keperawatan dan pendidikan di Indonesia.

Sebagai Ketua Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia, saya merasa bangga dan terhormat dapat memberikan pengantar untuk buku yang mengabadikan pidato-pidato pengukuhan yang penuh inspirasi ini. Naskah pidato ini tidak hanya merefleksikan perjalanan akademik yang panjang dan penuh tantangan, tetapi juga menggambarkan komitmen para guru besar dalam pengembangan ilmu keperawatan serta pelayanan kesehatan di Indonesia.

Setiap pidato dalam buku ini mencerminkan kedalaman pemikiran, wawasan, dan pengalaman yang luar biasa dari para guru besar keperawatan. Mereka telah menjadi teladan dalam memajukan pendidikan keperawatan, tidak hanya melalui penelitian dan pengajaran, tetapi juga melalui dedikasi mereka dalam pengembangan kurikulum, pelatihan tenaga kesehatan, dan pelayanan kepada masyarakat.

Buku ini tidak hanya menjadi sumber referensi akademik, tetapi juga sebagai inspirasi bagi generasi muda, para akademisi serta praktisi untuk terus berkarya dan berkontribusi dalam bidang keperawatan. Saya berharap, buku ini dapat menjadi pemicu bagi lahirnya lebih banyak inovasi dan pengembangan ilmu keperawatan, yang pada akhirnya akan membawa manfaat besar bagi kualitas pelayanan kesehatan di tanah air. Hadirnya buku ini juga diharapkan dapat menjadi inspirasi bagi dosen dalam mengembangkan karir akademiknya serta memberikan bakti terbaiknya dalam meningkatkan mutu pendidikan keperawatan, sesuai dengan visi dan misi AIPNI.

Akhir kata, saya ucapan selamat kepada para guru besar yang pidatonya terhimpun dalam buku ini, dan kepada seluruh rekan sejawat yang terus mendukung kemajuan keperawatan di Indonesia. Mari kita bersama-sama menjaga semangat untuk terus belajar, berkarya, dan memberikan yang terbaik bagi pendidikan keperawatan dan profesi kita.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Ketua Umum AIPNI

Agus Setiawan, SKp, MN, DN

Kata Sambutan

Ketua Umum Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi
Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI)

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Salam sejahtera untuk kita semua,

Puji Syukur marilah kita panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, berkat limpahan rahmat dan karuniaNya buku yang sangat membanggakan dan berharga ini yaitu Kumpulan Pidato Pengukuhan Guru Besar dapat terselesaikan. Buku ini merupakan kebanggaan dan penghargaan atas peran, kontribusi dan dedikasi yang sangat berharga para guru besar dalam memperjuangkan dan memajukan Ilmu Keperawatan di Indonesia.

Sebagai Ketua Umum Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Vokasi Keperawatan Indonesia, saya menyambut baik dan suatu kehormataan serta kebanggaan dapat memberikan sambutan pada buku yang mengabadikan pidato-pidato pengukuhan guru besar yang sangat menginspirasi bagi kita semua. Kumpulan pidato ini memberi muatan inspirasi dan motivasi serta merefleksikan perjalanan dunia akademik yang panjang dan penuh dengan berbagai rintangan, namun tetap mengedepankan komitmen dan dedikasi serta profesionalitas para guru besar ditengah-tengah perkembangan ilmu pengetahuan dan ilmu keperawatan serta pelayanan kesehatan yang diberikan.

Kita dapat melihat apa yang sudah disampaikan pada setiap pidato para guru besar dalam buku ini, untuk senantiasa dipupuk dan menjadi tugas kita semua untuk memaknai setiap pemikiran, wawasan serta pengalaman para guru besar dan setiap potensi yang ada dalam diri mereka. Para guru besar kita akan menjadi role model dan teladan dalam memajukan dan mengembangkan Pendidikan Keperawatan di Indonesia dan dunia, melalui kolaborasi yang dilakukan sehingga dapat meraih prestasi yang membanggakan, bukan hanya yang bersifat akademis namun juga nonakademis dalam upaya pengembangan Pendidikan Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, pelayanan kesehatan dan nilai luhur keperawatan lainnya.

Saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penerbitan buku ini. Terima kasih atas dedikasi, waktu, dan usaha yang telah dicurahkan untuk menghasilkan Kumpulan Pidato Pengukuhan Guru Besar yang sangat berharga ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi kita semua dan menjadi salah satu referensi dalam pengembangan pendidikan Keperawatan di Indonesia. Mari kita terus berkolaborasi dan berinovasi demi kemajuan pendidikan Keperawatan yang lebih baik di masa depan.

Akhir kata, saya ucapan selamat atas peluncuran buku "Kumpulan Pidato Pengukuhan Guru Besar". Semoga Allah SWT senantiasa memberikan petunjuk dan keberkahanNya dalam setiap langkah kita.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Ketua Umum AIPVIKI

Dr. Pramita Iriana, S.Kp., M.Biomed

Prakata

Pertama-tama mari kita panjatkan Puji Syukur kehadirat Allah SWT atas seluruh rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun Buku Teks yang berjudul "Teori, Model, dan Inovasi dalam Keperawatan: Gagasan Besar Guru Besar Keperawatan Indonesia".

Buku teks ini disusun sebagai bentuk apresiasi kepada perkembangan ilmu pengetahuan maupun teknologi di bidang keperawatan dari beberapa departemen atau sub bidang ilmu keperawatan di Indonesia yang telah diberikan oleh para guru besar keperawatan di Indonesia hingga tahun 2024 ini. Buku ini berisi konsep-konsep teoritis dalam bidang ilmu keperawatan yang telah dirumuskan oleh para guru besar keperawatan di Indonesia yang berjumlah 28 guru besar keperawatan di Indonesia. Konsep-konsep teoritis yang tercantum dalam buku ini sesuai dengan orasi ilmiah dari setiap guru besar yang diantaranya terdapat dari beberapa departemen bidang ilmu keperawatan seperti Keperawatan Komunitas Keluarga, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, Keperawatan Dasar Manajemen Keperawatan, Keperawatan Jiwa, dan Keperawatan Medikal Bedah.

Buku teks ini diharapkan menjadi sebuah informasi baik masyarakat umum maupun mahasiswa keperawatan ataupun bidang kesehatan dalam teori-teori perkembangan keperawatan yang telah diperbarui berdasarkan paradigma dan tantangan dalam *trend* dan *issue* dalam dunia keperawatan. Buku ini juga diperuntukkan bagi mahasiswa keperawatan yang masih di tingkat pertama atau awal dan ingin memperluas tingkat pengetahuan tentang inovasi dalam keperawatan baik sebagai sumber referensi untuk publikasi maupun *middle range theory* untuk melanjutkan dari inovasi yang ada dan sesuai dengan ilmu yang diampu oleh setiap guru besar keperawatan pada buku ini. Buku ini juga dapat dijadikan sebagai sumber acuan referensi atau dasar fondasi bagi mahasiswa tingkat pascasarjana maupun doktoral dalam penyusunan tesis maupun disertasinya.

Penulis

Daftar Isi

Guru Besar Keperawatan Indonesia Tahun 2024	iii
Kata Sambutan Ketua Umum DPP PPNI.....	vi
Kata Sambutan Ketua Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI)	vii
Kata Sambutan Ketua Umum Asosiasi Insitusi Pendidikan Tinggi Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI)	viii
Prakata	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xvii
Daftar Gambar	xviii
BAB 1 Pendahuluan.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Teori, Model, dan Inovasi Keperawatan	2
C. Proses Pengembangan Teori dan Model Keperawatan.....	3
Referensi.....	4
BAB 2 Peran Perawat Komunitas Dalam Meningkatkan Kemandirian dan Kesehatan Keluarga Menuju Indonesia Emas 2045	5
A. Pendahuluan.....	5
B. Keluarga dan Keperawatan Keluarga	7
C. Kemandirian dan Kesehatan Keluarga.....	10
D. Peran Perawat dalam Meningkatkan Kemandirian dan Kesehatan Keluarga	12
E. Asuhan Keperawatan Komunitas pada Permasalahan <i>Stunting</i>	14
F. Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Permasalahan Hipertensi.....	16
G. Asuhan Keperawatan Komunitas dalam Mengatasi HIV.....	19
H. Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Pandemi COVID-19.....	21
I. Penutup	23
Referensi.....	25
BAB 3 <i>Caring</i> Dalam Merawat Pasien Melalui Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat Untuk Merawat Negeri	31
A. Pendahuluan.....	31
B. Peningkatan Angka Penderita HIV	32
C. Stigma Terhadap ODHIV.....	33
D. Implementasi Teori <i>Caring</i>	34
E. Perawatan ODHIV di Lembaga Pemasyarakatan	35
F. Program ATHENA	35
G. Pemberitahuan Persahabatan dan Pasangan.....	38
H. Penutup	38
Referensi.....	40

BAB 4 Dukungan Psikososial Spiritual: Kontribusi Penting Keperawatan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Klien dengan Penyakit Katastropik	41
A. Pendahuluan.....	41
B. Asuhan Keperawatan Psikososial-Spiritual.....	44
C. Peran Asuhan Keperawatan Psikososial-spiritual dalam Peningkatan Kualitas Hidup Klien dengan penyakit Katastropik.....	44
D. Penutup	49
Referensi.....	49
BAB 5 Perkembangan Keperawatan Di Indonesia dan Prospek Di Masa Depan.....	53
A. Pendahuluan: Sejarah Keperawatan.....	53
B. Pentingnya Pendidikan dan Standar Praktik Keperawatan	53
C. Profesionalisme dalam Pelayanan Keperawatan.....	54
D. Peran Perawat dalam Masyarakat.....	54
E. Dukungan, Kerjasama, dan Tantangan dalam Sistem Kesehatan.....	55
F. Pengembangan Keilmuan dan Praktik Keperawatan	55
G. Kontribusi pada Pembaruan dan Pengembangan Keperawatan.....	56
H. Perspektif Masa Depan Keperawatan di Indonesia.....	56
Referensi.....	57
BAB 6 Keperawatan Jiwa Pada Penanganan Dampak Sosial Akibat Bencana	59
A. Pendahuluan	59
B. Hakikat Perawat dan Keperawatan.....	59
C. Gempa dan Tsunami Aceh.....	60
D. <i>Nurses Caring for Nurses to Care for People</i>	61
E. Keperawatan Jiwa.....	63
F. Bentuk Intervensi Dukungan Psikososial (DPS)	67
G. <i>Lessons Learned</i> dan Arah ke Depan	70
H. Pesan bagi Mahasiswa Keperawatan.....	70
I. Penutup	71
Referensi.....	73
BAB 7 Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa Dalam Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Indonesia	75
A. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa.....	75
B. Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa.....	76
C. Kontribusi dengan Penelitian Klinis Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa.....	77
D. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Masyarakat	79
E. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Rumah Sakit Umum	85
F. Percepatan dan Desiminasi Keperawatan Jiwa (<i>Road Map</i> Keperawatan Jiwa)	87
G. Penutup	88
Referensi.....	88

BAB 8 Kontribusi Keperawatan Dalam Pencapaian Program SDGs Untuk Kesehatan Reproduksi Perempuan Indonesia.....	93
A. Pendahuluan.....	93
B. Kesehatan Reproduksi Perempuan	95
C. Peran Perawat Professional.....	98
D. Pencegahan Penularan HIV/AIDS Di Lingkungan Ibu Rumah Tangga Dengan Pemberdayaan Petugas Kesehatan Dan Pelibatan Keluarga di Indonesia.....	100
E. <i>The Needs and Services of Elderly Women Based On Kinship in Indonesia Abstract Purpose of the Study: Improvements in The Health Care System Correlates with an Increasing Elderly Population in Indonesia</i>	102
F. Pengembangan Intervensi Keperawatan Mandiri Pain Digital Acupressure (PDA) dan Pengaruhnya Terhadap Nyeri Persalinan pada Ibu Bersalin Fase Aktif Kala Satu	103
G. Penutup	104
Referensi.....	106
BAB 9 Pendekatan Model <i>Recovery</i> Sebagai Alternatif Dalam Penyembuhan dan Pemulihan Gangguan Jiwa Kronis.....	109
A. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa.....	109
B. Kondisi Pelatihan Kesehatan Jiwa di Indonesia.....	110
C. <i>Recovery</i> : Tren Pelayanan Kesehatan Jiwa Global	111
D. Aplikasi Konsep <i>Recovery</i> di Indonesia: Pilot Project di wilayah Cimahi Selatan.....	115
E. Kesimpulan.....	117
Referensi.....	117
BAB 10 Kontribusi Penting Keperawatan Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan.....	119
A. Pendahuluan.....	119
B. Konstruksi Sosial Seksualitas Perempuan dan Isu Global Kesehatan Perempuan	120
C. Kontribusi Penting Keperawatan dalam Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan	124
D. Pentingnya Promosi Kesehatan untuk Perempuan.....	125
E. Aktivitas Promosi Kesehatan Seksual untuk Perempuan.....	125
F. Macam Kegiatan Promosi Kesehatan untuk Perempuan	126
G. Penutup	129
Referensi.....	129
BAB 11 Optimalisasi Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Berat Lahir Rendah Melalui Asuhan Perkembangan.....	133
A. Pendahuluan.....	133
B. Lingkungan Perawatan Bayi Baru Lahir	134
C. Beberapa Faktor yang Memengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi.....	134
D. Asuhan Perkembangan dan Manfaatnya.....	135
E. Perawatan Metode Kanguru.....	136
F. Penatalaksanaan Lingkungan Perawatan Bayi.....	138

G. Penutup	139
Referensi.....	140
BAB 12 Model Holistik Dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa	143
A. Pendahuluan.....	143
B. Model-Model dalam Mengkaji terkait Proses Terjadinya Gangguan Jiwa.....	146
C. Model Holistik dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa	149
D. Penerapan Model Holistik dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa.....	152
E. Penutup	153
Referensi.....	153
BAB 13 Peran Perawat Komunitas Dalam Meningkatkan Ketangguhan Keluarga dengan Lansia Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru.....	155
A. Pendahuluan.....	155
B. Keperawatan Keluarga	157
C. Lansia sebagai Populasi Rentan	159
D. Ketangguhan Keluarga	160
E. Peran Perawat dalam Meningkatkan Ketangguhan Keluarga.....	162
F. Keterpaduan (<i>cohesiveness</i>) dan Pola Komunikasi Terbuka	163
G. Pandangan Positif.....	163
H. Kecerdasan	164
I. Kolaborasi dalam Penyelesaian Masalah	164
J. Kesimpulan.....	165
Referensi.....	166
BAB 14 Integrative Holistic Pain Care (IHPC): Sebagai Solusi Penanganan Nyeri Pada Anak Di Indonesia	169
A. Pendahuluan.....	169
B. Isu Global Tentang Tidak Optimalnya Penanganan Nyeri pada Anak.....	170
C. Konsekuensi Tidak Optimalnya Penanganan Nyeri Bagi Anak.....	171
D. Pertimbangan Etik Terkait Nyeri dan Penanganannya Pada Anak.....	172
E. "Professional Role Tension" Sebagai Core Problem Perawat Dalam Pengkajian dan Penanganan Nyeri Pada Anak di Indonesia.....	173
F. Model <i>Pediatric Patient Care</i> yang Saat Ini Dipakai	177
G. Pentingnya <i>Integrative Holistic Pain Care</i> (IHPC) sebagai Solusi dalam Penanganan Nyeri pada Pasien Anak.....	178
H. Manajemen Nyeri Farmakologi	179
I. Manajemen Nyeri Non-Farmakologi.....	179
J. Penutup	183
Referensi.....	183
BAB 15 Integrasi Teori Orem dan Model Friedman Dalam Keperawatan Medikal Bedah: Optimalisasi Peningkatan Kemandirian Dalam Mencegah Resiko Luka Kaki Diabetes	187
A. Pendahuluan.....	187
B. Teori <i>Self Care</i> sebagai Konsep Model Keperawatan.....	188
C. Implementasi Model KUK pada Level Komunitas: Perawatan Kaki Diabetes..	192

D. Kesimpulan.....	194
Referensi.....	195
BAB 16 Model Pengembangan Teknologi dan Sistem Informasi Keperawatan Di Era Adaptasi Baru dan Era Society 5.0	197
A. Pendahuluan.....	197
B. Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Profesional (SIMPRO).....	198
C. <i>Continuing Professional Development (CPD) Online.....</i>	200
D. Penutup	202
Referensi.....	203
BAB 17 Optimalisasi Tenaga Keperawatan Dalam Mengakhiri Pandemik HIV Di Indonesia Sebagai Upaya Mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan	207
A. Pendahuluan.....	207
B. Strategi Penanggulangan HIV.....	208
C. <i>Nurse-Led HIV Intervention.....</i>	209
D. Kesimpulan.....	210
Referensi.....	211
BAB 18 Gangguan Muskuloskeletal Akibat Kerja, Dampak Terhadap Produktivitas Kerja dan Upaya Penanggulangannya	213
A. Pendahuluan.....	213
B. Kerugian Akibat PAK/WMSD	214
C. Determinan Gangguan Muskuloskeletal.....	215
D. Alat Ukur Survei WMSD yang Terpercaya	216
E. Diskrepansi data Kecelakaan kerja dan Penyakit Akibat Kerja di Indonesia....	216
F. Upaya Pengendalian yang Telah Dilakukan dan Hasil yang Dicapai	217
G. Kesimpulan.....	218
Referensi.....	219
BAB 19 Kepedulian Perawat Pada Akhir Hidup Manusia: Suatu Telaah Etik pada Kematian yang Telah Diperkirakan	225
A. Pendahuluan.....	225
B. Peran Profesi Dokter dan Perawat.....	227
C. Perawat Berperan Pemberi Asuhan Keperawatan	228
D. Perawat Berperan sebagai Pengelola.....	230
E. Perawat Berperan sebagai Pendidik	230
F. Paradigma Keperawatan	231
G. Penutup	233
Referensi.....	234
BAB 20 Perubahan Paradigma Peran Perawat Dalam Pemanfaatan Teknologi dan Edukasi Terstruktur Sebagai Upaya Meningkatkan Manajemen Mandiri Pasien Diabetes Mellitus	237
A. Pendahuluan.....	237
B. Upaya Peningkatan Kesehatan dalam Mengatasi Penyakit Kronis	238
C. Program Edukasi Kesehatan bagi Pasien Penyakit Kronis.....	239

D. Perkembangan dan Pemanfaatan Teknologi dalam Program Edukasi Kesehatan.....	242
E. Penutup	244
Referensi.....	245
BAB 21 Optimalisasi Peran Manajerial Keperawatan Dalam Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien Menuju Pelayanan Kesehatan Berkualitas	247
A. Pendahuluan.....	247
B. Manajer Keperawatan.....	249
C. Optimalisasi Peran Manajerial Keperawatan dalam Meningkatkan Budaya Keselatan Pasien.....	250
D. Penutup	255
Referensi.....	255
BAB 22 Perawatan Paliatif “TRISNA” Pada Pasien Kanker Serviks Dengan Pendekatan Nilai-Nilai Budaya Jawa.....	259
A. Pendahuluan.....	259
B. Perawatan Paliatif “TRISNA” Dalam Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Serviks	260
C. Perpaduan Antara Kebutuhan Manusia Menurut Hierarki Maslow Digabungkan dengan Budaya Jawa.....	264
D. Penutup	265
Referensi.....	266
BAB 23 Transformasi Pendidikan Keperawatan Era Society 5.0	267
A. Pendahuluan.....	267
B. Blended Learning	271
C. Pendekatan Pertama, <i>Contextual Teaching Learning</i>	272
D. Pendekatan Kedua, <i>Problem Base Learning</i>	272
E. Pendekatan Ketiga, <i>Project Based Learning</i>	273
F. Ketiga, Integrasi Sistem Pendidikan dan Pelayanan Keperawatan.....	274
G. Penutup	275
Referensi.....	276
BAB 24 Terapi Untuk Mempercepat Penyembuhan Luka Diabetes.....	279
A. Pendahuluan.....	279
B. Manajemen Luka Diabetes	280
C. Pemanfaatan Vibrasi	280
D. Penutup	284
Referensi.....	284
BAB 25 Rumah Sakit dan Keperawatan Masa Depan: Manajemen Mutu Layanan Terintegrasi	287
A. Manajemen Mutu Layanan Kesehatan di Indonesia.....	287
B. Strategi Pertumbuhan Profesional: Menyimbangkan Kehidupan Pribadi dan Profesional.....	288
C. Pelayanan Keperawatan dan Kesehatan Terintegrasi.....	290
D. Rumah Sakit dan Keperawatan Masa Depan	292

E. Arah Masa Depan	294
F. Penutup	295
Referensi.....	295
BAB 26 Desiminasi Perawatan Paliatif Kepada Masyarakat Sebagai Langkah Awal Perawatan Paliatif Berbasis Rumah.....	297
A. Pendahuluan.....	297
B. Perawatan Paliatif sebagai <i>Humanitarian Needs</i>	298
C. Implementasi Perawatan Paliatif di Indonesia.....	298
D. Perawatan Paliatif Berfokus pada Pasien dan Keluarga	299
E. Masalah dan Kebutuhan Pasien dalam Perawatan Paliatif	299
F. Peranan Keluarga dalam Perawatan Paliatif	300
G. Perawatan Paliatif Berbasis Rumah sebagai Tindak Lanjut Perawatan Paliatif di Rumah Sakit	301
H. Diseminasi Perawatan Paliatif pada Masyarakat.....	301
I. Penutup	303
Referensi.....	303
BAB 27 Tatakelola Keperawatan Profesional dan Peran Strategis Perawat Manajer Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.....	305
A. Pendahuluan.....	305
B. Konsep Tatakelola Keperawatan Profesional	307
C. Tipe Tatakelola Keperawatan	307
D. Dampak Tatakelola Keperawatan Profesional.....	310
E. Dampak pada Mutu Pelayanan	311
F. Dampak pada Keselamatan Pasien	312
G. Peran Strategis Perawat Manajer.....	313
H. Penguatan Tatakelola Keperawatan Profesional.....	314
I. Penutup	315
Referensi.....	316
BAB 28 Pencegahan Penyakit Tidak Menular Di Keluarga Berbasis Teori Keperawatan Madeleine Leininger.....	319
A. Pendahuluan.....	319
B. Teori Keperawatan Medeline Leininger.....	320
C. Penyakit Tidak Menular	322
D. Keterkaitan Teori Keperawatan dengan Penyakit Tidak Menular.....	323
E. Penutup	326
Referensi.....	327
BAB 29 Penggunaan mHEALTH Untuk Melakukan Deteksi Dini dan Meningkatkan Derajat Kesehatan Perempuan dan Bayi Baru Lahir	331
A. Pendahuluan.....	331
B. Pemanfaatan Teknologi.....	332
C. Penutup	335
Referensi.....	337

Daftar Tabel

Tabel 6.1	Tujuan Kegiatan dan Output Hari 1	68
Tabel 6.2	Tujuan Kegiatan dan Output Hari 1 Ke-2	69
Tabel 8.1	Target 5: Menurunnya Dua Per Tiga Angka Kematian Anak Di Bawah Lima Tahun pada 1980-2015.....	94
Tabel 8.2	Target 5: Menurunnya Dua Per Tiga Angka Kematian Anak Di Bawah Lima Tahun pada 1980-2015.....	94
Tabel 8.3	Target 5: Menurunnya Dua Per Tiga Angka Kematian Anak Di Bawah Lima Tahun pada 1980-2015.....	94
Tabel 16.1	Sikap Implementasi Keselamatan Pasien dan Kepuasan dalam Penggunaan CPD daring (online)	202
Tabel 20.1	Gambaran Umum Program Edukasi Terstruktur: X-PERT, DESMOND, dan DAFNE	241
Tabel 22.1	Model Hirarki Maslow dan Budaya "TRISNA"	264
Tabel 24.1	Terapi Luka Diabetes Berdasarkan Hasil Penelitian	283
Tabel 27.1	Efek Penerapan Model Tatakelola Keperawatan.....	311

Daftar Gambar

Gambar 2.1	Program Kesehatan berdasarkan Siklus Hidup.....	7
Gambar 2.2	Thematic Of Local Wisdom Pendalungan Ethnic For <i>Caring</i> Adolescent In Family	8
Gambar 2.3	Pengembangan Asuhan Keperawatan Keluarga Berbasis Kearifan Lokal.....	9
Gambar 2.4	Bagan Alir Kegiatan PTM.....	15
Gambar 2.5	Framework of factors related to farmers' agricultural health problems, using a risk-based approach.....	17
Gambar 2.6	Titik relaksasi otot progresif dalam mempertahankan tekanan darah petani.....	18
Gambar 2.7	Perilaku Plant Based-Diet Klien Hipertensi di Komunitas.....	19
Gambar 2.8	Community Health Nursing Activities for <i>Caring</i> of HIV/AIDS in Community.....	20
Gambar 2.9	Multilevel Intervention for <i>Caring</i> of HIV/AIDS in Community	21
Gambar 2.10	Model Home Health Care Management for <i>Caring</i> Family to Prevent of COVID-19.....	22
Gambar 2.11	Langkah Asuhan Keperawatan Keluarga dengan COVID-19.....	23
Gambar 3.1	Epidemiologi HIV Dunia di Tahun 2020, dengan Total Orang dengan HIV.....	32
Gambar 3.2	Epidemiologi Total HIV Di Dunia Setiap 12 Menitnya	32
Gambar 3.3	Prediksi Skor Rata-Rata Stigma terhadap ODHIV dari Mahasiswa Kedokteran, Keperawatan, & Kebidanan dari 3 lokasi.....	33
Gambar 3.5	Penggunaan Narkotika dan Zat Adiktif di dalam unit Lembaga.....	33
Gambar 3.4	Adaptasi Teori Keperawatan Caring dari Swanson	34
Gambar 3.6	ATHENA: Pengkajian Permasalahan, Pengobatan & Pendampingan	36
Gambar 3.7	Self-Reported Antiretroviral Therapy (ART) Adherence	37
Gambar 4.1	The Structure of <i>Caring</i>	43
Gambar 8.1	Peran Perawat dan Perawat Spesialis Maternitas	100
Gambar 10.1	Penggunaan Kaos Kaki.....	193
Gambar 10.2	Memeriksa Alas Kaki	193
Gambar 12.1	Tanda dan Gejala pada seseorang dengan Gangguan Jiwa.....	144
Gambar 12.2	Grafik Angka Terjadinya Gangguan Jiwa	145
Gambar 12.3	Perkiraan Economic Potential Loss akibat Gangguan Jiwa di Jawa Timur Tahun 2019.....	145
Gambar 12.4	Macam-Macam Model yang dapat Dipelajari dalam Proses Terjadinya Gangguan Jiwa.....	146

Gambar 12.5	Komponen Variabel Model Holistik dan Uji Outliner Model Holistik dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa	150
Gambar 13.1	Proses Kunci dalam Ketangguhan Keluarga	161
Gambar 14.1	Ilustrasi "Professional Role Tensions"	176
Gambar 14.2	Model Integrative Holistic Pain Care (IHPC)	178
Gambar 14.3	The Three-Step Analgesic Ladder.....	179
Gambar 15.1	Kerangka Konsep untuk Praktik Keperawatan Self Care	188
Gambar 15.2	Model Keluarga Untuk Keluarga (KUK).....	190
Gambar 15.3	Bagan Penerapan Model KUK Mempengaruhi Peningkatan Kemandirian Keluarga Merawat Anggota Keluarga yang Menderita TB melalui Faktor yang Berperan didalamnya.....	191
Gambar 15.4	Pemeriksaan Kaki	192
Gambar 15.5	Membersihkan Kaki.....	192
Gambar 15.6	Cara Memotong Kuku Kaki.....	193
Gambar 16.1	Efisiensi Waktu Dokumentasi setelah Menggunakan SIMPRO.....	199
Gambar 17.1	Model Perawatan Holistik Komprehensif Berkelanjutan (PHKB-HIV) bagi Orang dengan HIV.....	210
Gambar 21.1	Tingkatan Manajer Keperawatan.....	249
Gambar 22.1	Palliative Care's Place in the Course of Illness	260
Gambar 23.1	Pengembangan Model Sistem Mutu Malcolm Baldrige Untuk Pelayanan Kesehatan	270
Gambar 24.1	Manset Vibrator untuk Perawatan Luka	281
Gambar 24.2	Gambar Penyembuhan Luka Diabetes.....	281
Gambar 24.3	Gambaran Penyembuhan Luka Pada Pasien yang Dirawat dengan Salep Zinc Oxide	282
Gambar 24.4	Gambaran Penyembuhan Luka Pada Pasien yang Dirawat dengan <i>Zink Oxide</i>	282
Gambar 24.5	Gambaran Penyembuhan Luka Pada Pasien Luka Dekubitus yang Dirawat dengan Salep Zinc Oxide.....	283
Gambar 27.1	Kerangka Konseptual Tatakelola Keperawatan Profesional.....	309
Gambar 27.2	Model Implementasi Tatakelolah Keperawatan Profesional di Rumah Sakit Universitas.....	310
Gambar 28.1	Leininger's Sunrise Model.....	321
Gambar 29.1	Antarmuka Aplikasi Denia Halaman Utama dan Halaman yang Terlihat Ketika Sudah Login.....	333
Gambar 29.2	Antarmuka Aplikasi Mobile Denia-IS Halaman Utama (A) dan Halaman yang Terlihat Ketika Sudah Login (B).....	334
Gambar 29.3	Aplikasi MASI yang Dikembangkan Dalam Penelitian	334
Gambar 29.4	Antarmuka Aplikasi DIANING Halaman Utama	335

BAB 1

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Dunia keperawatan di Indonesia telah berkembang sejak keberadaan awalnya pada abad ke 17 pada masa penjajahan Belanda dan pada abad ke 18 terdapat rumah sakit di Jakarta atau Batavia pada era saat itu yang dinamakan rumah sakit Binen Hospital. Salah satu tenaga kesehatan dengan memiliki peran sebagai perawat dari penduduk pribumi pada saat itu disebut sebagai Velpeger, hingga pada masa berakhirnya penjajahan Jepang yakni tahun 1945. Perawat di Indonesia pada saat ini telah banyak mengalami perkembangan daripada tahun-tahun sebelumnya. Berbagai inovasi baik bagi perawat yang memberikan pelayanan asuhan keperawatannya secara klinis baik di rumah sakit maupun di lingkup komunitas serta seluruh bidang pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia.

Era baru dunia keperawatan di Indonesia tidak lepas dari inovasi dan perkembangan teknologi di bidang keperawatan yang berasal dari berbagai riset yang dilakukan oleh para peneliti di beberapa universitas yang ada di Indonesia. Para peneliti tersebut juga merupakan seorang perawat yang berperan sebagai researcher dalam mengembangkan ilmu keperawatan di Indonesia. Ilmu keperawatan terdiri dari beberapa bidang fokus kajian permasalahan keperawatan yang diantaranya ilmu keperawatan komunitas, ilmu keperawatan keluarga, ilmu keperawatan jiwa, ilmu keperawatan medikal-bedah, ilmu keperawatan dasar dan manajemen keperawatan, ilmu keperawatan anak, dan ilmu keperawatan maternitas. Ilmu-ilmu yang dikembangkan terus menerus tidak lepas dari peran guru besar di bidang keperawatan yang ada di Indonesia dalam melakukan tugas utamanya yakni sebagai peneliti dalam melaksanakan dan mengembangkan penelitian dan mengkaji instansi pemerintah sesuai dengan Undang-Undang No. 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen.

Guru besar keperawatan di Indonesia juga memiliki peran dalam mengenalkan serta menyebarkan secara luas akan gagasan teori, model dan inovasi dari setiap subjek peminatan ilmu keperawatan dari masing-masing guru besar serta mencari penerus untuk keberlanjutan gagasan teori, model dan inovasi yang telah diciptakan. Teori, model, dan inovasi keperawatan dikembangkan melalui suatu proses riset keperawatan dalam memecahkan permasalahan keperawatan. Riset keperawatan merupakan suatu metode ilmiah yang dilakukan secara sistematis melalui langkah-langkah yang direncanakan

sedemikian rupa terhadap pemecahan permasalahan dengan pendekatan teori dan model keperawatan. Riset keperawatan tersebut diharapkan akan melahirkan suatu invensi ataupun inovasi keperawatan untuk dapat diaplikasikan dalam Pendidikan keperawatan ataupun penelitian lanjutan keperawatan berikutnya. Hasil penelitian keperawatan diharapkan dapat dilaksanakan untuk dapat berkontribusi pada pelayanan keperawatan melalui asuhan keperawatan kepada klien, baik dalam setting klinik ataupun komunitas dengan pendekatan proses keperawatan, yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, Tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Kelima tahapan proses asuhan keperawatan tersebut diharapkan atas dilandasi dari hasil penelitian keperawatan sehingga asuhan keperawatan tersebut adalah berbasis bukti atau *evidence based nursing practices*.

B. Teori, Model, dan Inovasi Keperawatan

Riset keperawatan yang dilakukan dalam pengembangan teori, model, ataupun inovasi keperawatan didasarkan dari pengembangan teori ataupun model keperawatan sebelumnya. Teori dikembangkan dari suatu konsep yang pada dasarnya konsep tersebut adalah visualisasi pemikiran yang melibatkan gambar. Konsep adalah kata-kata yang menggambarkan objek, properti, atau peristiwa dan merupakan komponen dasar teori. Konsep secara umum terdiri dari tiga jenis, yaitu konsep empiris, konsep inferensial, dan konsep abstrak.

Selanjutnya dari sekumpulan konsep-konsep yang ada akan dirumuskan dan dikembangkan untuk menjadi model. Model adalah representasi dari interaksi antara dan antara konsep yang menunjukkan pola. Istilah "model" dan "teori" sering salah digunakan secara bergantian yang mengakibatkan semakin membingungkan masalah. Dalam keperawatan, model sering dirancang oleh penulis teori untuk menggambarkan keyakinan dalam teori mereka. Para penulis teori memberikan gambaran umum tentang pemikiran di balik teori dan dapat menunjukkan bagaimana teori dapat diperkenalkan ke dalam praktik, misalnya, melalui metode penilaian tertentu.

Model berguna karena memungkinkan konsep dalam teori keperawatan berhasil diterapkan pada praktik keperawatan. Keterbatasan utama model adalah bahwa model hanya seakurat atau berguna seperti teori yang mendasarinya. Selanjutnya, model juga dikembangkan dari suatu proposisi. Proposisi adalah pernyataan yang menjelaskan hubungan antara konsep yang secara umum akan membentuk suatu proses. Proses adalah serangkaian tindakan, perubahan atau fungsi yang dimaksudkan untuk membawa hasil yang diinginkan. Selama proses seseorang mengambil langkah sistemik dan berkelanjutan untuk memenuhi tujuan dan menggunakan penilaian dan umpan balik untuk mengarahkan tindakan ke tujuan. Lebih lanjut, kemudian akan membentuk suatu kerangka konseptual. Kerangka konseptual akan mengarahkan bagaimana tindakan ini dilakukan. Penyampaian asuhan keperawatan dalam proses keperawatan diarahkan oleh cara kerangka konseptual dan teori tertentu dengan mendefinisikan orang (pasien), lingkungan, Kesehatan, dan keperawatan.

Teori keperawatan bertujuan untuk menggambarkan, memprediksi dan menjelaskan fenomena keperawatan. Teori keperawatan harus memberikan dasar-dasar praktik keperawatan, membantu menghasilkan pengetahuan lebih lanjut dan menunjukkan ke arah mana keperawatan harus berkembang di masa depan. Teori penting karena membantu kita memutuskan apa yang kita ketahui dan apa yang perlu kita ketahui. Lebih lanjut, teori membantu untuk membedakan apa yang harus membentuk dasar praktik dengan secara eksplisit dalam menggambarkan keperawatan.

Manfaat memiliki badan teori keperawatan yang jelas dalam keperawatan, maka akan berdampak pada perawatan pasien yang lebih baik, peningkatan status profesional untuk perawat, peningkatan komunikasi antara perawat, dan bimbingan serta pengembangan untuk penelitian dan Pendidikan. Oleh karena itu, teori keperawatan sangat penting untuk menganalisis dan menjelaskan apa yang dilakukan perawat. Saat dunia kedokteran mencoba untuk bergerak ke arah mengadopsi pendekatan yang lebih multidisiplin untuk perawatan kesehatan, maka keperawatan terus berusaha untuk membangun tubuh pengetahuan yang unik bagi pengembangan ilmu dan profesi keperawatan, sehingga teori juga dapat dilihat sebagai upaya oleh profesi keperawatan untuk mempertahankan batas-batas profesionalnya.

C. Proses Pengembangan Teori dan Model Keperawatan

Teori keperawatan disusun dan dikembangkan berdasarkan suatu karakteristik teori secara umum sehingga menjadi suatu teori dalam keperawatan. Teori dikembangkan dari konsep yang saling terkait sedemikian rupa untuk menciptakan cara pandang yang berbeda pada fenomena tertentu, bersifat logis, dan dapat digeneralisasi sebagai dasar untuk hipotesis yang dapat diuji. Teori meningkatkan pengetahuan umum dalam disiplin ilmu melalui penelitian yang dilaksanakan untuk memvalidasinya dan digunakan oleh para praktisi untuk membimbing dan meningkatkan praktik mereka. Lebih lanjut, teori biasanya konsisten dengan teori, hukum, dan prinsip lain yang divalidasi tetapi akan meninggalkan pertanyaan terbuka yang belum terjawab yang perlu diselidiki.

Teori keperawatan seringkali didasarkan pada & dipengaruhi oleh proses dan teori yang berlaku luas. Teori-teori yang menjadi dasar bagi banyak konsep keperawatan, yaitu teori system, teori adaptasi, dan teori perkembangan. Teori sistem menjelaskan bagaimana memecahkan seluruh hal menjadi beberapa bagian dan kemudian untuk mempelajari bagaimana bagian-bagian tersebut bekerja sama dalam "system". Konsep-konsep dalam system dapat diterapkan pada berbagai jenis sistem, misalnya molekul dalam kimia, budaya dalam sosiologi, dan organ dalam anatomi dan kesehatan dalam keperawatan.

Teori adaptasi mendefinisikan adaptasi sebagai penyesuaian materi hidup dengan makhluk hidup lainnya dan dengan kondisi lingkungan. Adaptasi adalah proses yang terus terjadi yang mempengaruhi perubahan dan melibatkan interaksi serta respons. Adaptasi manusia terjadi pada tiga tingkatan, yaitu internal (diri), sosial (orang lain), dan fisik (reaksi biokimia). Lebih lanjut, teori perkembangan menguraikan proses pertumbuhan dan perkembangan manusia sebagai teratur dan dapat diprediksi, dimulai dengan konsepsi dan

berakhir dengan kematian. Teori perkembangan merupakan kemajuan dan perilaku individu dalam setiap tahap adalah unik. Pertumbuhan dan perkembangan individu dipengaruhi oleh faktor keturunan, temperamen, emosional, dan lingkungan fisik, pengalaman hidup dan status kesehatan.

Dalam teori keperawatan terdapat empat konsep umum yang mempengaruhi dan menentukan praktik keperawatan, yaitu manusia (pasien), lingkungan, Kesehatan, dan keperawatan (tujuan, peran, fungsi). Masing-masing konsep tersebut biasanya didefinisikan dan dijelaskan oleh ahli teori keperawatan, serta seringkali bersifat unik, meskipun konsep-konsep tersebut umum untuk semua teori keperawatan. Dari keempat konsep tersebut, yang paling penting adalah konsep manusia. Fokus keperawatan, terlepas dari definisi atau teori, maka manusia menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dalam pengembangan teori dan model keperawatan.

Referensi

- Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.
- Susanto, T. (2020). Buku ajar praktikum keperawatan komunitas. EGC Medbooks. Retrieved from <https://egcmedbooks.com/buku/detail/2458/buku-ajar-praktikum-keperawatan-komunitas>
- Susanto, T. (2021). Buku ajar keperawatan keluarga: Aplikasi teori pada praktik asuhan keperawatan keluarga (Edisi dua). Trans Info Media. Retrieved from <https://www.transinfimedia.com/produk/buku-ajar-keperawatan-keluarga-aplikasi-teori-pada-praktik-asuhan-keperawatan-keluarga-edisi-dua/>
- Susanto, T. (2022). Agronursing: Aplikasi keperawatan komunitas dan keluarga dalam konteks agronursing. Trans Info Media. Retrieved from <https://www.transinfimedia.com/produk/1598/>
- Susanto, T. (2022). Perawatan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi balita (Aplikasi keperawatan keluarga dalam konteks agronursing). Trans Info Media. Retrieved from <https://www.transinfimedia.com/produk/perawat-keluarga-dalam-pemenuhan-kebutuhan-nutrisi-balita-aplikasi-keperawatan-keluarga-dalam-konteks-agronursing/>

BAB 2

Peran Perawat Komunitas Dalam Meningkatkan Kemandirian dan Kesehatan Keluarga Menuju Indonesia Emas 2045

Tantut Susanto

A. Pendahuluan

Bangsa Indonesia memiliki cita-cita luhur sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 untuk menjadikan Indonesia menjadi negara yang maju dan sejahtera. Sebagai negara yang maju dan sejahtera, Indonesia harus memiliki Sumber Daya Manusia (SDM) yang baik dan ditunjang oleh kualitas infrastruktur yang memadai. Kedua hal tersebut harus dimiliki oleh Bangsa Indonesia untuk mewujudkan Visi Indonesia Emas 2045. Tahun 2045 merupakan momentum bersejarah, karena Negara Indonesia akan genap berusia 100 tahun atau satu abad.

Presiden Joko Widodo mengusung agenda pembangunan nasional untuk mewujudkan cita-cita luhur bangsa dengan gagasan ‘Nawa Cita’. Nawa Cita sendiri terdiri dari sembilan prioritas pembangunan yang diterjemahkan kedalam dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Lebih lanjut program Nawa Cita selaras dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals / SDGs*) yang disepakati oleh pemimpin dunia sebagai agenda pembangunan global yang baru untuk periode 2016-2030 yang terdiri dari 17 target SDGs sebagai tonggak baru komitmen masyarakat internasional pada agenda pembangunan global untuk meneruskan pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs).

Pada akhirnya, Indonesia mengimplementasikan SDGs kedalam rencana pembangunan nasional karena SDGs dan Nawacita tertuang dalam RPJMN yang memiliki tujuan relevan dan terintegrasi ke dalam rencana pembangunan nasional. Hal ini merupakan bentuk komitmen Indonesia dalam merealisasikan agenda SDGs di Indonesia sehingga pelaksanaan SDGs dapat terlaksana dengan baik di tingkat nasional dan daerah. Tujuan SDGs adalah untuk menghapus kemiskinan, mengakhiri kelaparan, mencapai kesehatan yang baik dan kesejahteraan, mencapai pendidikan bermutu dan sebagainya perlu untuk dicapai untuk menjadikan Indonesia bisa menjadi lebih baik.

Salah satu prioritas Nawa Cita adalah meningkatkan kualitas hidup masyarakat Indonesia. Kualitas hidup masyarakat Indonesia tidak hanya berkaitan dengan masalah kebutuhan ekonomi dan pembangunan struktur saja. Kualitas hidup masyarakat juga ditentukan oleh faktor kesehatan masyarakat Indonesia sendiri. Pemerintah dalam Nawa Cita mengupayakan masyarakat Indonesia dapat mencapai kualitas hidup yang maksimal dengan layanan kesehatan yang memadai. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengupayakan pembangunan kesehatan untuk mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia secara utuh melalui paradigma Indonesia Sehat dengan mengacu pada 3 (tiga) pilar, yaitu mengedepankan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan pemenuhan Universal Health Coverage melalui Jaminan Kesehatan Nasional. Pelaksanaan tiga pilar Program Indonesia Sehat tersebut mempunyai target sasaran seluruh usia mengikuti siklus kehidupan sehingga integrasi pelaksanaan pelayanan kesehatan dapat dilakukan lebih efektif jika melalui pendekatan keluarga.

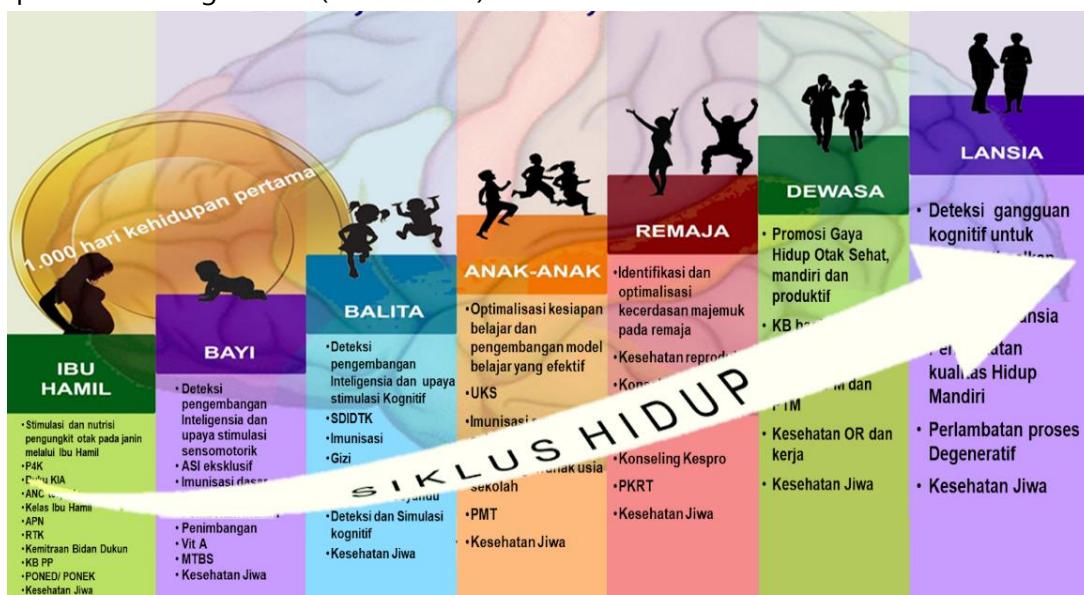
Secara kongkrit Kemenkes merancang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Program ini sebagai wujud agenda kelima dari Nawa Cita Presiden Republik Indonesia untuk mewujudkan kualitas hidup yang manusia yang baik, karena keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat memiliki peranan yang sangat besar untuk mewujudkannya. Saat ini Indonesia mengalami masalah tumbuh kembang keluarga, baik yang berisiko maupun rentan terhadap masalah kesehatan (Kholifah et al., 2017; Susanto, Yunanto, et al., 2019). Hal ini disebabkan belum optimalnya praktik pelayanan asuhan keperawatan komunitas melalui asuhan Keperawatan keluarga dengan kunjungan rumah di Puskesmas (Susanto, Bachtiar, et al., 2019). Oleh karena itu, diperlukan upaya yang komprehensif untuk mengimplementasikan asuhan Keperawatan komunitas dalam pencapaian PIS-PK.

Keluarga sebagai kumpulan individu yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional yang tiap individunya mempunyai peran masing-masing. Keluarga juga dipandang sebagai suatu sistem, karena keluarga terdiri dari beberapa elemen dimana setiap elemen akan saling mempengaruhi satu sama lainnya yang diperkuat dengan garis pertahanan keluarga terhadap stresor dari luar sistem keluarga yang perlu dikuatkan dalam menjaga keutuhan dan status kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga dalam berperilaku hidup bersih dan sehat diharapkan menjadi nilai dan norma dalam tatanan kehidupan berkeluarga sehingga keluarga menjadi lebih mandiri dalam menangani permasalahan kesehatannya. Kemandirian keluarga merupakan suatu kapasitas keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan melalui tugas kesehatan keluarga dengan memperkuat struktur keluarga dan mengoptimalkan fungsi keluarga dalam menangani permasalahan kesehatan keluarga. Oleh karena itu, Keperawatan komunitas dengan pendekatan asuhan Keperawatan keluarga sangat penting peranannya dalam pencapaian PIS-PK untuk mewujudkan kualitas sumber daya manusia Indonesia yang baik sesuai dengan Nawa Cita dan agenda SDGs.

B. Keluarga dan Keperawatan Keluarga

Keluarga merupakan salah satu elemen terkecil masyarakat. Keberadaan keluarga di masyarakat akan menentukan perkembangan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 1996). Keluarga menjadi tempat sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu, sehingga keluarga menjadi salah satu aspek terpenting dari keperawatan. Keluarga bersama dengan individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan (Friedman et al., 2003). Keluarga secara empiris, disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga mempunyai hubungan yang erat (Isnaini et al., 2020). Keberadaan keluarga yang dinamis di lingkungan komunitas tersebut memerlukan pengawasan dan fasilitasi yang baik dari aspek kesehatan. Ketidaktahanan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan keluarga dalam memfasilitasi tugas perkembangan dan melaksanakan tugas kesehatan keluarga akan mengakibatkan keluarga mengalami keadaan maladaptif dalam mencapai kemandirian keluarga (Isnaini et al., 2020). Hal ini memerlukan suatu fasilitas dari perawat keluarga dalam mengoptimalkan keluarga dalam mencapai tugas perkembangan dan kemandirian keluarga.

Tumbuh kembang keluarga merupakan suatu siklus kehidupan yang melekat di lingkup komunitas. Perkembangan keluarga merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga meliputi pola interaksi dan hubungan antar anggotanya di sepanjang waktu. Perkembangan ini terbagi menjadi beberapa tahap yang membutuhkan kurun waktu tertentu. Menurut Rogers (Friedman et al., 2003) meskipun keluarga melalui tahapan perkembangan secara unik namun seluruh keluarga mengikuti pola yang sama. Perkembangan keluarga terbagi menjadi 8 tahap yang harus dilalui. Setiap tahapnya keluarga memiliki tugas perkembangan keluarga yang harus terpenuhi agar tahap tersebut dapat dilalui dengan baik (Gambar 2.1).

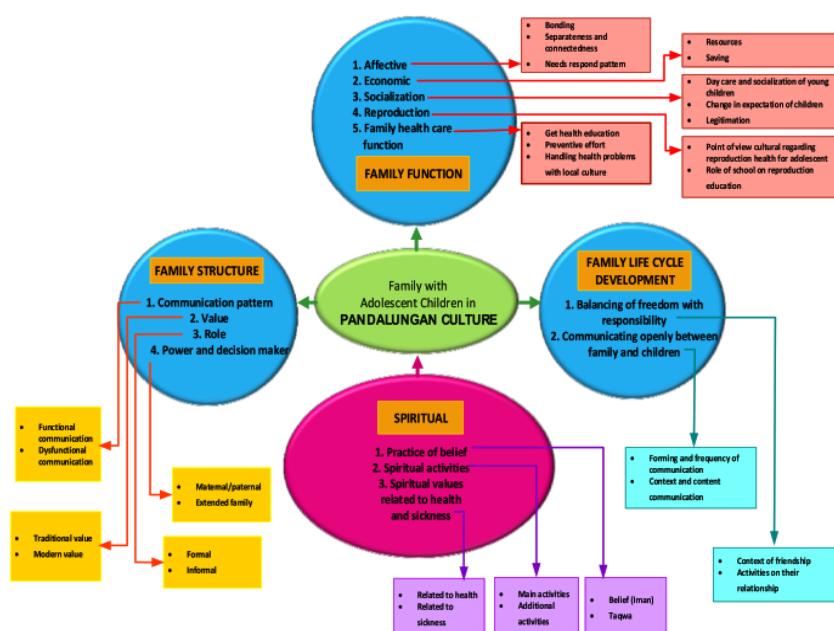


Gambar 2.1
Program Kesehatan berdasarkan Siklus Hidup
(Kemenkes RI, 2016)

Peran pencarian pelayanan kesehatan dan peran sehat sakit keluarga sangat dipengaruhi oleh sosial budaya masyarakat (Rasni et al., 2014). Keluarga dalam memberikan pengasuhan mengalami keterbatasan dalam menjalani sistem kesehatan didalam keluarga karena ketidaktahuan dan ketidakmampuan dalam menyelaraskan tata nilai keluarga dengan perkembangan teknologi kesehatan (Susanto, 2010). Disamping itu, budaya di masyarakat dan tata nilai kearifan lokal berpengaruh pada keputusan keluarga dalam meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidup keluarga (Susanto & Sulistyorini, 2018).

Keluarga dianggap sebagai sistem sosial yang terbuka yang berfokus pada struktur keluarga, fungsi (kegiatan dan tujuan), dan hubungan dengan sistem sosial lainnya. Pendekatan ini memungkinkan perawat keluarga untuk menilai sistem keluarga secara keseluruhan, sebagai sub unit masyarakat, dan sistem interaksional. Struktur keluarga berfungsi melalui proses keluarga yang merupakan interaksi langsung antara anggota keluarga di mana mereka menyelesaikan tugas-tugas instrumental dan ekspresif keluarga untuk mencapai tugas keluarga dari pengembangan siklus hidup.

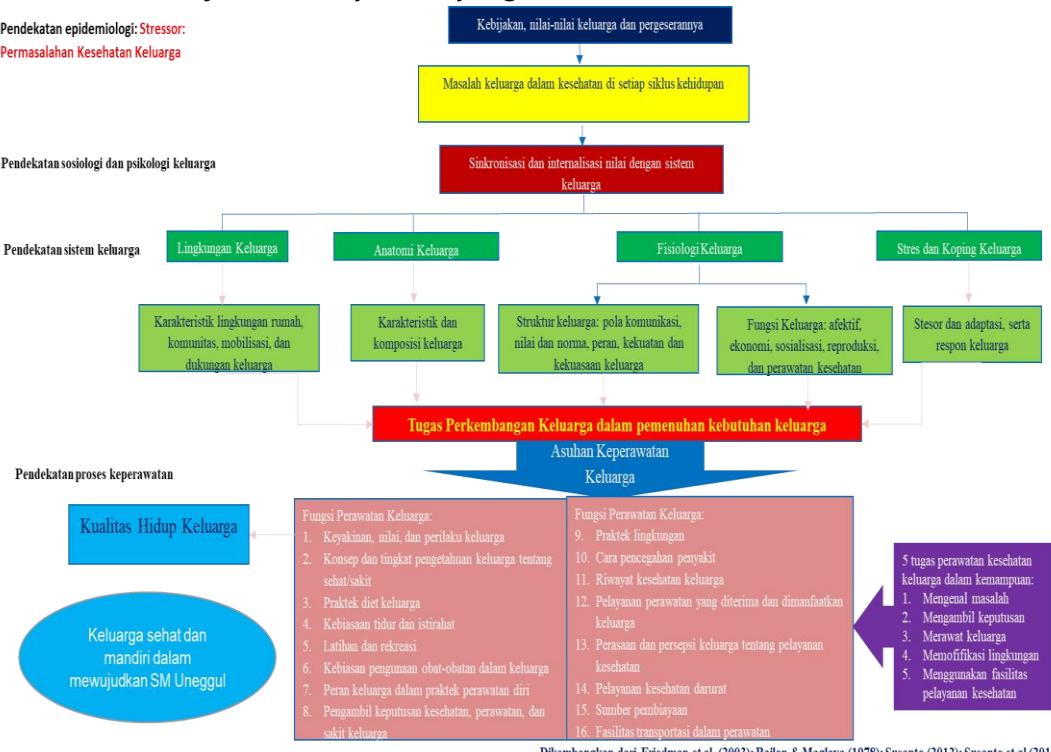
Globalisasi dengan nilai modernisasi telah merubah tatanan perilaku dan nilai suatu bangsa, mengerus dan mematikan nilai-nilai kearifan lokal suatu daerah (*locally wisdom*) (Budiwibowo, 2016). Keluarga sebagai pranata sosial pertama berperan dalam menanamkan nilai kearifan pada pengasuhan anak (Susanto et al., 2016). Keperawatan keluarga sebagai bentuk layanan primer keluarga di komunitas dapat memberikan metode asuhan dalam memfasilitasi perkembangan keluarga yang sehat (Susanto, 2012) melalui penanaman dan pelestarian nilai kearifan lokal dalam pranata keluarga. Oleh karena itu, diperlukan suatu invensi metode baru dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga dalam mencapai keluarga yang sehat, mandiri, dan produktif dalam mencapai siklus perkembangannya sesuai karakter bangsa (Gambar 2.2).



Gambar 2.2
Thematic Of Local Wisdom
Pendalungan Ethnic For Caring Adolescent In Family
(Sumber: Susanto et al., 2020)

Asuhan keluarga berbasis kearifan lokal merupakan invensi metode baru dalam upaya pengembangan asuhan keperawatan keluarga untuk meningkatkan maturitas siklus perkembangan keluarga. Sistem ini mengintegrasikan empat pendekatan metode, yaitu metode sistem dari Friedman Family Assesment Model (FFAM) (Friedman et al., 2003), metode asuhan keperawatan keluarga dari Kemenkes RI (Kemenkes RI, 2006) metode nilai-nilai keluarga dan fungsi keluarga (Kemenkes RI, 2006), dan metode terapi keluarga (McDowell, 2015). Integrasi tata nilai kearifan lokal dalam pranata keluarga akan memfasilitasi pemberian layanan primer keperawatan keluarga yang lebih peka budaya, menyeluruh dan berkelanjutan.

Keluarga sebagai fokus keperawatan keluarga dapat dipertimbangkan oleh beberapa hal salah satunya ialah Keluarga akan mengutamakan perhatian pada fungsi keluarga yaitu melakukan perlindungan, pemenuhan nutrisi, dan sosialisasi anggota keluarga (Friedman et al., 2003). Fungsi keluarga merupakan dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya (Susanto, 2021). Struktur dan fungsi keluarga merupakan hubungan yang dekat dan adanya interaksi yang terus menerus antar satu dengan yang lainnya (Wright & Leahey, 2000). Struktur didalam keluarga yang sangat kaku dan fleksibel akan dapat meneruskan fungsi didalam keluarga (Friedman et al., 2003). Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio-psiko-sosial-spiritual. Jadi bila keluarga sebagai titik sentral pelayanan keperawatan (Gambar 2.3). Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota keluarga yang sehat dalam mewujudkan masyarakat yang sehat (Susanto, 2021).



Gambar 2.3
Pengembangan Asuhan Keperawatan Keluarga Berbasis Kearifan Lokal
(Sumber: Susanto, Hani, et al., 2019)

Perawatan kesehatan keluarga merupakan salah satu fungsi esensial yang dimiliki oleh suatu keluarga. Dalam perawatan tersebut mengandung pemahaman bahwa keluarga sebagai suatu unit perawatan yang merupakan satu kesatuan yang dirawat untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya. Keluarga dalam menjalankan fungsi perawatan kesehatan yang komprehensif dapat digambarkan sebagai suatu proses yang kompleks, sehingga membutuhkan strategi khusus dalam melakukan berbagai proses pemecahan masalah yang sistematis yang digunakan ketika merawat anggota keluarga secara utuh. Anggota keluarga selalu menjadi penyedia layanan kesehatan utama bagi anggota keluarganya yang seringkali mencari bantuan kesehatan ke layanan kesehatan primer. Dengan demikian, keluarga tetap menjadi pendamping utama dan pemberi informasi utama kepada anggota keluarga yang sedang mengalami gangguan kesehatan. Anggota keluarga cenderung menjadi penyedia layanan kesehatan dan pendukung utama dari seorang individu yang mengalami gangguan kesehatan. Keluarga berpengaruh besar terhadap upaya pencegahan, perawatan ketika sakit, proses pemulihan pasca sakit, dan rehabilitasi. Oleh karena itu, berjalannya fungsi perawatan kesehatan keluarga sangatlah penting bagi seorang individu ketika mengalami sakit (Kaakinen et al., 2014)

Fungsi perawatan kesehatan keluarga yang optimal akan dapat mencapai terlaksananya tugas Kesehatan keluarga. Keluarga sebagai sistem diharapkan mampu melakukan tugas Kesehatan keluarga dalam menciptakan keluarga yang sehat. Tugas kesehatan keluarga tersebut antara lain: (a) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya; (b) Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat; (c) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit; (d) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya dan; (e) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

C. Kemandirian dan Kesehatan Keluarga

Kemandirian keluarga dalam istilah sosial merupakan sikap mental sebagai upaya untuk meningkatkan kepedulian masyarakat dalam pembangunan, mendewasakan usia perkawinan, membina meningkatkan ketahanan keluarga, mengatur kelahiran, dan mengembangkan kualitas dan kesejahteraan keluarga berdasarkan kesadaran dan tanggungjawab (UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera). Hal ini menunjukkan bahwa keluarga juga merupakan suatu sistem. Keluarga merupakan sistem terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh supra sistemnya, yaitu lingkungannya (masyarakat), dan sebaliknya sebagai sub sistem dari lingkungan (masyarakat) keluarga dapat mempengaruhi masyarakat (suprasistem). Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio-psiko-sosial-spiritual. Jadi bila keluarga sebagai titik sentral pelayanan keperawatan, maka keluarga yang sehat akan mewujudkan generasi Emas 2045.

Pelayanan keperawatan kesehatan keluarga sebagai pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif pada individu dan keluarga diarahkan untuk meningkatkan kemandirian individu/ keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan, pemulihan kesehatan atau meminimalkan dampak penyakit. Pelayanan keperawatan kesehatan keluarga difokuskan pada individu yang memerlukan bantuan keperawatan pasca rawat inap maupun rawat jalan dari sarana kesehatan (RS, Puskesmas, sarana kesehatan lain), individu yang berisiko, atau individu yang dikirim oleh keluarga/ kelompok/ masyarakat.

Tujuan keperawatan keluarga secara umum adalah untuk meningkatkan kemandirian dalam bidang penanganan masalah kesehatan. Sedangkan pelayanan keperawatan keluarga dapat dilakukan di berbagai tatanan baik di rumah sakit maupun di rumah tempat tinggal keluarga. Sementara itu pelayanan keperawatan kesehatan di rumah dapat dilakukan sebagai tindak lanjut pelayanan keperawatan pasca perawatan di rumah sakit maupun sebagai tindak lanjut pelayanan kesehatan di sarana pelayanan puskesmas sebagai wujud dari tanggung jawab puskesmas terhadap masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas melalui azas wilayah ini berarti puskesmas harus bertanggung jawab dalam penanganan masalah kesehatan masyarakat yang ada di wilayah kerjanya baik itu wilayah kota maupun desa/ kelurahan. Seperti telah kita ketahui bahwa dalam melaksanakan pelayanan keperawatan keluarga kita dapat memperlakukan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat, oleh karena itu jika kita dapat mewujudkan setiap keluarga mampu mandiri dalam bidang kesehatan berarti akan dicapai juga kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan. Sehingga lebih lanjut akan dapat mewujudkan capaian paradigma Indonesia Sehat untuk menopang agenda Nawa Cita dan SDGs.

Perawat keluarga dapat memodifikasi lingkungan keluarga, memfasilitasi pencapaian tugas perkembangan keluarga, mempertahankan struktur dan fungsi keluarga, serta menadaptasikan keluarga terhadap stresor masalah di keluarga sehingga keluarga dapat mengatasi permasalahan kesehatan secara mandiri. Fungsi perawat membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga (Susanto, 2021). Peran Perawat keluarga penting untuk pemenuhan kebutuhan keluarga baik sehat maupun sakit untuk memfasilitasi penguatan keluarga dalam mempertahankan keutuhan sistem keluarga. Pemberian asuhan keperawatan keluarga yang komprehensif diperlukan untuk menjamin semua kebutuhan keluarga terpenuhi dalam segala aspek, namun harus tetap spesifik memperhatikan kebutuhan keluarga yang unik. Keperawatan keluarga dapat memfasilitasi keluarga dalam memperkuat garis pertahanan keluarga sebagai sistem (Susanto, 2021).

D. Peran Perawat dalam Meningkatkan Kemandirian dan Kesehatan Keluarga

Keluarga merupakan salah satu elemen terkecil dari masyarakat. Ketidak-tahanan, ketidakmampuan, dan ketidakmampuan keluarga dalam memfasilitasi tugas perkembangan dan melaksanakan tugas kesehatan keluarga akan mengakibatkan keluarga mengalami keadaan maladaptif dalam mencapai kemandirian keluarga (Baylon & Maglaya, 1997). Selanjutnya, hal ini memerlukan suatu fasilitas dari perawat keluarga dalam mengoptimalkan keluarga dalam mencapai tugas perkembangan dan kemandirian keluarga.

Peran perawat keluarga dalam meningkatkan tingkat kesehatan juga akan membantu pemerintah dalam pencapaian target SDGs. Perawat keluarga dapat memodifikasi lingkungan keluarga, memfasilitasi pencapaian tugas perkembangan keluarga, mempertahankan struktur dan fungsi keluarga, serta mengadaptasikan keluarga terhadap stresor masalah di keluarga sehingga keluarga dapat mengatasi permasalahan kesehatan secara mandiri. Salah satu contoh peranan perawat keluarga yaitu memberikan dukungan pada keluarga hingga mengedukasi. Sehingga harapannya permasalahan kesehatan keluarga yang kompleks akan teratasi.

Permasalahan gizi secara umum terjadi pada rentang usia 0-3 tahun (Arisman, 2010; UNICEF, 2012), sementara itu pada usia ini merupakan masa kritis dimana terjadi akselerasi tumbuh-kembang yang pesat (Arum dkk., 2016). Prevalensi permasalahan gizi balita di Indonesia menunjukkan angka gizi kurang (13,8%) , gizi buruk (3,9%) gizi lebih (8,0%), dan gizi kurus sebesar (6,7%) (RISKESDAS, 2018). Lebih lanjut permasalahan gizi global menjadi perhatian penting dalam SDGs dimana tahun 2030 dunia bebas permasalahan gizi pada balita, sedangkan di Indonesia program ini diwujudkan dalam bentuk Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) (Rasni dkk., 2019). Oleh karena itu keluarga berperan penting dalam mengatasi permasalahan nutrisi pada anak balita melalui pemenuhan kebutuhan nutrisi yang bervariasi dan beragam di dalam keluarga.

Prevalensi *stunting* di dunia tahun 2016 mencapai 22,9% (154,8 juta) yang diakibatkan multifaktor seperti masalah gizi pada 1000 Hari Pertama Kelahiran (WHO, 2018), sanitasi & *hygiene* (Sutomo & Anggraini, 2010; Susanto, Yunanto, et al., 2019), genetik (Supariasa, 2012), infeksi masa kehamilan (Nugrahaeni, 2018), pola asuh keluarga (Nugrahaeni, 2018), dan awareness (kesadaran) keluarga (Halder & Kejriwal., 2016). Tingkat kesadaran keluarga yang rendah berakibat pada kejadian stunting balita (Kavosi et al., 2014; (Halder & Kejriwal., 2016; Gupta et al., 2018), meskipun tingkat ekonomi dan usia keluarga menjadi faktor tambahannya (Mahgoub dkk., 2014).

Sementara itu, transisi epidemiologi terjadi karena beberapa faktor risiko baik secara biologis, sosial, kejadian hidup di masyarakat, dimana keadaan ini akan berdampak pada kondisi risiko atau kerentanan individu di masyarakat untuk terjadinya sakit. Ketidakseimbangan antara kerentanan individu, bibit penyakit, perilaku masyarakat, dan lingkungan mengakibatkan perubahan transisi epidemiologi penyakit menular di Indonesia (Susanto & Wantiyah, 2016). Angka prevalensi nasional penyakit menular, seperti TB sebesar 0.4% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Selain itu penyakit Tropical

Neglected Disease seperti kusta di keluarga Indonesia juga masih banyak ditemukan dengan berbagai permasalahan fisik, sosial, ekonomi, budaya, dan spiritual (Susanto et al., 2011) dengan permasalahan kecacatan (Susanto & Susumaningrung, 2012) yang akan berpengaruh pada motivasi sembuh dan kepatuhan berobat (Susanti et al., 2018) serta stigma sosial di masyarakat (Susanto et al., n.d.). Sementara itu, perubahan gaya hidup masyarakat yang tidak sehat sehingga memicu permasalahan penyakit kronis yang tidak menular meningkat (Allender & Spardley, 2011).

Globalisasi memberikan dampak pada sektor kesehatan terkait dengan perubahan gaya hidup masyarakat yang tidak sehat sehingga memicu permasalahan penyakit kronis yang tidak menular meningkat (Anderson & Mc Farlane, 2004). Angka prevalensi nasional penyakit kronis tidak menular di Indonesia masih cukup tinggi, seperti hipertensi 25.8%, jantung dan stroke 12.1%, dan penyakit sendi 24.7% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Penyakit menular (Susanto, Dewi, et al., 2017) dan kronis (Susanto, Yunanto, et al., 2019), (Susanto, Purwandari, et al., 2017), (Susanto & Widayati, 2018) dipicu oleh pola hidup yang tidak sehat atas arti hidup sehat dan kemajuan diri yang diinginkan oleh individu serta dapat diubah melalui promosi kesehatan (Pender et al., 2002) sehingga membutuhkan adaptasi karena menjadi beban tanggungan keluarga yang akan dapat melemahkan kondisi kesehatan secara umum di masyarakat (Susanto, 2010), (Susanto, Yunanto, et al., 2019).

Permasalahan kesehatan ibu dan anak, penyakit menular, dan penyakit kronis di masyarakat membutuhkan penanganan yang menyeluruh dan berkelanjutan. Penanganan yang dapat dilakukan melalui program prevensi, promosi, dan proteksi di Puskesmas dalam menunjang keberlanjutan SDGs dan pencapaian PIS-PK melalui program Perkesmas. Berdasarkan KMK No. 279/SK/Menkes/2006 bahwa Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) dapat dijalankan dan dikembangkan dalam pencapaian program kesehatan di masyarakat. Perawatan Kesehatan Masyarakat sering disebut dengan PHN (Public Health Nursing) namun pada akhir-akhir ini lebih tepat disebut CHN (*Community Health Nursing*) (Stanhope & Lancaster, 1996). Kondisi ini memerlukan perubahan strategi dalam pencegahan vektor penyakit dan perubahan pola ketrampilan hidup sehat masyarakat (Godris, 2014). Pengendalian penyakit menular di Puskesmas merupakan program wajib yang dapat dilakukan melalui kerjasama lintas program dan sektor untuk mencegah terjadinya wabah ataupun kejadian luar biasa di masyarakat.

Dalam pencapaian cakupan program perkesmas di Indonesia dapat dilakukan melalui keterlibatan peran perawat komunitas dalam program kunjungan rumah melalui asuhan keperawatan keluarga. Peran perawat komunitas sebagai pemberi asuhan keperawatan, penemu kasus, pendidik kesehatan, koordinator dan kolaborator, konselor, dan panutan (Stanhope & Lancaster, 2012) dapat dioptimalkan dalam keterlaksanaan program perkesmas dengan pelayanan diluar Gedung berupa asuhan keperawatan komunitas. Keperawatan komunitas sebagai bidang layanan keperawatan dalam kerangka kerja Perkesmas dilakukan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan keamanan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat

kesehatan yang optimal secara mandiri. Perkesmas dalam aplikasinya diintegrasikan melalui asuhan keperawatan dalam bidang pelayanan kesehatan di Puskesmas, baik pelayanan didalam Gedung maupun diluar Gedung Puskesmas.

Upaya peningkatan derajat kesehatan pada masyarakat membutuhkan peran serta dari berbagai pihak, terutama masyarakat sebagai komunitas untuk dapat tercapai kemandirian dalam peningkatan kesehatannya. Peran dari tenaga kesehatan khususnya keperawatan yang berinteraksi langsung dengan masyarakat memerlukan dukungan, sehingga kemitraan perawat dengan masyarakat dapat mewujudkan peningkatan dan pemeliharaan Kesehatan masyarakat dengan tercapai kemandirian dan keberdayaan masyarakat yang dilaksanakan dalam asuhan keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga (Susanto, 2012), (Susanto, 2013).

Asuhan keperawatan keluarga (Friedman et al., 2003) dan asuhan keperawatan komunitas (Nies & McEwan, 2001; Stanhope & Lancaster, 2012), (Hitchcock et al., 2003), (Allender & Spardley, 2011) dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan klien masyarakat dan keluarga melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2018) (Johnson et al., 2012). Proses keperawatan sebagai metode ilmiah dalam memecahkan dan menyelesaikan permasalahan keluarga dan komunitas dilakukan secara sistematis dan siklik, yaitu terus menerus berdasarkan perkembangan klien (Doenges & Moorhouse, 2010), dimana asuhan keperawatan komunitas dapat dikembangkan dengan kerangka kerja dari community as partner (Anderson & Mc Farlane, 2004).

Perawat komunitas yang bekerja di tatanan Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan praktik mandiri di masyarakat perlu memahami asuhan keperawatan dalam penyelesaian permasalahan kesehatan dan keperawatan klien di keluarga dan komunitas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menyusun panduan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) sebagai upaya pelaksanaan keperawatan komunitas (Kemenkes RI, 2006) dan pedoman asuhan keperawatan keluarga sebagai panduan dalam pemberian keperawatan keluarga saat melakukan kunjungan rumah (Kemenkes RI, 2010). Lebih lanjut, dalam upaya percepatan capaian SDGs dan Nawa Cita khususnya Nawa kelima, maka Kementerian Kesehatan RI menyusun penetapan Pencapaian Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Kemenkes RI, 2016). Oleh karena itu, perawat komunitas harus dapat melaksanakan keperawatan komunitas dan keluarga dalam percepatan program Indonesia Sehat.

E. Asuhan Keperawatan Komunitas pada Permasalahan *Stunting*

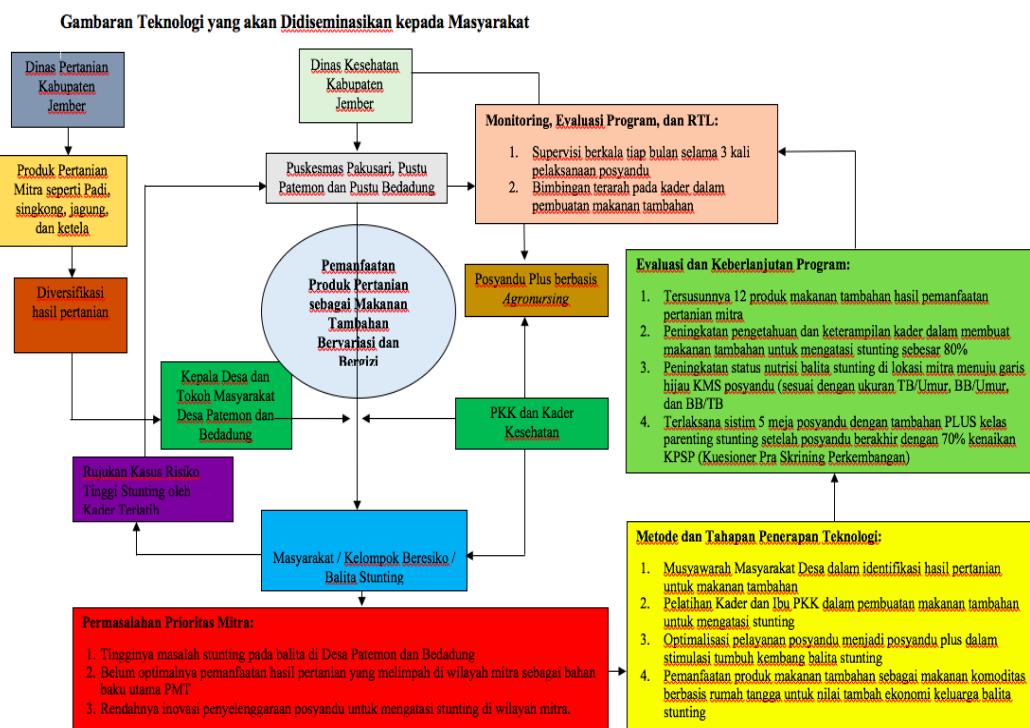
Capaian target kedua SDGs yaitu kelaparan dan malnutrisi dibawah <40%, sementara itu kelanjutan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) (2008) dalam PIS-PK (2018) baru tercapai 16,3%, sehingga tingkat kesadaran keluarga dalam pemenuhan gizi keluarga belum tercapai (Kemenkes RI, 2018). Oleh karena itu, perlu adanya peningkatan kesadaran keluarga dalam kaitannya dengan permasalahan stunting pada balita untuk pencapaian program PIS-PK

dalam kerangka SDGs. Dalam hal ini, peran perawat komunitas sangat diperlukan dalam pencapaian target kedua SDGs ini.

Stunting merupakan permasalahan kurangnya asupan gizi yang berlangsung cukup lama (kronis) akibat dari pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi yang diperlukan anak (Sutarto et al., 2018). Menurut UNICEF dan WHO stunting menjadi salah satu permasalahan malnutrisi yang perlu diwaspadai di dunia karena stunting akan berdampak pada perkembangan otak yang tidak optimal sehingga perkembangan motorik dan mental anak akan terhambat. Selain itu stunting akan meningkatkan risiko rentan terhadap beberapa penyakit dan kematian. Lebih dari 2 juta kematian anak balita di seluruh dunia disebabkan oleh stunting (Ainy et al., 2021).

Prevalensi stunting di dunia pada tahun 2017 adalah 22% dengan lebih dari setengahnya (55%) berasal dari Asia dan lebih dari sepertiga (39%) berasal dari Afrika. Indonesia berada pada posisi ketiga dengan prevalensi stunting tertinggi di Kawasan Asia tenggara (Merina et al., 2021). Berdasarkan Survey Status Gizi Balita di Indonesia (2019), prevalensi stunting di Indonesia adalah 27,67% (Ainy et al., 2021). Angka prevalensi ini masih di atas 20% yang berarti belum mencapai target WHO yaitu di bawah 20% (Handayani et al., 2022).

Hasil inovasi dalam pembentukan program kemitraan dan pemberdayaan masyarakat dengan nama program "Community Nursing Feeding Center" menunjukkan bahwa asuhan keperawatan komunitas berbasis agronursing melalui pemanfaatan produk pertanian sebagai makanan tambahan bervariasi dan bergizi dapat mengatasi stunting (Gambar 2.4).



Gambar 2.4
Bagan Alir Kegiatan PTM
(Sumber: Susanto et al., 2023)

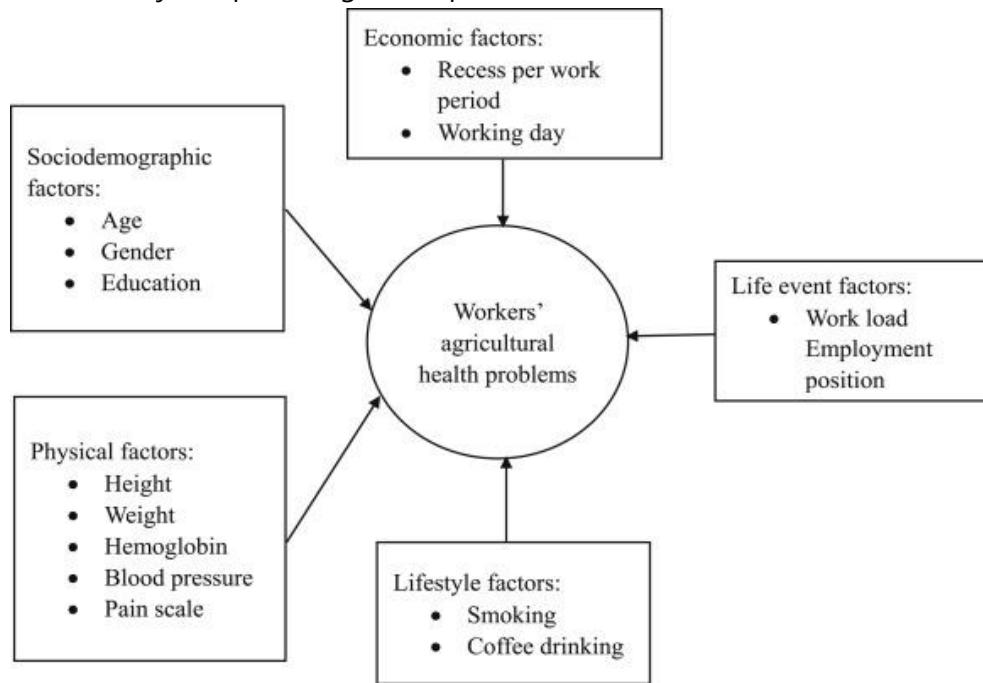
Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi yang mempengaruhi secara langsung ataupun tidak, oleh karena itu dalam penanganannya dibutuhkan kerja sama beberapa stakeholders lintas sektor bahkan di luar pemerintahan seperti masyarakat maupun sektor swasta. Menurut Permenkes RI (2016), Pemberian Makanan Tambahan (PMT) merupakan upaya pemberian tambahan makanan dan asupan gizi untuk tercapainya asupan gizi yang baik (Waroh, 2019). Jenis PMT tersebut dapat berupa makanan keluarga berbasis pangan local menggunakan resep-resep yang telah dianjurkan. Dari hasil penelitian (Asmawati et al., 2021; Fitriyanti & Mulyati, 2012) bahwa pemberian makanan tambahan (PMT) mempengaruhi status gizi balita. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa adanya perbedaan status gizi berdasarkan BB/TB dan BB/U pada balita sebelum dan sesudah PMT-P selama 60 hari. Hal ini disebabkan karena kontribusi energi dan protein pada PMT-P yang dikonsumsi oleh balita terus mengalami peningkatan setiap minggu dan ditambah dengan adanya peningkatan asupan energi dan protein dari makanan selain PMT-P, sehingga asupan gizi dalam sehari bisa terpenuhi.

F. Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Permasalahan Hipertensi

Permasalahan penyakit tidak menular dan kronis seperti hipertensi cukup tinggi di Indonesia. Hal ini memerlukan penanganan yang mendalam dalam upaya pencapaian target ketiga SDGs untuk pencapaian Kesehatan baik dan kesejahteraan masyarakat. Lebih lanjut, permasalahan hipertensi ini menjadi fokus utama pemerintah Indonesia melalui pelayanan penyakit tidak menular dalam kerangka kerja PIS-PK dan memerlukan peranan perawat komunitas dalam pelayanan asuhan keperawatan pada aggregate berisiko dan rentan di komunitas.

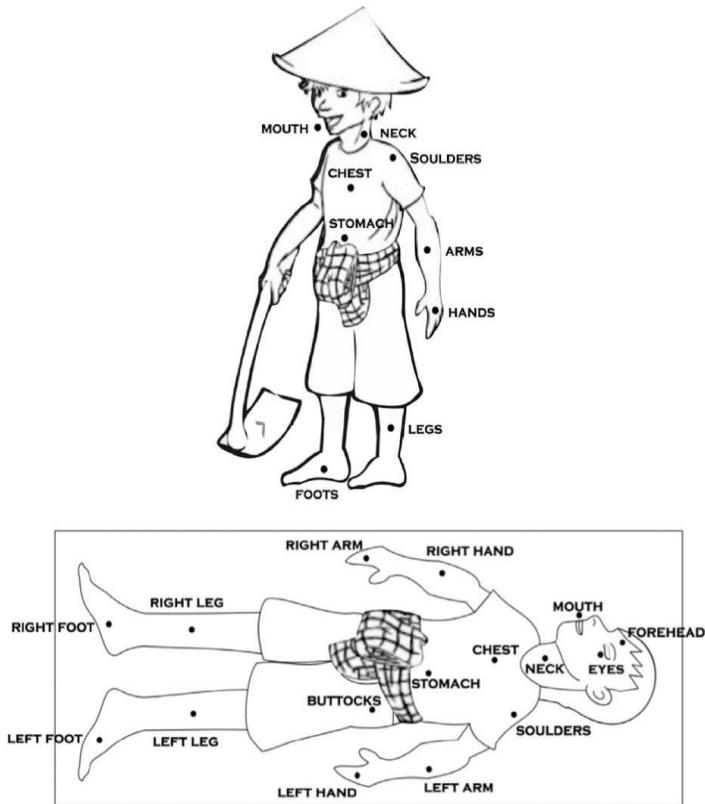
Prevalensi hipertensi di Indonesia telah mencapai angka 33,4% (Peltzer & Pengpid, 2018) dan di provinsi Jawa Timur sebesar 20,43% (Dinkes Jawa Timur, 2020). Hal ini menunjukkan tingginya angka kejadian hipertensi yang menjadi masalah non-communicable disease (NCD) atau penyakit tidak menular (PTM) pada petani, sehingga memerlukan manajemen perawatan dengan pendekatan agronursing. Pendekatan model agronursing mampu memfasilitasi kesehatan dan keselamatan kerja pada petani (Susanto, Purwandari, et al., 2017). Masalah kesehatan yang terjadi di sektor pertanian disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan keterampilan petani dalam manajemen kesehatan, hal ini dapat menyebabkan PTM hipertensi (Widianto et al., 2019). Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas petani yang mengalami hipertensi memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta kurangnya keterampilan dalam melakukan manajemen perawatan diri (Muhrini et al., 2012). Sementara itu, petani yang teridentifikasi memiliki hipertensi cenderung memiliki gaya hidup yang tidak sehat (Susanto, Purwandari, et al., 2017), dan dalam pemenuhan gizinya dikategorikan cukup (I. G. Kim et al., 2015). Hasil riset menunjukkan, frekuensi konsumsi makanan tidak sehat seperti natrium tinggi (Aristi et al., 2020), serta pengetahuan yang rendah tentang diet (Harahap et al., 2018) meningkatkan resiko hipertensi pada petani. Dengan demikian diperlukan sentuhan peran perawat komunitas

berupa tindakan penguatan atau pencegahan dimana petani dapat tetap sehat dan produktif, lebih lanjut dapat mengatasi hipertensi.



Gambar 2.5
**Framework of Factors Related to Farmers' Agricultural Health Problems,
Using a Risk-Based Approach**
(Sumber: Susanto, Purwandari, et al., 2017)

Permasalahan hipertensi di komunitas memerlukan penanganan yang menyeluruh dan berkelanjutan dengan mempertahankan status Kesehatan dan kualitas hidup klien hipertensi di komunitas dan keluarga. Berbagai Pendekatan intervensi keperawatan dapat dilakukan dalam upaya mempertahankan tekanan darah, merubah gaya hidup masyarakat, dan menurunkan prevalensi hipertensi di komunitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program pelayanan perawatan kesehatan komunitas mampu mempertahankan tekanan darah dan menurunkan prevalensi hipertensi di komunitas melalui intervensi keperawatan komunitas dengan latihan ketahanan dan relaksasi otot progresif. Program layanan ini dapat diintegrasikan kedalam program penanganan hipertensi dalam lingkup Posbindu PTM di komunitas (Gambar 2.5).

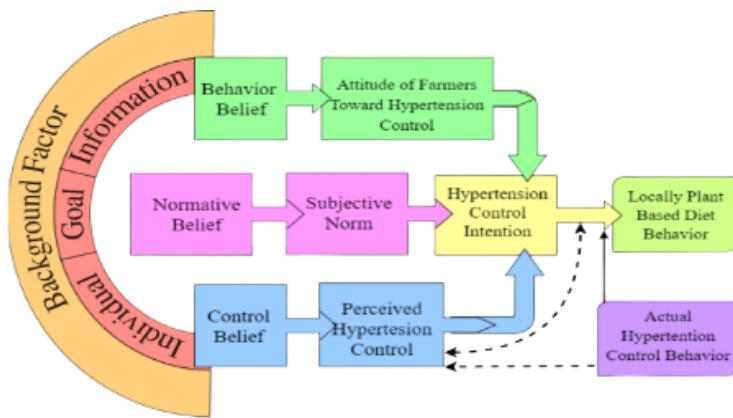


Gambar 2.6

Titik Relaksasi Otot Progresif dalam Mempertahankan Tekanan Darah Petani
(Sumber : Susanto et al., 2021)

Studi hasil penelitian menunjukkan bahwa permasalahan PTM hipertensi pada petani berkaitan dengan pola nutrisi yang tinggi garam dan makanan olahan yang diawetkan (Linda et al., 2020) dan masalah obesitas dan kurang aktivitas fisik Susanto, Purwandari, et al., 2017). Oleh karena itu, diperlukan adanya inovasi metode perawatan baru untuk mengatasi hipertensi yang dapat mengoptimalkan potensi sektor pertanian, melalui konsumsi makanan bersumber sayuran dan buah-bahan (*plant-based diet*). *Plant-based diet* mengadopsi pola pendekatan makanan nabati yang mengutamakan sayuran dan buah (Alexander et al., 2017) yang sesuai untuk pendekatan agronursing.

Peran perawat komunitas untuk melakukan tindakan penguatan atau pencegahan dimana petani dapat tetap sehat dan produktif agar dapat mengatasi masalah PTM hipertensi, melalui relaksasi otot progresif (Gambar 2.6). Penanganan pertama hipertensi pada klien dapat dilakukan dengan manajemen pola aktivitas dan manajemen gaya hidup yang lebih baik (Joshi et al., 2020). *Plant-based diet* merupakan rekomendasi penatalaksanaan hipertensi yang dapat diterapkan pada petani untuk mengatasi hipertensi (Medawar et al., 2019). *Plant-based diet* efektif menurunkan tekanan darah pada klien yang mengalami hipertensi karena diet yang diberikan memiliki asupan nutrisi yang cukup kompleks, namun memiliki kandungan rendah pada lemak, protein (<20 g/hari), dan sodium (<150mg/hari) (Hever & Cronise, 2017). Pemenuhan pola diet dengan kandungan yang telah diinformulasikan dalam *plant-based diet*, membuat tekanan sistolik dan diastolik lebih terkontrol dengan kecukupan nutrisi yang lebih optimal.



Gambar 2.7
Perilaku *Plant Based-Diet* Klien Hipertensi di Komunitas
(Sumber : Susanto, Rasni, et al., 2023)

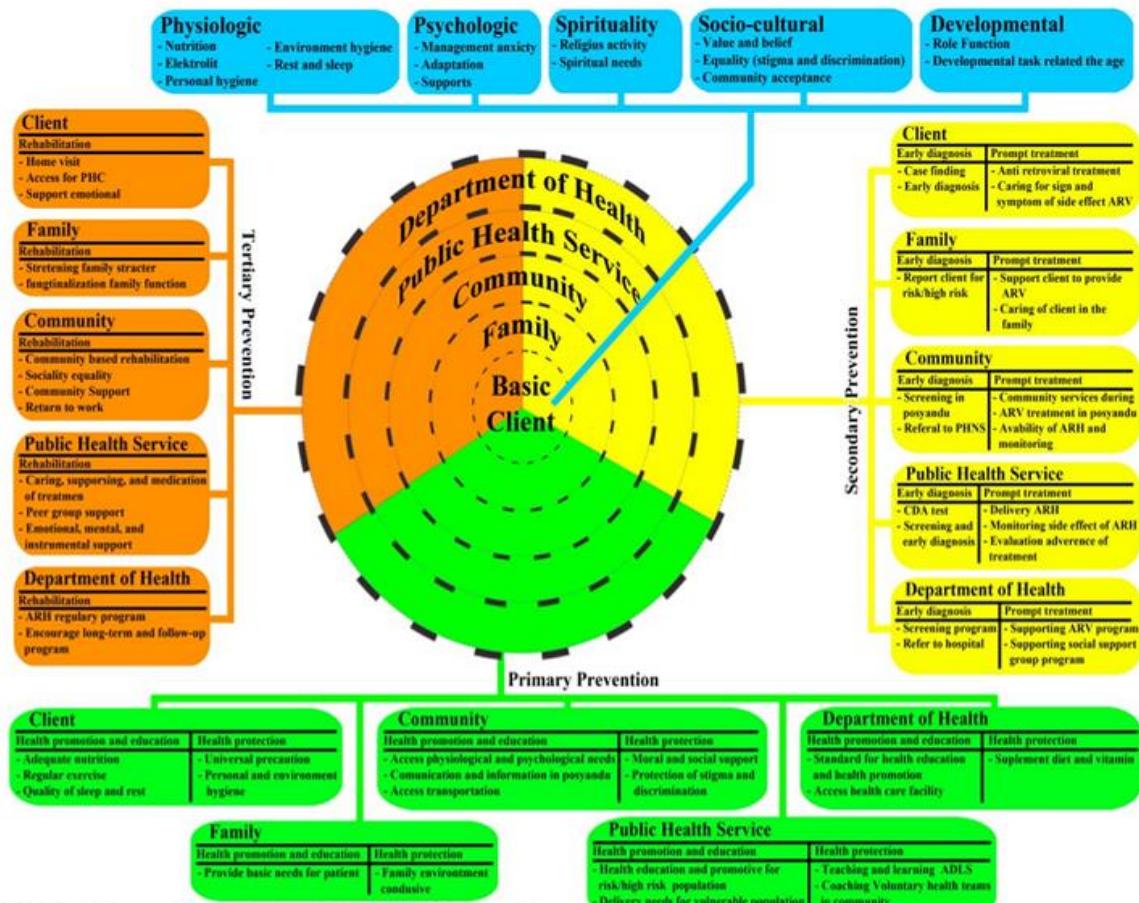
Plant-based diet memberikan manfaat yang cukup besar untuk tubuh, tidak hanya mengatasi hipertensi. Manfaat *plant-based diet* yang lain adalah menurunkan risiko penyakit kronis dan penyakit jantung, mengurangi mortalitas maupun morbiditas, mengurangi ketergantungan akan pengobatan, dan memelihara berat badan dalam kondisi yang stabil/stagnan. Manfaat lain yang didapatkan adalah menurunkan risiko paparan zat berbahaya yang didapat dari konsumsi makanan olahan/hewani (Aljuraiban et al., 2020). Nutrisi dan serat yang optimal dalam plant-based diet akan memberikan perlindungan kuat bagi sistem organ dalam tubuh untuk bekerja secara sinergis mengurangi inflamasi dan oksidasi yang masuk ke dalam tubuh (Hever & Cronise, 2017).

G. Asuhan Keperawatan Komunitas dalam Mengatasi HIV

HIV/AIDS sebagai permasalahan penyakit menular secara global memerlukan penanganan yang holistik dan komprehensif yang berkaitan dalam pencapaian tujuan ketiga SDGs. Fenomena penularan HIV/AIDS di masyarakat mengakibatkan kondisi kerentanan klien HIV/AIDS dan berisiko penularan antar individu di keluarga dan komunitas. Strategi penanganan masalah HIV/AIDS secara menyeluruh dan berkelanjutan atau multilevel di antara elemen sub sistem di masyarakat diharapkan akan mampu meningkatkan status kesehatan klien HIV/AIDS dan mencegah penularan penyakit secara berdasarkan pendekatan sosial budaya masyarakat. Solusi terbaru yang dapat diberikan dalam penanganan HIV/AIDS di komunitas dengan lebih melibatkan faktor multi-level di luar tingkat individu HIV/AIDS, misalnya antar individu, jaringan, kelembagaan, atau tingkatan struktural (Seeley et al., 2012 ; Latkin et al., 2010) sebagai suatu model pendekatan yang lebih holistik terhadap perubahan perilaku terkait HIV/AIDS.

Peranan keperawatan komunitas dalam penanganan HIV/AIDS di komunitas sangat diperlukan. Perawat komunitas yang bekerja di Dinas Kesehatan ataupun Puskesmas dapat mengembangkan beberapa aktivitas program secara bertingkat atau multilevel program. Aktivitas program bisa dirancang mulai dari Dinas Kesehatan (*Department of Health*),

Lembaga Swadaya Masyarakat/LSM (*Non-Government Organization/NGO*), Puskesmas (*Public Health Services*), Rumah Sakit (Hospital), dan hingga ke Komunitas (*Community*). Keberadaan klien HIV/AIDS di komunitas dapat ditangani dengan pemberdayaan Posyandu (*Integrated Health Care Center*), Kader Kesehatan (*Voluntary Health Services*), Klinik Perawatan Kesehatan di masyarakat (*Clinic Health Nursing*), Keluarga (*Family*), dan hingga ke Pasien dalam upaya perawatan klien HIV/AIDS di Komunitas. Adapun alur kegiatan perawat komunitas dalam perawatan klien HIV/AIDS dari Dinas Kesehatan hingga ke pasien seperti yang tergambar pada Gambar 9 berikut ini (HKI 000162318, 2019).



Gambar 2.8
Community Health Nursing Activities for Caring of HIV/AIDS in Community
(Sumber: Susanto, et al., 2021)

Tindakan keperawatan atau nursing intervention oleh perawat komunitas dapat dilakukan secara bertingkat atau secara multilevel intervention. Gambar 2.8 (HKI 000162318, 2019) dibawah ini mendeskripsikan tentang multilevel intervensi perawatan klien HIV/AIDS di komunitas yang dilakukan secara berjenjang dari lima elemen mulai dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, Komunitas, Keluarga, dan Klien HIV/AIDS. Tindakan perawat komunitas dapat dilakukan melalui 3 level pencegahan atau prevensi, yaitu prevensi primer, sekunder, dan tersier. Lingkaran di Gambar 2.8 ditunjukkan dengan tiga warna berbeda, yaitu warna hijau untuk level prevensi primer, warna kuning untuk level prevensi sekunder, dan warna orange untuk level prevensi tersier. Pada lingkaran tersebut, elemen inti adalah klien HIV/AIDS hingga elemen yang terluar yaitu dinas kesehatan. Klien HIV/AIDS pada lingkaran tersebut

memiliki kebutuhan dasar (*basic needs*), yaitu kebutuhan fisiologis (seperti nutrisi, cairan, kebersihan diri, kebersihan lingkungan, dan istirahat/tidur), psikologis (seperti manajemen kecemasan, adaptasi, dan dukungan sosial), spiritual (seperti aktivitas keagamaan dan kebutuhan spiritualitas), sosial budaya (seperti nilai dan keyakinan, kesetaraan berkaitan stigma dan diskriminasi, dan penerimaan masyarakat), dan perkembangan (seperti fungsi peran dan tugas perkembangan sesuai dengan tahap usia klien).



Gambar 2.9
Multilevel Intervention for Caring of HIV/AIDS in Community
(Sumber: Susanto, et al., 2021)

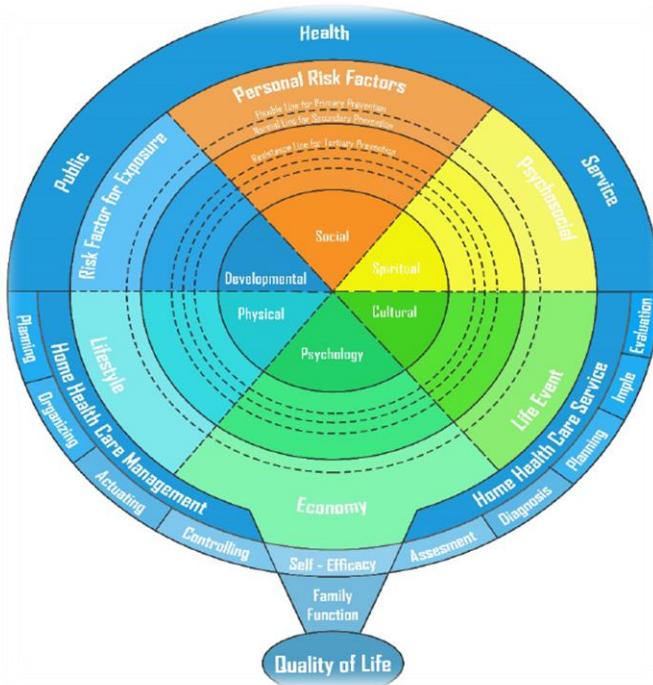
Kelima elemen (dinas kesehatan, puskesmas, komunitas, keluarga, dan klien) pada Gambar 2.9 diatas, melaksanakan tiga level pencegahan, yaitu pencegahan primer (*promotion of health and education* serta *protection of health*), prevensi sekunder (*early diagnosis and prompt treatment*), dan prevensi tersier (*rehabilitation*).

H. Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 yang sudah terlewati memberikan pelajaran dan pengalaman yang berharga untuk kehidupan manusia. Masyarakat dan setiap elemen bangsa secara bersama-sama bergotong royong dalam upaya pencegahan terhadap penularan COVID-19, karena COVID-19 juga teridentifikasi pada tingkat cluster yang paling kecil, yakni keluarga. Penularan pada *cluster* keluarga perlu mendapat perhatian, karena apabila salah satu anggota keluarga terkonfirmasi, maka kemungkinan besar anggota keluarga yang lainnya juga akan beresiko terkonfirmasi COVID-19. Hal ini tentunya memerlukan peran perawat komunitas sebagai garda terdepan petugas kesehatan yang ada di komunitas.

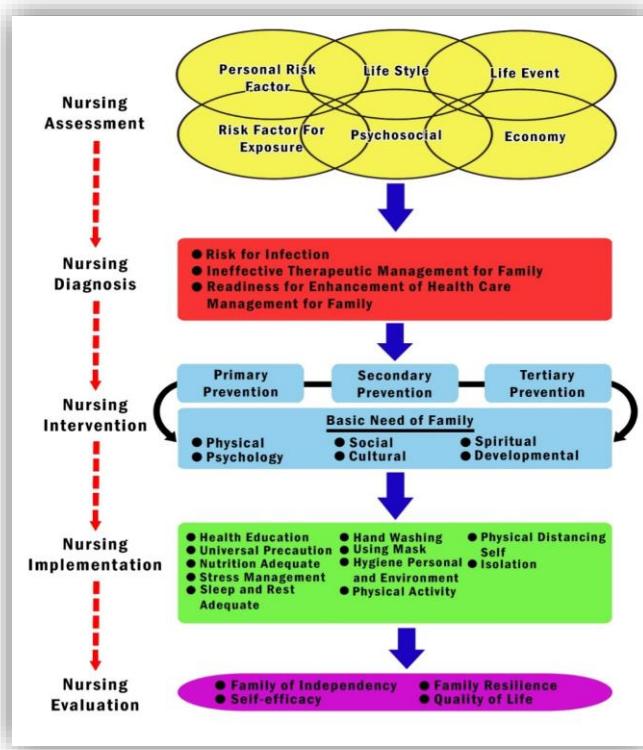
Hasil inovasi program COVID-19 selama Pandemi COVID-19 adalah dengan melakukan pengembangan layanan Home Health Care Model (H2CM) sebagai metode

alternatif dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga selama masa pandemi COVID-19. Manajemen pelayanan program H2CM di puskesmas dilakukan melalui pendekatan manajemen kesehatan yang meliputi: pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian. Pengorganisasian kegiatan H2CM dapat dilaksanakan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai bentuk pembinaan keluarga yang berisiko atau rentan terhadap masalah kesehatan COVID-19. Proses pelaksanaan kegiatan H2CM dapat dilaksanakan bersama antara perawat penanggung jawab wilayah dengan kader kesehatan setempat dalam melakukan kunjungan rumah melalui kegiatan konseling dari pintu ke pintu (KOPIPU). Lebih lanjut, pengendalian keberlangsungan dan keberlanjutan kegiatan H2CM dapat dievaluasi dengan tingkat kemandirian keluarga dalam bidang kesehatan dalam pencapaian program perawatan kesehatan masyarakat untuk pengendalian penyakit menular COVID-19 (Gambar 2.10).



**Gambar 2.10
Model Home Health Care Management for Caring Family to Prevent of COVID-19
(HKI Nomor: EC00202052956)**

Aplikasi H2CM melalui penerapan kunjungan rumah selama masa pandemi COVID-19 menunjukkan terjadi perubahan yang baik dan bermakna dari dimensi fungsi keluarga, seperti kebutuhan fisik, psikologis, sosial, spiritual, kultural, dan perkembangan. Disamping itu, selama pelaksanaan H2CM dalam asuhan keperawatan keluarga didapatkan penurunan faktor resiko pribadi dan paparan faktor resiko COVID-19. Asuhan keperawatan keluarga yang diberikan dalam program H2CM memberikan hasil terpenuhinya kebutuhan tidur, aktivitas fisik, efikasi diri, dan kualitas hidup keluarga. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa program H2CM melalui kunjungan rumah dapat meningkatkan fungsi perawatan kesehatan keluarga untuk beradaptasi terhadap stresor keluarga selama pandemi COVID-19 (Gambar 2.11).



Gambar 2.11
Langkah Asuhan Keperawatan Keluarga dengan COVID-19
(HKI Nomor: EC00202052956)

Manajemen pelayanan H2CM dalam kerangka layanan kesehatan oleh pihak puskesmas dapat dilakukan sebagai bentuk pelayanan kunjungan rumah di luar gedung puskesmas. Program layanan ini dikembangkan sebagai bentuk integrasi antara program H2CM dan program PIS-PK di puskesmas. Untuk itu perawat yang berada di puskesmas berpeluang untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga, baik keluarga sebagai unit asuhan keperawatan, maupun keluarga sebagai sistem layanan asuhan keperawatan. Oleh karena itu, diperlukan suatu bimbingan dan pelatihan khusus bagi petugas puskesmas dalam mengaplikasikan model H2CM di komunitas pada keluarga binaan.

I. Penutup

SDGs dengan 17 target diharapkan dapat dicapai pada tahun 2030, khususnya pada target kedua dan ketiga perlu untuk dicapai untuk menjadikan Indonesia bisa menjadi lebih baik, seperti pada paparan saya diatas. Nawacita dengan sembilan prioritas pembangunan lima tahun ke depan. Khususnya Nawa kelima dari Nawacita, Indonesia diharapkan mampu berubah dan menjadi negara yang berdaulat secara politik, mandiri dalam bidang ekonomi dan berkepribadian dalam kebudayaan melalui penciptaan sumber daya manusia yang berkualitas, sehingga menjadi pondasi pembangunan yang kuat di masa datang. Kualitas hidup masyarakat Indonesia tidak hanya berkaitan dengan masalah kebutuhan ekonomi dan pembangunan struktur saja. Kualitas hidup masyarakat juga ditentukan oleh faktor

kesehatan masyarakat Indonesia sendiri. Pemerintah dalam Nawacita mengupayakan masyarakat Indonesia dapat mencapai kualitas hidup yang maksimal dengan layanan kesehatan yang memadai.

Secara kongkrit pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan merancang PIS-PK untuk mewujudkan paradigma sehat dengan dua belas indikator untuk dapat menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas dalam dimensi kesehatan. Oleh karena itu, peranan perawat komunitas sangat esensial dalam meningkatkan kemandirian dan kesehatan keluarga menuju indonesia emas 2045. Lebih lanjut, optimalisasi praktik pelayanan asuhan keperawatan komunitas dan keluarga melalui kunjungan rumah dalam rangka program keperawatan kesehatan masyarakat yang berbasis bukti ilmiah sebagai suatu bentuk inovasi ilmu dan teknologi keperawatan perlu diaplikasikan secara efektif dan efisien dalam upaya program pembangunan kesehatan Indonesia yang mengacu pada 3 (tiga) pilar program Indonesia Sehat, yaitu mengedepankan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pemenuhan Universal Health Coverage melalui Jaminan Kesehatan Nasional.

Referensi

- Ainy, F. N., Susanto, T., & Susumaningrum, L. A. (2021). The relationship between environmental sanitation of family and stunting among under-five children: A cross-sectional study in the public health center of jember, indonesia. *Nursing Practice Today*, 8(3), 173–178. <https://doi.org/10.18502/npt.v8i3.5932>
- Alexander, S., Ostfeld, R. J., Allen, K., & Williams, K. A. (2017). A plant-based diet and hypertension. *Journal of Geriatric Cardiology*, 14(5), 327–330. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2017.05.014>
- Aljuraiban, G., Chan, Q., Gibson, R., Stamler, J., Daviglus, M. L., Dyer, A. R., Miura, K., Wu, Y., Ueshima, H., Zhao, L., Van Horn, L., Elliott, P., & Oude Griep, L. M. (2020). Association between plant-based diets and blood pressure in the INTERMAP study. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*, 3(2), 133–142. <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2020-000077>
- Allender, J. A., & Spardley, B. W. (2011). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E., & Mc Farlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing* (4th Editio). Lippincott Williams & Wilkins.
- Arisman. (2010). *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. EGC.
- Aristi, D. L. A., Rasni, H., Susumaningrum, L. A., Susanto, T., & Siswoyo, S. (2020). Hubungan Konsumsi Makanan Tinggi Natrium dengan Kejadian Hipertensi pada Buruh Tani di Wilayah Kerja Puskesmas Panti Kabupaten Jember. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 23(1), 53–60. <https://doi.org/10.22435/hsr.v23i1.2741>
- Asmawati, Ambar Sari, D., Ihromi, S., Nurhayati, Pacitra, S., Danelia Luthfiah, T., & Rizal, H. (2021). Cegah Stunting Dan Gizi Buruk Pada Balita Dengan Edukasi Gizi Bagi Tumbuh Kembang Anak Di Desa Banyumulek Kabupaten Lombok Barat. *Jurnal Agro Dedikasi Masyarakat (JADM)*, 2(2), 7–12. <http://journal.ummat.ac.id/index.php/jadm>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Kementerian Kesehatan RI. <https://doi.org/10.1126/science.127.3309.1275>
- Baylon, S. ., & Maglaya, A. . (1997). *Family health Nursing : The Process*.
- Budiwibowo, S. (2016). Membangun Pendidikan Karakter Generasi Muda Melalui Budaya Kearifan Lokal Di Era Global. *Premiere Educandum : Jurnal Pendidikan Dasar Dan Pembelajaran*, 3(01), 39–49. <https://doi.org/10.25273/pe.v3i01.57>
- Dinkes Jawa Timur. (2020). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2019. *Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*, 1–73. www.dinkesjatengprov.go.id
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2010). *Application of nursing process and nursing diagnosis: an interactive text for diagnostic reasoning*. FA Davis.
- Fitriyanti, F., & Mulyati, T. (2012). Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (Pmt-P) Terhadap StaTUS GIZI BALITA GIZI BURUK DI DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG TAHUN 2012. *Nutrition College*, 1(1), 373–381.
- Friedman, M. ., Bowden, V. ., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice* (5th Editio). Pearson Education Inc.

- Godris, L. (2014). *Epidemiology E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Gupta, A. K., Mongia, M., & Garg, A. K. G. (2018). A descriptive study of behavioral problems in schoolgoing children. *Industrial Psychiatry Journal*, 195–201. <https://doi.org/10.4103/ipj.ipj>
- Halder, S., & Kejriwal., S. (2016). Nutritional awareness of mothers in relation to nutritional status of the preschool children. *Early Child Development and Care*, 186(9), 366–1377.
- Handayani, D., Kusuma, E., Puspitasari, H., & Nastiti, A. D. (2022). The Factors Affecting Stunting on Toddlers in Coastal Areas. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(3), 755–764. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i3.967>
- Harahap, R. A., Rochadi, R. K., & Sarumpae, S. (2018). Pengaruh Aktivitas Fisik Terhadap Kejadian Hipertensi Pada Laki-Laki Dewasa Awal (18-40 Tahun) Di Wilayah Puskesmas Bromo Medan Tahun 2017. *Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan*, 1(2), 68–73. <https://doi.org/10.24912/jmstkip.v1i2.951>
- Herdman, & Kamitsuru. (2018). *Herdman & Kamitsuru, 2018*. EGC.
- Hever, J., & Cronise, R. J. (2017). Plant-based nutrition for healthcare professionals: Implementing diet as a primary modality in the prevention and treatment of chronic disease. *Journal of Geriatric Cardiology*, 14(5), 355–368. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2017.05.012>
- Hitchcock, Janice, E., Phyllis, E., Schubert, Sue, A., & Thomas. (2003). *Community health nursing: Caring in action*. Cengage Learning.
- Isnaini, A. F., Susanto, T., Susumaningrung, L. A., Rasni, H., & Siswayo, S. (2020). Hubungan fungsi keluarga dengan status gizi balita pada keluarga tiri di kecamatan panti kabupaten jember. *Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas*, 3(1), 1–10.
- Joshi, S., Hashmi, S., Shah, S., & Kalantar-Zadeh, K. (2020). Plant-based diets for prevention and management of chronic kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 29(1), 16–21. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000574>
- Kaakinen, J. R., Cochlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Harmon, S. M. (2014). *Family Health Care Nursing : Theory, Practice, and Research*. F. A. Davis Company.
- Kavosi, E., Rostami, Z., Kavosi, Z., Nasihatkon, A., Moghadami, M., & Heidari, M. (2014). Prevalence and determinants of under-nutrition among children under six: a cross-sectional survey in Fars province. *Iran Int J Health Policy Manag*, 3(2), 71–76.
- Kemenkes RI. (2006). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 279/MENKES/SK/IV/2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*.
- Kemenkes RI. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan No. 908 Tentang Pelayanan Keperawatan Keluarga*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga* (Vol. 21, Issue 1). Kementerian Kesehatan RI. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>

- Kemenkes RI. (2018). Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia. In *Kemenkes RI*. Kemenkes RI. https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf
- Kholifah, S. N., Yumni, H., Minarti, & Susanto, T. (2017). Structural model of factors relating to the health promotion behavior of reproductive health among Indonesian adolescents. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(4), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.10.001>
- Latkin, C., Weeks, M. R., Glasman, L., Galletly, C., & Albarracin, D. (2010). A dynamic social systems model for considering structural factors in HIV prevention and detection. *AIDS and Behavior*, 14(SUPPL. 2), 222–238. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9804-y>
- Mcdowell, J. (2015). Masculinity and non-traditional occupations: Men's talk in women's work. *Gender, Work and Organization*, 22(3), 273–291. <https://doi.org/10.1111/gwao.12078>
- Medawar, E., Huhn, S., Villringer, A., & Veronica Witte, A. (2019). The effects of plant-based diets on the body and the brain: a systematic review. *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0552-0>
- Merina, N. D., Susanto, T., & Septiyono, E. A. (2021). Strategy to Reduce Stunting Children Through Exploration of Mother's Experience. *JI-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 5(1), 19–25. <https://doi.org/10.33006/ji-kes.v5i1.226>
- Muhrini, A., Ika, S., Sihombing, Y., & Hamra, Y. (2012). *Hubungan Umur, Jenis Kelamin, dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke*. 24–30.
- Nies, M. A., & McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population* (3rd Editio). Davis Company.
- Nugrahaeni, D. E. (2018). Pencegahan Balita Gizi Kurang Melalui Penyuluhan Media Lembar Balik Gizi. *Amerta Nutrition*, 2(1), 113. <https://doi.org/10.20473/amnt.v2i1.2018.113-124>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2018). High prevalence of depressive symptoms in a national sample of adults in Indonesia: Childhood adversity, sociodemographic factors and health risk behaviour. *Asian Journal of Psychiatry*, 33(March), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.017>
- Pender, N. ., Carolyn, L. ., & Mary, A. . (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th Editio). Appleton & Lange.
- Rasni, H., Susanto, T., & Dewi, E. I. (2014). ETHNONURSING PENGGUNAAN TERAPI KOMPLEMENTER PADA SUKU USING BANYUWANG. *Jurnal Ners*, 9(1), 133–137.
- RISKESDAS. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Seeley, J., Watts, C. H., Kippax, S., Russell, S., Heise, L., & Whiteside, A. (2012). Addressing the structural drivers of HIV: A luxury or necessity for programmes? *Journal of the International AIDS Society*, 15(Suppl 1), 15–18. <https://doi.org/10.7448/IAS.15.3.17397>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1996). *Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals*.

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2012). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*, edn.
- Supariasa. (2012). *Penilaian Status Gizi*. EGC.
- Susanti, I. A., Mahardita, N. G. P., Alfianto, R., Sujana, I. M. I. W. C., Siswoyo, & Susanto, T. (2018). Social stigma, adherence to medication and motivation for healing: A cross-sectional study of leprosy patients at Jember Public Health Center, Indonesia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(1), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2017.06.006>
- Susanto, T. (2010). *Pengalaman Klien Dewasa Menjalani Perawatan Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember Jawa Timur: Studi Fenomenologi*. Universitas Indonesia.
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Trans Info Media.
- Susanto, T. (2013). *Keperawatan Gerontik*. Universitas Jember Press.
- Susanto, T. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Trans Info Media.
- Susanto, T., Bachtiar, S., & Turwantoko, T. (2019). Performance of public health nurses and coverage of the nursing care program by community health centers in Jember, Indonesia. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(2), 161–168. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.44887.IJCBNM>
- Susanto, T., Dewi, E. I., & Rahmawati, I. (2017). The experiences of people affected by leprosy who participated in self-care groups in the community: A qualitative study in Indonesia. *Leprosy Review*, 88(4), 543–553. <https://doi.org/10.47276/lr.88.4.543>
- Susanto, T., Hani, R., Susumaningrung, L. A., Yunanto, R. A., Rahmawati, I., & Septiyono, E. A. (2019). *Penggunaan Kearifan Lokal dalam Perawatan Keluarga dengan Anak Remaja*. KHD Production.
- Susanto, T., Kimura, R., Tsuda, A., Wuryaningsih, E. W., & Rahmawati, I. (2016). Perception of Adolescent for Family Planning At Rural and Urban Area of East Java Province, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Remaja*, 13(4), 121–124.
- Susanto, T., Purwandari, R., & Wuri Wuryaningsih, E. (2017). Prevalence and associated factors of health problems among Indonesian farmers. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 31–37. <https://doi.org/10.25164/cnr201701007>
- Susanto, T., Purwandari, R., Wuryaningsih, E. W., Watanabe, H., Y, K. K., & Moriyama, M. (2021). Effects of progressive muscular relaxation and stretching exercises combination on blood pressure among farmers in rural areas of Indonesia: a randomized study. *Frontiers of Nursing*, 8(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.2478/fon-2021-0036>
- Susanto, T., Rasni, H., Kurdi, F., Yunanto, R., & Rahmawati, I. (2023). Management of hypertension using a plant-based diet among farmers: A mixed methods study protocol. *JMIR Research Protocols*. <https://doi.org/10.2196/41146>

- Susanto, T., Rasni, H., Susumaningrum, L. A., Rahmawati, I., Yunanto, R. A., & Septiyono, E. A. (2020). *Caring for Adolescents Based on the Wisdom of Indonesian Pandalungan Culture: An Ethnonursing Pilot Study*. *Journal of Pediatric Nursing*, 55(XXXX), e270–e278. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.015>
- Susanto, T., Rokhani, R., Yunanto, R. A., Rahmawati, I., & Merina, N. D. (2023). Pemanfaatan Produk Pertanian sebagai Makanan Tambahan dan Bergizi melalui Posyandu Plus Berbasis Agronursing untuk Mengatasi Stunting. *Poltekita: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(1), 47–57. <https://doi.org/10.33860/pjpm.v4i1.1374>
- Susanto, T., Sahar, J., Permatasari, H., & Putra, S. (n.d.). *Perawatan Klien Kusta di Komunitas* (1st ed). Trans Info Media.
- Susanto, T., Sahar, J., & Permatasari, J. (2011). A Phenomenological Study on Leprosy Clients ' Experience in Having Leprosy Treatment at Jenggawah Public Health Center Area at Jember , East Java , Indonesia. *Malaysian Journal of Nursing*, 3(1).
- Susanto, T., & Sulistyorini, L. (2018). Family Friendly for Improvement of Using Exclusive Breast with Integration Family Center Nursing Model and Transcultural Nursing. *Jurnal INJEC*, 7(2), 156–167.
- Susanto, T., & Susumaningrung, L. A. (2012). Influences Behavior Modification Therapy For Improving Self Care Client Leprosy At Jember Sub District, East Java, Indonesia. *Jurnal Keperawatan Sudirman*, 7(1), 1–12.
- Susanto, T., & Wantiyah. (2016). COACHING: RGO (RENDAM GOSOK OLES/SOAK RUB TOPICAL/SRT) ON THE SELF CARE LEVEL OF LEPROSY CLIENTS. *INJEC*, 2(1), 126–132.
- Susanto, T., & Widayati, N. (2018). Quality of life of elderly tobacco farmers in the perspective of agricultural nursing: a qualitative study. *Working with Older People*, 22(3), 166–177. <https://doi.org/10.1108/WWOP-01-2018-0002>
- Susanto, T., Yunanto, R. A., Rasni, H., & Susumaningrum, L. A. (2021). Multi-level intervention for HIV/AIDS Caring in Indonesian community. *HIV and AIDS Review*, 20(2), 78–84. <https://doi.org/10.5114/hivar.2021.107217>
- Susanto, T., Yunanto, R. A., Rasny, H., Susumaningrum, L. A., & Nur, K. R. M. (2019). Promoting Children Growth and Development: A community-based cluster randomized controlled trial in rural areas of Indonesia. *Public Health Nursing*, 36(4), 514–524. <https://doi.org/10.1111/phn.12620>
- Sutarto, Mayasari, D., & Indriyani, R. (2018). Stunting, Faktor Resiko dan Pencegahannya. *Fossil Behavior Compendium*, 5, 243–243. <https://doi.org/10.1201/9781439810590-c34>
- Sutomo, B., & Anggraini, D. (2010). *Menu Sehat Alami Untuk Balita & Batita*. PT Agromedia Pustaka.
- UNICEF. (2012). State of World Children: Children in an Urban World. In *United Nations Publications*.
- Waroh, Y. K. (2019). Pemberian Makanan Tambahan Sebagai Upaya Penanganan Stunting Pada Balita Di Indonesia. *Embrio*, 11(1), 47–54. <https://doi.org/10.36456/embrio.vol11.no1.a1852>
- WHO. (2018). *Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the South- East Asia Region 2018*.

Widianto, A. A., Romdhoni, M. F., Karita, D., & Purbowati, M. R. (2019). Hubungan Pola Makan Dan Gaya Hidup Dengan Angka Kejadian Hipertensi Pralansia Dan Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas I Kembaran. *MAGNA MEDICA: Berkala Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(5), 58. <https://doi.org/10.26714/magnamed.1.5.2018.58-67>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2000). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. FA. Davis.

BAB 3

Caring Dalam Merawat Pasien Melalui Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat Untuk Merawat Negeri

Agung Waluyo

A. Pendahuluan

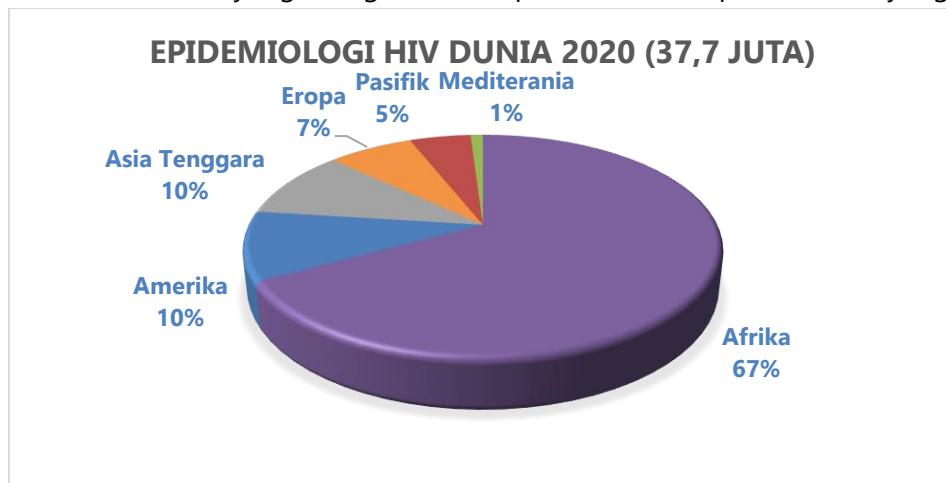
Gambaran tentang *Caring* ini tentunya sangat cocok bagi seorang perawat. Sesuai dengan UU No. 38 Tahun 2014, perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik sakit maupun sehat. Tentunya setiap individu yang sakit dan dirawat ingin dirawat oleh perawat yang penuh perhatian, empati, peduli terhadap kebutuhan, perasaan dan kesejahteraan individu yang dirawat.

Caring merupakan inti dari profesi keperawatan, sehingga perawat sudah seharusnya peduli dan merawat orang dengan HIV atau kelompok masyarakat yang berisiko terpapar HIV. Dengan kedulian sebagai elemen kunci dalam memberikan asuhan keperawatan profesional kepada Odha, perawat akan lebih efektif dalam merawat pasien, menciptakan hubungan positif, dan menjaga etika keperawatan profesional. Sikap peduli membuat perawat merasa prihatin dan tanggap terhadap risiko yang mungkin dihadapi sekelompok orang berisiko, dan hal ini merupakan aspek penting yang perlu dikembangkan dalam diri seorang perawat.

Ini adalah definisi yang cukup tepat tentang pemberian asuhan bagi seorang perawat. Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sakit maupun sehat, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014. Tentu saja setiap orang yang menerima pelayanan kesehatan ingin dilayani oleh perawat yang baik hati, pengertian dan prihatin tentang kebutuhan, perasaan, dan kesejahteraan pasien.

Karena memberikan perawatan adalah inti dari profesi keperawatan, perawat harus memberikan perawatan bagi mereka yang mengidap HIV positif atau anggota kelompok masyarakat yang mungkin berisiko terpapar HIV. Ketika perawat memprioritaskan kasih sayang ketika memberikan asuhan keperawatan profesional kepada orang yang hidup dengan HIV, mereka akan lebih mahir dalam merawat pasien, membina hubungan yang bermakna, dan menjunjung tinggi prinsip keperawatan profesional. Penting bagi perawat

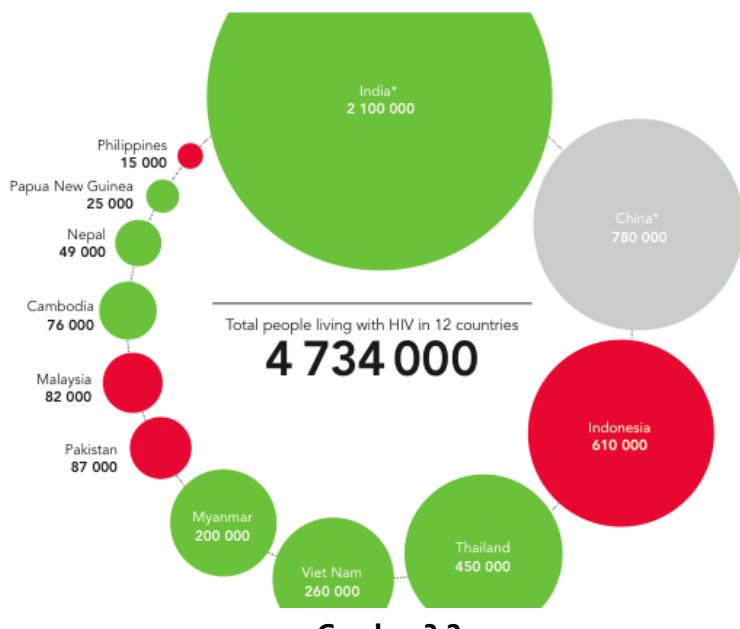
untuk memiliki sikap peduli karena hal ini membantu mereka merasa prihatin dan memperhatikan ancaman yang mungkin dihadapi oleh sekelompok individu yang berisiko.



Gambar 3.1
Epidemiologi HIV Dunia di Tahun 2020, dengan Total Orang dengan HIV

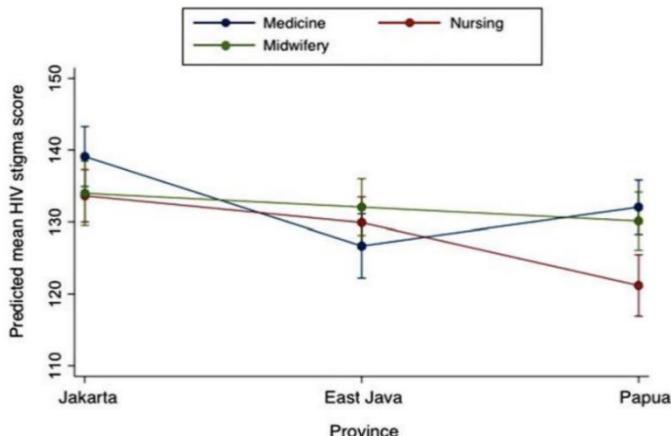
B. Peningkatan Angka Penderita HIV

Penderita HIV/AIDS menjadi semakin umum di seluruh dunia, terutama di Asia Tenggara. Walaupun proporsi orang HIV-positif di Asia Tenggara tidak setinggi di Afrika, namun angka peningkatannya mengkhawatirkan. Penyakit ini juga terdapat di Indonesia, dan meskipun prevalensi HIV di negara ini tidak setinggi negara-negara Asia lainnya, namun tingkat peningkatannya sangat memprihatinkan (Gambar 3.1). Hal penting yang perlu diperhatikan dari Gambar 3.2 adalah Indonesia menempati posisi ke-3 dalam hal jumlah, namun menempati posisi pertama dalam kecepatan pertumbuhan.



Gambar 3.2
Epidemiologi Total HIV Di Dunia Setiap 12 Menitnya

Stigma yang terkait dengan HIV positif adalah salah satu alasan mengapa penelitian di Amerika menunjukkan bahwa angka kejadian HIV meningkat. Stigma ini tidak hanya berdampak keengganan untuk mengungkapkan status HIV seseorang, sehingga tidak mungkin mendapatkan pengobatan atas bahaya penularan HIV dan melakukan penilaian kesehatan. Diperkirakan penyakit ini berperan besar dalam peningkatan jumlah pasien HIV.



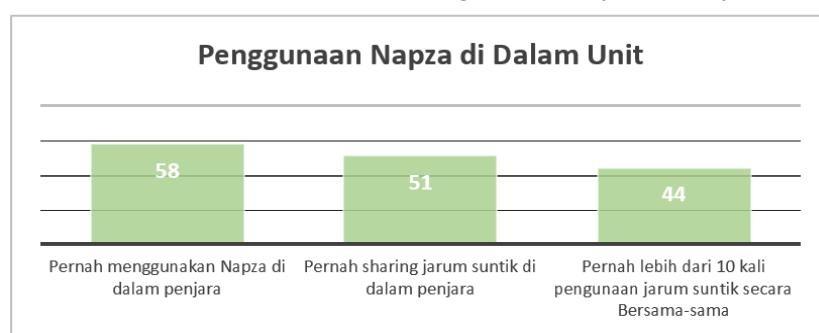
Gambar 3.3

Prediksi Skor Rata-Rata Stigma terhadap ODHIV dari Mahasiswa Kedokteran, Keperawatan, & Kebidanan dari 3 lokasi

C. Stigma Terhadap ODHIV

Mengakses layanan kesehatan dapat menjadi tantangan bagi Orang dengan HIV (ODHIV) dan kelompok masyarakat yang berisiko terpapar HIV karena stigma yang mereka hadapi di masyarakat. Bayangkan saja dampaknya jika perawat, dokter, dan bidan termasuk di antara tenaga kesehatan yang menerapkan stigma ini.

Jika ada petugas kesehatan atau calon profesional kesehatan yang melakukan stigmatisasi dan diskriminasi terhadap orang yang hidup dengan HIV atau komunitas penting yang berisiko terpajan HIV, hal tersebut di luar nalar dan kemanusiaan. Karena populasi kunci enggan memeriksakan kesehatannya dan menerima pengobatan ARV untuk menghentikan penularan, mereka harus memimpin dalam memberikan layanan kesehatan kepada ODHIV dan melaksanakan program untuk mencegah penyebaran HIV di masyarakat, tanpa secara sadar berkontribusi terhadap peningkatan penyebarannya.



Gambar 3.4
Penggunaan Narkotika dan Zat Adiktif di dalam unit Lembaga

D. Implementasi Teori *Caring*

Teori keperawatan *Caring* yang dikembangkan oleh Swanson hendaknya digunakan ketika memberikan asuhan keperawatan pada pengidap HIV agar dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat Indonesia dan mencegah infeksi HIV. Setidaknya ada empat langkah yang diperlukan untuk mencapai kesejahteraan tersebut. Mengaktifkan, Bersama, Mengetahui, dan Mempertahankan Keyakinan adalah langkah-langkah ini.



**Gambar 3.5
Adaptasi Teori Keperawatan *Caring* dari Swanson
dalam Pencegahan & Perawatan orang dengan HIV (ODHIV)**

Tahap *Enabling* mengacu pada fase di mana perawat mendukung pasien, pengidap HIV, atau mereka yang berisiko terpajan HIV sehingga mereka dapat memahami kesulitan yang mereka alami, terbuka untuk mengambil peran aktif dalam mencari solusi, dan secara mandiri berkontribusi untuk menghentikan penyakit tersebut. penyebaran HIV. Tahap *Being With* adalah intervensi terapeutik di mana perawat mendukung individu yang hidup dengan HIV dan semua masalahnya, membantu dalam menjaga kepatuhan terhadap terapi ARV sebagai bagian dari mendukung kelanjutan kampanye pencegahan penularan yang tiada henti dengan membantu memastikan kepatuhan pengobatan ARV dan meningkatkan kepercayaan diri ODHIV dan mereka yang berisiko terpapar HIV bahwa apa yang mereka lakukan adalah benar.

Orang dengan HIV dan kelompok berisiko penting lainnya mungkin memiliki pemahaman yang lebih baik tentang masalah mereka, termasuk perasaan, proses berduka, ketidaknyamanan, dan kesepian, selama tahap *Mengetahui*. Perawat bekerja bersama anggota populasi kritis untuk membantu mereka menjadi lebih mahir dalam memecahkan masalah dan mendukung ODHIV dalam menjalani kehidupan yang mandiri dan berdaya. Langkah terakhir disebut "Menjaga Keyakinan" yang berarti perawat harus terus mempunyai keyakinan bahwa pengobatan HIV harus diberikan dengan cara seefektif mungkin yang ditujukan tidak hanya bagi mereka yang pernah melakukan kontak dengan virus HIV tetapi juga bagi anggota populasi penting yang menunjukkan perilaku unik dan berbahaya.

Kesimpulannya, upaya pendampingan yang berkelanjutan, konsisten, dan gigih perlu diberikan kepada individu ODHIV serta pantang menyerah untuk mentransformasikannya menjadi individu yang mandiri dan berdaya. Orang dengan HIV positif dan kelompok populasi penting di penjara juga mengalami penyakit ini. Bahkan lebih sulit bagi ODHIV dan kelompok populasi kritis yang berada di penjara untuk mengungkapkan status HIV mereka secara terbuka, mendapatkan konseling, memulai pengobatan, dan tetap menjalani pengobatan.

E. Perawatan ODHIV di Lembaga Pemasyarakatan

Mengapa kasus HIV di lembaga pemasyarakatan penting dan wajib?

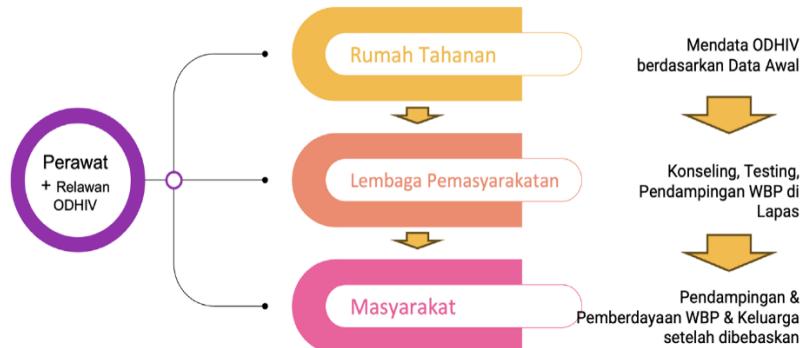
Tampaknya kesulitan yang dihadapi ODHIV di lembaga pemasyarakatan tidaklah kecil, mengingat parahnya stigma dan diskriminasi yang mereka alami dari masyarakat terhadap ODHIV dan kelompok berisiko penting lainnya. Salah satu kesulitan yang diidentifikasi dalam penelitian ini adalah, dari sampel penelitian, 58% responden pernah menggunakan narkoba selama berada di penjara. Belum lagi statistik yang mengejutkan bahwa 44% dari mereka telah menggunakan jarum suntik bekas untuk menyuntikkan narkoba lebih dari sepuluh kali.

Narapidana harus ditempatkan dalam suasana yang mendorong mereka untuk memulai hidup baru, bukan dalam suasana yang mendorong mereka untuk terus menggunakan narkoba. Namun, hal sebaliknya juga terjadi. Selain itu, baik ketika mereka berusaha untuk berhenti menggunakan narkoba atau ketika kenalan mereka di penjara mengetahui status HIV mereka, narapidana yang mengidap HIV dapat menghadapi stigma dari narapidana lain.

F. Program ATHENA

Sudah menjadi tugas kita sebagai perawat untuk berkontribusi dalam upaya mengatasi tingginya angka putus obat ARV dan rendahnya tingkat kepatuhan ARV. Kami melakukan ini dengan menjaga sikap welas asih terhadap pasien, klien, keluarga, dan masyarakat. memanfaatkan ATHENA yang diciptakan oleh Karina Danvers pada tahun 2015. Tim Universitas Indonesia membuat program ATHENA yang merupakan singkatan dari AIDS Therapy by Nursing Assessment. Ada sedikit perubahan kecil dari program ATHENA sebelumnya. Program ini dikembangkan sebagai alternatif untuk memberikan penilaian terhadap masalah dan bantuan kepada ODHIV selama masa penahanan dan setelah pembebasan mereka. Orang dengan HIV yang berada di lembaga pemasyarakatan biasa disebut dengan warga binaan pemasyarakatan dengan HIV. Studi kami berfungsi sebagai validasi ilmiah dari program dukungan ATHENA di lembaga pemasyarakatan dan perpanjangan kontribusi komunitas kami, khususnya kepada penghuni lembaga pemasyarakatan tersebut.

ATHENA:
Pendampingan Perawat pada Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP)



Gambar 3.6
ATHENA: Pengkajian Permasalahan, Pengobatan & Pendampingan

Narapidana (WBP) yang mengidap HIV positif menghadapi diskriminasi dan stigma ganda, serta kurangnya integrasi layanan kesehatan selama mereka berada di lembaga pemasyarakatan atau setelah dibebaskan. Penyediaan layanan kesehatan bagi ODHA dan ODHA di rumah sakit dan puskesmas mulai lebih terstruktur. Namun pemberian layanan kesehatan terhenti ketika mereka dijatuhi hukuman penjara.

Perawat dan relawan dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) disediakan oleh ATHENA untuk WBP ODHIV untuk mendukung mereka dalam menjalani hidup sehat, tidak melakukan perilaku berbahaya, dan mematuhi pengobatan ARV. Dengan bantuan teman sebaya dan perawat, ATHENA memberikan kesempatan kepada WBP ODHIV dan keluarganya untuk belajar lebih banyak dan menjadi lebih termotivasi untuk mematuhi rejimen pengobatan ARV setiap hari selama sisa hidup mereka. Asuhan keperawatan diberikan kepada narapidana ODHA baik selama masa penahanan maupun setelah pembebasannya.

Membantu perawat dan relawan penderita WBP dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan ARV jika dilakukan dengan rasa kasih sayang. Peningkatan kepatuhan secara keseluruhan mencapai 78,2% bila dilihat tingkat keberhasilan dari narapidana yang mempunyai nilai baik, sangat baik, dan luar biasa. Hal ini menunjukkan bagaimana layanan komunitas dan proyek penelitian perawat dapat meningkatkan pengetahuan narapidana tentang pentingnya mendapatkan konseling, berpegang pada rencana pengobatan ARV, dan tidak melakukan perilaku berbahaya. Perilaku narapidana di lembaga pemasyarakatan telah berubah secara signifikan.

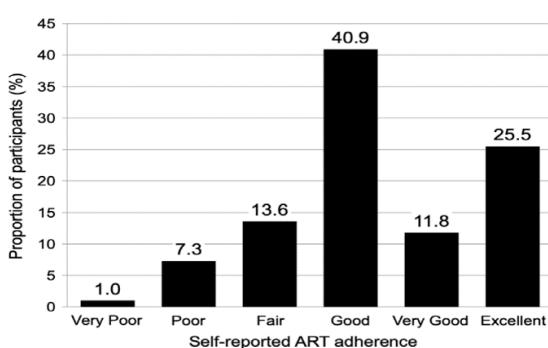
Penelitian yang dilakukan bersamaan dengan kerja sukarela disebut sebagai "penelitian tindakan". Penelitian tindakan melibatkan peneliti yang mengidentifikasi permasalahan melalui kerja sama dengan berbagai pemangku kepentingan, seperti Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, Kementerian Kesehatan, praktisi, lembaga swadaya masyarakat, pengidap HIV, serta akademisi dan peneliti Universitas Indonesia, Universitas Delaware dan Universitas Illinois di Chicago. Setelah mendefinisikan masalah dari berbagai sudut pandang, disepakati metode pemberian bantuan atau intervensi kepada kelompok demografi utama, dan jenis bantuan serta pemantauan perubahan perilaku dan

kondisi fisik yang diukur melalui nilai laboratorium para narapidana. Responden merupakan pemain utama dalam inisiatif penelitian dan pengabdian masyarakat ini; mereka adalah narapidana HIV-positif di lembaga pemerintahan. Para peserta lokakarya, termasuk seorang pengidap HIV, menawarkan perspektif dan gagasan berharga yang meningkatkan kualitas inisiatif penelitian tindakan ini.

Perawat yang akan terlibat dalam program bantuan perawat bagi narapidana HIV positif harus memiliki kemampuan konseling profesional, yang telah menerima pelatihan dari pusat pelatihan konseling yang memiliki rekam jejak dalam menghasilkan konselor yang mahir membantu berbagai populasi kritis yang hidup dengan HIV. Salah satu keterampilan yang paling penting dalam mengevaluasi permasalahan yang dihadapi narapidana HIV-positif selama program bimbingan di penjara dan setelah pembebasan mereka adalah konseling. Perawat mendapatkan pelatihan dalam melakukan pengkajian serta penguatan perilaku sehat, seperti tidak mengonsumsi narkoba dan perilaku seksual berbahaya, sepanjang pelatihan dan lokakarya.

Perawat diajarkan untuk bekerja langsung dengan ODHIV setelah menyelesaikan latihan demonstrasi dan mendemonstrasikan kembali keterampilan konseling dan pendampingan WBP ODHIV. Proses konseling dilakukan secara tatap muka antara perawat dengan pasien WBP atau ODHIV. Pelatihan perawat untuk bekerja langsung dengan ODHIV dimulai. Proses konseling merupakan interaksi tatap muka antara perawat dengan WBP atau pasien ODHIV yang berlangsung dalam ruangan privat yang dijaga kerahasiaannya. Sebelum dilakukan penyuluhan, gambaran umum disajikan pada gambar berikut. Berdasarkan observasi penelitian, tingkat kepatuhan pengobatan meningkat sementara proporsi WBP ODHIV yang mengikuti proses pendampingan menurun seiring berjalannya waktu.

Di bawah pengawasan perwakilan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, perawat dan relawan dari lembaga swadaya masyarakat memberikan bantuan perawatan dan pengobatan kepada warga binaan. Mereka didampingi oleh petugas dari klinik penjara. Pasca keluarnya WBP ODHIV, program bantuan perawatan dan pengobatan juga terus berlanjut. Tes laboratorium viral load merupakan bagian dari program bantuan masyarakat di klinik rumah sakit rujukan, jika merupakan bagian dari program dukungan penjara.



Gambar 3.7
Self-Reported Antiretroviral Therapy (ART) Adherence

G. Pemberitahuan Persahabatan dan Pasangan

Peneliti melakukan workshop dan membahas tentang monitoring dan asesmen program pendampingan PWPD ODHA di Lapas dan masyarakat setelah program pendampingan WBP ODHIV berhasil dilaksanakan di lingkungan tersebut. Dalam pertemuan yang sama, para ahli membahas perancangan program pemberitahuan pasangan dan persahabatan sebagai cara untuk meningkatkan kontribusi mereka terhadap pencegahan HIV. Program pendampingan ODHA WBP yang telah dilaksanakan di 2 Lapas dalam bentuk workshop rencananya akan diperluas ke lembaga pemasyarakatan di tempat dan Lokasi lain di Indonesia.

Dengan menyebarkan informasi, program pemberitahuan pasangan dan persahabatan bertujuan untuk menghentikan penyebaran HIV. memberikan pengetahuan mengenai potensi paparan HIV dari teman atau pasangan. Informasi disebarluaskan secara langsung oleh narapidana yang mengidap HIV atau berpasangan dengan perawat. Setelah diberi tahu, teman atau pasangannya mengetahui dan menyetujui tes diagnostik. Perawat akan membantu memberikan dukungan pada pasangan atau kenalannya yang telah terpapar HIV jika hasil pemeriksannya menunjukkan bahwa mereka telah terpapar.

Skema pemberitahuan hubungan dan persahabatan ini mendapat tanggapan yang sangat baik dari narapidana yang mengidap HIV. Mereka menyetujui program notifikasi ini karena mereka menginginkan teman dan pasangannya menyetujuinya, mereka ingin teman dan pasangannya segera dites untuk mengetahui apakah mereka terpajan HIV untuk mencegah mereka tertular seperti mereka.

Perawat mendampingi pengidap HIV di lembaga pemasyarakatan bersama kerabat, teman seaya, dan masyarakat, namun hanya dengan sikap welas asih dan kepedulian terhadap warga binaan. Itulah mengapa memiliki pola pikir welas asih sangatlah penting. Pendampingan menjadi sebuah tanggung jawab mulia untuk memutus penyebaran virus HIV di tanah air ketika seseorang memiliki sikap belas kasih terhadap populasi penting dan Orang dengan HIV (ODHIV). Banyaknya hambatan yang dihadapi narapidana yang mengidap HIV—stigma ganda dan diskriminasi—menjadi tidak terlihat ketika mereka mendapatkan perawatan yang tidak tergoyahkan. Perawat memberikan perawatan yang penuh kasih dan berkomitmen kepada populasi rentan dan narapidana yang mengidap HIV positif, memungkinkan mereka untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan secara aktif berupaya menghentikan penyebaran infeksi.

H. Penutup

Profesi perawat didorong oleh kasih sayang. Semua pihak, tidak hanya perawat, harus mendukung upaya negara dalam melindungi warganya dari infeksi HIV. Namun, perawat dan profesional medis lainnya harus menghindari bertindak sebagai agen yang menyebarkan rasa malu. Yang memimpin upaya untuk mengurangi stigma dan prasangka terhadap orang HIV-positif haruslah perawat dan profesional kesehatan lainnya. Orang yang hidup dengan HIV yang berada di penjara dan anggota kelompok berisiko tinggi terpajan

HIV memiliki perbedaan yang berbeda karena mereka mendapat stigma dalam banyak hal. Untuk menerima kelompok-kelompok penting di tengah kehidupan bermasyarakat, diperlukan prosedur yang bertahap.

Selain menghilangkan stigma dan prasangka terhadap ODHIV, inisiatif penting lainnya adalah membantu penyandang HIV atau populasi kunci yang berisiko tertular HIV yang berada di lembaga pemasyarakatan. Dukungan diberikan selama tes, konseling, dan pengobatan ARV. Bantuan tersedia bagi ODHIV baik saat mereka berada di dalam penjara maupun setelah mereka dilepaskan kembali ke masyarakat. Pasangan atau orang terdekat ODHIV juga berhak mendapatkan pendampingan, selain pasien atau ODHIV. Salah satu cara perawat mendukung WBP ODHA adalah dengan membantu mereka mengidentifikasi orang-orang yang menjadi pasangannya dan orang-orang terdekatnya, seseorang mungkin pernah terpajan HIV secara langsung.

Dengan atau tanpa bantuan perawat, ODHIV WBP akan berusaha menghubungi pasangan dan temannya yang telah teridentifikasi. Ketika ODHA WBP menyampaikan kabar buruk kepada teman atau kekasihnya, perawat dapat membantu dengan memberikan dukungan. bantuan dilanjutkan dengan konseling, tes, dan bantuan pengobatan ARV dari pasangan atau teman.

Semakin besar tingkat kesadaran masyarakat kritis terhadap tes dan partisipasi dalam pengobatan ARV, maka semakin baik. Penting bagi lebih banyak tenaga keperawatan untuk mengambil bagian dalam program pemberitahuan pasangan dan persahabatan untuk menghentikan penyebaran infeksi HIV melalui inisiatif kepedulian terhadap bangsa yang lebih luas dan luas, di antara populasi kritis yang berisiko tertular HIV, termasuk narapidana, pasangannya, dan teman-temannya.

Referensi

- Bulantika, S.Z., (2017). *Pengaruh Persepsi Masyarakat Terhadap Kecemasan Kaum Homoseksual/Lesbian*. Jurnal Edukasi, Vol. 3 No. 2Riegelman R, Kirwood B. Public Health 101. 3rd ed. John & Bartlett Learning, 2019.
- CDC. (2015). *Adherence Through Home Education and Nursing Assessment (ATHENA). Compendium of Evidence Based Intervention and Best Practices for HIV Prevention*. https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/ma/cdc-hiv-athena_ma_good.pdf
- Culbert, G. J., Waluyo, A., Iriyanti, M., Muchransyah, A.P., Kamarulzaman, A., & Altice, F.L. (2015). *Within-Prison Drug Injection among HIV-infected Male Prisoners in Indonesia: A Highly Constrained Choice. Drug & Alcohol Dependence*. 01/2015; 149
- Culbert, G. J., Kamarulzaman, A., Earnshaw, V., Wulan, S., Waluyo, A., & Altice, F.L. (2015). *Correlates and Experiences of HIV Stigma among Prisoners Living with HIV in Indonesia: A Mixed Method Analysis. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. JANAC 07/2015
- Culbert, G.J., Waluyo, A., Wang, M. et al. *Adherence to Antiretroviral Therapy Among Incarcerated Persons with HIV: Associations with Methadone and Perceived Safety*. AIDS Behav 23, 2048–2058 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2344-6>
- Culbert, G.J. Levy, J. A. Steffen, Alana D. Waluyo, A, Earnshaw, V. A., Rahadi, A. (2023). *Impart: findings from a prison-based model of HIV assisted partner notification in Indonesia*. Journal of the International AIDS Society. Volume 26, Issue 6 June 2023 Article number e26132.
- Culber G.J., Waluyo, A., Earnshaw, V.A. (2020). *Exploring the acceptability of HIV partner notification in prisons: Findings from a survey of incarcerated people living with HIV in Indonesia*; PloS one, 15(6) e0234697
- Razia Pendse, Somya Gupta, Dongbao Yu, Swarup Sarkar, (2016). *HIV/AIDS in the South-East Asia region: progress and challenges*. Journal of Virus Eradication. Volume 2, Supplement 4, Pages 1-6, ISSN 2055-6640, [https://doi.org/10.1016/S2055-6640\(20\)31092-X](https://doi.org/10.1016/S2055-6640(20)31092-X).
- Richard J. Wolitski, Sherri L. Pals, Daniel P. Kidder, Cari Courtenay-Quirk & David R. Holtgrave, (2009). *The Effects of HIV Stigma on Health, Disclosure of HIV Status, and Risk Behavior of Homeless and Unstably Housed Persons Living with HIV*. AIDS and Behavior volume 13, pages1222–1232
- Syafei, H. (2017). *Sikap Mahasiswa Universitas Negeri Yogyakarta Terhadap Homoseksualitas*. Jurnal Riset Mahasiswa Bimbingan dan Konseling, Volume 3, Nomor 9, September 2017.
- Waluyo, A., Culbert, G. J., Levy, J., & Norr, K. (2015). *Understanding HIV-related Stigma Among Indonesian Nurses*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. Vol. 26 (1): 69-80. Epub 2014 Apr 20
- Waluyo, A., Mansyur, M., Earnshaw, V.A., Steffen, A., Herawati, T., Maria, R., & Culbert, G.J. (2022). *Exploring HIV Stigma among future healthcare providers in Indonesia*; AIDS Care, 34(1), pp. 29-38

BAB 4

Dukungan Psikososial Spiritual: Kontribusi Penting Keperawatan Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Klien dengan Penyakit Katastropik

Ariyanti

A. Pendahuluan

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit (UU Kep No 14, 2014). Perawat sebagai tenaga Kesehatan yang profesional mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif dalam membantu klien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Perawat memandang klien sebagai mahluk bio-psiko-sosiokultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan yang dialaminya. Salah satu masalah yang dialami klien adalah masalah kesehatan jiwa.

Kerentanan akan masalah kesehatan jiwa saat ini semakin meningkat, yang belum dapat sepenuhnya diselesaikan, baik tingkat global maupun nasional. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami depresi (Rokom, 2021). Kondisi ini membutuhkan perhatian yang lebih baik, dukungan kesehatan jiwa dan psikososial menjadi strategi penting untuk dilaksanakan karena kesehatan jiwa harus terus dijaga agar dapat dicegah pada kondisi yang lebih berat. Hal ini sejalan dengan tujuan *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2030 dalam aspek Kesehatan yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia, pada kondisi ini kesehatan jiwa menjadi unsur penting dalam mengukur kualitas kesehatan seseorang.

Dalam menjalankan perannya, keperawatan turut berkontribusi dalam menyelesaikan masalah tersebut, khususnya pada area keperawatan jiwa. Oleh karena itu keperawatan jiwa sangat dibutuhkan disemua area pelayanan kesehatan, termasuk di Rumah Sakit Umum khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit katastropik. Beban penyakit katastropik meningkat dengan cepat di seluruh dunia. Pada tahun 2020

kontribusi prevalensi penyakit katastropik diperkirakan meningkat menjadi 73% dari semua kematian dan 60% dari beban penyakit global. Sekitar 79% kematian yang disebabkan oleh penyakit ini terjadi di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Empat dari penyakit katastropik yang paling umum terjadi adalah penyakit kardiovaskular (CVD), kanker, penyakit paru obstruktif katastropik dan diabetes melitus (WHO, 2015). Perubahan gaya hidup menjadi determinan utama pada penyakit katastropik (Oostrom, 2016).

Penyakit katastropik merupakan penyakit yang berkepanjangan, bersifat menetap dan jarang sembuh sempurna sehingga mengakibatkan ketidak mampuan klien dalam berbagai aspek, dan untuk menyembuhkannya diperlukan perawatan dalam periode waktu yang lama (Lubkn & Larsen, 2006). Selain itu, klien dengan kondisi katastropik membutuhkan penyesuaian terhadap keterbatasan yang ditimbulkan. Penyakit katastropik akan menyebabkan masalah fisik, psikologis, sosial dan spiritual yang akan menyebabkan penurunan kualitas hidup (QOL), yang secara tidak langsung akan menjadi beban ekonomi bagi individu, keluarga, dan komunitas secara keseluruhan (Chapman et al, 2005). WHO (2003) menyampaikan dalam laporannya bahwa prevalensi kejadian depresi terjadi pada beberapa penyakit fisik antara lain: hipertensi (> 29 %), Infark Myocard (> 22 %), Epilepsi (> 30 %), Stroke (> 29 %), Diabetes (> 27 %), kanker (> 33 %), TBC (> 46%), populasi lain (> 10 %),

Berbagai studi memperlihatkan bahwa ada kaitan yang erat antara penyakit katastropik dengan gangguan mental emosional yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian Nuridah & Saleh, A (2019) menemukan bahwa faktor yang paling berhubungan dengan kualitas hidup penderita kanker kolorektal di Rumah Sakit di Kota Makassar adalah depresi akibat proses kemoterapi yang lama dan fatigue. Penelitian lain menyebutkan kelelahan (*fatigue*) baik fisik maupun psikologis, gangguan tidur, kurang nafsu makan, rasa tertekan dan nyeri pada klien kanker dapat menurunkan kualitas hidup (Ferrel, 2012; Al Qadire & Al Khalaileh, 2014). Studi fenomenologi yang dilakukan pada klien Ca Colorektal, ditemukan bahwa terjadi perubahan dalam pelaksanaan ritual ibadah pada klien setelah terpasang kolostomi permanen yaitu perubahan dalam melaksanakan ibadah sholat, bersuci/berwudhu dan puasa dan data juga ditemukan adanya partisipan yang meninggalkan ibadah sholatnya (Arafah & Saleh, A, 2017).

Hasil penelitian Widakdo & Besral (2013) menunjukkan bahwa dari sepuluh penderita penyakit katastropik, dua sampai lima penderita akan mengalami gangguan mental emosional. Risiko gangguan mental emosional semakin tinggi bersamaan dengan semakin banyak jumlah penyakit katastropik yang diderita, Klien yang mengalami satu penyakit katastropik berisiko 2,6 kali lebih besar untuk mengalami gangguan mental emosional, yang menderita dua penyakit katastropik berisiko 4,6 kali, yang menderita tiga penyakit katastropik atau lebih berisiko 11 kali, hal ini tentunya akan menurunkan kualitas hidup klien dan memperburuk kondisi yang dialami.

Gangguan mental emosional tersebut mengindikasikan bahwa individu mengalami suatu perubahan emosional yang apabila tidak ditangani dengan baik dapat berkembang menjadi patologi. Salah satu masalah gangguan emosional yang sering ditemui pada klien

katastropik dan menimbulkan dampak psikologis cukup serius seperti kecemasan, ketidakberdayaan serta distress spiritual. Kondisi tersebut jika terus meningkat akan berdampak pada penurunan produktivitas dan kualitas hidup seseorang sehingga membutuhkan upaya-upaya preventif keperawatan kesehatan jiwa dalam menurunkan prevalensi gangguan jiwa. Sama halnya dengan gangguan fisik, klien dengan katastropik yang tidak mendapatkan treatment serius dapat disertai gejala psikososial yang berujung pada gangguan emosional (Taylor, 2007).

Situasi tersebut membutuhkan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasinya, namun intervensi yang dilakukan selama ini masih lebih berfokus pada intervensi fisik, hanya 20% klien yang dapat terpenuhi kebutuhan psikososialnya yang diberikan melalui pemberian informasi dan dukungan emosional dibandingkan dengan pemenuhan kebutuhan fisik. Hal ini disebabkan karena belum optimalnya peran perawat dalam berinteraksi dengan klien sehingga dalam periode yang panjang klien merasakan kesepian, mereka hanya berbaring saja dan 60% waktu klien sendiri dan berbaring saja (Syamsulalam & Saleh, A, 2015; Moran, *et al*, 2009; Webstrook, *et al*, 2011).

Berdasarkan beberapa temuan tersebut, dan adanya program WHO & JCI (WHO, 2015; JCI, 2013) tentang penyelenggaraan perawatan paliatif melalui perawatan holistik biopsikosospiritual untuk meningkatkan kualitas hidup klien dengan penyakit katastropik, maka salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan mental emosional adalah memberikan intervensi keperawatan psikososial spiritual yang optimal. Perawat sangat berperan penting dalam kondisi ini karena perawat mendampingi klien 24 jam, perawat yang paling tahu perjalanan naik turunnya emosional klien selama perawatan. Dalam peran mendampingi klien, maka yang menjadi salah satu dasar filosofis pelaksanaannya adalah teori *Caring*. *Caring* merupakan esensi dari profesi keperawatan (Tonges M & Ray J, 2011).

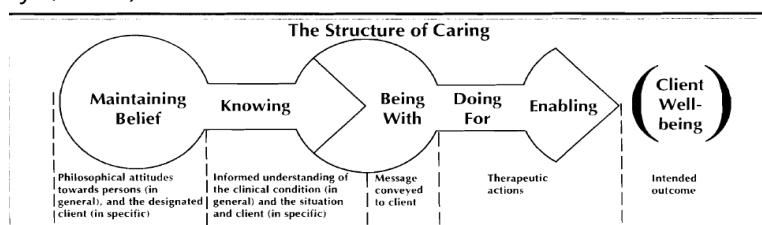


Figure 1: The structure of caring as linked to the nurses' philosophical attitude, informed understandings, message conveyed, therapeutic actions and intended outcome.

Gambar 4.1
The Structure of Caring
(Alligood, 2017)

Salah satu teori keperawatan tentang *Caring* adalah teori yang dikembangkan oleh *Swanson*. *Caring* adalah suatu hubungan maupun proses antara seorang pemberi asuhan (perawat) dan klien untuk meningkatkan suatu kepedulian demi terciptanya suatu kondisi klien yang baik. Berdasarkan Teori Swanson, prinsip *Caring* meliputi: menumbuhkan keyakinan (*Maintaining belief*), mengidentifikasi masalah dan kebutuhan klien dan berusaha mengerti apa yang dialami klien (*Knowing*), menghadirkan diri secara utuh bersama klien dengan saling berkomunikasi kepada klien dengan tujuan saling berbagi apa yang dirasakan

klien dan memberikan dukungan dan kenyamanan baik secara fisik ataupun emosional (*Being With*), melakukan asuhan keperawatan dengan memberikan kenyamanan, selalu menjaga privasi dan memenuhi kebutuhan klien sesuai yang diperlukan (*Doing for*), meningkatkan proses penyembuhan klien agar mampu melakukan tindakan secara mandiri (*Enabling*) (Tonges M & Ray J, 2011), tahapan *Caring* inilah yang menjadi acuan perawat dalam memberi dukungan psikososial – spiritual pada klien.

B. Asuhan Keperawatan Psikososial-Spiritual

Asuhan keperawatan psikososial-spiritual adalah salah satu bentuk intervensi keperawatan jiwa ditatakan layanan Rumah Sakit Umum yang dilakukan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan klien dengan cara membangun dialog dengan klien, memahami bagaimana klien memandang diri mereka sebagai individu, apa yang penting bagi mereka, dan bagaimana hubungan mereka dengan orang lain yang dapat mempengaruhi keputusan dan kemampuannya selama perawatan, membantu klien untuk memahami lebih baik makna/arti dan tujuan hidup, meningkatkan kapasitas klien untuk mencintai dan memberikan dukungan lebih lanjut atas nilai-nilai spiritual klien. Tujuan Asuhan keperawatan psikososial-spiritual untuk meningkatkan coping, mengurangi tekanan psikologis dan gejala fisik melalui peningkatan kualitas hidup, menemukan makna spiritual dalam kondisi sakit (Reinert & Konieg, 2013: Hodgikson, 2008).

C. Peran Asuhan Keperawatan Psikososial-spiritual dalam Peningkatan Kualitas Hidup Klien dengan penyakit Katastropik

Beberapa penelitian telah menunjukkan manfaat dari Asuhan keperawatan psikososial-spiritual pada penyakit katastropik, antara lain: penggunaan spiritual dan agama dalam perilaku coping dapat mengurangi gejala depresi (Koenig, 2012; Bonelli, et al, 2012). Aktivitas religius dan spiritual membantu seseorang untuk dapat membingkai kembali kejadian stress yang dialami dan hal tersebut menjadi motivasi intrinsik untuk berdamai dengan stressor yang ada, selain itu spiritual meningkatkan pemberdayaan personal dalam menghadapi stressor dengan merasakan aman dalam penjagaan Tuhan, dan dapat meningkatkan kesejahteraan spiritual (Herniyanti & Saleh A, 2017: Hefti, 2011). Penderita kanker dengan kolostomi permanen yang mengalami perubahan spiritual, ibadahnya lebih meningkat, respon penerimaan positif, dan memiliki harapan pada masa depan (Arafah & Saleh, A, 2017). Hasil meta analisis (Oh & Kim, 2014) tentang pengaruh intervensi spiritual terhadap gejala depresi dan spiritual well-being pada klien kanker yang dirawat dirumah sakit menemukan bahwa intervensi spiritual yang meliputi aspek agama (merasakan keharmonisan bersama Tuhan) dan aspek eksistensial (menemukan makna dan tujuan dalam hidup) berpengaruh positif dalam menurunkan gejala depresi. Agama menjadi suatu sumber coping yang mudah diakses yang dapat memberikan perasaan berharga bagi seseorang dalam situasi keterbatasan, kondisi tidak mampu diprediksi dan tidak dapat

dikontrol. Mekanisme agama yang dapat menurunkan gejala depresi yaitu mencegah sifat pesimistik sehingga menurunkan ketidakberdayaan, membuat seseorang mampu beradaptasi pada kondisi yang rentan dengan lebih mudah menemukan makna dalam kondisi sakit (Margetic, 2005). Penelitian Saleh, A, Nurfadillah& Arafat R (2023) menemukan bahwa tingkat kecemasan klien kanker menurun setelah dilakukan intervensi Spiritual Emotion Freedom Technique (SEFT).

Penelitian Delanay, et al, 2011 juga membuktikan bahwa intervensi berbasis spiritual dapat menurunkan gejala depresi dan meningkatkan kualitas hidup pada klien penyakit jantung. Intervensi edukasi yang diberikan tentang kesadaran akan anugerah Tuhan, meditasi untuk meningkatkan pemahaman akan diri, refleksi makna dan tujuan hidup, merasakan energi dan cinta dari Tuhan, serta menganjurkan klien untuk berdoa. Hasil review sistematis yang dilakukan oleh Konieg, King, & Carson, 2012 menemukan bahwa 61% dari 414 penelitian menyebutkan keyakinan dan praktik keagamaan dapat membantu seseorang dalam mengatasi stress dibandingkan dengan strategi coping non religius. Koping religius jauh lebih signifikan dalam menurunkan depresi. Dukungan sosial, strategi coping, edukasi, dan manajemen diri yang aktif juga efektif untuk meningkatkan kualitas hidup klien dengan penyakit katastropik (Megari, 2013).

Hasil penelitian Popovich, et al, 2017 menyebutkan bahwa salah satu mekanisme coping pada klien stroke adalah keyakinan dan praktik spiritual. Koping spiritual dapat membantu klien stroke menerima kondisi dirinya yang baru/manifestasi dirinya yang baru, dimana penerimaan diri sangat dibutuhkan bagi klien stroke yang memiliki potensi mengalami kecacatan, selain itu coping spiritual dapat meningkatkan motivasi klien dalam menjalani pemulihan dengan mempelajari keterampilan baru yang membuat mereka lebih fungsional (Omu et al, 2014; Arafat, 2018).

Selain dari aspek psikologis, Intervensi psikospiritual juga menunjukkan kontribusinya dalam aspek fisik. Ketika kondisi emosional tidak stabil dan stressor meningkat, pada fase awal maka akan meningkatkan Adrenocorticotropic Hormone (ACTH), Peningkatan ACTH mengaktifkan korteks adrenal untuk menyekresi hormon *glukokortikoid* terutama kortisol, yang akan berperan dalam mengatur regulasi tubuh untuk menyiapkan energi dan perubahan metabolismik. Kortisol berperan sebagai penekan sintesis protein termasuk sintesis imuno- globulin, menurunkan populasi eusinofil, basofil, limfosit, dan makrofag di daerah tepi. Kortisol yang tinggi juga dapat menimbulkan atrofi jaringan limosit dalam timus, limpa, dan kelenjar limfe. Namun jika mekanisme coping gagal, maka akan berlanjut pada fase kelelahan seperti yang terjadi umumnya pada kondisi katastropik, Stres akan menyebabkan penurunan respon limfoproliferatif terhadap mitogen (PHA, Con-A), aktivitas sel *natural killer* (NK) dan produksi interferon gama (IFN-) menurun yang berdampak pada menurunnya imunitas (Cordero et al, 2022). Proses ini menjadi mekanisme timbal balik, jika mekanisme coping seseorang baik maka terjadi penurunan kadar kortisol pada aksis HPA sehingga leukosit dan sitokin tidak mengalami reposisi, imunitas membaik yang akan mempengaruhi proses homeostasis secara positif (Elenkov et al, 2005), hal ini tentunya akan berdampak pada kondisi fisik klien secara keseluruhan. Koping Positif dapat dibangun

melalui beberapa intervensi psikospiritual. Kondisi ini dibuktikan pada berbagai penelitian berikut:

Terapi murottal alquran efektif terhadap perubahan level Interleukin-6 pada klien TB Paru, yang memberikan dampak positif dalam proses penyembuhan klien dengan Tuberkulosis paru (Zakariyati & Saleh A, 2017). Pada penelitian lain menemukan bahwa pemberian bubuk metronidazole terhadap luka Breast Cancer efektif dalam mengurangi odour (bau), eksudat dan jumlah bakteri, hal ini tidak hanya berpengaruh terhadap fisik tetapi juga psikis dan social klien (Saleh, A & Hamdanah, 2017), dimana adanya bau pada luka secara signifikan sangat mempengaruhi kualitas hidup klien (Lo, Hayter, Hu, tai, Hsu & Li, 2011).

Teknik relaksasi guided imagery dapat menurunkan nyeri dan menyebabkan perubahan yang positif pada tekanan darah dan denyut nadi pada klien dengan kanker payudara (Saleh A, 2019). Seseorang yang kesejahteraan spiritualnya baik maka hormon kortisolnya rendah, dimana efek protektor spiritualitas dan agama melawan hormon stress (kortisol) yang diproduksi oleh neuro endokrin (Mihaljevic, et al, 2011), intervensi guided imagery yang dilakukan pada klien kanker colorectal menurunkan kortisol dan tingkat depresi (Saleh A, Sabriyati & Ningrat, 2022). Spiritualitas memegang peranan penting dalam menurunkan penderitaan yang dialami oleh klien penyakit katastropik dan sekaligus meningkatkan kualitas hidup (fisik, psikologis, sosial & spiritual), yang merupakan fokus utama perawatan paliatif (Adegbola, 2007; Megari, 2013). Keyakinan akan kesembuhan akan memberikan manfaat bagi kondisi psikososialnya yang pada akhirnya berdampak pada kondisi fisik menuju yang lebih baik seperti yang terdapat dalam Alquran (QS asy Syuraa: 80): *Wa idzaa maridhtu fahuwa yasyfiini.* "Dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku."

Mengingat besarnya manfaat asuhan keperawatan psikososial-spiritual, maka implementasinya pada perawatan klien dengan penyakit katastropik harus terus dilakukan. Berbagai bentuk intervensi keperawatan psikososial-spiritual yang dapat dikembangkan lebih lanjut saat ini dan dimasa yang akan datang meliputi antara lain:

1. Perawat memfasilitasi komunikasi klien secara intens

Perawat mendorong klien untuk menerima keterbatasannya saat ini dan mengidentifikasi hal positif yang ada pada kondisinya saat ini untuk dapat menemukan makna dan tujuan hidup. Perawat mengeksplorasi harapan klien akan masa depan. Perawat mengeksplorasi distress yang dialami klien dengan menjadi pendengar yang aktif, meluangkan waktu untuk mendengarkan klien. Hal ini bisa dilakukan dengan berbagai cara misalnya dengan story telling yang menggugah klien untuk mendiskusikan pengalaman pesonalnya, yang membuat perasaan terhubung dan adanya intimasi (Kisvetrova, 2016; Tuck et al, 2012). Suatu upaya untuk memaksimalkan proses edukasi pada klien, telah dikembangkan dalam buku ajar perawat sebagai Health educator (Saleh, A, 2020).

2. Caring (Being with)

Perawat membangun hubungan saling percaya dengan mendengarkan secara aktif dan hadir bersama klien. Mendengarkan secara aktif dapat meningkatkan refleksi diri pada klien. Dalam mendengarkan klien, perawat menunjukkan sikap yang respek, empati dan penuh kasih sayang sebagai bentuk dukungan coping klien dalam menghadapi penyakitnya yang disertai dengan sentuhan terapeutik. Keberadaan perawat disisi klien merupakan suatu terapi sebagai bentuk perhatian. Kehadiran perawat secara intens disamping klien merupakan salah satu bentuk dukungan spiritual (Musarezale, et al, 2015). Perawat mendoakan dan memotivasi klien pada saat melakukan Tindakan keperawatan, seperti pada saat melakukan injeksi atau tindakan keperawatan lainnya, perawat berdoa atas kesembuhan klien dan diperdengarkan kepada klien sebagai sebuah bentuk motivasi dan semangat untuk kesembuhannya. Meyakinkan klien bahwa dengan menyikapi secara positif penyakit yang diderita, maka kelak akan mendapat keutamaan yang tinggi disisi Allah SWT. Selain itu hal yang penting dalam mendukung kebutuhan Psikososial spiritual klien, perawat juga perlu memiliki kemampuan dalam membimbing klien dalam beribadah ketika sakit (Tayamum, Shalat yang disesuaikan dengan kondisinya, zikir dan doa). Manakala klien mengalami kondisi yang memburuk maka perawat perlu meningkatkan pendampingannya dalam menghadapi sakaratul maut atau dying prosesnya.

3. Mengkaji kebutuhan psikososial- spiritual

Melakukan pengkajian terkait dengan gambaran diri, gejala psikologis, keyakinan personal, sikap terhadap penyakit yang dialami, sumber dukungan, keyakinan kepada Tuhan, makna dan tujuan hidup. Pengkajian pengalaman klien dalam hal psikologis mengenai kehilangan atau kedukaan, persiapan menghadapi kematian, aspek praktik dalam kehidupan sehari-hari seperti tempat tinggal, keuangan, dan bantuan untuk kehidupan sehari-hari. Klien dengan penyakit parah mungkin merasa kehilangan kendali, takut, atau marah dan kerabat mereka juga mungkin mengalami emosi ini dan konsekuensi menyedihkan yang membuat jarak di antara mereka. Pengkajian ini penting agar perawat dapat memberikan intervensi yang tepat dan prioritas (Deter, 2012; Fan et al, 2017). Salah satu bentuk implementasi asuhan keperawatan telah dituangkan pada buku ajar Asuhan Keperawatan pada klien penyakit katastropik: Ca Paru (Saleh A, 2020).

4. Meningkatkan Nilai dan Keyakinan Klien, serta Memfasilitasi Kebutuhan Religi Klien

Perawat mendorong klien untuk menggunakan coping religius dengan meningkatkan keyakinan kepada Tuhan, Perawat memfasilitasi klien untuk menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya. Dampak positif coping spiritual religius terhadap kesehatan melalui 3 mekanisme utama yaitu mekanisme kognitif, perubahan pola pikir dan hubungan dalam komunitas religius. Aspek kognitif, meyakini Tuhan mampu mengatasi masalah dan memberi solusi, akan menguntungkan secara psikologis bagi klien karena dapat meningkatkan keyakinan klien akan kesembuhannya dan penerimaan terhadap

kondisi yang dialaminya. Berdoa, meditasi yang dilakukan dengan tenang dan konsentrasi dapat meningkatkan relaksasi sehingga menstabilkan denyut nadi, menormalkan gelombang otak dan menurunkan frekuensi pernapasan. Berdoa juga bermanfaat secara psikologis yaitu dapat meningkatkan harapan klien untuk pulih dan menurunkan stress. Bergabung dalam komunitas keagamaan merubah sikap klien terhadap kehidupan, kematian, dan kebahagiaan, meningkatkan hubungan yang positif dan rasa saling memiliki dengan orang lain (Saad & Medeiros, 2012).

5. Mengoptimalkan Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga seperti bantuan fisik, dukungan emosional, sikap empati dan mendengarkan keluhan klien merupakan bentuk perhatian keluarga yang dapat meningkatkan coping klien yang pada akhirnya menurunkan tingkat depresi individu. Individu yang menerima banyak dukungan sosial akan menggunakan coping yang lebih baik. Dukungan keluarga terbukti menurunkan tingkat depresi pada individu baik secara langsung maupun tidak langsung melalui penggunaan coping yang adaptif (Oktavia, 2014).

6. Meningkatkan strategi coping

Mengidentifikasi strategi coping yang dapat digunakan oleh klien untuk mengatasi masalahnya. Berbagai strategi psikoterapeutik yang bisa dilakukan: relaksasi, strategi kognitif, manajemen perilaku agar tetap dapat memelihara sikap mental yang positif, dan beradaptasi terhadap kehidupanya dengan kondisi katastropik (Deter, 2012 ; Legg, 2013). Mendukung strategi coping klien melalui penguatan self-ficacy dapat meningkatkan kontrol glicemic pada klien lansia dengan DM type 2 (Saleh A, Wirda, Irwan A.M, 2021), juga melalui buku tentang support psikis dan menajemen emosi, menjadi salah satu bentuk implementasi yang dilakukan pada klien penyakit katastropik: Diabetes Mellitus (Saleh, A, 2017).

7. Menciptakan harapan

Menciptakan harapan melalui proses mengidentifikasi masalah kondisi katastropik yang dialami, mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki saat ini, menjadikan kemampuan diri sebagai sumber harapan, membayangkan hal terbaik yang diharapkan, dan menyusun tujuan realistik yang ingin dicapai agar klien dapat merasakan antusiasme hidup dalam kondisinya yang baru, sehingga distress emosional dapat diminimalkan. Perawat berperan dalam menciptakan harapan bagi klien, mereka dapat mengatur lingkungan atau cara agar klien dapat merasakan harapan. Harapan merupakan salah satu nilai dasar dalam proses keperawatan (Hammer, Mogensen & Hall, 2009).

D. Penutup

Perawat mendampingi klien disetiap fase penyakit katastropik yang dialami, dalam kondisi paliatif dukungan psikososial-spiritual sangat dibutuhkan untuk tetap mampu beradaptasi dengan kondisinya dan akan menjadikan kualitas hidup klien lebih baik. Beberapa studi telah dilakukan dari berbagai aspek baik dalam upaya meningkatkan kapasitas perawat dalam asuhan keperawatan psikososio-spiritual maupun pengembangan keilmuan melalui penelitian terapan pada layanan klien dengan katastropik secara langsung. Intervensi psikososio-spiritual dalam keperawatan jiwa memberikan kontribusi yang amat penting dalam penanganan penyakit katastropik, berdampak pada mengurangi lama hari rawat, mengurangi beban biaya dan menjadi solusi agar masyarakat tetap dapat merasakan well-being dalam kondisi katastropik, sehingga pengembangannya terus berkesinambungan dalam domain penelitian dan layanan keperawatan jiwa secara langsung karena pada prinsipnya

"No health without mental health"

Referensi

- Abdullah, Saleh A, Syahrul (2022) The Nurse-Clergy Collaboration in The Application of Spiritual Nursing in Hospital: A Scoping Review, *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, Vol 8, No 1, Tahun 2022.
- Adegbola M. (2007). *Spirituality and quality of life in chronic illness*. J Theor Construction Testing; 10:42-6.
- Al Qadire, M., & Al Khalaleh, M. (2014). *Prevalence of Symptoms and Quality of Life Among Jordanian Cancer Patients*. Clinical nursing research
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work (9th ed.)*. Elsevier – Health Sciences Division.
- Astuti, Sjattar E. L, Saleh A (2022), *Pengaruh Healing Touch dalam mengurangi Gejala Nyeri, Mual dan Muntah pada Klien Kanker*. Jurnal Keperawatan: Vol 14 No3 Tahun2022.
- Arafah M, Saleh A, Kaelan C, Yusuf S. (2017). *Pengalaman Spiritual Klien Kanker Kolon dengan Kolostomi Permanen: Studi Fenomenologi*. Journal of Islamic Nursing: Vol 2: 2.
- Arafat R, Ratna S, Mustikasari, Madjid A. (2018). *Spiritual Coping in People Living With Stroke*. International Journal of Caring Science: Vol 11: 2: 658.
- Bonelli, R., Dew, R.E., Koenig, H.G., Rosmarin, D.H., Vasegh, S. (2012). *Religious and spiritual factors in depression: review and integration off the research*. Depression research and treatment.
- Chapman DP, Perry GS, Strine TW. (2005). *The vital link between chronic disease and depressive disorders*. Prev Chronic Dis.
- Cheng C, Inder K, Chan S.W.C. (2018). *Patients' experiences of coping with multiple chronic conditions: A meta-ethnography of qualitative work*. International Journal of Mental Health Nursing.

Cordero RD, Lorite IM, Escano JV. (2022). *Spiritual dimension in Neurological and Neurodegenerative Diseases: A Systematic Mapping Review*. Journal of Religion in Health.

Delaney, C., Barrere, C., Helming, M. (2010). *The influence of spirituality based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease*. Journal of holistic nursing.

Deter H.C. (2012). *Psychosocial interventions for patients with chronic disease*. BioPsychoSocial Medicine 2012, 6:2.

Fan S.Y, Lim I.E, Hsieh J.G, Chang C.J. (2017). *Psychosocial Care Provided by Physicians and Nurses in Palliative Care: A Mixed Methods Study*. Journal of pain and symptoms management: Vol 53 (2).

Ferrell, B.R. (2012). *Quality of life instrument – Colorectal cancer (QOL- CRC)*. National Medical Center and Beclman Research Institute, 1-8.

Hammer, J., Morgenson & Hall. (2009). *The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis*. Scandinavian journal Caring science.

Hefti, R. (2011). *Integrating religion and spirituality into mental healthcare, psychiatry and psychotherapy*. Religions and and psychotherapies.

Herniyanti, Saleh A, Irwan M. (2017). *Intervensi perawatan spiritual bagi klien kanker: literature review*. Jurnal peneltian & pemikiran ilmiah keperawatan.

Hodgkinson, K. 2008. *What is the psychosocial impact of cancer*. In Hodgkinson, K. and Gilchrist, J. *Psychosocial Care of Cancer Patients*, Chapter 1, p1-12, Ausmed, Melbourne.

Join Commision International (JCI). (2013). *Join Commision Internatioanl Accrediation for Hospitals 5 th edition*.

Kisvetrová, H., Školoudík, D., Joanovič, E., Konečná, J., & Mikšová, Z. (2016). *Dying Care Interventions in the Intensive Care Unit*. Journal of Nursing Scholarship, 48(2), 139-146.

Koenig, H.G. (2012). *Religion, spirituality and health: The research and clinical implications*. ISRN Psychiatry.

Legg M.N. (2013). *What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients*. Australian Journal of Advanced Nursing: Volume 28: 3.

Lo S.F, Hayter M, Hu W.Y, Tai C.Y, Hsu M.Y, Li Y.F. (2012). Symptom Burden and Quality of Life in Patients With Malignant Fungating Wounds. Journal Advanced Nursing: 68: (6).

Lubkin, I.M., & Larsen, P.D. (2006). *Chronic illness: Impact and interventions (6th Ed)*. USA: Jones and Bartlett Publishers Inc.

Margetic, B. (2005). *Religion and health*. Anthropology; 29 : 365 -371.

Megari K. (2013). *Quality of life in chronic disease patients*. Health Psychology Res: 24 : 1 (3).

Mihaljevic, S., Vuksan-Cusa, B., Marcinko, D., Koic, E., Kusevic, Z. (2011). *Spiritual wellbeing, cortisol and suicidality in Croation war*. Journal of religious health: 50 (2) : 464 -473.

Moran, G.M, Fletcher B, Feltham M.G, Calvert M, Sackley C, Marshall T. (2014). *Fatigue, psychological and cognitive impairment following transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review*. European journal of neurology : 21 (10) : 1258 – 1267.

- Musarezale, A., Ghasemipoor, M. Ghalegasemi, T.M., Khodaei, M., Thalegani, F. (2015). *A study on the efficacy of spirituality based intervention on spiritual-wellbeing of patients with leukemia: a Randomized clinical trial*. Middle east journal of cancer: 6(2) : 97 – 105.
- Nirmala, Saleh A, Syahrul (2022). *Guided Imagery to Improve Mental Health in Cancer Patients with Chemotherapy: Literature Review*, Jurnal Keperawatan Komprehensif Vol. 8 No.1 January 2022. p-ISSN: 2354 8428 | e-ISSN: 2598 8727
- Nuridah, Saleh A, Kaelan C. 2019. *Depresi berhubungan dengan Kualitas Hidup penderita Kanker Kolorektal di Rumah Sakit Kota Makassar*. Jurnal Keperawatan Indonesia: 22 (2): 83–91.
- Oh, P.J., & Kim. (2014). *The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis*. Oncology Nursing Forum.
- Omri, O., Al-Obaidi, S., & Reynolds, F. (2014). *Religious faith and psychosocial adaptation among stroke patients in Kuwait: A mixed method study*. Journal of Religion and Health, 53(2), 538-551.
- Popovich, J.M. (2017). *Hope, coping, and rehabilitation outcomes in stroke patients*. Unpublished doctoral dissertation, Rush University, College of Nursing, Illinois
- Okthavia, S. (2014). *Hubungan antara dukungan sosial keluarga terhadap tingkat self esteem pada penderita pasca stroke*. Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan vol. 3, No. 2, Jakarta.
- Oostrom S.V, Gijsen R, & Hoeymans N. (2016). *Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys*.
- Reinert K.G & Konieg H.G. (2013). *Re-examining definitions of spirituality in nursing research*. Journal of Advanced Nursing 69(12), 2622–2634.
- Rosnia, Saleh A, Arafat R, (2022) *Peran Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pada Klien Kanker: Study Literatur*, Jurnal Kesehatan (Accepted Artikel).
- Saad M & Medeiros R. (2012). *Spiritual -Religious Coping-Health Services Empowering Patients's Resources*. Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare.
- Saleh A, Bachtiar S.M, Sjattar E.L, Abrar E.A. (2019). *The Effectiveness of Technical Guided Imagery on Pain Intensity Decreasing in Breast Cancer Patients*. Enfermeria Clinica: 1130 -8621.
- Saleh A, Hamdana, Pattelongi I.J. (2017). *Effectiveness of metronidazole powder for managing odour control, exudates and bacterial colonization on breast cancer wound*. Proceeding WCET Malaysia.
- Saleh A, Hapsah, Isnawati T, Andriani. (2017). *Buku Saku Kelas Manajemen Emosi Bagi Penyandang Diabetes mellitus*. Makassar: Islam Cahaya Publisher.
- Saleh A. (2020). *Perawat sebagai Health Educator*. Makassar: Isam Cahaya Publisher.
- Saleh A. (2020). *Asuhan keperawatan pada klien Kanker Paru*. Makassar: Fakultas Keperawatan UNHAS.
- Saleh A, Wirda, Irwan AM and Latif A.I (2021), *The relationships among self-efficacy, health literacy, self-care and glycemic control in older people with type 2 diabetes mellitus*,

- Saleh A, Sabriyati W.N, Ningrat S, Latif A.I (2022) *The Efektivitas Guided Imagery on Depression and Cortisol Level in Colon Rectal Cancer Patients*, Jurnal Kesehatan, Vol.15 no 2.
- Saleh A, Munir N, Arafat R, Irwan AM (2023) *The Effect of Spiritual Emotional Freedom Technique on Anxiety and Cortisol Levels in People with Breast Cancer*, Philippine Journal Nursing (Under Riview)
- Suparman, Saleh A, Rahmawati R (2022) *Hambatan Perawat dalam Penerapan Perawatan Spiritual pada Klien Kanker: Tinjauan Integratif*, Jurnal Keperawatan Vol 14 no 4 Tahun 2022
- Syamsualam, Hadju V, Nontji W, Saleh A. (2015). *Model of Spiritual Nursing Care Based Islamic Perspective in Islamic Hospital of IbnuSina Makassar*. International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR) Volume 24, No 4, pp 383-389. Tahun 2015.
- Taylor S.E, Stanton A.L. (2007). *Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health*. Annu Rev Clin Psychol: 3: 377-40.
- Tonges M & Ray J. (2011). *Transalating Caring and Theory into Practice*. The Journal of Nursing Administration; Vol 41 (9) : 374-381.
- Tuck, I., & Johnson, S. C., & Kuznetsova, M., & McCrocklin, C., & Baxter, M., & Bennington, L. K. (2012). *Sacred healing stories told at the end of life*. Journal of holistic nursing 30(2), 69-80.
- Tunny H., Saleh A. & Rachmawaty R (2022). *Persepsi, Kompetensi dan Hambatan Perawat Dalam Pemenuhan Spiritual Care Klien: Literature Review*. Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan, 10(1), 35-49. <https://jurnal.unitri.ac.id/index.php/care/article/view/2650>
- Westbrook, J. L. McIntosh, C. J. Sheldrick, R. Surr, C. Hare, D.J. (2013) *Validity of Dementia Care Mapping on a neuro-rehabilitation ward: Q-methodology with staff and patients*. Disability and Rehabilitation ;35 (19):1652-1659.
- WHO. 2015. *Integrated chronic disease prevention and control*. Retrived from: https://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/.
- Widakdo G & Besral. 2013. *Efek penyakit katastropik terhadap ganguan mental emosional*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol: 7, Nomor: 7.
- Zakariyati, Bahar B, Saleh A. 2017. *Efektifitas Terapi Murottal Qur'an terhadap Perubahan Kadar Sitokin IL-6 pada Klien Tuberkulosis Paru*. Journal of Islamic Nursing: Vol 2: Nomor 2.

BAB 5

Perkembangan Keperawatan Di Indonesia dan Prospek Di Masa Depan

Elly Nurachmah

A. Pendahuluan: Sejarah Keperawatan

Pekerjaan merawat orang sakit telah ada sejak zaman Nabi Muhammad SAW dimana seorang wanita bernama Siti Rufaidah telah banyak terlibat dalam melayani orang sakit. Siti Rufaidah kemudian dianggap sebagai perawat pertama di dunia yang telah berkecimpung untuk menolong orang lain yang sedang mengalami penyakit (Meleis, 1997). Namun, karena pendokumentasian tentang Siti Rufaidah saat itu sangat minim menyebabkan popularitasnya sebagai perawat pertama tidak terlalu banyak terdengar gaungnya. Lain halnya dengan Florence Nightingale yang telah mengabdikan dirinya untuk kepentingan orang sakit, khususnya para prajurit dalam Perang Krimean. Ia telah dikenal masyarakat kesehatan sampai saat ini sebagai orang pertama yang memperkenalkan tentang keseimbangan alami yang harus difasilitasi pada orang sakit. Ia menekankan pentingnya ventilasi, udara bersih, air bersih, dan kebersihan diri yang harus terjaga dalam membantu memulihkan orang sakit menjadi sehat kembali.

Tidak banyak catatan tentang sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia dan belum ada dokumentasi yang diterbitkan secara lengkap. Walaupun demikian, beberapa sumber telah menyebutkan bahwa pelayanan keperawatan diberikan oleh seorang yang telah dididik untuk merawat orang sakit yang telah lama ada, yaitu sejak sebelum kemerdekaan menjadi milik bangsa Indonesia pada tahun 1945.

B. Pentingnya Pendidikan dan Standar Praktik Keperawatan

Tenaga keperawatan yang ada pada saat ini perlu untuk menyadari bahwa kegiatan meneliti merupakan bagian dari tridarma pendidikan tinggi yang harus dilakukan oleh setiap lulusannya dan merupakan kebutuhan profesi sebagai bagian dari upaya pengembangan keilmuan dan profesi keperawatan.

Di samping itu, sebagai profesi, keperawatan memiliki juga karakteristik profesi yaitu memiliki *body of knowledge* yang jelas berbeda dengan profesi lain, altruistik, memiliki wadah profesi, memiliki standar dan etika profesi, akuntabilitas, otonomi, dan kesejawatan (Leddy & Pepper, 1993). Oleh karena itu praktik keperawatan profesional merupakan

struktur penting dalam pemberian pelayanan keperawatan kepada klien. Jenis praktik keperawatan ini memungkinkan terwujudnya profesionalisme keperawatan yang tinggi dengan diterapkannya suatu praktik yang berlandaskan pengetahuan dan fakta (*knowledge based practice dan evidence based practice*), dan diberdayakannya suatu lingkungan untuk pertumbuhan profesionalisme tenaga keperawatan.

C. Profesionalisme dalam Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional yang manusiawi untuk memenuhi kebutuhan klien yang unik dan individualistik, diberikan oleh tenaga keperawatan yang memiliki pengetahuan, kemampuan, dan sikap profesional yang telah dipersiapkan melalui pendidikan lama dan pengalaman klinik yang memadai. Tenaga perawat memberikan asuhan keperawatan yang dapat meningkatkan kesejahteraan kepada sistem klien baik sehat maupun sakit sepanjang siklus kehidupan. Oleh karena itu, perawat harus menjadi seseorang yang memiliki karakteristik sikap *Caring*yaitu *competence, confidence, compassion, conscience, dan commitment* (ANA, 1995).

Pelayanan keperawatan adalah bentuk pelayanan fisiologis, psikologis, sosial, spiritual, dan kultural yang diberikan kepada klien karena ketidakmampuan, ketidakmauan, dan ketidaktahanan klien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya yang sedang terganggu. Fokus keperawatan adalah respons klien terhadap penyakit, pengobatan dan lingkungan. Secara konseptual, pelayanan keperawatan kepada klien telah dijabarkan secara jelas melalui berbagai teori-teori keperawatan (Tomey, 1994). Pada teori-teori keperawatan tersebut, klien digambarkan sebagai manusia unik dan individualistik yang sedang mengalami ketidakseimbangan dalam interaksinya dengan lingkungan baik lingkungan internal maupun lingkungan eksternal sehingga berbagai upaya keperawatan bertujuan untuk memberdayakan klien agar memiliki kemampuan menolong dirinya sendiri

D. Peran Perawat dalam Masyarakat

Tenaga perawat memiliki peluang untuk berperan dalam legislatif yang membidangi kesehatan, kesejahteraan, ketenagakerjaan, dan pemberdayaan perempuan. Selain itu, perawat dapat berpartisipasi dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan seperti penanganan HIV-AIDS, narkoba, pelecehan seksual, dan pemberdayaan kesehatan perempuan dan anak-anak.

Dalam beberapa tahun ke depan profesi keperawatan di Indonesia memiliki potensi untuk mengembangkan anggotanya yang berkualifikasi master untuk menjadi perawat praktisi lanjut (advanced nurse practitioner) yang dapat memberikan pelayanan kesehatan dan melakukan pemberdayaan masyarakat khususnya keluarga untuk berperilaku hidup sehat. Perawat praktisi ini berbeda fungsinya dengan perawat spesialis keperawatan (Lyon, 1996). Tenaga perawat lulusan pendidikan tinggi yang telah dibekali dengan pengetahuan dan kemampuan profesional yang memadai dan berkualifikasi master dapat berperan sebagai perawat praktisi seperti multi purpose health personnel (MPHP) pada lapisan

masyarakat terdepan. Seperti yang dijelaskan oleh Harris (1998), setiap perawat praktisi memiliki kemampuan untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan primer sekitar 80 sampai 90% dari kegiatan pelayanan yang biasa dilakukan oleh tenaga dokter.

Dukungan dan Kerjasama dalam Profesi Keperawatan Kesuksesan dalam profesi keperawatan juga bergantung pada dukungan dari berbagai pihak termasuk keluarga, kolega, dan institusi pendidikan. Pentingnya bimbingan dan bantuan dari senior serta kolaborasi dengan sesama perawat dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

E. Dukungan, Kerjasama, dan Tantangan dalam Sistem Kesehatan

Kesuksesan dalam profesi keperawatan juga bergantung pada dukungan dari berbagai pihak termasuk keluarga, kolega, dan institusi pendidikan. Pentingnya bimbingan dan bantuan dari senior serta kolaborasi dengan sesama perawat dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Kolaborasi antar profesional kesehatan dan antara perawat dengan klien serta keluarganya merupakan aspek penting dalam menciptakan lingkungan kerja yang mendukung dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Standar kompetensi memuat upaya pengembangan profesi dari setiap perawat yang ditetapkan berdasarkan evaluasi diri. Di Indonesia, komponen ini belum diterapkan secara menyeluruh dan memadai. Selain itu, kendala dalam penerapan standar prosedur di lapangan sering kali disebabkan oleh berbagai alasan seperti kekhawatiran kehilangan buku standar, kurangnya waktu untuk sosialisasi, dan tidak semua ruang rawat memilikinya. Dominasi tenaga lulusan D3 dan SPK yang kurang menguasai konsep keperawatan juga mempengaruhi penerapan standar.

Indonesia sedang menghadapi perubahan signifikan di berbagai sektor termasuk kesehatan, yang dipengaruhi oleh perubahan pola hidup dan lingkungan. Penyesuaian sistem pendidikan kesehatan dengan ditetapkannya Undang-undang No. 20/2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional merupakan salah satu langkah penting dalam menghadapi perubahan ini. Adaptasi terhadap perkembangan teknologi dan informasi juga menjadi faktor kunci dalam merespons perubahan dalam sistem kesehatan.

F. Pengembangan Keilmuan dan Praktik Keperawatan

Keperawatan di Indonesia telah mengalami perkembangan yang signifikan sejak hampir dua puluh tahun lalu dengan pendidikan tinggi yang dilaksanakan di Universitas Indonesia. Pengembangan keilmuan melalui riset dan implementasi praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*) sangat penting untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Tenaga keperawatan yang ada saat ini perlu menyadari bahwa kegiatan meneliti merupakan bagian dari tridarma pendidikan tinggi yang harus dilakukan oleh setiap lulusannya dan merupakan kebutuhan profesi sebagai bagian dari upaya pengembangan keilmuan dan profesi keperawatan.

Pelayanan keperawatan yang berbasis pada pengetahuan dan bukti (*knowledge based practice dan evidence based practice*) menjadi landasan penting dalam praktik

keperawatan profesional. Pendekatan ini memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan yang didasarkan pada data dan penelitian terbaru, sehingga meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan keperawatan. Selain itu, perawat yang mampu mengintegrasikan teori keperawatan ke dalam praktik klinik akan lebih mampu memberikan asuhan yang holistik dan berkualitas tinggi kepada klien.

G. Kontribusi pada Pembaruan dan Pengembangan Keperawatan

Pelayanan keperawatan yang ilmiah dan berorientasi pada praktik berdasarkan pengetahuan dan fakta (*knowledge and evidence-based nursing practice*) adalah suatu keharusan. Dengan pelayanan yang berdasarkan fakta, aspek tanggung jawab dan tanggung gugat dapat ditegakkan, dan hasil pelayanan pun dapat diprediksi atau ditingkatkan secara lebih akurat. Setiap tenaga perawat berpendidikan tinggi harus memiliki pengetahuan yang terus diperbarui dan memahami berbagai masalah yang menunggu untuk diselesaikan melalui penelitian. Kegiatan penelitian membekali setiap tenaga perawat dengan kemampuan mengkaji fakta lapangan melalui parameter ilmiah dan mengarahkan pengetahuan kepada masalah yang belum terselesaikan.

Dengan semakin banyaknya tenaga perawat lulusan pendidikan tinggi, diharapkan segera dilakukan pembaruan dan pengembangan berbagai aspek keperawatan yang dapat menunjukkan keberadaan profesi keperawatan yang mandiri kepada masyarakat. Peningkatan jumlah tenaga perawat dengan pendidikan tinggi diperlukan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan ilmiah. Kualitas dan kapasitas tenaga perawat Indonesia tidak diragukan lagi, namun kesempatan untuk melakukan pembaruan perlu diperjuangkan, terutama dalam menghadapi era globalisasi, saat tenaga perawat asing mulai merambah tatanan pelayanan kesehatan di Indonesia.

H. Perspektif Masa Depan Keperawatan di Indonesia

Keperawatan di Indonesia tidak berkembang secepat di negara-negara maju. Banyak faktor mempengaruhinya, baik secara historikal, struktural, maupun fungsional. Namun, era globalisasi dengan perkembangan teknologi informasi membuat tidak ada batasan antarnegara, memungkinkan arah perkembangan keperawatan di Indonesia sejalan dengan negara maju. Profesi keperawatan di Indonesia memiliki banyak potensi yang perlu dikembangkan di masa depan, termasuk kepemimpinan dalam profesi yang siap menggerakkan anggota profesi ke arah perkembangan yang lebih terencana dan terstruktur.

Tantangan dalam sistem kesehatan di Indonesia mencakup kenaikan biaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang lebih cepat daripada aspek ekonomi lainnya, yang mengharuskan pengendalian biaya oleh institusi pelayanan kesehatan. Pengembangan keperawatan harus mampu merespons tantangan ini dengan mempertahankan kualitas layanan sambil menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien. Selain itu, pemerintah diharapkan untuk memberikan kepercayaan lebih kepada

tenaga keperawatan untuk berkontribusi secara signifikan dalam meningkatkan kesehatan bangsa.

Dalam menghadapi masa depan, tenaga perawat lulusan pendidikan tinggi diharapkan dapat menunjukkan pentingnya kesehatan bangsa dalam meraih masa depan yang kuat. Kolaborasi dan dukungan dari berbagai pihak, serta penyesuaian terhadap perubahan global merupakan kunci keberhasilan dalam memajukan profesi keperawatan di Indonesia.

Referensi

- American Nurses Association. (1995). *Nursing's social policy statement*. Author.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Pustaka Sinar Harapan.
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (2000). *Using nursing research: Process, critical evaluation, and utilization* (5th ed.). J. B. Lippincott Company.
- Departemen Kesehatan RI. (1978). *Sejarah kesehatan nasional Indonesia*. Depkes RI.
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A system approach* (3rd ed.). W. B. Saunders Company.
- Greco, K., & Bayan, M. (2000). Heartstopper genes: Would you recognize a high risk patient? *Online Journal of Issues in Nursing*, 5(3).
- Grohar-Murray, M. E., & DiCroce, H. R. (1997). *Leadership and management in nursing*. Appleton & Lange.
- Harris, R. M. (1998). Advanced nursing practice in the 21st century: Do we want to be right or do we want to win? *Online Journal of Issues in Nursing*, June 1998.
- Hibberd, J. M., & Smith, D. L. (1999). *Nursing management in Canada* (2nd ed.). W. B. Saunders Company.
- Jenkins, J. F. (2000). An historical perspective on genetic care. *Online Journal of Issues in Nursing*, 5(3).
- Kelompok Kerja Dili Keperawatan, Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional. (2000). *Pengembangan keperawatan*. Makalah presentasi pada Lokakarya Kurikulum Dili Keperawatan. Tidak dipublikasi.
- Keputusan Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia No. 07/Dikti/Kep/1986 tentang pembentukan program studi ilmu keperawatan pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia No. 0310/U/1994 tentang kurikulum yang berlaku secara nasional program sarjana ilmu kesehatan.
- Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia No. 0332/O/1995 tentang pembukaan Fakultas Ilmu Keperawatan pada Universitas Indonesia.
- Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia No. 129/U/1999 tentang perubahan atas Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia No. 0310/U/1994 tentang kurikulum yang berlaku secara nasional program sarjana ilmu kesehatan.

Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia No. 232/U/2000 tentang kurikulum inti pendidikan tinggi.

Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia No. 045/U/2002 tentang kurikulum inti pendidikan tinggi.

Kozier, B. (1998). *Concepts and issues*. Adisson-Wesley Publishing Company.

Lea, H. D. (2000). A new world view of genetics service models. *Online Journal of Issues in Nursing*, 5(3).

Leddy, S., & Pepper, M. J. (1993). *Conceptual bases of professional nursing* (3rd ed.). J. B. Lippincott Company.

Leedy, P. D. (1997). *Practical research: Planning and design* (6th ed.). Prentice Hall Inc.

Lyon, B. L. (1996). Meeting social needs for CNS competencies: Why the CNS and NP roles should not be blended in masters degree programs. *Online Journal of Issues in Nursing*, June 1996.

Maister, D. H. (1998). *True professionalism: Keberanian untuk peduli pada karyawan, klien, dan karier anda*. PT. Gramedia Pustaka Utama.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. J. B. Lippincott Company.

Melby, C. (1998). Physician and nurse reimbursement. *Online Journal of Issues in Nursing*, June 1998.

Meleis, A. F. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress*. J. B. Lippincott Company.

Nurachmah, E. (2004). *Sistem pendidikan tinggi keperawatan*. Makalah presentasi pada Loknas Dampak Sisdiknas terhadap sistem pendidikan tinggi keperawatan. PPNI—AIPNI. Tidak dipublikasi.

Nurachmah, E. (2001). *Jasa keperawatan: Konsep dan implementasi dalam telaah akademik*. Makalah presentasi pada seminar keperawatan, PPNI Komisariat—RS. Honoris. Tidak dipublikasi.

Peterson, C. A. (2001). Nursing shortage: Not a simple problem – No easy answers. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(1).

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). J. B. Lippincott Company.

Powell, S. K. (2000). *Advanced case management: Outcomes and beyond*. J. B. Lippincott Company.

Rocchiccioli, J. T., & Tilbury, M. S. (1998). *Clinical leadership in nursing*. W. B. Saunders Company.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Sage Publications.

Swansburg, C., & Swansburg, J. (1999). *Introductory management and leadership for nurses* (2nd ed.). John and Bartlett publisher Inc.

Tomey, M. A. (1994). *Nursing theorists and their works* (3rd ed.). Mosby Company.

BAB 6

Keperawatan Jiwa Pada Penanganan Dampak Sosial Akibat Bencana

Achir Yani Syuhaimie Hamid

A. Pendahuluan

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia, secara geografis merupakan negara yang berisiko tinggi mengalami dan rawan bencana. Menurut ICN (International Council of Nurses) bencana paling sering dialami penduduk dunia adalah gempa bumi, disusul dengan banjir, hal ini terjadi khususnya pada 30 tahun terakhir. Sebanyak empat puluh persen bencana terjadi di Asia, termasuk Indonesia.

Setiap bencana mengakibatkan kerusakan dan penderitaan yang luar biasa, menimbulkan gangguan berfungsi secara serius bagi yang terkena, dan memerlukan sumber penanggulangan melebihi dari sumber yang dimiliki (Langan & James, 2005) ditambah lagi kehilangan properti, gangguan fisik dan fungsi tubuh, memperberat dampak psikososial yang secara langsung maupun tidak langsung memengaruhi Survivor. Walaupun reaksi stress yang dimanifestasikan oleh Survivor segera setelah terjadi bencana, bisa saja tampak ekstrim, namun tidak selalu berarti patologis. Namun jika tidak segera ditanggulangi secara profesional, maka akan dapat menimbulkan dampak jangka panjang, yang selanjutnya akan memengaruhi kualitas kehidupan Survivor, keluarga dan lingkungannya.

B. Hakikat Perawat dan Keperawatan

Perawat yang merupakan mayoritas tenaga kesehatan baik secara global 80% dan nasional di Indonesia (60%) mengkontribusi pada pelayanan kesehatan melalui praktik keperawatan yang unik yaitu bersifat konstan, kontinyu, koordinatif dan advokatif dengan garapan ilmu keperawatan (Kelly & Joel, 1995). Keperawatan sebagai ilmu, mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang berhubungan dengan kesehatan melalui pengkajian mendasar tentang hal-hal yang melatarbelakangi, serta mempelajari berbagai upaya untuk mencapai kebutuhan dasar tersebut dengan memanfaatkan berbagai sumber yang potensial secara optimal sehingga manusia dapat mempertahankan, menopang, memelihara dan meningkatkan integritas seluruh kebutuhan

dasar. Teori dan konsep-konsep keperawatan diimplementasikan secara terpadu dalam tahapan yang terorganisasikan dalam bentuk proses keperawatan yang merupakan metode penyelesaian masalah secara ilmiah, meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi hasil tindakan keperawatan.

Selain itu, kontribusi perawat amat bermakna dalam merespons dampak bencana, karena keberadaan perawat dalam tiap tatanan/sarana pelayanan kesehatan baik di komunitas maupun di rumah sakit (247: 24 jam sehari, 7 hari seminggu), dan kompetensi yang dimiliki, memungkinkan perawat memberikan asuhan keperawatan bagi yang mengalami cedera fisik dan keterampilan interpersonal untuk melakukan intervensi psikologis.

Oleh karena itu, perawat berada dalam posisi kunci dalam membantu proses pemulihan dan memberikan dukungan bagi yang memerlukan intervensi kesehatan jiwa spesifik secara mandiri dan berkolaborasi dengan profesi lain. Agar dapat secara efektif meningkatkan kesehatan jiwa penerima pelayanan/ asuhan keperawatan, perawat perlu meningkatkan pemahamannya tentang dinamika personal, emosional dan sosial terkait dengan bencana; selanjutnya meningkatkan keterampilan untuk membantu *Survivor* mengatasi kondisi kejiwaannya, dan menyadari tentang risiko trauma psikologis yang dapat dialami perawat selama memberikan dukungan kepada *Survivor*.

C. Gempa dan Tsunami Aceh

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia dengan penduduk terbanyak keempat, pada tanggal 26 Desember 2004 telah dilanda bencana gempa dan gelombang Tsunami. Gempa dan gelombang Tsunami ini telah menyebabkan kehilangan dan kerusakan yang luar biasa di Nanggroe Aceh Darussalam dan Sumatera Utara. Banyak keluarga yang kehilangan anggota keluarga dan harta benda yang dimilikinya. Berdasarkan data tanggal 20 April 2005 tercatat sebanyak 170,000 penduduk meninggal dan hilang 189 diantaranya perawat dan 196 mahasiswa keperawatan (NDC-PPNI NAD, 2005), dan lebih dari satu juta penduduk NAD terkena dampak bencana gempa dan gelombang Tsunami. Bagi Survivor, gempa dan Tsunami yang melanda NAD merupakan pengalaman yang traumatis karena tidak sedikit yang berjuang dengan maut saat tergulung gelombang Tsunami. Sebagian besar dari mereka kehilangan keluarga terdekat (suami/istri anak orang tua kakak atau adiknya).

Akibat bencana yang terjadi, sebagian masyarakat mengalami gangguan secara fisik maupun mental. Masalah kesehatan yang banyak terjadi adalah penyakit menular atau infeksi yang diakibatkan oleh sanitasi yang buruk dan lingkungan yang tidak sehat, cedera/luka-luka fisik, gangguan pernafasan dan pencernaan, serta masalah-masalah sosial (Gardfield & Hamid, 2006). Perawat mempunyai peran besar dalam membantu masyarakat mengatasi masalah kesehatannya mencegah terjadinya bencana wabah pasca bencana.

Melalui PPNI, perawat Indonesia telah melakukan serangkaian kegiatan untuk mengatasi dampak bencana di NAD. Sebagai organisasi profesi, PPNI mempunyai tanggung jawab untuk membantu sejauh perawat dan masyarakat NAD meningkatkan status

kesehatan pasca gempa dan Tsunami. Berbagai bentuk bantuan segera diberikan sesuai dengan hasil kajian yang dilakukan secara terus-menerus. Perubahan kebutuhan yang cepat memerlukan dukungan yang cepat dan tepat, namun apapun bentuk bantuan yang diberikan harus peka terhadap budaya dan agama mayoritas masyarakat setempat. Dukungan harus konkret bukan janji. Apapun yang dilakukan selalu bersifat memberdayakan, merevitalisasi dan berkesinambungan. Setiap dukungan selalu dilakukan dengan penuh kesadaran dan pemahaman tentang tahapan kehilangan dan proses berkarung yang dialami Survivor.

Pada fase *rescue*, bantuan difokuskan pada pemenuhan kebutuhan untuk mempertahankan kehidupan yang sangat mendasar, seperti makanan, air bersih, pakaian dan uang. Mobilisasi bantuan perawat dari daerah yang tidak terkena bencana ke daerah bencana dilakukan dengan memperhatikan kesiapan mental dan fisik perawat, sehingga siap memberikan pelayanan/asuhan keperawatan bahkan bantuan mengevakuasi, membersihkan lingkungan dalam rangka menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pada fase rehabilitasi, kegiatan difokuskan untuk meningkatkan kompetensi perawat, dan menata sistem pelayanan kesehatan/keperawatan. Dilakukan upaya peningkatan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan perawat di Puskesmas dan Poskeslit (Pos Kesehatan Satelit) secara optimal bekerja sama dengan Departemen Kesehatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, didukung bantuan finansial dan teknis (konsultan) oleh WHO dan LSM (a.I GOAL, Merlin, NWMT, JNA, CNA, dan anggota ICN lain). Membangun sistem informasi sangat diperlukan sebagai dasar penetapan kebutuhan dalam situasi dengan perubahan yang sangat cepat. *Nursing Development Center* (NDC) PPNI NAD yang dibentuk mempunyai fungsi utama dalam mengumpulkan serta menyediakan data dan informasi tentang perawat dan keperawatan.

D. Nurses Caring for Nurses to Care for People

Kegiatan yang dilakukan berupa pelatihan keperawatan komunitas, pelatihan keperawatan kesehatan jiwa, keperawatan gawat darurat dan dukungan psikososial. Dalam kondisi yang masih cukup sulit, terbentuklah tim keperawatan yang terdiri dari beberapa pengurus PPNI provinsi NAD dan perawat dari berbagai institusi, bersama PP PPNI membangun NDC yang memegang peran penting dalam situasi yang masih darurat untuk mengorganisir kegiatan bantuan bersama berbagai pihak lain. Sebagian besar anggota tim NDC adalah *Survivor*. Ada yang kehilangan seluruh anggota keluarganya, Ada yang kehilangan beberapa anggota keluarga, kerabat dan kehilangan properti. Mereka amat luar biasa, karena kendatipun mereka sedang dalam proses berkarung, mereka tetap bisa fokus untuk membantu sejawat yang lain dan masyarakat NAD.

Secara langsung maupun tidak langsung bencana ini memengaruhi kualitas kehidupan perawat *Survivor*, baik fisik maupun psikologik. Situasi *stressfull* yang berkepanjangan akibat konflik yang berlangsung lama di NAD serta bencana yang yang berturut-turut dialami merupakan pengalaman yang sangat traumatis, karena tidak sedikit yang berjuang dengan maut saat tergulung gelombang Tsunami. Berbagai reaksi fisik dan

psikologis yang muncul antara lain perasaan takut tidak percaya merasa diteror tidak berdaya hampa tangan dan kaki mati rasa bingung dan selalu teringat pada peristiwa tersebut, reaksi berlebihan dan tidak berani kembali ke rumah, takut pada air, tidak berani berada di dalam rumah gugup cemas peningkatan palpitasi, kelelahan yang berlebihan, nyeri dada dan susah tidur (Langan, 2005; Al Baghdady, 2005). Kondisi ini menyebabkan mekanisme coping *Survivor* yang semula efektif menjadi tidak efektif lagi atau bahkan tidak dapat digunakan dalam menghadapi masalah-masalah kehidupan selanjutnya.

Reaksi psikologik individu terhadap tiap fase bencana tidak selalu sama. Kebingungan dan kesedihan lebih dirasakan *Survivor* pada fase heroik; yaitu fase segera setelah bencana terjadi, ketika upaya pencarian dan penyelamatan dilakukan. Fase berikutnya adalah bulan madu; yaitu fase pada saat komunitas bersatu dan bekerja sama dengan sumber dari luar untuk mengatasi dampak bencana, kemudian disusul dengan fase kekecewaan dan marah, saat *Survivor* mulai menyadari dampak nyata dari bencana. Terakhir, fase pemulihan yaitu ketika individu dan komunitas mulai kembali ke keadaan pra bencana di saat upaya penyelamatan atau *rescue* mulai berkurang (Langen, 2005; Sphere Project, 2004; Boyd, 1998)

Di samping sindroma pasca-traumatis, perawat *Survivor* juga mengalami konflik peran antara keinginan untuk membantu/merawat keluarga dan kewajiban untuk bekerja sebagai perawat. *Survivor* juga dapat mengalami rasa bersalah karena selamat atau tidak cedera, sedangkan yang lain meninggal atau cedera, ketika tidak mampu menyelamatkan seseorang atau ketika mereka harus meninggalkan seseorang yang sedang menghadapi maut. Konflik dan rasa bersalah yang berkepanjangan seperti ini akan menurunkan motivasi kerja dan menyebabkan kualitas asuhan keperawatan menurun. Kondisi ini harus ditanggulangi secara tepat dan terapeutik untuk meminimalkan dampak dari tekanan psikologik yang dialami oleh perawat *Survivor*.

Kendatipun, gempa dan Tsunami telah cukup lama berlalu, perawat *Survivor* masih dalam kondisi krisis, karena kurangnya dukungan psikososial untuk memampukan mereka mengatasi masalah yang terus berlangsung terkait dengan pengalaman kehilangan. Perawat *Survivor* menolak bekerja dinas malam, mengungkapkan perasaan mereka kepada relawan, selalu ingin berbagi dan memventilasikan duka mereka karena kehilangan orang-orang yang dicintai dan juga harta benda yang menjadi milik mereka selama ini. Ini menunjukkan bahwa mereka mengalami kondisi krisis yang memerlukan dukungan psikososial. Dukungan psikososial dapat membangkitkan motivasi mereka untuk kembali bekerja sesegera mungkin.

Penekanan bantuan dengan prinsip "*Caring for nurses to care for people*". Bagaimana perawat membantu se-jawab perawat *Survivor* untuk selanjutnya dapat memberikan dukungan dan asuhan keperawatan kepada masyarakat. Diharapkan dengan bekerja, perawat dapat memfokuskan perhatian dan energi mereka untuk kegiatan yang produktif yang selanjutnya dapat meningkatkan harga diri mereka dan akan memengaruhi peningkatan motivasi kerja mereka yang berarti dapat memberikan bantuan yang bermakna bagi masyarakat yang dilayani.

Dukungan psikososial merupakan upaya memperkuat kondisi psikososial perawat *Survivor*, agar dampak akibat kehilangan dapat diminimalkan atau diredam. Intervensi dukungan sosial ini meliputi strategi preferensi primer yang memfasilitasi dukungan terhadap individu oleh keluarga, teman dan komunitas (WHO, 2005; Cookfair, 1996).

E. Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang mengkontribusi pada sistem klien. Sistem klien yang dimaksud dapat sebagai individu, keluarga, kelompok khusus atau komunitas (Stuart & Laraia, 2005). Definisi keperawatan kesehatan jiwa menurut ANA (American Nurses Association) dalam Stuart and Sundeen (1995) adalah:

Suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya.

Perawat jiwa menerapkan pengetahuan ilmiah tentang aspek psikososial, biofisik, teori kepribadian dan perilaku manusia sebagai landasan ilmiah dalam praktik keperawatan yang mencakup tiga area intervensi yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier.

Pencegahan primer merupakan suatu intervensi yang berfokus pada peningkatan kesehatan dan pencegahan gangguan atau penyakit. Pencegahan sekunder mencakup reduksi penyakit aktual dengan deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan. Sedangkan pencegahan tersier meliputi penurunan gangguan atau kecacatan yang diakibatkan oleh penyakit.

Model konseptual Adaptasi menurut Roy sudah teruji penggunaannya secara luas di berbagai negara dengan beragam budaya untuk mengarahkan penelitian dan praktik keperawatan. Menurut Roy, manusia merupakan sistem yang adaptif. Keperawatan peduli dengan manusia sebagai makhluk yang utuh berinteraksi dengan lingkungan yang selalu berubah dan merespon stimulus internal dan eksternal yang memengaruhi adaptasi. Stimulus terdiri dari stimulus fokal, kontekstual dan residual. Ketika terdapat stressor yang berlebihan atau mekanisme coping lemah, bisa menyebabkan upaya untuk mengatasi masalah menjadi tidak efektif, maka pada saat itulah diperlukan perawat. Namun ini tidak berarti bahwa kegiatan keperawatan hanya dilakukan apabila seseorang menderita sakit (Fitzpatrick & Whall, 1989; Roy & Andrews, 1995). Pada Model Adaptasi menurut Roy, mekanisme coping yang digunakan untuk beradaptasi terhadap lingkungan yang selalu berubah terdiri dari subsistem regulator dan kognator. Bencana sebagai stimulus vokal yang menimbulkan dampak langsung, dan tingkat kemampuan perawat untuk menganalisis kesadaran diri dan berkomunikasi merupakan bagian dari stimulus internal dan eksternal yang menuntut response *Survivor*.

Respon *Survivor* dipengaruhi oleh persepsinya terhadap stressor dan kemampuan mekanisme coping yang dimiliki sebelum terjadi bencana. Mekanisme coping atau disebut Sister Callista Roy sebagai *control process* yang terdiri dari dua saluran yaitu kognator dan

regulator. Mekanisme coping dalam upaya mempertahankan keseimbangan status kesehatan jiwa menggunakan saluran kognator, yang ditentukan oleh perasaan, pikiran dan lingkungan. Ketika stressor (stimulus fokal) atau mekanisme coping melemah, yang mengakibatkan penyelesaian masalah terhadap stressor menjadi tidak efektif, maka pada saat itulah orang tersebut memerlukan bantuan perawat.

Keperawatan terdiri dari tujuan dan intervensi keperawatan. Tujuan keperawatan menurut Roy adalah menguatkan interaksi individu dengan lingkungan, dengan demikian meningkatkan adaptasi 4 modus adaptif yaitu: fungsi fisiologik, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Menguatkan adaptasi berarti meningkatkan integritas yang memberi kontribusi pada kesehatan, kualitas kehidupan bahkan meninggal dengan bermartabat (Tomey & Alligood, 2006; Reed, Shearer, & Nicoll, 2004).

Intervensi keperawatan dalam konteks tulisan ini adalah dukungan psikososial. Dukungan psikososial merupakan upaya menguatkan dukungan sosial pada perawat *Survivor* agar dampak kejadian yang *stressfull* (kehilangan) dapat teredam. Dukungan psikososial termasuk strategi prevensi atau pencegahan. Bentuk pendekatan yang digunakan dalam pemberian dukungan psikososial ini adalah *self-help group*.

Dalam konteks model konseptual-teori Roy intervensi dukungan psikososial ini dilaksanakan dengan cara mengelola stimulus, khususnya stimulus kontekstual yaitu kemampuan menganalisis kesadaran diri dan kemampuan berkomunikasi. Intervensi juga difokuskan pada penguatan kemampuan mekanisme coping. Dengan demikian diharapkan akan terjadi adaptasi yang baik (adaptif), yang dapat meningkatkan motivasi kerja dan kinerja, serta kepuasan perawat *Survivor*.

Bentuk pendekatan yang digunakan dalam pemberian dukungan psikososial ini adalah kelompok swa-bantu atau (*self-help group*) (fortinash, 1996). Istilah kelompok swa-bantu atau *self help group* berkaitan dengan kumpulan orang (lebih dari dua orang) yang secara bersama-sama berusaha menghadapi masalah dengan saling berbagi perasaan, pengalaman dan cara penyelesaian masalah (Friedman, Bowden, & Jones, 2003; Videbeck, 2006). Kelompok ini dijalankan oleh dan untuk anggotanya sehingga membuat mereka menjadi lebih mandiri dan terampil dalam menghadapi dan menyelesaikan masalah, khususnya terkait dengan kehilangan yang mereka alami.

Pada dasarnya tujuan umum pemberian dukungan psikososial ini adalah untuk memberikan kesempatan kepada perawat *Survivor* untuk berbagi pengalaman, mendiskusikan kebutuhan psikososial mereka dan bersama-sama membahas memungkinkan, di samping itu juga untuk meningkatkan keterampilan coping pada saat mengalami krisis/bencana melalui kelompok swa-bantu (*self help group*).

Tujuan spesifik pemberian dukungan psikososial kepada perawat *Survivor*, meliputi:

1. Memberi kesempatan kepada perawat untuk berbagi pengalaman dan membahas kebutuhan psikososial mereka.
2. Memberi kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan kemampuan analisis kesadaran diri dan keterampilan coping untuk mengatasi dampak psikososial.
3. Memberi kesempatan kepada perawat untuk melatih keterampilan berkomunikasi.

4. Memberi pedoman dan informasi kepada perawat tentang praktik konseling yang baik dan benar dengan memperhatikan apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan.
5. Menggali lingkup kelompok swa-bantu (*self-help group*), persiapan pembentukan, mekanisme pelaksanaan dan teknik yang digunakan serta evaluasi yang diperlukan untuk menjamin kesinambungannya.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang keberhasilan dukungan psikososial DPS yang diberikan kepada perawat *Survivor* yang bekerja di komunitas NAD dengan tujuan khusus sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi kemampuan perawat dalam menganalisis kesadaran diri, kemampuan berkomunikasi/berinteraksi, mekanisme coping, dan tingkat motivasi sebelum dilakukan DPS.
2. Mengidentifikasi kemampuan perawat dalam menganalisis kesadaran diri, berkomunikasi/berinteraksi, menggunakan mekanisme coping, dan tingkat motivasi mereka setelah dilakukan DPS.
3. Membandingkan kemampuan menganalisis kesadaran diri, berkomunikasi/ berinteraksi, menggunakan mekanisme coping, dan tingkat motivasi antara sebelum dan setelah dilakukan DPS.
4. Menguraikan dampak DPR terhadap perawat *Survivor*.

Kemampuan analisis kesadaran diri, berkomunikasi/berinteraksi, mekanisme coping dan tingkat motivasi intrinsik merupakan variabel-variabel yang diukur sebelum dan sesudah diberikan DPS. Intervensi DPS dilakukan pada hari ke-1 sebelum pelatihan keperawatan komunitas dan hari kedua adalah hari terakhir setelah seluruh pelatihan keperawatan komunitas berlangsung. Intervensi difokuskan pada penggunaan Focus Group Discussion (FGD)/ Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dan pemberian informasi. Evaluasi DPS dilakukan untuk mengetahui perbedaan kemampuan analisis kesadaran diri, berkomunikasi/berinteraksi, mekanisme coping dan tingkat motivasi intrinsik sebelum dan sesudah DPS diberikan. Kelompok swa-bantu dibentuk sebagai suatu cara untuk menjaga untuk kasus yang membutuhkan konseling lebih lanjut dirujuk kepada tenaga kesehatan yang sesuai.

Hipotesa yang perlu dijawab dalam penelitian ini adalah nilai rata-rata kemampuan analisis kesadaran diri/interaksi, mekanisme coping dan motivasi lebih tinggi setelah pemberian DPS dibandingkan dengan sebelum perawat menerima DPS.

Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimental dengan *pre* dan *post test* pada satu kelompok tanpa kelompok kontrol selanjutnya dibandingkan antara data tentang kemampuan analisis kesadaran diri kemampuan berkomunikasi/ berinteraksi, kemampuan mekanisme coping dan tingkat motivasi intrinsik sebelum dan sesudah dilakukan DPS pada perawat *Survivor*.

Populasi total adalah semua perawat perempuan dan laki-laki yang menjadi peserta pelatihan keperawatan komunitas di Banda Aceh sebanyak 138 orang dan di Bireuen sejumlah 120 orang dengan kriteria minimal berpendidikan D3 Keperawatan dan mengalami dampak bencana. Penelitian dilakukan di Banda Aceh dan Bireuen, pada hari

pertama dan terakhir dari pelatihan keperawatan yang diberikan kepada perawat *Survivor* yang juga merupakan peserta pelatihan keperawatan komunitas.

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengumpulkan data yang diperlukan guna menjawab pertanyaan penelitian dan hipotesa Dalam penelitian ini terdapat instrumen, yaitu:

1. Karakteristik perawat. Instrumen tentang karakteristik perawat ditujukan untuk memperoleh data tentang umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir dan asal instansi pendidikan keperawatan.
2. Evaluasi dukungan psikososial (DPS)

Instrumen tentang evaluasi dukungan psikososial dikembangkan oleh peneliti dengan menggunakan skala likert yang mencakup pengukuran terhadap 4 (empat) variabel, yaitu:

- a. Kemampuan analisis kesadaran diri.

Kesadaran diri merupakan kunci penampilan seorang perawat yang memungkinkan seorang perawat memiliki bukti otentik dan kemampuan berkomunikasi. Kesadaran diri meliputi komponen psikologik, fisik, lingkungan dan filosofis. Komponen psikologik termasuk pengetahuan, emosi, motivasi, konsep diri dan kepribadian. Komponen fisik adalah pengetahuan tentang fisiologi personal dan umum, termasuk sensasi tubuh, gambaran diri dan potensi fisik. Komponen lingkungan berisi tentang lingkungan sosial kultural, hubungan dengan, dan pengetahuan tentang hubungan antara manusia dan alam. Sedangkan komponen filosofis merupakan perasaan tentang makna kehidupan dan kematian baik yang disadari maupun tidak disadari termasuk kemampuan superior, tetapi juga tanggung jawab terhadap perilaku baik secara etik maupun moral. Untuk mengukur kemampuan analisis kesadaran diri ini digunakan 15 item mencakup semua komponen yang telah diuraikan.

- b. Kemampuan berkomunikasi / berinteraksi

Karakteristik hubungan perawat dengan klien adalah berupa perilaku, pikiran dan perasaan yang dimanifestasikan dalam 4 tahap proses hubungan perawat-klien yaitu fase pra interaksi, orientasi, kerja dan terminasi, dengan tugas yang spesifik untuk tiap fase. Oleh karena itu 13 item ini dimaksudkan untuk memperoleh data tentang kemampuan perawat dalam berinteraksi atau berkomunikasi yang mencakup semua fase tersebut.

- c. Mekanisme coping

Mekanisme coping merupakan cara individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme coping diklasifikasikan sebagai mekanisme coping yang adaptif dan mekanisme coping yang tidak adaptif, Roy menyebutnya mekanisme coping tidak efektif, yang antara lain dapat dikaji melalui aspek psikososial (Stuart & Sundein, 1995). Instrumen untuk mengukur mekanisme coping perawat *Survivor* yang dikembangkan oleh peneliti terdiri dari 11 item

d. Motivasi intrinsik

Motivasi adalah karakteristik psikologik manusia yang berkontribusi pada tingkat komitmen seseorang menurut Hersberg, faktor intrinsik kerja meliputi: otonomi, status profesional, tuntutan tugas, hubungan interpersonal, interaksi dan gaji / upah (Stamps, 1997). Sebelas item dalam instrumen ini ditujukan untuk mengukur tingkat motivasi intrinsik perawat *Survivor* untuk kembali bekerja yang mencakup faktor-faktor tersebut

Semua instrumen yang digunakan dalam penelitian ini sudah diujicobakan di Jakarta terhadap 30 orang subjek dengan tingkat reliabilitas yang tinggi

F. Bentuk Intervensi Dukungan Psikososial (DPS)

DPS dilakukan dalam dua tahap yaitu satu hari untuk tiap tahap, dan tiap hari terdiri dari tiga sesi, tiap sesi berlangsung selama 60 sampai 90 menit. Tiap kelompok terdiri dari 8 hingga 9 perawat dan tiap kelompok difasilitasi oleh seorang fasilitator, yaitu MOT atau TOT. Topik yang didiskusikan dalam kelompok dipilih sendiri oleh anggota kelompok yaitu tentang situasi terkini yang ingin dibahas oleh kelompok. Diharapkan tiap partisipan mampu mengidentifikasi mekanisme coping yang efektif dan strategi yang digunakan untuk meningkatkan motivasi dan kesadaran diri serta pada akhir dukungan mereka akan mampu menyelesaikan masalah dan berbagi dengan yang lain.

Pemberian DPS ini semula bertujuan akhir untuk membentuk kelompok swa-bantu (*self-help group*), namun karena lokasi peserta yang berjauhan dan sistem kerja di Puskesmas maupun Poskeslit yang tidak memungkinkan untuk dibentuk kelompok tersebut maka tujuan dukungan psikososial ini dimodifikasi untuk: a) saling menyampaikan beban perasaannya secara verbal dalam kelompok; b) saling berbagi pengalaman dalam menyelesaikan masalah; c) saling memberi dukungan antar perawat; d) mengidentifikasi strategi coping efektif; e) mengidentifikasi motivasi dan f) menilai kondisi kesadaran diri (*self-awareness*).

Sesuai dengan jadwal pelatihan yang diselenggarakan di Banda Aceh dan di Bireuen, terdapat total 138 partisipan di Banda Aceh dan 120 partisipan di Bireuen. Intervensi dilaksanakan sesuai ketetapan yaitu dengan membagi 8- 9 partisipan untuk tiap kelompok. Masing-masing kelompok mempunyai satu orang fasilitator. Sesuai kesepakatan, fasilitator tiap kelompok adalah *Master of Trainer* (MOT) dan *Trainer of Training* (TOT) yang sudah dilatih sebagai MOT dan TOT. Pada awalnya, susunan kelompok ini direncanakan tetap sampai akhir pelatihan, tetapi karena beberapa kondisi yang berkembang selama pelatihan, pada akhir pelatihan susunan kelompok diubah. Hal ini sudah disepakati dan disetujui oleh partisipan.

Tahap 1: Hari 1

Pertemuan pada tahap pertama ini dilakukan pada awal pelatihan (sesuai jadwal) dan terdiri dari tiga sesi. Lama tiap sesi adalah 60 sampai 90 menit. Metode yang digunakan adalah

diskusi kelompok dengan tujuan pokok untuk menggali permasalahan yang masih dirasakan membebani, mengidentifikasi mekanisme kopling yang masih efektif digunakan dan cara meningkatkan motivasi. Pertemuan ini lebih bersifat swa-bantu, karena masing-masing anggota kelompok saling berbagi pengalamannya dalam menyelesaikan masalah yang dialami. Selama pertemuan, fasilitator mencatat identitas dan perilaku partisipan yang masih labil emosinya untuk ditindaklanjuti. Intervensi khusus diberikan oleh tim, berupa konseling mengenai trauma yang dialami dan cara menjalani proses kehilangan yang dialami.

**Tabel 6.1
Tujuan Kegiatan dan Output Hari 1**

Tujuan	Hasil/Output
Perawat terinformasi kan tentang berbagai hal terkait dengan kelompok <i>self-help</i> a.l: struktur kelompok, proses, keanggotaan	Perawat mendapatkan kesempatan untuk membahas/mendiskusikan proses pembentukan kelompok swa-bantu (<i>self-help group</i>)
Perawat termotivasi untuk menyampaikan masalah dan perasaannya secara verbal	Perawat mampu mengungkapkan perasaan, pikiran dan kebutuhan psikososialnya
Mengidentifikasi respon psikologis yang normal terhadap situasi strategi coping yang biasa digunakan saat stres	Perawat dapat menilai respons koplingnya setelah berdiskusi dalam kelompok.
Perawat mempunyai kesempatan untuk berbagi pengalaman tentang trauma/krisis yang dialami dan membahas kebutuhan psikososial mereka.	Perawat merasa didengar dan mendapatkan dukungan sosial dari sejawat
Perawat mempunyai keterampilan coping untuk mengatasi berbagai masalah sesuai kemampuan mereka.	Perawat diajarkan cara untuk meningkatkan keterampilan coping terutama pada saat mengalami krisis / bencana
Memberi pedoman dan prinsip pembentukan kelompok swa bantu atau group sampaikan pada perawat	Perawat dapat membentuk kelompok swa bantu

Tahap II: Hari 2

Tahap II merupakan tahap akhir dari pertemuan yang dilaksanakan pada akhir pelatihan (sesuai jadwal). Kegiatan tahap ini terdiri dari dua pertemuan dan lama tiap sesi 60 sampai 90 menit. Fokus utama diskusi pada tahap ini adalah mengevaluasi kemampuan menyelesaikan masalah sesuai dengan pembicaraan tentang mekanisme coping pada tahap 1 dan pada kemampuan pengenalan dirinya (*self-awareness*). Copek ya melalui diskusi ini para peserta diharapkan mempunyai konsep diri positif dan siap secara mental positif, sehingga tidak mengalami hambatan saat harus melakukan tugas dan tanggung jawabnya di masyarakat.

Tabel 6.2
Tujuan Kegiatan dan Output Hari 1 Ke-2

Tujuan	Hasil/Output
Membahas bagaimana mereka sudah menggunakan keterampilan kopling yang telah dipelajari pada pertemuan hari ke-1 dan beberapa dan seberapa jauh telah membantu mereka	Penguatan keterampilan coping perawat <i>Survivor</i> dengan belajar dan saling berbagi pengalaman
Memberi pengalaman pada perawat tentang praktik konseling sederhana dengan memperhatikan apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan	Perawat mampu mengungkapkan perasaan, pikiran dan kebutuhan psikososialnya
Membentuk kelompok swa-bantu (<i>self-help group</i>)	Menyepakati struktur, lingkup, fungsi dan lokasi kelompok swa-bantu atau (<i>self-help group</i>) dan kapan mereka akan mulai berfungsi serta bagaimana mereka dapat didukung dan dipertahankan/berkelanjutan

Dukungan psikososial yang diberikan kepada perawat *Survivor* yang mayoritas terlibat langsung dalam proses kehilangan akibat bencana alam gempa dan gelombang Tsunami, ternyata menunjukkan pengaruh yang meningkatkan kemampuan analisis kesadaran diri, kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi mekanisme beserta tingkat motivasi intrinsik. Respon terhadap dampak bencana terdiri dari beberapa fase yang memerlukan intervensi sesuai dengan periode kritis untuk tiap fase. Penelitian ini dilakukan setelah 5 bulan terjadi bencana saat itu perawat *Survivor* sebagian besar berada dalam fase menyadari tentang kenyataan dari bencana serta dampak yang terjadi dan dialaminya. Pada fase ini Survivor menyadari perubahan yang terjadi, kehilangan dan kondisi fisik akibat bencana (Langan & James, 2005; WHO, 2005). Pertanyaan yang disampaikan dan materi yang dibahas dalam kelompok amat relevan dengan upaya mencari penyelesaian masalah, dan memvalidasi pengalaman personal dan perasaan yang dialami.

Oleh karena itu kesempatan yang diberikan di dalam kelompok untuk berbagi perasaan dan pengalaman serta mencari tahu serta saling menggali cara penyelesaian masalah, cukup efektif dengan saling memberikan dukungan di dalam kelompok. Kemampuan awal terkait dengan keempat aspek psikososial yang diteliti, turut menentukan proses pemulihan secara menyeluruh. Buku pedoman yang telah disusun dan digunakan untuk pemberian dukungan psikososial melalui kelompok swa-bantu (*self-help group*) dapat digunakan sebagai pegangan bagi fasilitator.

G. Lessons Learned dan Arah ke Depan

Terbukti kata orang bijak bahwa pengalaman merupakan guru yang amat berharga. Kehilangan yang luar biasa akibat bencana, berada di tengah-tengah masalah, berupaya merespon secara cepat dan tepat, merupakan suatu proses pembelajaran yang sangat berharga. Menggerahkan ilmu pengetahuan, kepemimpinan, komitmen moral, sumber untuk merespons dampak bencana, tidak pernah cukup, jika selama proses pemberian bantuan, kita tidak terus terbuka untuk belajar, beradaptasi dan menyesuaikan intervensi yang dilakukan berdasarkan tuntutan kebutuhan yang terus berubah secara cepat.

Penanggulangan bencana terutama pada fase penyelamatan, perawat amat memerlukan fleksibilitas, tidak boleh kehilangan momentum, tidak berjanji, kegiatan yang dilakukan harus nyata dan cepat, tidak ada yang mampu dicapai tanpa kerja sama dengan berbagai pihak apapun yang dilakukan dengan mindset membangun sistem, dan menggali, memobilisasi potensi sumber daya dengan efisien dan efektif. Memfasilitasi peningkatan kompetensi dan keterampilan kepemimpinan untuk dapat meneruskan, menggerakkan dan memengaruhi lingkungan dalam situasi yang sulit dan cepat berubah, amat penting.

Penanggulangan terhadap dampak bencana sangat ditentukan oleh ketersediaan dan efisiensi pemanfaatan sumber daya, kualitas kehidupan kerja perawat, ketersediaan rencana strategis, dan kebijakan serta peraturan yang mendukung. Betapapun besarnya kehilangan yang diakibatkan oleh bencana, diharapkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan keperawatan harus menjadi lebih baik. Untuk itu diperlukan pengembangan model *disaster Nursing preparedness dan emergency care* penanggulangan bencana (Garfield & Hamid, 2006), tersedianya panduan universal tentang asuhan keperawatan bencana dan referensi yang diperlukan, adanya *focal point* untuk pengelolaan bencana di tingkat penetapan (pengambil) kebijakan, serta integrasi manajemen keperawatan bencana dalam kurikulum dan kehidupan profesional perawat. Salah satu model penanggulangan bencana adalah intervensi dukungan psikososial yang telah diterapkan bagi perawat *Survivor*, buku pedoman yang digunakan, dapat disosialisasikan dan digunakan secara nasional.

H. Pesan bagi Mahasiswa Keperawatan

Pengembangan keperawatan sebagai profesi tidak terlepas dari upaya pemantapan tiga pilar utama profesi yaitu pendidikan, pelayanan dan kehidupan keprofesian. Indonesia telah memilih untuk menata sistem pendidikan tinggi keperawatan sebagai upaya awal dan kunci peletakan landasan pengembangan profesi keperawatan. Berharap para mahasiswa kelak setelah lulus merupakan input bagi sistem pelayanan dan berperan aktif dalam pengembangan keilmuan dan teknologi keperawatan dalam satu konteks yang utuh dan saling tergantung dengan pengembangan kehidupan keprofesian.

Pendidikan tinggi keperawatan diharapkan dapat menimbulkan perubahan yang berarti terhadap cara perawat memandang asuhan keperawatan dan secara bertahap keperawatan beralih dari yang semula berorientasi pada pelaksanaan tugas menjadi

berorientasi pada tujuan yang berfokus pada keperawatan efektif dengan menggunakan pendekatan holistik dan proses keperawatan. Menjadi tugas anda di masa depan untuk meneruskan perjuangan memposisikan pelayanan dan asuhan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan. Terus memenuhi karakteristik keperawatan sebagai profesi dan praktik keperawatan sebagai praktik profesi yang memiliki *body of knowledge* yang menjadi landasan ilmiah praktik keperawatan yang unik, bekerja sesuai standar, dan bersikap berdasarkan nilai-nilai moral sesuai kode etik perawat. Selama keunikan praktik keperawatan didukung pengetahuan ilmiah keperawatan yang kokoh belum dikenal, maka akan sulit bagi masyarakat untuk menerima dan mengakui kemandirian profesi keperawatan. Sementara kita mengetahui bahwa Suatu profesi hanya dapat bertahan dan berkembang apabila masyarakat mengakui keberadaannya yang terletak pada otonomi perawat dalam menentukan keputusan dan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan *body of knowledge* serta peran perawat dalam menetapkan kebijakan terkait dengan keperawatan dan kesehatan.

Self governance dan self regulated menjadi amat penting untuk terus diperjuangkan. Tanpa kemandirian profesi, maka akan sulit untuk memberikan yang terbaik bagi masyarakat. Generasi pendahulu telah meletakkan landasan yang kuat, generasi sekarang memperkuat landasan yang sudah dibangun dengan rancangan atau pengembangan proyektif jauh ke depan, maka tugas para mahasiswa bersama perawat/ners muda mengisi bangunan dan merealisasikan keperawatan sebagai profesi agar selalu dekat dengan masyarakat, menjadi tidak saja sebagai suara komunitas keperawatan, tapi juga sebagai suara masyarakat luas yang paling memerlukan. Tentunya dengan pemahaman dan penghayatan bahwa tiap zaman mempunyai tantangan tersendiri, oleh karena itu membangun profesi keperawatan harus melalui pembangunan sistem dengan fondasi konsep dan pemikiran proyektif yang kokoh dan tidak mudah goyah. Sehingga, tidak menimbulkan masalah baru yang selanjutnya menuntut penyelesaian masalah jangka panjang.

I. Penutup

Pengembangan keperawatan sebagai profesi tidak terlepas dari upaya pemantapan tiga pilar utama profesi yaitu pendidikan, pelayanan dan kehidupan keprofesian. Indonesia telah memilih untuk menata sistem pendidikan tinggi keperawatan sebagai upaya awal dan kunci peletakan landasan pengembangan profesi keperawatan. Berharap para mahasiswa kelak setelah lulus merupakan input bagi sistem pelayanan dan berperan aktif dalam pengembangan keilmuan dan teknologi keperawatan dalam satu konteks yang utuh dan saling tergantung dengan pengembangan kehidupan keprofesian.

Pendidikan tinggi keperawatan diharapkan dapat menimbulkan perubahan yang berarti terhadap cara perawat memandang asuhan keperawatan dan secara bertahap keperawatan beralih dari yang semula berorientasi pada pelaksanaan tugas menjadi berorientasi pada tujuan yang berfokus pada keperawatan efektif dengan menggunakan pendekatan holistik dan proses keperawatan. Menjadi tugas anda di masa depan untuk

meneruskan perjuangan memposisikan pelayanan dan asuhan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan. Terus memenuhi karakteristik keperawatan sebagai profesi dan praktik keperawatan sebagai praktik profesi yang memiliki *body of knowledge* yang menjadi landasan ilmiah praktik keperawatan yang unik, bekerja sesuai standar, dan bersikap berdasarkan nilai-nilai moral sesuai kode etik perawat. Selama keunikan praktik keperawatan didukung pengetahuan ilmiah keperawatan yang kokoh belum dikenal, maka akan sulit bagi masyarakat untuk menerima dan mengakui kemandirian profesi keperawatan. Sementara kita mengetahui bahwa Suatu profesi hanya dapat bertahan dan berkembang apabila masyarakat mengakui keberadaannya yang terletak pada otonomi perawat dalam menentukan keputusan dan tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan *body of knowledge* serta peran perawat dalam menetapkan kebijakan terkait dengan keperawatan dan kesehatan.

Self governance dan *self regulated* menjadi amat penting untuk terus diperjuangkan. Tanpa kemandirian profesi, maka akan sulit untuk memberikan yang terbaik bagi masyarakat. Generasi pendahulu telah meletakkan landasan yang kuat, generasi sekarang memperkuat landasan yang sudah dibangun dengan rancangan atau pengembangan proyektif jauh ke depan, maka tugas para mahasiswa bersama perawat/ners muda mengisi bangunan dan merealisasikan keperawatan sebagai profesi agar selalu dekat dengan masyarakat, menjadi tidak saja sebagai suara komunitas keperawatan, tapi juga sebagai suara masyarakat luas yang paling memerlukan. Tentunya dengan pemahaman dan penghayatan bahwa tiap zaman mempunyai tantangan tersendiri, oleh karena itu membangun profesi keperawatan harus melalui pembangunan sistem dengan fondasi konsep dan pemikiran proyektif yang kokoh dan tidak mudah goyah. Sehingga, tidak menimbulkan masalah baru yang selanjutnya menuntut penyelesaian masalah jangka panjang. Saya berharap, pada masanya nanti jika kita konsisten dengan komitmen yang tinggi, maka akan terbangun komunitas perawat profesional, bekerja dalam lingkungan kerja yang kondusif dan sehat dengan manajemen dan kepemimpinan keperawatan yang profesional di mana tiap individu perawat/ners memiliki kompetensi sebagai *clinical nurse leader*.

Referensi

- Al Baghdady, A. (2005). *Tsunami, tanda kekuasaan Allah*. Jakarta: Cakrawala Publishing.
- Boyd, A. B., & Nihart, M. A. (1998). Psychiatric nursing: Contemporary practice. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Cookfair, J. M. (1996). Nursing care in the community (2nd ed.). St. Louis: Mosby YearBook, Inc.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). Family nursing: Research, theory and practice (5th ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Fortinash, K. M., & Holiday-Worret, P. A. (1996). Psychiatric mental health nursing. St. Louis: Mosby.
- Garfield, R., & Hamid, A. Y. (2006). Tsunami response: A year later: Post-disaster nursing in Aceh, Indonesia. American Journal of Nursing, 106(1), 76-79.
- Gilliss, C. L., Highley, B. L., Roberts, B. M., & Martinson, I. M. (1989). Towards a science of family nursing. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company.
- Kompas, Editor P Cahanar (2005). Ketika kawanhan burung putih terbang berarak ke tengah Banda Aceh: Bencana gempa dan Tsunami Nanggroe Aceh Darussalam & Sumatera Utara.
- Kelly, L. Y., & Joel, L. A. (1995). Dimensions of professional nursing. Seventh edition. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Langan, J. J. C., & James, D. C. (2005). Preparing nurses for disaster management. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Mohr, W. K. (2006). Psychiatric-mental health nursing. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reed, P. G., Shearer, N. C., & Nicoll, L. H. (2004). Perspectives on nursing theory. Fourth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Roy, S. C., & Andrews, H. A. (1991). The Roy adaptation model: The definitive statement. Norwalk: Appleton & Lange.
- Sphere Project (2004). Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Oxford: Oxfam Publishing.
- Stuart, G. W., Laraia, M. T. (2005). Principles and practice of psychiatric nursing. Eight editions. Mosby, Inc: St. Louis.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). Nursing theorists and their work. Sixth edition. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2006). Psychiatric mental health nursing. Third Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO (2005). Psychosocial care of Tsunami-affected populations: manual for trainers of community level workers. WHO-SEARO: New Delhi

BAB 7

Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa Dalam Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Indonesia

Budi Anna Keliat

A. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa

Sejak lama, keperawatan telah berkontribusi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan, salah satunya sektor jiwa di rumah sakit jiwa. Kontribusi keperawatan ini terbagi ke dalam fase dan periode, seperti masa kolonialisme Hindia-Belanda, pendudukan Jepang, mula kemerdekaan Indonesia, hingga masa keperawatan jiwa modern. Pada era saat ini, keperawatan jiwa diawali sebelumnya oleh RSJP Bogor yang terbentuk sebagai RS jiwa pertama yang ada di Indonesia, awal berdiri pada tahun 1882, namun pada saat ini nama dari rumah sakit jiwa ini berubah menjadi RS dr. H. Marzoeki Mahdi Kota Bogor.

Tahun 1915 menandai awal dimulainya pelatihan bagi perempuan Indo-Belanda yang telah menyelesaikan pendidikan dasar untuk menjadi Mantri Juru Rawat di Rumah Sakit Jiwa Bogor, yang diprakarsai oleh Dr. Theunisses dan Travaglino. Pelatihan serupa kemudian diadakan di Lawang, Malang pada tahun 1922. Pada tahun 1940, Direktur RSJ Bogor saat itu bukan penduduk pribumi yang bernama Dr. Frins, dan beliau memberikan peluang bagi wanita-wanita pribumi untuk menjadi perawat melalui sekolah perawat. Pada masa pendudukan Jepang, sedikit perkembangan pelayanan keperawatan di Indonesia yang pada saat itu masih menggunakan pendekatan yang berfokus dalam menjaga pasien dan sifatnya menahan atau kustodial (Mahdi, 1976a; Thong, 2011).

Awal kemerdekaan, keperawatan jiwa di RSJP Bogor terdapat ada kemajuan kemajuan berkat peran Zr. Magdalena Mahdi (Mahdi, 1976a; Mahdi, 1976b). Pembaharuan dalam sistem pelayanan kesehatan jiwa dimulai setelah diberlakukannya Undang-Undang Kesehatan Jiwa yang tercantum dalam No. 9 Tahun 1966, hal ini berkaitan dengan pergantian dari yang sebelumnya menggunakan kustodial menjadi sistem rehabilitasi psikososial pasien dengan tindakan yang harapannya dapat memandirikan pasien. Para perawat mulai melibatkan pasien dalam berbagai aktivitas sehari-hari, seperti merawat diri, makan bersama, dan berjalan-jalan di luar ruangan, dengan tujuan mengupayakan keberdayaan pasien beradaptasi dengan lingkungan hidup di luar rumah sakit. Beberapa

bentuk pelayanan keperawatan jiwa terhadap klien dengan kondisi kejiwaan yang secara medis terdapat gangguan yaitu dilakukan evaluasi dari beberapa bentuk kegiatan atau aktivitas seperti halnya berupa pertanian, kerajinan, pertukangan, serta menjahit. Hasil yang dibuktikan dengan banyaknya klien yang telah dapat dinyatakan sembuh atau dapat beraktivitas dengan sesuai namun tidak kembali ke keluarga, melainkan dibukanya perawatan secara mandiri oleh klien untuk klien (self-governmen). Di sisi lain, pelayanan ini memiliki dampak terhadap durasi perawatan yang memakan waktu tidak sebentar ketika fase rehabilitatif dimana klien dengan menerapkan hidup produktif secara mandiri, sehingga bentuk keterlibatan atau peran keluarga dalam memberikan perawatan di rumah sehingga klien dapat beraktivitas seperti sedia kala pada lingkungan rumahnya bersama keluarga susah untuk dapat dicapai, hal ini juga tidak menutup sistem perawatan yang dijalankan pada beberapa rumah sakit dengan penerapan sistem kustodial. Sistem perawatan dalam pelayanan keperawatan jiwa yang telah dimodifikasi dari pengembangan yang dilakukan oleh Sitorus, 2006 di RSCM adalah MPKP Jiwa. Penerapan ini dilakukan di RSJP Bogor untuk dilakukan uji monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

B. Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa

MPKP Jiwa memiliki empat aspek sebagai pilar pelayanan profesional, yaitu (1) Manajemen keperawatan yang mencakup perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian, (2) Hubungan profesional, (3) Sistem penghargaan, dan (4) Manajemen asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan diterapkan berdasarkan diagnosis yang melibatkan tindakan kolaboratif dengan dokter, serta melatih perawat agar mampu melaksanakan tugas mereka dengan baik (Kelialat dkk, 2009). Asuhan keperawatan jiwa khususnya telah dilakukan dengan survei terkait penegakan masalah keperawatan atau diagnosis keperawatan terlebih dahulu dengan sasaran rumah sakit yang yang telah dilakukan dalam mengembangkan diagnosis keperawatan yang terpilih di 6 Rumah Sakit Jiwa yang berlokasi di wilayah Pulau Jawa. Hasil temuan yaitu didapatkan untuk 7 diagnosis keperawatan yang paling sering ditegakkan yaitu diagnosis perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi, defisit perawatan diri, isolasi sosial, dan waham serta tidak lain yaitu risiko bunuh diri. Pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan dari setiap ruangan memiliki jumlah keseluruhan yaitu 35 kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruangan sebagai bentuk *skill*, lalu 22 kegiatan sebagai bentuk kemampuan dari ketua tim yang terdapat 22 kegiatan dan juga untuk 11 kegiatan dilakukan oleh perawat pelaksana. Kegiatan ini berkaitan dengan pendampingan serta penilaian terhadap para pemberi layanan keperawatan dalam menerapkan MPKP Jiwa dengan mekanisme keluarga klien menandatangani surat persetujuan tentang kesediaan untuk dilakukan kunjungan ke rumah 2 kali seminggu dengan pengajaran terhadap keluarga klien berupa edukasi perawatan kesehatan terhadap klien di lingkungan rumah.

MPKP Jiwa yang diterapkan memiliki dampak positif bagi kedua pihak yakni tim medis dan pada klien serta keluarganya. Menurut hasil dari salah satu penelitian di RSJP Bogor yaitu didapatkan kepuasan kerja oleh perawat yang bekerja dengan penerapan sistem MPKP

dibandingkan dengan yang belum menggunakan sistem MPKP (Fatiah, 2002). Selain itu, penelitian oleh Supriyanto (2003) didapatkan adanya hasil terkait dengan kepuasan dari pihak keluarga klien dari pelayanan perawatan secara komprehensif yang telah diberikan oleh dokter, fasilitas medik, perawat, dan tenaga administratif, serta lingkungan fisik yang selaras dengan biaya layanan yang telah ditentukan. Perihal ini, keluarga klien menjadi loyal dalam melakukan pemeriksaan kesehatan klien di RSJP Bogor dengan sistem pelayanan MPKP Jiwa yang ada. Hasil penerapan MPKP Jiwa menunjukkan dampak positif, termasuk peningkatan kepuasan perawat, pasien, dan keluarga, serta pengurangan durasi rawat inap dan tindakan restriktif seperti pengikatan.

Hasil evaluasi dari keempat ruang rawat inap di RSJ HB dalam penerapan MPKP Jiwa ini pada tahun 2010 dengan rerata BOR 82,25% dengan rata-rata hari perawatan yaitu 34 hari dan untuk RSJ Soerojo Magelang dengan rerata BOR 73,5% serta untuk rata-rata lama perawatan selama 27 hari. Sedangkan evaluasi untuk RSJ Radjiman Lawang, untuk perenapan MPKP Jiwa ini, tingkat kepuasan klien dengan keluarganya menjadi 91%, lalu untuk perawat mencapai angka 85%. BOR di RSJ Radjiman Lawang ini didapatkan temuan BOR dengan prosentase 100%.

Hasilnya, MPKP Jiwa di beberapa RSJ menunjukkan adanya peningkatan dari kualitas dalm pelayanan kesehatan jiwa (Boyd & Nikart, 1999). Secara keseluruhan, penerapan MPKP Jiwa memberikan dampak positif terhadap kualitas pelayanan keperawatan jiwa. Para klien dirawat dengan lebih manusiawi tanpa adanya tindakan pengikatan atau pengurungan, dan durasi rawat inap menurun meskipun belum mencapai standar negara maju (Keliat,dkk, 2010). Keterlibatan keluarga dalam perawatan meningkat, namun ada beberapa klien yang tidak dijemput pulang oleh keluarga meskipun sudah dinyatakan siap untuk kembali ke rumah. Penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa sekitar 46% klien yang dirawat sebenarnya sudah mampu tinggal di masyarakat, namun belum dijemput oleh keluarga.

C. Kontribusi dengan Penelitian Klinis Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa

Pelayanan Keperawatan Jiwa dengan pendekatan Terapi Modalitas didukung oleh sejumlah penelitian berbasis kasus klinis di bidang keperawatan jiwa. Studi yang dilakukan antara tahun 2001 hingga 2022 menyoroti upaya pemberdayaan dalam perawatan pasien skizofrenia yang menunjukkan perilaku agresif (PK) di RSJP Bogor (Keliat dkk, 2003). Beberapa upaya telah dilakukan untuk klien, seperti pemberian obat antipsikotik yang diikuti dengan terapi tambahan berupa edukasi kepada keluarga tentang cara merawat klien dan memberikan dorongan agar mereka dapat membantu mengelola perilaku agresif. Pemantauan berlanjut selama 120 hari setelah klien keluar dari rumah sakit, termasuk mengevaluasi frekuensi klien kembalinya klien ke rumah sakit. Klien yang dirawat dengan keluarga yang telah diberikan pengajaran cara merawat anggota keluarga dengan permasalahan kesehatan jiwa memiliki penurunan durasi lama perawatan menjadi lebih singkat dibanding pada klien yang keluarganya tidak diberdayakan (Keliat dkk, 2009). Begitu juga, ketika pasien dirawat dirumah dengan keluarga yang sebelumnya diberdayakan memiliki durasi kekambuhan yang lebih panjang dibandingkan dengan yang tidak diajarkan

cara perawatan klien. Hasil pemberdayaan klien yang merupakan komponen dari asuhan keperawatan jiwa memiliki pengaruh dengan diagnosa medis kejiwaan antar pasien yang tidak beda serta mendapat pengaruh antipsikotik yang tidak beda, namun terdapat perbedaan ketika mendapatkan pemberdayaan berupa perawatan yang diajarkan kepada keluarga klien.

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih, Keliat, & Hastono (2009) di FIK UI menunjukkan bahwa klien dengan perilaku agresif yang menerima asuhan keperawatan umum yang dikombinasikan dengan pelatihan keassertifan (Assertiveness Training) menunjukkan hasil yang signifikan dibandingkan dengan klien yang hanya menerima asuhan keperawatan umum. Perbedaan signifikan ini terlihat dari aspek kognitif, perilaku, fisik, dan sosial (p -value $<0,05$) pada klien dengan riwayat perilaku kekerasan sebelumnya. Keberlanjutan penelitian tersebut yakni adanya limitasi dalam aspek emosi dari asuhan keperawatan kombinasi yang diberikan yang belum dilakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan rencana penelitian selanjutnya menerapkan Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) dengan fokus pada aspek emosional.

Penelitian oleh Putri, Keliat, dan Nasution (2010) menunjukkan bahwa intervensi REBT bertujuan untuk menurunkan gejala atau respons emosional yang muncul pada klien sebagai tahap awal dalam perilaku kekerasan. Hasil penerapan REBT menunjukkan adanya penurunan yang signifikan pada respons emosi, perilaku, serta aspek fisiologis (p -value $\leq 0,05$) pada klien yang menerima kombinasi REBT dan asuhan generalis. Penurunan ini terutama terlihat pada respons kognitif dan fisiologis yang paling rendah. Respon fisiologis yang berhubungan dengan perilaku kekerasan dapat ditingkatkan dengan mengombinasikan terapi Assertiveness Training dan Progressive Muscle Relaxation. Penggunaan Progressive Muscle Relaxation membantu menurunkan respons fisiologis yang berhubungan dengan kecemasan (Supriati, Keliat, & Nuraini, 2010). Hasil lainnya menunjukkan adanya penurunan signifikan pada gejala fisik dari perilaku kekerasan setelah terapi Assertiveness Training dan Progressive Muscle Relaxation diterapkan (Alini, Keliat, & Wardani, 2012).

Sejak tahun 1999, isolasi sosial telah mulai diteliti (Keliat dkk, 1999). Penelitian ini menggunakan intervensi Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (Keliat & Akemat, 2004). Penelitian tersebut menemukan adanya peningkatan signifikan pada kemampuan sosialisasi klien. Setelah itu, penelitian dilanjutkan dengan memberikan pelatihan keterampilan sosial (Renidayati, Keliat & Sabri, 2008). Hasil menunjukkan bahwa peserta pelatihan keterampilan sosial secara signifikan memiliki kemampuan kognitif dan keterampilan sosial yang lebih baik daripada mereka yang tidak mengikuti pelatihan. Klien yang bekerja cenderung memiliki keterampilan sosial yang lebih baik. Karena klien dengan diagnosis isolasi sosial sering memiliki keterbatasan dalam kemampuan kognitif untuk memahami lingkungan mereka, penelitian lanjutan oleh Jumaini, dkk. (2010) memberikan pelatihan keterampilan sosial berbasis perilaku kognitif (*Cognitive Behaviour Social Skill Training*, CBSST). Hasil penelitian mengungkapkan adanya perkembangan yang signifikan pada kemampuan klien dalam memahami dan menilai diri sendiri, orang lain, serta lingkungan mereka. Selain itu,

peningkatan kemampuan psikomotor yang mendukung interaksi sosial juga terlihat lebih optimal. Perkembangan ini jauh lebih menonjol dibandingkan dengan kelompok yang tidak menjalani pelatihan CBSST.

MPKP Jiwa berfokus dalam memandirikan keluarga dalam merawat klien kejiwaan, lalu juga menerapkan prinsip penghapusan penggunaan restrain atau secara terus menerus setiap hari dan tanpa jeda, guna memastikan tercapainya hasil pelayanan yang memuaskan. Namun, masih muncul pertanyaan mengenai apakah pelayanan RSJ dapat memberi jaminan kesembuhan klien serta kemandirian dan produktivitas mereka setelah keluar dari perawatan. Membangun kepercayaan publik terhadap layanan di rumah sakit jiwa (RSJ) merupakan aspek yang sangat penting dalam upaya memperbaiki kesehatan mental masyarakat. Meskipun terdapat sejumlah besar individu di masyarakat yang membutuhkan perawatan di RSJ, hanya sebagian kecil – sekitar 10% dari populasi dengan gangguan jiwa – yang menyadari pentingnya perawatan dan bersedia menjalani pengobatan. Hal ini menuntut adanya rotasi klien yang lebih cepat untuk dapat menampung lebih banyak pasien. Namun, keberhasilan pelayanan tidak hanya bergantung pada seberapa cepat klien dirawat, tetapi juga pada efektivitas hasil yang ditunjukkan. Jika klien tidak menunjukkan perbaikan setelah menjalani perawatan, kepercayaan masyarakat terhadap kualitas layanan RSJ dapat menurun. Oleh karena itu, sangat penting bagi layanan keperawatan jiwa di rumah sakit untuk berjalan secara transparan, profesional, dan akuntabel, sehingga dapat memberikan kontribusi nyata dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara keseluruhan serta memperkuat kepercayaan masyarakat.

D. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Masyarakat

Pelayanan kesehatan jiwa saat ini harus mencakup seluruh lapisan masyarakat, mulai dari mereka yang memiliki kondisi mental sehat, kelompok berisiko, hingga individu yang telah mengalami gangguan jiwa. Untuk masyarakat yang sehat, diperlukan program promosi kesehatan mental yang bertujuan memperkuat dan menjaga kondisi jiwa yang stabil. Bagi kelompok yang rentan terhadap gangguan jiwa, dibutuhkan langkah-langkah preventif yang efektif guna mencegah perkembangan gangguan lebih lanjut. Adapun bagi mereka yang sudah mengalami gangguan jiwa, baik yang baru pulih dari perawatan rumah sakit maupun yang belum terdiagnosis atau belum mendapatkan layanan, fokus utama harus diarahkan pada program pemulihan dan rehabilitasi yang komprehensif.

Penderita gangguan mental emosional, khususnya mereka yang mengalami ansietas dan depresi, hingga saat ini belum menerima penanganan yang optimal. Pada peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia tahun 2012, WHO menetapkan tahun tersebut sebagai "Tahun Depresi Global," dengan estimasi bahwa 1 dari 20 orang di dunia menderita depresi, yang sering kali dimulai pada usia muda. Berbagai kondisi sosial membuat banyak individu rentan terhadap gangguan mental, seperti pola asuh yang kurang memadai, lingkungan yang tidak mendukung, kemiskinan yang kerap diiringi oleh rendahnya akses pendidikan, bencana alam, serta penyakit fisik kronis. Faktor-faktor ini saling terkait erat dengan upaya

pencapaian Millennium Development Goals (MDGs). Jika target MDGs tidak tercapai, maka kerentanan masyarakat terhadap gangguan jiwa akan semakin meningkat.

Kelompok masyarakat dengan populasi terbesar adalah mereka yang tergolong sehat secara mental, mencakup seluruh rentang usia, mulai dari bayi (bahkan sejak masa kehamilan), anak-anak, remaja, dewasa, hingga lansia. Ironisnya, kelompok ini masih belum menerima layanan kesehatan jiwa yang memadai, yang dapat mendukung dan mempromosikan kesehatan mental mereka secara berkelanjutan. Kelompok ini membutuhkan layanan promosi kesehatan jiwa agar mereka memiliki kesehatan mental yang baik serta ketahanan psikologis dalam menghadapi berbagai tantangan hidup. Meskipun dianggap sehat secara mental, banyak anggota kelompok ini yang sebenarnya menunjukkan perilaku yang tidak bertanggung jawab, seperti menyalahkan orang lain, merasa diri selalu benar, atau merugikan orang lain. Kondisi ini menunjukkan bahwa mereka juga membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa untuk mempertahankan kesehatan mental yang optimal.

Setelah bencana dahsyat tsunami dan gempa bumi pada 24 Desember 2004, pelayanan kesehatan jiwa di Provinsi Aceh difokuskan pada rehabilitasi masyarakat yang terdampak. Program Community Mental Health Nursing (CMHN) mulai dikembangkan tiga bulan setelah bencana dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang optimal dan komprehensif. Tim CMHN, yang dibentuk oleh penulis, merancang dan melaksanakan program tersebut di Aceh. Tim ini terdiri dari tenaga ahli keperawatan jiwa dari rumah sakit jiwa, rumah sakit ketergantungan obat, serta dosen keperawatan jiwa dari wilayah Jabodetabek yang secara aktif menyusun, menguji, mengevaluasi, serta mereplikasi pelayanan ini ke berbagai provinsi lain di Indonesia.

Proses implementasi program CMHN di Aceh mencakup beberapa langkah penting, seperti penyusunan kurikulum dan modul, pelatihan fasilitator nasional, serta uji coba pelatihan di Aceh Besar. Setelah dilakukan uji coba, modul-modul tersebut diperbarui dan diterapkan di seluruh kabupaten dengan dukungan supervisi, monitoring, serta evaluasi yang terus-menerus. Pelatihan ini terbagi dalam tiga tingkat: pertama, pelatihan dasar (Basic Course CMHN) yang berfokus pada masyarakat dengan gangguan jiwa berat; kedua, pelatihan tingkat menengah (Intermediate Course CMHN) yang berfokus pada kelompok berisiko dan masyarakat sehat melalui pemberdayaan program Desa Siaga Sehat Jiwa; dan ketiga, pelatihan tingkat lanjut (Advance Course CMHN) yang melibatkan manajemen layanan keperawatan jiwa masyarakat serta pemberdayaan bagi seluruh lapisan masyarakat (Kelial dkk, 2006-2007).

Sejak 2005, pelatihan intensif ini dilaksanakan di seluruh kabupaten/kota di Aceh, melibatkan 686 perawat dari 273 puskesmas. Program ini juga mencakup pendampingan pelayanan selama dua tahun berturut-turut dan diikuti dengan supervisi berkala hingga tahun 2010. Program ini bertujuan untuk memastikan keberlanjutan pelayanan keperawatan jiwa masyarakat dan meningkatkan keterampilan perawat dalam menangani pasien dengan gangguan kesehatan mental. Pendekatan ini didukung dengan monitoring dan evaluasi

rutin, yang memfokuskan pada peningkatan kapasitas perawat dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di berbagai wilayah (Wheeler & Keliat, 2007).

Evaluasi eksternal terhadap program CMHN di Aceh mengungkapkan empat aktivitas utama yang memberikan dampak signifikan, yaitu kunjungan rumah secara teratur, dokumentasi yang lengkap dan akurat, pertemuan rutin untuk monitoring dan evaluasi, serta supervisi lapangan yang konsisten. Dampak positif dari program ini mencakup peningkatan pengetahuan perawat mengenai kesehatan jiwa, peningkatan deteksi kasus gangguan jiwa di masyarakat, peningkatan angka perawatan dini, serta peningkatan kepatuhan terhadap prosedur perawatan. Salah satu hasil signifikan dari program ini adalah pelepasan pasien dari pasungan, yang merupakan pencapaian besar dalam layanan kesehatan jiwa di Aceh (Kelleher, 2007).

Sebagai tindak lanjut dari program Community Mental Health Nursing (CMHN), khususnya dalam penanganan klien dengan pasung, Aceh mencanangkan program bebas pasung. Selama periode 2005-2008, sebanyak 196 klien pasung ditemukan dan dirawat, diikuti dengan 120 klien pada tahun 2009, 88 klien pada tahun 2010, dan 122 klien pada tahun 2011 (DinKes Aceh, 2011). Namun, tidak semua klien pasung berhasil dibebaskan karena adanya berbagai kendala. Proses pelepasan klien dari pasung tidak hanya sebatas pembebasan fisik, tetapi juga harus diikuti dengan perawatan keperawatan, pengobatan, serta pelatihan self-care untuk memastikan klien dapat mandiri, bekerja, dan produktif. Beberapa provinsi lain juga mengadopsi program serupa sebagai bagian dari dukungan terhadap gerakan Indonesia Bebas Pasung (IBP), mengingat praktik pasung dianggap tidak manusiawi dan melanggar hak asasi manusia.

Program CMHN yang dikembangkan di Aceh telah diadaptasi di berbagai wilayah lain di Indonesia. Kota Bogor menjadi salah satu lokasi replikasi pertama dan digunakan sebagai tempat praktik bagi mahasiswa S1 dan spesialis keperawatan jiwa. Di Bogor, terdapat 3 puskesmas kecamatan yang menyediakan layanan kesehatan jiwa, mencakup 9 kelurahan dan 72 RW Siaga Sehat Jiwa yang didukung oleh 612 Kader Kesehatan Jiwa (KKJ). Sementara itu, DKI Jakarta juga mengembangkan program CMHN karena prevalensi gangguan mental yang cukup tinggi di provinsi ini, dengan 14,1% (946.208) penduduk mengalami gangguan mental emosional dan 2,03% (136.227) penduduk mengalami gangguan jiwa berat. Pengembangan CMHN di Jakarta melibatkan pelatihan Basic Course CMHN (BC-CMHN) bagi perawat puskesmas dan dokter umum di enam wilayah, melibatkan 94 dokter umum dan 193 perawat. Hingga kini, jumlah klien yang dirawat di puskesmas dan rumah sakit jiwa di DKI Jakarta mencapai 2.072 orang. Untuk memperluas jangkauan pelayanan, program RW Siaga Sehat Jiwa (RS-SSJ) dijalankan dengan melibatkan 221 Kader Kesehatan Jiwa.

Penelitian mengenai efektivitas penerapan model Community Mental Health Nursing (CMHN) di DKI Jakarta telah menunjukkan peningkatan signifikan dalam kualitas hidup pasien dengan gangguan jiwa beserta keluarganya. Setelah perawat puskesmas mengikuti pelatihan Basic Course-CMHN (BC-CMHN), mereka melaksanakan program kunjungan rumah (home care) kepada pasien dan keluarga sebanyak 12 kali. Hasil penelitian ini menunjukkan peningkatan kemandirian dan produktivitas pasien, serta peningkatan

kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Selain itu, beban psikologis keluarga berkurang secara signifikan, kualitas hidup pasien meningkat, dan tingkat kepuasan keluarga terhadap layanan yang diberikan lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol (Keliat, Riasmini, & Daulima, 2010).

Keberhasilan model CMHN ini tidak hanya berdampak positif pada individu dan keluarga, tetapi juga memberikan kontribusi berarti bagi sistem pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia. Dengan meningkatnya kemandirian pasien dan kemampuan keluarga dalam perawatan, beban pada fasilitas kesehatan dapat berkurang, memungkinkan alokasi sumber daya yang lebih efisien. Program ini menyoroti pentingnya pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan jiwa, yang mencakup intervensi medis, dukungan psikososial, dan edukasi bagi keluarga. Selain itu, inisiatif ini membantu mengurangi stigma sosial dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental.

Dukungan dari berbagai pihak, termasuk Direktorat Pelayanan Kesehatan Jiwa, Pusat Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (PPSDM) Kementerian Kesehatan, serta dinas kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, telah memungkinkan pengembangan dan replikasi model pelayanan CMHN di 17 provinsi. Provinsi-provinsi tersebut meliputi Bali, Kalimantan Timur, Lampung, Sumatera Utara, Daerah Istimewa Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat, Riau, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Bangka Belitung, Kalimantan Selatan, DKI Jakarta, Sumatera Barat, Kalimantan Barat, Papua Barat, Jawa Tengah, Sulawesi Utara. Inisiatif ini mencerminkan komitmen nasional untuk memperluas cakupan pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat, dengan harapan dapat meningkatkan kualitas hidup individu dengan gangguan jiwa dan mengintegrasikan mereka kembali ke dalam masyarakat secara lebih efektif.

Berbagai penelitian tentang CMHN telah dilaksanakan di banyak tempat, yang meneliti dampak asuhan terhadap klien dengan gangguan jiwa, kelompok risiko, dan individu yang sehat. Dalam peningkatan Kesehatan jiwa Masyarakat, hasil dari berbagai penelitian ini menunjukkan bahwa CMHN memiliki dampak positif.

Setelah dua tahun pelaksanaan program Community Mental Health Nursing (CMHN) di Kabupaten Bireuen, Aceh, dilakukan sebuah penelitian untuk menilai hubungan antara layanan CMHN dan tingkat kemandirian klien dengan gangguan jiwa. Dari 179 klien yang terlibat dalam penelitian, ditemukan bahwa 102 klien (57%) mampu mandiri dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, sementara 95 klien (53%) menunjukkan kemandirian dalam aktivitas sosial, dan 109 klien (60,9%) mampu mandiri dalam hal pengobatan. Lebih lanjut, sebuah penelitian kualitatif dilakukan untuk menggali faktor-faktor yang berperan dalam meningkatkan kemandirian klien. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor internal seperti harapan untuk sembuh, persepsi tentang makna kesembuhan, manfaat kegiatan, serta sistem keyakinan memainkan peran penting. Selain itu, faktor eksternal seperti dukungan emosional dari keluarga, dukungan sosial dari komunitas, dan akses terhadap pengobatan juga berkontribusi signifikan dalam meningkatkan kemandirian klien (Fitri, Keliat & Mustikasari, 2007).

Penelitian serupa dilakukan di Kabupaten Pidie, Aceh, untuk mengevaluasi efektivitas program CMHN pada 55 perawat yang telah menjalani pelatihan, serta untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi kinerja perawat setelah menerima pelatihan CMHN (Sulastri, Keliat & Eryando, 2007). Penelitian ini menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara komponen program CMHN, seperti proses rekrutmen, pelatihan, supervisi, serta dukungan dari pimpinan, dengan kinerja perawat. Dari berbagai faktor tersebut, pelatihan terbukti menjadi faktor paling dominan yang memengaruhi peningkatan kinerja. Hasil penelitian ini mendorong tim CMHN untuk memperluas sosialisasi dan pelatihan program agar layanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat dapat diterapkan dengan lebih efektif dan berdampak luas di berbagai daerah lainnya.

Pemberdayaan keluarga yang merawat klien dengan gangguan jiwa menjadi salah satu aspek krusial dalam keberhasilan perawatan klien. Dukungan yang berkelanjutan dapat menjaga motivasi keluarga dalam mendukung proses pemulihan klien. Di negara-negara maju, pembentukan kelompok suportif keluarga telah lama dikembangkan sebagai bagian dari strategi perawatan jiwa. Dalam konteks Indonesia, penelitian mengenai pembentukan kelompok suportif keluarga (family supportive group) dan kelompok swabantu (self-help group) menunjukkan bahwa adanya kelompok ini dapat secara signifikan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien di rumah. Keterlibatan keluarga dalam kelompok suportif tersebut tidak hanya meningkatkan kemampuan mereka dalam memberikan perawatan yang tepat, tetapi juga memperkuat ikatan sosial dan emosional yang dibutuhkan untuk mendukung proses pemulihan klien (Hernawaty, Keliat, & Kuntarti, 2009).

Penelitian yang dilakukan pada komunitas terdampak gempa bumi di Bantul dan Klaten mengungkapkan bahwa keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwak,hususnya mereka yang mengalami halusinasi, sering merasa jemu dan terbebani. Kondisi ini menyebabkan perawatan terhadap klien menjadi kurang optimal. Sebagai upaya mengatasi permasalahan tersebut, program Psikoedukasi Keluarga (*Family Psychoeducation*) diterapkan dengan tujuan mengurangi beban psikologis keluarga dan meningkatkan kemampuan mereka dalam merawat anggota yang mengalami halusinasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program ini secara signifikan berhasil menurunkan beban keluarga dan meningkatkan efektivitas perawatan yang diberikan kepada klien (Wardaningsih, Keliat & Helena, 2007). Sementara itu, di daerah lain seperti Klaten, meskipun tiga tahun telah berlalu sejak gempa terjadi, penduduk masih mengalami tingkat kecemasan yang tinggi. Setelah diberikan intervensi logoterapi, kecemasan yang dirasakan penduduk berkurang secara signifikan (Sutejo, Keliat, & Hastono, 2009). Penelitian serupa juga dilakukan di Kelurahan Air Tawar, Sumatera Barat, di mana 56,627% dari populasi menderita PTSD. Intervensi Cognitive Behavioral Therapy (CBT) yang diterapkan di wilayah tersebut mampu menurunkan gejala PTSD secara signifikan, membuktikan bahwa layanan keperawatan berbasis bukti sangat efektif untuk membantu penduduk yang terdampak bencana kembali berfungsi secara optimal.

Di Indonesia, prevalensi depresi tertinggi pada lansia ditemukan pada kelompok usia di atas 75 tahun, yaitu sebesar 33,7% (DepKes R.I, 2008). Lansia yang menderita depresi sering kali mengalami harga diri rendah. Penelitian dilakukan dengan memberikan logoterapi dan reminiscence therapy, yang hasilnya menunjukkan peningkatan signifikan dalam kemampuan kognitif dan perilaku lansia dalam mengatasi harga diri rendah, khususnya pada kelompok yang mendapatkan intervensi logoterapi. Di sisi lain, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) sering kali dianggap sebagai masalah yang sulit dideteksi karena adanya penyangkalan dari pihak yang terlibat. Dalam penelitian yang dilakukan pada keluarga yang berisiko mengalami KDRT, assertive training (AT) diberikan kepada suami dan istri. Hasilnya menunjukkan bahwa pelatihan ini berhasil meningkatkan kemampuan asertif pada kedua belah pihak, dengan suami menunjukkan kemampuan asertif yang lebih baik dari sebelumnya, begitu pula pada istri (Aini dkk, 2011). Kejadian bunuh diri pada remaja sering kali berkaitan dengan depresi global yang umumnya dimulai pada usia muda. Sebuah penelitian yang dilakukan pada siswa sekolah menengah atas menemukan bahwa 71% dari mereka berisiko mengalami bunuh diri. Setelah diberikan latihan menghadapi stres, terjadi peningkatan signifikan dalam pengetahuan dan keterampilan para remaja dalam mengelola stres, serta penurunan tingkat depresi secara signifikan (Keliat, Daulima & Tololiu, 2010).

Penelitian terkait terapi kelompok terapeutik (TKT) menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam berbagai kelompok usia, termasuk ibu hamil, bayi, anak prasekolah, anak sekolah, remaja, dan lansia. Terapi kelompok terapeutik dirancang untuk memberikan stimulasi perkembangan dan mempromosikan kesehatan jiwa pada setiap fase kehidupan. Penelitian pada ibu hamil menunjukkan bahwa terapi ini berhasil meningkatkan kemampuan ibu untuk beradaptasi dengan kehamilan dan memberikan stimulasi yang optimal bagi janin. Hasilnya menunjukkan adanya peningkatan signifikan dalam kemampuan kognitif dan psikomotor ibu, serta perkembangan rasa percaya diri bayi pada kelompok yang mendapatkan intervensi TKT (Daniati dkk, 2010). Selain itu, penelitian yang difokuskan pada stimulasi perkembangan pada anak-anak oleh ibu mereka menunjukkan bahwa anak-anak yang ibunya menerima terapi kelompok terapeutik mengalami peningkatan yang lebih baik dalam kemampuan kognitif dan psikomotor dibandingkan anak-anak yang tidak mendapatkan intervensi tersebut. Temuan-temuan ini menegaskan pentingnya intervensi keperawatan berbasis bukti untuk mendukung perkembangan optimal pada berbagai fase kehidupan.

Penelitian yang dilakukan pada anak prasekolah di Lampung oleh Damayanti, Keliat, dan Hastono (2010) mengkaji dampak Terapi Kelompok Terapeutik (TKT) terhadap stimulasi perkembangan pada anak dan ibu. Hasilnya menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan dalam kemampuan kognitif dan psikomotor ibu, serta kemajuan yang terlihat dalam perkembangan inisiatif anak setelah ibunya menerima terapi tersebut. Terapi ini tidak hanya membantu anak secara langsung, tetapi juga mempersiapkan ibu untuk memberikan stimulasi yang optimal. Penelitian lanjutan yang melibatkan anak usia sekolah, orang tua, dan guru (Walter dkk, 2009; Sunarto, Keliat, & Pujasari, 2011; Istiana, Keliat, & Nuraini, 2011) memperkuat temuan ini dengan menunjukkan bahwa peningkatan yang paling signifikan

terjadi ketika stimulasi diberikan secara langsung kepada anak dengan dukungan pemberdayaan dari orang tua dan guru. Hasilnya membuktikan bahwa pendekatan menyeluruh yang melibatkan semua pihak, yakni anak, orang tua, dan guru, lebih efektif daripada hanya memfokuskan intervensi pada anak saja.

Penelitian terkait remaja menekankan pentingnya pembentukan identitas diri dan pengembangan sikap asertif pada ibu. Identitas diri merupakan tugas perkembangan utama pada masa remaja dan menjadi dasar bagi perkembangan kepribadian pada masa dewasa. Dalam penelitian yang melibatkan terapi kelompok, ditemukan bahwa pendekatan ini secara signifikan meningkatkan identitas diri remaja (Bahari dkk, 2010). Di sisi lain, masalah perilaku remaja sering kali menyebabkan ibu merasa frustrasi, dan mereka cenderung menganggap anak remajanya nakal atau sulit diatur. Penelitian mengenai pelatihan sikap asertif pada ibu menunjukkan bahwa pelatihan tersebut secara signifikan meningkatkan kemampuan komunikasi asertif ibu. Kelompok ibu yang menerima pelatihan menunjukkan peningkatan yang signifikan, sementara kelompok yang tidak mengikuti pelatihan justru mengalami penurunan kemampuan komunikasi asertif (Novianti dkk, 2010). Hal ini menegaskan pentingnya pelatihan keterampilan asertif dalam mendukung komunikasi yang lebih efektif antara ibu dan remaja mereka.

Sebuah penelitian lain yang berfokus pada peningkatan rasa percaya diri pada remaja membagi partisipan ke dalam tiga kelompok berbeda. Kelompok pertama diberikan buku pedoman, pelatihan, dan bimbingan; kelompok kedua hanya menerima buku pedoman dan pelatihan tanpa bimbingan; sementara kelompok ketiga hanya diberikan buku pedoman tanpa adanya pelatihan atau bimbingan (Nurlis, Keliat, & Besral, 2008). Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan rasa percaya diri yang paling signifikan terjadi pada kelompok yang menerima ketiga komponen di antaranya buku pedoman, pelatihan, dan bimbingan. Dua kelompok lainnya, yang tidak mendapatkan pelatihan atau bimbingan secara lengkap, menunjukkan peningkatan yang lebih rendah, menekankan pentingnya pendekatan komprehensif untuk membantu remaja dalam meningkatkan rasa percaya diri mereka.

E. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Rumah Sakit Umum

Kontribusi keperawatan jiwa bagi pasien dengan penyakit fisik yang dirawat di rumah sakit umum masih belum dioptimalkan secara penuh. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit fisik seperti kanker dan penyakit ginjal sering kali mengalami masalah kesehatan mental, seperti kecemasan dan depresi. Misalnya, Siege dan Giese-Davis (2003) menemukan bahwa 33% pasien kanker mengalami depresi ringan hingga sedang, sementara 25% di antaranya mengalami depresi berat. Penelitian lain oleh Wilson (2007) menunjukkan bahwa 24,4% pasien mengalami kombinasi ansietas dan depresi, 13,9% hanya mengalami ansietas, dan 20,7% mengalami depresi. Kondisi serupa ditemukan di Indonesia, di mana Yunitri, Keliat, dan Hastono (2012) melaporkan bahwa 98,1% pasien kanker

mengalami depresi, serta di Nigeria, di mana Amira (2011) mencatat bahwa 61,9% pasien dengan penyakit ginjal kronik mengalami depresi.

Tingginya prevalensi depresi dan kecemasan di antara pasien dengan penyakit fisik menggarisbawahi pentingnya integrasi keperawatan jiwa dalam pelayanan rumah sakit umum. Depresi, khususnya, memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien dan dapat memperlambat proses penyembuhan serta meningkatkan risiko komplikasi. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2012) menyatakan bahwa masalah kesehatan mental seperti depresi dapat memengaruhi berbagai aspek kehidupan pasien, termasuk bagaimana mereka menghadapi penyakit fisik yang mereka derita. Peningkatan kasus kesehatan jiwa di kalangan pasien yang dirawat di unit medikal dan bedah menjadi alasan penting mengapa keperawatan jiwa perlu dimasukkan sebagai bagian dari layanan utama di rumah sakit umum (Sharrock & Happell, 2002). Melalui perawatan yang komprehensif, pasien dapat dibantu untuk mengatasi tekanan emosional yang mereka alami akibat penyakit fisik mereka.

Dalam konteks perawatan kesehatan, peran *Psychiatric Nurse* dan *Mental Liaison Nurse* menjadi sangat penting. Mereka memiliki tanggung jawab untuk memberikan layanan konsultasi dan intervensi kesehatan jiwa bagi pasien dengan penyakit fisik. Melalui asesmen yang tepat, perawat ini dapat mengidentifikasi masalah kesehatan mental yang mungkin tidak disadari oleh pasien dan keluarganya. Selain itu, mereka juga berperan dalam memberikan dukungan psikologis bagi keluarga pasien, yang sering kali juga merasakan dampak emosional dari penyakit yang dialami oleh anggota keluarganya (Frisch & Frisch, 2006). Keberadaan *Psychiatric Nurse* dan *Mental Liaison Nurse* di rumah sakit umum memungkinkan dilakukannya intervensi kesehatan jiwa yang lebih holistik.

Pendekatan *Consultation Liaison Mental Health Nursing* (CLMHN) merupakan model perawatan yang difokuskan pada pengelolaan diagnosis kesehatan mental yang berkaitan erat dengan diagnosis medis. Fokus utama CLMHN adalah menangani masalah seperti kecemasan, gangguan citra tubuh, harga diri rendah, keputusasaan, dan ketidakberdayaan yang sering kali dialami pasien dengan penyakit fisik serius (Keliat, Daulima & Farida, 2007d). Melalui pendekatan ini, perawat dapat memberikan perawatan yang lebih terintegrasi, dengan memperhatikan kebutuhan fisik dan mental pasien. Intervensi yang tepat dapat membantu pasien mengembangkan strategi coping yang lebih baik dan meningkatkan kualitas hidup mereka selama menjalani perawatan di rumah sakit.'

Pelatihan *Consultation Liaison Mental Health Nursing* (CLMHN) dirancang untuk seluruh tenaga di RS umum, termasuk perawat, dengan tujuan meningkatkan kemampuan dalam memberikan perawatan yang penuh perhatian, mengembangkan keterampilan komunikasi terapeutik, serta memaksimalkan pelayanan profesional yang holistik. Untuk perawat, pelatihan ini juga mencakup pengembangan asuhan keperawatan psikososial. Program pelatihan ini telah diterapkan di beberapa rumah sakit umum di Indonesia, meskipun belum menjadi program wajib di semua fasilitas kesehatan. Beberapa rumah sakit yang telah melaksanakan pelatihan ini untuk karyawan rumah sakit umum antara lain RS Siloam Karawaci, RS Cikini Jakarta, dan RS Immanuel Bandung. Pelatihan khusus untuk

perawat telah dilakukan di RS Hasan Sadikin Bandung, RS Fatmawati Jakarta, serta RS Persahabatan Jakarta.

Berbagai penelitian terkait kesehatan mental di rumah sakit menunjukkan bahwa kecemasan merupakan salah satu masalah kesehatan mental yang paling umum dihadapi oleh pasien dengan gangguan fisik. Salah satu intervensi yang telah diuji adalah metode thought stopping, yang menunjukkan penurunan kecemasan pada pasien, meskipun dampaknya pada kondisi fisik pasien masih terbatas (Agustarika, Keliat & Nasution, 2009). Penelitian lebih lanjut menambahkan teknik progressive muscle relaxation, yang menghasilkan penurunan kecemasan yang lebih signifikan, terutama dalam membantu relaksasi fisik pasien (Supriati dkk, 2010). Intervensi keperawatan semacam ini membuktikan bahwa kombinasi antara terapi psikologis dan fisik dapat lebih efektif dalam mengurangi kecemasan yang dialami oleh pasien dengan kondisi medis kompleks.

Selain itu, pemberdayaan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang pulang dari rumah sakit, terutama bagi mereka dengan riwayat penyakit kronis, menjadi penting untuk mengurangi kecemasan yang dialami oleh keluarga. Penelitian di RSCM Jakarta menunjukkan bahwa pemberian psikoedukasi kepada keluarga pasien stroke secara signifikan menurunkan tingkat kecemasan keluarga (Nurbani, Keliat, & Nasution, 2009). Penelitian lainnya yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronis yang juga menderita kanker menunjukkan penurunan depresi dengan terapi kognitif, serta pengurangan kecemasan dan depresi melalui terapi tambahan seperti logoterapi dan progressive relaxation therapy (Tobing, Keliat, & Wardani, 2012). Kombinasi terapi kognitif dan thought stopping juga terbukti efektif dalam menurunkan kecemasan dan depresi (Pasaribu, Keliat, & Wardani, 2012). Hasil dari intervensi keperawatan ini memberikan dampak positif terhadap kondisi kesehatan mental pasien, dan pemberdayaan keluarga memainkan peran penting dalam memastikan upaya rehabilitatif tersebut berkelanjutan.

F. Percepatan dan Desiminasi Keperawatan Jiwa (*Road Map Keperawatan Jiwa*)

Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI), organisasi profesi perawat jiwa, menyelenggarakan berbagai pertemuan ilmiah untuk menyebarluaskan dan mensosialisasikan kemajuan yang telah dicapai. Melalui kegiatan ini, diharapkan seluruh perawat jiwa di Indonesia dapat berkontribusi dalam pelayanan kesehatan jiwa di daerah masing-masing, dengan bekerja sama lintas program dan sektor. Salah satu bentuk pertemuan ilmiah adalah konferensi nasional tahunan yang diadakan di provinsi yang terpilih dalam menampilkan terkait dengan inovasi dari pelayanan keperawatan jiwa yang telah dikembangkan serta tantangan atau isu yang menjadi suatu bentuk refleksi dalam meningkatkan pelayanan keperawatan jiwa yang lebih baik.

Roadmap keperawatan jiwa mencakup tiga area utama: pelayanan, pendidikan, dan penelitian. Kompetensi perawat dalam bidang ini disesuaikan dengan jenjang pendidikan yang telah mereka tempuh. Perawat ahli memainkan peran penting dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa, mulai dari perawat pelaksana, ketua tim, hingga kepala ruangan di rumah sakit, serta bertanggung jawab atas puskesmas pembantu di tingkat kecamatan.

Mereka juga memiliki kemampuan untuk merumuskan masalah penelitian dan mengintegrasikan hasil penelitian ke dalam praktik keperawatan.

Gelar spesialis keperawatan jiwa diberikan kepada perawat yang telah mendalami keahlian mereka dalam pelayanan keperawatan jiwa tingkat lanjut. Peran mereka mencakup perumusan masalah, pelaksanaan penelitian, dan penerapan hasil penelitian dalam praktik berbasis bukti (evidence-based practice). Di tingkat komunitas, mereka dapat bertanggung jawab atas pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di tingkat kecamatan, kabupaten/kota, dan provinsi.

Perawat Kesehatan Masyarakat (PERKESMAS) memiliki kewajiban untuk menjalankan wewenang sesuai dengan ketentuan dalam KEPMENKES 279/MENKES/IV/2006 terkait keperawatan kesehatan jiwa masyarakat. Dengan adanya PERKESMAS, diharapkan tingkat kesehatan masyarakat di Indonesia akan meningkat. Struktur komponen pelayanan keperawatan mencakup satu perawat D3 keperawatan jiwa per RT, satu perawat S1 Ners keperawatan jiwa per RW atau kelurahan dengan dukungan RW/Desa Siaga Sehat Jiwa, serta satu perawat spesialis keperawatan jiwa di setiap kabupaten atau kota. Fokus ini menjadikan promosi kesehatan jiwa pada setiap individu sebagai aspek yang sangat esensial.

G. Penutup

Pelayanan keperawatan jiwa menjadi sebuah hal yang masih perlu untuk ditingkatkan lebih lanjut di Indonesia. Beberapa upaya seperti inovasi terapi modalitas, bentuk kontribusi dan juga regulasi serta mekanisme dalam menyusun pelayanan keperawatan jiwa yang komprehensif telah dilakukan dalam pemberian pelayanan yang berfokus secara rehabilitatif dapat memberdayakan tidak hanya klien, namun keluarga juga adalah hal yang berpengaruh secara signifikan dalam upaya pemulihan kondisi kejiwaan klien dan juga perawatan di ruamh. Pelayanan keperawatan jiwa masyarakat harapannya dapat menjangkau kelompok yang masih sulit untuk diberikan intervensi serta promosi kesehatan sebagai bentuk pencegahan dan upaya dukungan dalam memberdayakan masyarakat Indonesia sehat jiwa.

Referensi

- Agustarika, B., Keliat, B. A., & Nasution, Y. (2009). Pengaruh terapi thought stopping terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Aini, K., Keliat, B. A., & Nuraini, T. (2011). Pengaruh assertive training therapy terhadap kemampuan asertif suami dan risiko kekerasan dalam rumah tangga di Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Amira, O. (2011). Prevalence of symptoms of depression among patients with chronic kidney disease. Nigerian Journal of Clinical Practice, Volume: 14, Issue:4, Page: 460-463.

- APNA (2013). About Psychiatric-Mental Health Nurses (PMHNs). Diunduh dari <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3292#1>, pada tgl 28 Januari 2013.
- Bagian Diklit RS Marzoeki Mahdi Bogor. (2010). Laporan konvensi Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa I, 29-31 Juli 2010. Bogor: Bag Diklit. Tidak Diterbitkan.
- Bahari, K., Keliat, B. A., Gayatri, D., & Helena, N. C. D. (2010). Pengaruh terapi kelompok terapeutik terhadap perkembangan identitas remaja di kota Malang. *Journal Kesehatan (The Journal of Health)*, Vol. 8, No. 2, November.
- Basmanelly, Keliat, B. A., & Gayatri, D. (2008). Pengaruh home visit terhadap kemampuan keluarga dan klien halusinasi Di Kota Padang. Depok: Universitas Indonesia, tesis tidak dipublikasi.
- Boyd, M. A., & Nikart, M. A. (1999). *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Carolina, Keliat, B. A., & Sabri, L. (2008). Pengaruh penerapan standar asuhan generalis terhadap halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Damayanti, R., Keliat, B. A., Hastono, S. P., & Helena, N. C. D. (2010). Pengaruh terapi kelompok terapeutik (TKT) terhadap kemampuan ibu dalam memberikan stimulasi perkembangan inisiatifa anak usia pra sekolah di Kelurahan Kedaung Bandar Lampung. Depok: Universitas Indonesia, Tesis, tidak dipublikasi.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2007. Jakarta: DepKes. R.I.
- Erwina, I., Keliat, B. A., Nasution, Y., & Helena, N. C. D. (2010). Pengaruh cognitive behavior therapy terhadap post traumatic stress disorder pada penduduk pasca gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak diterbitkan.
- Fatiah & Keliat, B. A. (2002). Hubungan antara pengetahuan, persepsi, dan sikap perawat terhadap Model Praktik Keperawatan Profesional dengan kinerja dan kepuasan kerja perawat di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada. Tesis tidak diterbitkan.
- Fitri, L. D. N., Keliat, B. A., & Mustikasari. (2007). Hubungan Pelayanan Community Mental Health Nursing (CMHN) dengan Tingkat Kemandirian Klien Gangguan Jiwa di Kabupaten Bireuen Aceh. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (3rd ed). New York: Thomson Delmar Learning.
- Guslinda, Keliat, B. A., & Widiatuti. (2011). Pengaruh terapi kelompok terapeutik lansia terhadap kemampuan adaptasi dan perkembangan integritas dirilansia di kelurahan Surau Gadang kecamatan Nanggalo Padang. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Hernawaty, T., Keliat, B. A., & Kuntarti. (2009). Pengaruh terapi suportif keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa di Kelurahan Bubulak Bogor Barat. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.

- Hidayat, E., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2011). Pengaruh cognitive behavior therapy (CBT) dan rational emotive behavior therapy (REBT) terhadap klien perilaku kekerasan dan harga diri rendah di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Istiana, D., Keliat, B. A., & Nuraini, T. (2011). Terapi kelompok terapeutik anak sekolah pada anak-orangtua dan anak-guru meningkatkan perkembangan mental anak usia sekolah. Jurnal Ners, Volume 6, Nomor 1, April 2011.
- Jumaini, Keliat, B. A., Hastono, S. P., & Helena, N. C. D. (2010). Pengaruh cognitive behavioral social skills training (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Kelleher, K. (2007). Community mental health nursing: Basic module review and evaluation. Brisbane: JTA International.
- Keliat, B. A., Panjaitan, R. U., Mustikasari, & Helena, N. C. D. (1999). Pengaruh model terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) terhadap kemampuan komunikasi verbal dan non verbal pada klien menarik diri di rumah sakit jiwa. Journal Keperawatan Indonesia, volume 2, No.8, Desember.
- Keliat, B. A., Azwar, A., Bachtiar, A., & Hamid, A. Y. S. (2003). Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa pusat Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Disertasi tidak diterbitkan.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2004). Terapi aktivitas kelompok. Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2007a). Model praktik keperawatan profesional jiwa. Jakarta: Penerbitan Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., Akemat, Helena, N. C. D., & Nurhaeni, H. (2007b). Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., Panjaitan, R. U., & Riasmini, M. (2007c). Manajemen keperawatan jiwa komunitas desa siaga: CMHN (Intermediate Course). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., Helena, N. C. D., & Farida, P. (2007d). Manajemen keperawatan psikososial & kader kesehatan jiwa: CMHN (Intermediate Course). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., Wiyono, A. P., & Susanti, H. (2007e). Manajemen kasus gangguan jiwa: CMHN (Intermediate Course). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., Azwar, A., Bachtiar, A., & Hamid, A. Y. S. (2009). Influence of the abilities in controlling violence behavior to the length of stay of schizophrenic client in Bogor mental hospital, Indonesia. Medical Journal Indonesia, Vol. 8, No. 1, January-March.
- Keliat, B. A., Daulima, N. H. C., & Tololiu, T. A. (2010). Efektivitas latihan pertahanan diri terhadap risiko bunuh diri remaja di Depok, Indonesia. Depok: Riset Kluster DRPM UI, tidak dipublikasi.
- Keliat, B. A., Riasmini, M., & Daulima, N. H. C. (2010). Efektivitas penerapan Model Community Mental Health Nursing terhadap kemampuan hidup klien gangguan jiwa dan keluarganya di wilayah DKI Jakarta. Depok: Riset DRPM UI, tidak dipublikasi.

- Keliat, B. A., Istiana, D., & Nasir, A. (2011). Model pendidikan kesehatan jiwa masyarakat: Modul CMHN advance course. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., Farida, & Waryuni. (2012). Efektivitas penerapan CMHN dan PMHN terhadap perubahan kemandirian klien dengan gangguan jiwa kronik. Depok: Riset DRPM UI, tidak dipublikasi.
- Kovacevic, S., & Bucher, P. (2011). Risk factors of burnout syndrome among nurses in psychiatric hospital. *Mlješkarstvo*, 61: 285-287.
- Kurniawati, Keliat, B. A., & Gayatri, D. (2008). Pengaruh home visit terhadap kemampuan keluarga merawat klien isolasi sosial di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Lawoko, S. (2007). Factors influencing satisfaction and well-being among caregivers of persons with severe mental illness: A Swedish cross-sectional study. *Nordic College of Caring Sciences*, 21: 249-256.
- Mahasari, T. (2012). Pengaruh cognitive behavior therapy terhadap ansietas pada ibu hamil dengan preeklampsi di RSUD Kabupaten Banyuwangi. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Manapo, Y., Keliat, B. A., & Hastono, S. P. (2008). Pengaruh penerapan cognitive behavioral therapy (CBT) terhadap kemampuan kontrol halusinasi di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Mayangsari, Y., Keliat, B. A., & Sabri, L. (2007). Pengaruh penerapan model praktik keperawatan profesional terhadap kemampuan social skill klien isolasi sosial di RSJ Provinsi Kalimantan Timur. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Mekhanick, N. A. (2011). Managing schizophrenia without major side-effects. *Mental Health Practice*, Vol. 8, No. 3, December.
- Meneghetti, R. (2007). Effect of music and guided imagery on relaxation and anxiety reduction of depression in psychiatric inpatients. *Dissertation Abstract International*, B57 (8), 4215.
- Mohamad, S. (2006). Application of Orem self-care theory on a man with schizophrenia. *Nurse Forum*, 18: 120-124.
- Mujadid, I. F., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2007). Efektifitas model CMHN terhadap perubahan kemampuan keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan halusinasi di Kabupaten Luwu Sulawesi Selatan. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Mullins, K. (2007). Assessment of patient symptoms: A nursing approach. *Professional Nurse*, 16: 312-315.
- Murniasih, N., & Keliat, B. A. (2003). Pengaruh terapi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan isolasi sosial di Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Nurhasanah, Keliat, B. A., & Hastono, S. P. (2008). Pengaruh cognitive behavior therapy (CBT) terhadap kemampuan kontrol halusinasi pada klien halusinasi di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Nursalam, (2007). Asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Jakarta: Salemba Medika.

- Prawitasari, J. E., & Kumara, A. (2012). Efektivitas pelatihan self regulation dalam meningkatkan kemandirian perawatan klien pada keluarga klien skizofrenia di rumah. *Jurnal Psikologi Indonesia*, 8(2): 27-39.
- Puspita, S., Keliat, B. A., & Wahyuni, R. (2008). Pengaruh cognitive behavior therapy terhadap ansietas remaja korban gempa di Kabupaten Bantul Provinsi DI Yogyakarta. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Roessler, W., & Salize, H. J. (2007). Community mental health care and hospitalization: Indicators of quality of mental health care. *International Journal of Quality Health Care*, 15: 375-385.
- Salihu, Y., & Keliat, B. A. (2010). Pengaruh pelatihan soft skill terhadap peningkatan kemampuan interpersonal mahasiswa di Universitas X Jakarta. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Sarason, B. R. (2006). Interpersonal and social processes in the risk for depression. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schene, A. H. (2008). Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrated socio-ecological framework. London: Sage Publication.
- Stewart, E. H., & Pullen, R. (2010). Mental health promotion and disease prevention. Massachusetts: Butterworth-Heinemann.
- Suryaningtyas, W., Keliat, B. A., & Riasmini, N. (2007). Pengaruh penerapan model praktik keperawatan profesional terhadap kemampuan sosial skill pada klien isolasi sosial di RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Tungadewi, K. (2007). Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) terhadap kemampuan kontrol halusinasi pada klien dengan halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Ulfah, Keliat, B. A., & Sabri, L. (2008). Pengaruh terapi kognitif dan perilaku terhadap kemampuan kontrol klien harga diri rendah di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Widiatuti, Keliat, B. A., & Widyawati. (2011). Pengaruh cognitive behavior therapy dan terapi suportif keluarga terhadap kemampuan kontrol klien gangguan jiwa dengan kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Yuliati, R., Keliat, B. A., & Hamid, A. Y. S. (2007). Pengaruh model CMHN terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial di Kabupaten Sukabumi. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.
- Yunita, N. (2010). Pengaruh model CMHN terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Kabupaten Sleman. Depok: Universitas Indonesia, Tesis tidak dipublikasi.

BAB 8

Kontribusi Keperawatan Dalam Pencapaian Program SDGs Untuk Kesehatan Reproduksi Perempuan Indonesia

Setyowati

A. Pendahuluan

Indonesia telah melewati masa Millennium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015 dengan beberapa pencapaian, meskipun ada beberapa target yang belum tercapai. Secara retrospektif, pencapaian MDGs khususnya dalam bidang kesehatan masih menjadi hutang yang perlu dipenuhi dalam tahun-tahun mendatang.

Menurut laporan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) pada tahun 2011, Indonesia telah mencapai sebagian besar target yang ditetapkan dalam MDGs. Namun, beberapa indikator belum tercapai karena berbagai alasan. Salah satu target yang nyata belum tercapai adalah tujuan ke-6, yaitu meningkatkan status kesehatan ibu. Indikator utama untuk tujuan ini adalah Angka Kematian Ibu (AKI), yang pada tahun 2015 ditargetkan mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup. Namun, pada kenyataannya, target ini tidak tercapai dan bahkan cenderung meningkat menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2013).

Demikian juga untuk target unmet need KB (Keluarga Berencana) belum bisa dicapai. Di sisi lain pencapaian target lainnya sungguh sangat menggembirakan misalnya angka kematian bayi yang menurun, CPR (Contraceptive Prevalence Rates), menurunnya tingkat kelahiran pada remaja (per 1000 perempuan usia 15-19 tahun), meningkatnya cakupan pelayanan antenatal (K1 dan K4), pengendalian HIV dan AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya (TB) menunjukkan peningkatan yang menggembirakan meskipun masih diperlukan usaha keras untuk mengendalikan cara penularannya yang mulai berubah.

Hasil pencapaian Indonesia dalam MDGs menunjukkan bahwa kita masih harus bekerja keras untuk mencapai yang terbaik bagi bangsa. Beberapa hal yang diperhatikan antara lain dalam contoh laporan di bawah ini: Pencapaian MDGs - Tujuan keempat: Menurunkan angka kematian anak.

Tabel 8.1
Target 5: Menurunnya Dua Per Tiga Angka Kematian Anak
Di Bawah Lima Tahun pada 1980-2015

No.	Indikator	1990	2007	Target	Catatan	Status
5a	Angka kematian anak di bawah lima tahun per 1000	81	40	32	Terjadi peningkatan	Sesuai target
5b	Angka kematian bayi per 1000	57	32	19	Terjadi peningkatan	Sesuai target

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2011

Tujuan kelima: Menurunkan angka kematian ibu

Tabel 8.2
Target 5: Menurunnya Dua Per Tiga Angka Kematian Anak Di Bawah Lima Tahun pada 1980-2015

No.	Indikator	1990	2007	Target	Catatan	Status
6a	Angka kematian maternal per 100,000	390	307	110	Data terbaru belum ada	Perlu bekerja keras
6b	Pertolongan persalinan oleh tenaga yang telah dilatih	40.7%	72.4%	Indikator	Banyak peningkatan	
6c	Perempuan menikah berumur 15-49 yang menggunakan kontrasepsi	50.5%	57.9%	Indikator	Keadaan stagnan (2014: 90 persen)	

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2011

Berdasarkan data SDKI tahun 2012, AKI meningkat menjadi 359/100.000 KH. Ini merupakan kondisi yang sangat memprihatinkan yang memerlukan penanganan serius dari semua elemen dan semua pihak. Tujuan keenam: mengendalikan HIV dan AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya (TB).

Tabel 8.3
Target 5: Menurunnya Dua Per Tiga Angka Kematian Anak Di Bawah Lima Tahun pada 1980-2015

No	Indikator	1990	2007	Target	Catatan	Status
7	HIV and AIDS prevalence		0.1%	Mengendalikan penyebaran HIV dan AIDS	Meningkat	Telah menunjukkan trend perbaikan pengendalian, tetapi masih perlu upaya keras dan terus menerus untuk mencapai target 2015

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2011

Pemerintah telah berusaha untuk mengatasi masalah tersebut. Namun kita menyadari bahwa Indonesia seperti dinegara berkembang lainnya, mengalami permasalahan perinatal antara lain:

1. Mortalitas masih tinggi
 - a) Kehamilan tanpa perawatan antenatal.
 - b) Terlambat melakukan rujukan ke pusat pelayanan kesehatan.
 - c) Terlambat memberikan pertolongan adekuat di pusat pelayanan.
 - d) Persalinan masih ditolong oleh tenaga nonmedis (dukun).
 - e) Akibat persalinan terlantar atau persalinan lama.
 - f) Karena komplikasi kehamilan.
2. Morbiditas masih tinggi
 - a) Trauma persalinan yang tidak legalartis.
 - b) Terlambat melakukan rujukan, pertolongan tidak adekuat karena sarana dan kemampuan belum memadai.
 - c) Sebagai akibat penyakit yang menyertai kehamilan atau komplikasi kehamilan.
3. Kelahiran bayi dengan berat lahir rendah disebabkan:
 - a) Kelahiran prematur.
 - b) Pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat.
 - c) Keyakinan dan mitos masyarakat.
 - d) Penyakit ibu dan komplikasi kehamilan.
 - e) Gizi rendah dan anemia.
 - f) Grandemultipara dengan interval pendek.

Indonesia dan negara-negara berkembang masih berhadapan dengan berbagai faktor sosial ekonomi, yang besar pengaruhnya terhadap mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi sehingga pemakaian alat canggih dan rujukan kerumah sakit masih terkendala untuk dapat dijangkau. Berbagai upaya dan tindakan dilakukan dalam usaha mencapai tujuan tersebut, melihat hasil laporan pencapaian di atas maka timbul pertanyaan yang harus dijawab oleh kita sendiri apa yang telah terjadi? Mengapa bisa terjadi? Sangat lazim jika kami, Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan merasa turut bertanggung jawa. untuk mengkontribusi dalam pencapaian keberhasilan MDGs dan SDGs, sesuai dengan bidang keilmuan keperawatan maternitas.

B. Kesehatan Reproduksi Perempuan

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi. Pemikiran tentang kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit saja melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan nyaman sepanjang daur kehidupan (Depkes RI, 2000). Beberapa dasar pemikiran tentang kesehatan reproduksi perempuan menurut WHO (2009) antara lain:

1. Perempuan menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya.

2. Kesehatan perempuan secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan dilahirkan.
3. Kesehatan perempuan sering dilupakan dan hanya sebagai objek dengan mengatas namakan "pembangunan" seperti program KB, dan pengendalian jumlah penduduk.
4. Adanya ketidaksetaraan bagi perempuan dalam mengakses pendidikan, pekerjaan, pengambilan keputusan dan sumber daya yang tersedia.
5. Di mancanegara masih terjadi berbagai diskriminasi yang berdampak negatif terhadap kesehatan dan hak reproduksi perempuan.
6. Masih adanya kebiasaan tradisional yang merugikan baik bagi kesehatan perempuan secara umum maupun bagi perempuan hamil.
7. Masalah kesehatan reproduksi perempuan sudah menjadi agenda Internasional.

Adapun masalah kesehatan reproduksi ditinjau dari pendekatan siklus kehidupan keluarga antara lain:

1. Praktik tradisional yang berakibat buruk semasa anak-anak perempuan (seperti sunat perempuan, genital, diskriminasi nilai anak, dsb): kebiasaan-kebiasaan yang meningkatkan kerentanan kesehatan-anak dan perempuan.
2. Masalah kesehatan reproduksi remaja: banyaknya kehamilan remaja, kekerasan/pelecehan seksual, dan tindakan seksual yang tidak aman.
3. Masalah kesehatan reproduksi perempuan dewasa antara lain:
 - a) Tidak terpenuhinya kebutuhan ber-KB, biasanya terkait dengan isu aborsi tidak aman.
 - b) Mortalitas dan morbiditas ibu dan anak (sebagai suatu kesatuan) selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, yang diikuti dengan malnutrisi, anemia, berat bayi lahir rendah.
 - c) Infeksi saluran reproduksi, yang berkaitan dengan penyakit menular seksual.
 - d) Infertilitas/kemandulan, yang berkaitan erat dengan infeksi saluran reproduksi dan penyakit menular seksual.
4. Masalah kesehatan reproduksi perempuan lansia antara lain:
 - a) Sindrom pre dan post menopause, peningkatan resiko kanker organ reproduksi:
 - b) Kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah proses penuaan lainnya.
5. Masalah kesehatan reproduksi mencakup area yang jauh lebih luas antara lain:
 - a) Masalah reproduksi: Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan, masalah gizi dan anemia dikalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan.
 - b) Masalah gender dan seksualitas antara lain:
 - 1) Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas,

- 2) Pengendalian sosio-budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku tentang perilaku "seks, 'homoseks, poligami, dan perceraian,
 - 3) Seksualitas dikalangan remaja:
 - 4) Status dan peran perempuan:
 - 5) Perlindungan terhadap perempuan pekerja.
- c) Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan antara lain:
- 1) Kencenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban:
 - 2) Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan:
 - 3) Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur,
 - 4) Berbagai langkah untuk mengatasi masalah-masalah tersebut.
- d) Masalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual, antara lain:
- 1) Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorhea;
 - 2) Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes,
 - 3) Masalah HIV/AIDS. (Human — Immunodeficiency Virus/Acquired immunodeficiency Syndrome),
 - 4) Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual: 5) Kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/pekerja seks komersial):
 - 5) Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.
6. Masalah terkait teknologi antara lain makin meningkatnya teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung): pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (gender fetal screening), pelapisan genetik (genetic screening): keterjangkauan dan kesamaan kesempatan, etika dan hukum yang berkaitan dengan masalah teknologi reproduksi ini.

Strategi pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif sepanjang daur kehidupan perempuan (Kemenkes, 2011).

1. Komponen Keluarga Berencana Keluarga berencana merupakan strategi biang kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu melalui pengaturan jarak dan jumlah kelahiran.
2. Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak (pelayanan antenatal, pelayanan persalinan/partus dan pelayanan postnatal atau masa nifas).
3. Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS. Komponen Usia Lanjut. Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/adropause).
4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.

Meskipun strategi tersebut telah berusaha diterapkan namun beberapa masalah tetap dihadapi oleh pemerintah antara lain:

1. Masih terdapat ketidaksamaan gender secara luas dalam pelayanan kesehatan.
2. Masih banyaknya masalah penyakit kronis, kecelakaan dan gangguan mental pada perempuan.
3. Kematian perempuan penyebab utamanya adakah masalah reproduksi misalnya: kematian ibu selama kehamilan, persalinan dan pasca bersalin, masalah HIV dan lain-lain.
4. Masih banyaknya masalah penyakit kronis, kecelakaan dan gangguan mental pada perempuan.
5. Masalah sosial dan sistem kesehatan masih gagal dalam memberikan pelayanan kepada perempuan.
6. Permulaan masalah kesehatan reproduksi adalah pada masa "remaja perempuan dan semakin berat dan kritis pada masa dewasa perempuan.

Oleh sebab itu peran perawat dalam berkontribusi untuk menukseskan program-program pemerintah dalam kesehatan reproduksi perempuan sangat diperlukan.

C. Peran Perawat Professional

Peran perawat adalah cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, dimana telah menyelesaikan pendidikan formalnya yang diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesional. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan peraturan dan perundang undangan.

Sedangkan pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan pada individu, kelompok, keluarga atau masyarakat baik sehat maupun sakit (UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Pasal 1 ayat 2). Beberapa elemen peran perawat professional, sebagai berikut:

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan (*Care giver*)

Sebagai pelaku/pemberi asuhan keperawatan, perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada "klien, menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi: melakukan pengkajian dalam upaya mengumpulkan data dan informasi yang benar, menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data, merencanakan intervensi keperawatan sebagai upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ada dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Menggunakan hasil evaluasi untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.

2. Sebagai pembela untuk melindungi klien (*Client advocate*)

Sebagai advokat klien, perawat berfungsi sebagai penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan klien, membela kepentingan klien dan memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional, maupun profesional. Peran advokasi sekaligus mengharuskan perawat bertindak sebagai narasumber dan fasilitator dalam tahap pengambilan keputusan terhadap upaya kesehatan yang harus dijalani oleh klien. Ketika menjalankan peran sebagai advokat (pembela klien) perawat harus dapat melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalam pelayanan keperawatan.

3. Sebagai pemberi bimbingan/konseling klien (*Counselor*)

Tugas utama perawat adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat-sakitnya. Adanya pola interaksi ini merupakan dasar dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya. Memberikan konseling/bimbingan kepada klien, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai prioritas. Konseling diberikan kepada individu/keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu, pemecahan masalah difokuskan pada masalah keperawatan, mengubah perilaku hidup ke arah perilaku hidup sehat.

4. Sebagai pendidik klien (*Educator*)

Sebagai pendidik klien, perawat membantu klien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan, dan tindakan "medik yang diterima sehingga klien/keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya. Sebagai pendidik, perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang beresiko tinggi, kader kesehatan, dan lain sebagainya. Peran sebagai pendidik klien ditujukan untuk mengatasi kelemahan klien/keluarga karena ketidaktahuan yang berpotensi berdampak pada perilaku ketidakpatuhan.

5. Sebagai anggota tim kesehatan yang dituntut untuk dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain (*Collaborator*)

Perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan klien.

6. Sebagai koordinator agar dapat memanfaatkan sumber-sumber potensi klien (*Coordinator*)

Perawat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih. Dalam menjalankan peran sebagai koordinator, perawat dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Mengkoordinasi seluruh pelayanan keperawatan
- b. Mengatur tenaga keperawatan yang akan bertugas
- c. Mengembangkan sistem pelayanan keperawatan

- d. Memberikan informasi tentang hal-hal yang terkait dengan pelayanan keperawatan pada sarana kesehatan

7. Sebagai pembaharu yang selalu dituntut untuk mengadakan perubahan-perubahan (*Change agent*)

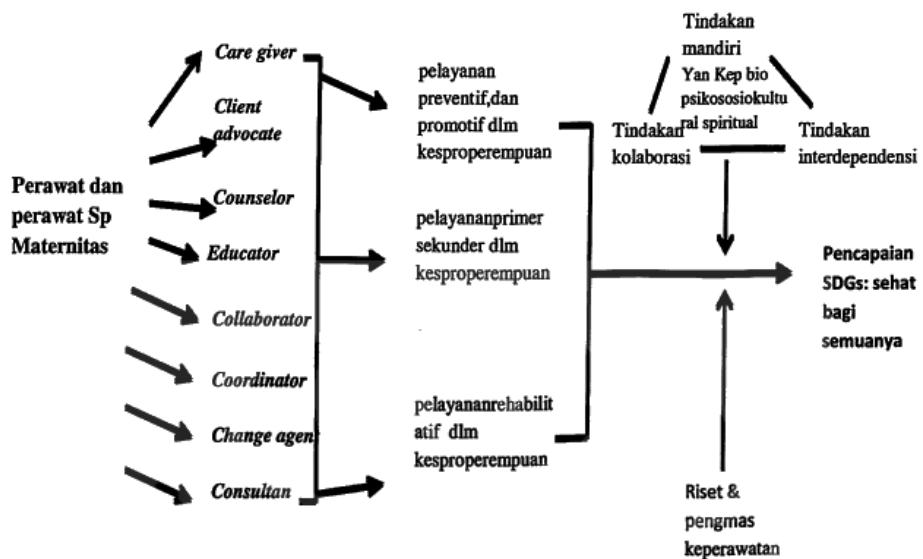
Sebagai pembaharu, perawat mengadakan invasi dalam cara berpikir, bersikap, bertingkah laku dan meningkatkan keterampilan klien/keluarga agar menjadi sehat. Elemen ini mencakup perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dalam berhubungan dengan klien dan cara memberikan perawatan kepada klien.

8. Sebagai sumber informasi yang dapat membantu memecahkan masalah klien (*Consultant*)

Elemen ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan. Perawat adalah sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi spesifik klien (Ali, 2002:5-9).

Menurut Lokakarya Nasional (1983), peran perawat adalah:

- 1) Pelaksana pelayanan keperawatan
- 2) Pengelola pelayanan keperawatan dan institusi pendidikan
- 3) Pendidik dalam keparawatan
- 4) Peneliti dan pengembang keperawatan



Gambar 8.1
Peran Perawat dan Perawat Spesialis Maternitas

D. Pencegahan Penularan HIV/AIDS Di Lingkungan Ibu Rumah Tangga Dengan Pemberdayaan Petugas Kesehatan Dan Pelibatan Keluarga di Indonesia

Jumlah kasus kumulatif HIV/AIDS yang ada di Indonesia, paling banyak terjadi pada ibu rumah tangga. Hal ini tentu sangat merisaukan, mengingat peningkatan infeksi baru. HIV pada ibu akan berdampak pada meningkatnya jumlah infeksi HIV pada bayi (Menkes,

2014). Tidak semua ibu hamil yang terdeteksi HIV adalah wanita yang sudah mengetahui statusnya sebelum hamil dan mendapatkan pengobatan, sehingga kemungkinan penularan dari ibu ke bayi baik selama kehamilan maupun persalinan menjadi lebih besar. Stigma dan diskriminasi pada Odha khususnya perempuan dengan HIV-AIDS membuat mereka cenderung merahasiakan status HIV dari masyarakat dan keluarga.

Di segi lain, sudah merupakan hal yang biasa kalau ditemukan kasus HIV/AIDS di institusi pelayanan kesehatan (rumah sakit maupun puskesmas atau klinik-klinik swasta), maka petugas kesehatan akan berusaha menghindar memberikan pelayanan. Sehingga masalah ini tidak pernah terselesaikan dengan baik karena perempuan baik yang sedang hamil dan melahirkan maupun yang tidak sedang hamil mengalami HIV-AIDS merasa terpojokkan dan disingkirkan. Perawat dan petugas kesehatan yang langsung memberikan asuhan keperawatan pada ODHA perlu menyadari hal ini. Dan sangat diperlukan kesadaran petugas kesehatan dan keterlibatan petugas kesehatan dalam mencegah penularan HIV/AIDS dilingkungan ibu rumah tangga dan bagaimana petugas kesehatan dapat menggerakkan keluarga yang seharusnya dapat men-support lahir batin pada ibu rumah tangga baik dalam keadaan hamil maupun tidak hamil yang tertular HIV/AIDS.

Penelitian ini mempunyai tujuan untuk mengidentifikasi model pemberdayaan petugas kesehatan dengan pelibatan keluarga yang dapat mengatasi penyebaran HIV/AIDS di lingkungan keluarga dan men-support ibu rumah tangga yang terjangkit HIV/AIDS. CMenggunakan operational research design dan metode riset kualitatif, tim peneliti telah melakukan pengkajian kebutuhan/ need assessment tentang pengetahuan, sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam merawat dan memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu rumah tangga yang mengalami HIV AIDS dan bagaimana dukungan keluarga. Tahap pertama telah dilakukan focus group discussion dan in depth interview pada 70 orang tenaga kesehatan yaitu perawat dan bidan yang bekerja di rumah sakit dan puskesmas di ibukota 7 propinsi (Surabaya, DKI Jakarta, Makassar, Bandung, Denpasar, Jayapura, Medan). Masing-masing propinsi ada 10 orang Tenaga kesehatan tenaga kesehatan yang berpartisipasi. Tim juga melakukan interview berupa focus group discussion dan personal in depth interview pada 140 perempuan ODHA dari ke-tujuh wilayah tersebut. Hasil wawancara telah dianalisa bersama dengan ringkasan bahwa dari ke-tujuh wilayah tersebut masalah utama adalah masih kuatnya stigma dan diskriminasi yang dialami oleh perempuan ODHA baik oleh keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan serta institusi pelayanan kesehatan. Perempuan ODHA tersebut masih belum memperoleh dukungan keluarga, meskipun demikian mereka sudah memiliki - pemahaman yang baik tentang HIV-AIDS dan pengelolaannya. Mereka telah berusaha secara teratur untuk berobat dan minum ARV yang diberikan. Perasaan sulit berkomunikasi dengan Tenaga kesehatan masih dirasakan oleh perempuan ODHA tersebut. Peneliti mengidentifikasi belum ada kolaborasi yang selaras antara semua yang bergerak membantu ODHA (LSM) dengan Tenaga kesehatan yang merawat ODHA di institusi pelayanan. Berdasarkan hasil dari wawancara tersebut tim telah mempersiapkan enam modul untuk digunakan dalam memberikan tambahan pengetahuan kepada Tenaga "kesehatan sehingga mereka dapat memberikan asuhan keperawatan yang

holistik mencakup aspek bio-psikososial, cultural dan spiritual. Ke enam modul tersebut diterapkan dalam workshop di lima propinsi "dengan kemudian mengukur pengetahuan, sikap Tenaga kesehatan dalam merawat ODHA dan keterampilan Tenaga kesehatan dalam komunikasi dengan ODHA, disamping itu juga wawancara tentang pendapat para partisipan Tenaga kesehatan untuk perbaikan modul-modul tersebut. Hasil menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang bermakna pengetahuan dan sikap Tenaga kesehatan setelah diberikan workshop dengan enam modul.

Kesimpulan, masih banyak masalah dalam pelayanan keperawatan yang diberikan kepada perempuan ODHA yang perlu dibenahi. Keluarga belum sepenuhnya dilibatkan oleh Tenaga kesehatan untuk ikut berpartisipasi dalam pengelolaan perempuan ODHA yang diperberat dengan nilai dan keyakinan dari masyarakat yang menstigma dan mendiskriminasi perempuan ODHA. Oleh sebab itu, perlu diperkuat pemahaman dan kesiapan Tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik. Hasil workshop pada Tenaga kesehatan menunjukkan hasil yang bagus untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan berkomunikasi Tenaga kesehatan dengan perempuan ODHA. Modul segera disempurnakan kembali dan diusulkan HAKI-nya untuk selanjutnya diserahkan kepada pihak-pihak yang berkepentingan dalam rangka kontribusi pencegahan penularan HIV AIDS pada ibu rumah tangga.

E. *The Needs and Services of Elderly Women Based On Kinship in Indonesia Abstract Purpose of the Study: Improvements in The Health Care System Correlates with an Increasing Elderly Population in Indonesia*

Even though Indonesia still has a small percentage of elderly, this population is gradually increasing. The population of the elderly in Indonesia was approximately 18.4 million in 2005 and is expected to increase to 32 million in 2020 or 12% of the population. Overall, the percentage of elderly women and their life expectancy is greater than for men. This research study explores the need for culturally influenced services especially amongst elderly Indonesian women. Design and Methods: A qualitative study with focus group discussions involved six elderly women and their families. Literature review and observations have been performed on different ethnic groups. Results: The elderly are under-provided with the proper services and respect, formerly the case, especially in the eastern region. They face a range of problems ranging from physical and psychological to social, spiritual - economical. Women have specific needs and elderly women stay at home and tend to spend their time on spiritual activities such as praying rather than physical and social activities because there is no service provision to ensure their safety and satisfaction. This study recommends that women elderly in Indonesia be provided with more services from their families, government and community based on their values and culture. Implications: All parties should be aware of this situation and use the results of this study as a basic template for further appropriate intervention and research.

F. Pengembangan Intervensi Keperawatan Mandiri Pain Digital Acupressure (PDA) dan Pengaruhnya Terhadap Nyeri Persalinan pada Ibu Bersalin Fase Aktif Kala Satu

AKI di Indonesia masih tinggi di lingkungan ASEAN. Salah satu penyebab kematian ibu melahirkan di Indonesia adalah partus lama atau macet. Penyebab partus lama diantaranya adalah kecemasan dan ketakutan ibu yang tidak teratasi selama melahirkan. Kecemasan yang tidak teratasi merupakan prediktor terjadinya nyeri selama melahirkan yang akan mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Sebaliknya nyeri selama melahirkan juga menyebabkan timbulnya kecemasan, sehingga antara stress, kecemasan, ketakutan dan nyeri merupakan siklus yang berkesinambungan. Peningkatan katekolamin dan glukokortikoid karena kecemasan akan mempengaruhi kontraksi uterus. Kontraksi uterus yang lemah mengakibatkan proses persalinan lebih lama. Kontraksi uterus tentu menyebabkan rasa nyeri. Nyeri persalinan menstimulasi respirasi, sehingga menurunkan kadar CO₂ dalam darah. Sehingga stimulasi respirasi kurang dan menimbulkan kadar oksigen ibu dan fetus kurang. Apabila kadar CO₂ ibu rendah, maka kadar CO₂ fetus juga rendah sehingga menyebabkan deselerasi lambat denyut jantung janin. Penelitian akupresur untuk mengurangi nyeri persalinan sudah banyak dilakukan dan menunjukkan hasil yang efektif, namun kenyataan di lapangan teknik akupresur belum dilaksanakan. Hal tersebut terutama disebabkan karena kurangnya tenaga untuk melakukan intervensi tersebut yang memerlukan waktu "dan tenaga. Hasil studi pendahuluan dengan metode kualitatif pada ibu post partum oleh Heni (2012) menunjukkan bahwa ibu yang bersalin merasakan cemas menjelang bersalin mereka takut akan rasa nyeri yang akan dialami. Mereka membutuhkan bantuan dan informasi untuk mengurangi nyeri walaupun mereka harus melakukannya sendiri. Ibu diharapkan bisa mandiri dalam mengatasi masalah-nyeri yang muncul, sehingga kebutuhan kenyamanan terpenuhi dan proses persalinan berjalan lebih lancar. Berdasarkan data tersebut, maka perlu dilakukan pengembangan tindakan keperawatan menggunakan alat digital akupresur untuk mengatasi nyeri yang muncul. Tujuan penelitian adalah dikembangkannya intervensi keperawatan mandiri pain digital akupresur (PDA) dan menganalisa pengaruhnya terhadap nyeri persalinan pada ibu bersalin fase aktif kala satu. Metodologi penelitian, design penelitian adalah uji klinik, true experimental with control group. Yang terdiri dari tiga tahap yaitu:

1. Tahap satu terdiri dari dua kegiatan yaitu Persiapan pengembangan prototype intervensi pelayanan keperawatan mandiri dengan Pain Digital Acupressure dan Percobaan alat di dalam laboratorium bio teknik.
2. Tahap dua adalah menguji cobakan alat pada binatang percobaan di laboratorium di mana binatang percobaan yang akan bersalin dipasangkan alat kemudian diukur kontraksi dan lama bersalin. Efektivitas alat dilihat dari kontraksi yang tidak terganggu dan lama persalinan yang normal pada binatang percobaan.
3. Tahap ketiga adalah tahap evaluasi atau pengukuran akibat perlakuan yaitu penerapan alat pada ibu bersalin. Pengukuran berupa bagaimana tingkat nyeri ibu sebelum dan setelah menggunakan alat "selama proses persalinan dengan menggunakan kuesioner dan instrumen observasi terhadap rasa nyeri.

Hasil tahap satu adalah. telah dikembangkannya alat PDA yang dapat dioperasionalkan menggunakan remote control untuk mengatur jenis gelombang, frekuensi dan amplitudo dan volume. Pada uji coba alat di laboratorium bio teknik diperoleh bahwa yang paling bermaksa/sesuai dengan prinsip akupresur adalah gelombang sguare, frekuensi 30 Hertz, volume: 2 dan amplitude 0, 8 dan 1.

Hasil tahap dua adalah mengujicobakan alat. pada hewan percobaan dengan kondisi diatas untuk diukur pengaruhnya terhadap proses persalinan dan kontraksi uterus: Hasil tahap dua terbukti alat PDA aman pada kambing yang melahirkan, bahkan lama persalinan pada kambing yang dipasang alat PDA lebih cepat, sehingga penggunaan alat ini dapat dibuktikan tidak berpengaruh terhadap kesejahteraan janin dan proses bersalin. Setelah dilakukan penelitian terhadap 38 orang kelompok PDA dan 38 orang kelompok kontrol, disimpulkan bahwa terdapat perbedaan penurunan skala nyeri sebelum dan setelah dilakukan tindakan pemasangan alat PDA pada 30 menit pertama, 30 menit kedua dan 30 menit ketiga dengan p value masing-masing 0.000.

Penurunan skala nyeri paling tinggi ditemukan pada 30 menit pertama pemasangan alat atau pada awal fase aktif yaitu sebesar 1.79. Sedangkan pada akhir fase aktif penurunan skala nyerinya sebesar 1.13. Alat PDA juga terbukti mempercepat persalinan khususnya kala dua yaitu rata-rata lama kala dua kelompok PDA adalah 14.36 menit, sedangkan kelompok non PDA adalah 22,50 menit dengan p value 0.000. Kesimpulan Alat PDA telah berhasil dikembangkan dan setelah diterapkan pada ibu bersalin, alat PDA mampu menurunkan skala nyeri dan mempercepat proses persalinan. Ketiga penelitian tersebut menunjukkan bahwa ruang lingkup kesehatan wanita sepanjang daur kehidupannya perlu digarap bersama-sama sehingga mengatasi masalah-masalah kesehatan reproduksi perempuan. Berikut ini juga dilaporkan juga beberapa kegiatan para alumni Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia yang telah bekerja diseluruh pelosok tanah air.

G. Penutup

Berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat telah dilakukan oleh perawat, khususnya perawat spesialis maternitas dalam rangka meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia sesuai peran dan fungsinya. Untuk menyongsong tahun baru ini dalam pelaksanaan program SDGs di Indonesia, khususnya untuk mencapai tujuan ketiga yaitu mencapai kesehatan untuk semua (Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages) yang telah ditetapkan target pencapaiannya serta menyelesaikan tujuan MDGs yang belum tercapai. Perawat, khususnya perawat spesialis maternitas sudah sepantasnya untuk ikut berkontribusi dengan membuat intervensi keperawatan, dalam bentuk pelayanan langsung kepada perempuan dengan praktik mandiri maupun interkolaborasi dan interdependensi. Dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilannya perawat dapat menerapkan program-program pemerintah, melakukan intervensi: yang mengikuti sertakan masyarakat dan memberdayakan masyarakat, sehingga tujuan ketiga SDGs dapat dicapai.

Perawat adalah salah satu tenaga kesehatan yang paling banyak berinteraksi dengan klien secara langsung dan secara tidak langsung, yang masih kurang diperhitungkan. Keperawatan "adalah profesi yang paling banyak berhubungan dengan klien, perawat memegang kunci penting dalam memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan klien kepada dokter atau tim kesehatan lainnya, sehingga memungkinkan untuk memutuskan penanganan yang lebih. Lanjut terhadap masalah kesehatan klien/keluarga. Kompetensi yang dimiliki dan peran serta fungsi perawat, khususnya perawat spesialis maternitas dapat diikutsertakan dalam implementasi SDGs tersebut.

Referensi

- Ali H.Z., 2002, Dasar-Dasar Keperawatan Profesional, Widya Medika, Jakarta.
- Adam, E., & Bianchi, A. (2008). A practical approach to labor support. JOGNN, 37, 106-115.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection: ACOG committee opinion, no. 234 | (replaces no. 219). IntJ Gynecol Obstet, 73:279—281.
- Bjorklund, K., Mutyaba, T., Nabunya, E., & Mirembe, F. (2005). Incidence of post cesarean infection in relation to HIV status in a setting with limited resources. Acta obstetrician et Gynecological Scandinavia, 84, 967-971.
- Boer, K., England, K., Goldfried, MH., & Thorne, C. (2010). Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: Changing practices in Western Europe. HIV Med, 11/6, 368-783.
- Brickley, D., et al. (2009). Community, family, and partner-related stigma experienced by pregnant and postpartum women with HIV in Ho Chi Minh City, Vietnam. AIDS Behav, 13, 197-1204.
- Carter, M. (2009). Bentuk stigma tertentu sangat menyakitkan hati ODHA. - <http://spiritia.or.id/news/bacanews.php?nwno-1743>. Diperoleh tanggal 19 Maret 2012.
- Dewi, Y., I., Setyowati., & Afiyanti, Y. (2008). Stress dan coping perempuan hamil yang didiagnosis HIV/AIDS di DKI Jakarta. Jurnal Keperawatan Indonesia, 12(2), hal....
- Dinas Kesehatan Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011. Laporan situasi perkembangan HIV dan AIDS di Jawa tengah s.d September 2011. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2011). Laporan PMTCT Dinas Kesehatan Kota Semarang. Semarang.
- Dirjen P2 & PL Kemenkes RI. (2011a). Panduan peserta pelatihan konseling dan tes sukarela HIV. Jakarta.
- Dirjen P2 & PL Kemenkes RI. (2011b). Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia dilapor s.d Desember 2011. <http://www.Spiritia.or.id/stats/statscurr.php?langzid>. Diperoleh tanggal 20 Februari 2012.
- Dirjen PP & PL Depkes RI. (2007). Pedoman nasional terapi antiretroviral: Panduan tatalaksana klinis infeksi HIV pada orang dewasa & remaja. Edisi kedua. Jakarta.
- Edward, L., P. (2006). Perceived social support and HIV/AIDS medication adherence among African women. Journal Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 16(5), hal... diambil dari <http://ghr.Sagepub.com/cgi/content/abstract/16/5/679>. Diperoleh tanggal 19 Maret 2012.
- Emmanuel, E., & John, W. (2010). Maternal distress: A concept analysis. Journal of Advance Nursing, 66/9, 4204-2115.
- Fang, et al. (2009). Influencing factor on death of infant born to HIV infected mothers. <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed/20137523.html>. Diperoleh tanggal 24 Maret 2012.

- Ferrero, S. & Bentivoglio, G. (2003). Post-operative complication after cesarean section in HIV-infected women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 268/4, 268-273.
- Fiore, S., Newell, M.L., & Thorne, C. (2004). Higher rates of post-partum complications in HIV-infected than in uninfected women irrespective of mode of delivery. *AIDS*, 18/6, 933-938.
- Hardin, AM. & Buckner, E. B. (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *Perinat Edu.*, 13(4), 10-1.
- Homby et al. (2006). Routine intrapartum HIV counseling and testing for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a Rural Uganda Hospital. *J Acquire Immune Defic Syndr*, 42, 149-154.
- Howarth, A., Swain, N., & Treharne, G. (2011). First-time New Zealand mother's experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*, 45, 6-11.
- Jamieson, D., J., et al. (2007). Cesarean delivery for HIV-infected women: recommendations and controversies. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197, issue 3, 596-S100.
- Katz, A. (2003). The evolving art of *Caring* for pregnant women with HIV infection. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(1), 102-108.
- Kemenkes RI. (2011). Pedoman nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan, Biro Perencanaan dan Anggaran. (2011). Buku saku MDG's di Indonesia.
- Kennedy, J. (2003). HIV in pregnancy and childbirth. London: Elsevier Science.
- Komisi Penanggulangan AIDS. (2008). Kebijakan PMTCT Indonesia. <http://pmtct.bikinsitus.com>.
- Kongnyuy, E., et al. (2009). Acceptability of intrapartum HIV counseling and testing in Cameroon. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 9.
- Maman, S., Moodley, D., & Groves, A., K. (2011). Defining male support during and after pregnancy from the perspective of HIV-positive and HIV-negative in Durban, South Africa. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 325-331.
- Moleong, L. J. (2006). Metodologi penelitian kualitatif. Edisi Revisi. Bandung: PT Remaja Rosda Karya.
- Murray & McKinney. (2007). Foundation of maternal-newborn nursing. Pil Ed. Singapore: Elsevier.
- Peltzer, K., & Shikwane, M. (2010). Prevalence of postnatal depression and associated factors among HIV-positive women in primary care in Nkangala District, South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 12/4.
- Perry, Hockenberry, & Wilson. (2010). Maternal child nursing care. 4th Ed. Missouri. Mosby Elsevier.
- Phillips, C. (2003). Family-centered maternity care. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Reeder, S., Martin, L., & Griffin, D. (2003). Keperawatan maternitas: kesehatan wanita, bayi, & keluarga. (Ed. 18), Vol. 2. Alih bahasa, Yati Afiyanti et al. Editor edisi bahasa Indonesia, Eka Anisa Mardella. Jakarta: EGC.

- Reif, S., et al. (2011). Highly stressed: Stressful and traumatic experiences among individuals with HIV/AIDS in the Deep South. *AIDS Care*, 23(2), 152-162.
- Ross, R., Sawatphanit, W., & Zeller, R. (2007). Depression symptoms among HIV-positive pregnant women in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 41/4, 344-350.
- Setyoadi (2010). Pengalaman ODHA mendapatkan dukungan sosial dalam menjalani kehidupan sehari-hari di Malang Raya. Tesis. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
- Setyowati, Koestoer dan Heni, S. (2013). Pengembangan pain digital acupressure (PDA) dalam mengurangi nyeri dan lama persalinan. International Nursing Conference, India, 2014.
- Suzzane, M., Dhayendre, M., Alisson, K, G. (2011). Defining male support during and after pregnancy from the perspective of HIV positive and HIV-negative women in Durban, South Africa. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 523-531.
- UNAIDS. (2010). UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United National Programme on HIV/AIDS.
- Young, T. & Busgeeth, K. (2010). Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2010.

BAB 9

Pendekatan Model *Recovery* Sebagai Alternatif Dalam Penyembuhan dan Pemulihan Gangguan Jiwa Kronis

Suryani

A. Kontribusi Keperawatan Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa

Trend penyakit telah berubah dari penyakit infeksi dan menular ke penyakit degeneratif, penyakit kronik, kanker, dan gangguan jiwa. Secara global, 1 dari 4 (25%) orang, menderita gangguan jiwa baik di negara maju maupun negara berkembang. Penyakit ini bisa terjadi pada siapa saja, kapan saja dan dimana saja. baik pria, wanita, anak-anak, dari ras, etnis manapun dan pada semua status sosial ekonomi (WHO, 2014). Di Indonesia dengan jumlah penduduk 251 juta prevalensi gangguan jiwa berat termasuk skizofrenia meningkat dari 0,5/1000 penduduk ditahun 2007, meningkat menjadi 1,7/1000 penduduk ditahun 2013 (Risksesdas 2013) dan 6,7/1000 penduduk ditahun 2018 (Risksesdas, 2018)

Gangguan jiwa seperti skizofrenia tidak hanya berdampak bagi individu tapi juga bagi keluarga maupun pemerintah. WHO memperkirakan gangguan jiwa merupakan penyebab terbesar kedua beban penyakit dan kecacatan setelah stroke (Mathers, Fat & Boerma, 2008). Selain itu, biaya perawatan yang tinggi karena perawatan yang lama. Sehingga berdampak terhadap menurunnya kualitas hidup penderita (Evans, Banerjee, Leese & Huxley, 2007). Dampak jangka panjang skizofrenia bagi individu adalah munculnya keinginan bunuh diri (Carlborg *et al*, 2008; Loas, 2009). Hasil penelitian Loas (2009) menemukan bahwa angka kematian akibat bunuh diri pada pasien skizofrenia diperkirakan 12 kali lebih tinggi dibandingkan pasien dengan penyakit fisik.

B. Kondisi Pelatanan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Walaupun angka gangguan jiwa terus meningkat dari tahun ke tahun dan berdampak cukup serius baik bagi Individu, keluarga maupun negara, sayangnya program penanganan gangguan jiwa yang ada di Indonesia hingga saat ini masih belum optimal. Pelayanan yang ada masih berfokus pada pengobatan dan mengandalkan rumah sakit jiwa sebagai pelayanan utama bagi penderita gangguan jiwa, sehingga banyak penderita yang kambuh setelah pulang ke rumah disebabkan tidak adanya pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat. Keadaan ini tidak cost efektif, karena jika pasien sering kambuh maka biaya akan lebih sering dan lebih banyak dikeluarkan. Estimasi dampak kumulatif global masalah kesehatan jiwa dalam hal kehilangan output ekonomi akan mencapai sekitar \$16 triliun antara tahun 2011 dan 2030 (WHO, 2011).

Disamping itu, pasien yang pulang ke rumah jika kambuh dan membahayakan, sebagian ada yang dibawa ke rumah sakit jiwa, sebagian lagi ada yang dipasung oleh keuarganya. Data dari Rumah Sakit Jiwa (RSJ) propinsi Jawa barat dari tahun 2014 sampai 2016 sebanyak 78 pasien yang datang berobat ke RSJ pernah mengalami pasung (tahun 2014 sebanyak 20 orang, tahun 2015 sebanyak 48 orang dan tahun 2016 sebanyak 10 orang). Secara nasional menurut riskesdas 2013 kasus pemasungan ada sebanyak 57000 kasus. Pemerintah telah mencanangkan Indonesia bebas pasung pada tahun 2019. Akan tetapi hingga saat ini, program bebas pasung masih belum bisa berjalan dengan baik terbukti masih banyak penderita skizofrenia yang dipasung di rumah, atau pernah dibebaskan dari pasung tapi tak lama kemudian dipasung kembali. Hal itu disebabkan antara lain karena kurang siapnya pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat dan juga kurang siapnya keluarga serta masyarakat dalam mendukung kesembuhan mereka.

Puskesmas sebagai pelayanan primer yang ada di masyarakat belum melaksanakan Program kesehatan jiwa sebagaimana seharusnya. Program kesehatan jiwa di Puskesmas tidak termasuk program utama, program kesehatan jiwa hanya merupakan program pengembangan. Program utama (six basic need) antara lain promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, program pengobatan, kesehatan ibu dan anak, upaya peningkatan gizi, dan kesehatan lingkungan. Dalam program dan kegiatan Depkes tahun 2014, dicantumkan program pembinaan pelayanan kesehatan jiwa dengan outcome meningkatkan program pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat, akan tetapi, indicator kinerja utamanya adalah persentasi RSJ yang memberikan pelayanan subspesialis dasar dan NAPZA sesuai standar. Ini sama sekali tidak menyentuh kepada pemecahan masalah kesehatan jiwa di masyarakat.

Dalam Renstra Depkes 2015-2019, disebutkan Prioritas untuk kesehatan jiwa adalah mengembangkan Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM) yang ujung tombaknya adalah Puskesmas dan bekerja bersama dengan masyarakat, mencegah meningkatnya gangguan jiwa masyarakat.

Akan tetapi, sayangnya target outcomenya dalam arah kebijakan dan strategi tersebut adalah Jumlah kabupaten/kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa sebanyak 280 kab/kota. c) Persentase RS Umum Rujukan Regional yang

menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa/ psikiatri sebesar 60%. Pada profil kesehatan Indonesia yang dikeluarkan Kemenkes (2017), tidak ada informasi tentang kesehatan jiwa. Yang banyak dibahas tentang penyakit fisik seperti TB, AIDS, Pneumonia dan lain – lain. Berdasarkan pengalaman saya supervisi mahasiswa di beberapa puskesmas, program kesehatan jiwa yang ada dan terlaksana di puskesmas adalah pendataan pasien. Program lainnya seperti layanan konseling, *health promotion*, dan lain – lain tidak berjalan. Bahkan obat untuk penderita gangguan jiwa di Puskesmas sering tidak ada. Di Puskesmas tidak ada psikiater, psikolog, atau perawat jiwa.

C. Recovery: Tren Pelayanan Kesehatan Jiwa Global

Tidak seperti di Indonesia, di beberapa negara terutama negara maju mereka mempunyai berbagai fasilitas kesehatan jiwa yang ada di masyarakat seperti *community mental health centres, crisis centres, home treatment, acute day hospitals, occupational and rehabilitation services* dan lain – lain (Thornicroft & Tansella, 2004). Pelayanan tersebut sejalan dengan berkembangnya konsep deinstitusionalisa sejak tahun 1960 an, sejak tahun 1990an *trend* pelayanan bagi penderita gangguan jiwa terutama gangguan jiwa kronis, bahkan sudah bergeser kepada aplikasi konsep *customer centered care* dan *empowerment* (pemberdayaan) individu yang mengalami gangguan jiwa. Pendekatan inilah yang disebut dengan *recovery*. Recovery bukan hanya sekedar pulih dari penyakit tapi merupakan *way of live* untuk membuat kehidupan orang yang mengalami keterbatasan akibat penyakitnya menjadi lebih berarti. *Recovery* menekankan bahwa meskipun individu tidak bisa mengontrol gejala penyakitnya tapi mereka bisa mengontrol kehidupan mereka. Banyak diantara mereka yang mengalami skizofrenia telah menjalani proses *recovery* ini dan sembuh dari penyakitnya, bahkan menjadi *expert by experience* seperti Rufus May, Jacqui Dillon, Ron Coleman, Hana Alfiqih, dan lain – lain.

Menurut Liberman, Kopelowicz, Ventura, Gutkind (2002), pasien gangguan jiwa berat seperti skizofrenia memiliki kesempatan untuk sembuh, asalkan didukung oleh perawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. 20% penderita gangguan jiwa dapat sembuh dari penyakitnya melalui proses recovery yang mempertahankan harapan dan optimisme akan masa depan, bertanggung jawab dan memegang kontrol hidupnya sendiri sehingga dapat mandiri secara ekonomi (Andersen, Oades, & Caputi, 2002).

Konsep Recovery pada klien gangguan jiwa kronis telah mengalami perubahan makna dari waktu ke waktu. Pada awalnya *recovery* lebih ditekankan pada pandangan "*clinical recovery*" yang penekanannya pada pengurangan gejala dan penurunan angka kekambuhan, tetapi dalam beberapa tahun terakhir konsep ini telah digantikan oleh gabungan antara konsep "*clinical recovery*" dan "*personal recovery*", dimana pada konsep ini *recovery* tidak hanya di lihat dari adanya pengurangan gejala dan pencegahan kekambuhan akan tetapi juga mengacu pada pemulihan pribadi dalam kesehatan mental yaitu proses perubahan sikap, nilai, perasaan, tujuan, dan keterampilan serta membangun kembali integritas seseorang untuk menjalani kehidupan yang memuaskan dalam keterbatasan yang disebabkan oleh penyakit (Anthony, 1993; Deegan, 2002).

Terdapat sepuluh kharakteristik dari recovery (Bellack, 2006) antara lain:

1. *Self Directed*

Self directed merupakan proses dimana individu menentukan sendiri arah proses pemulihan dirinya. Individual yang harus menentukan dan mengontrol kesembuhannya (Bellack 2006). Karena itu, dokter maupun perawat perlu meminta pendapat klien dalam menentukan terapi yang akan dijalani klien (Lapsley, 2002) Martyn (2002) menjelaskan bahwa individu yang mampu mengatasi, mengelola atau meminimalkan segala sesuatu yang menghambat dan membatasi kondisi gangguan jiwa akan dapat mengontrol dirinya sehingga merasa bahagia dan puas dalam kehidupannya meskipun berada dalam keterbatasan.

2. *Person Centered*

Person centered merupakan konsep yang sangat penting dalam asuhan keperawatan, termasuk asuhan keperawatan klien dengan skizofrenia. Sebagai perawat kita harus meyakini bahwa didalam proses pemulihan setiap individu memiliki keunikan dan pengalaman yang berbeda-beda (Bellack, 2006). Klien sebagai pembuat keputusan dan terlibat penuh dalam pelayanan keperawatan. Selain itu, perawat sebagai penyedia pelayanan keperawatan harus memperhatikan hal-hal seperti pelayanan harus mudah diakses, pendekatan yang *supportif*, melihat permasalahan dari kacamata klien, melakukan pengkajian yang komprehensif sebelum merumuskan tujuan dan tindakan yang tepat, dan melibatkan klien dalam pengambilan keputusan.

3. *Empowerment*

Pemberdayaan tidak sama dengan memberdayakan. Pemberdayaan bertujuan membuat individu berdaya dan mampu melakukan sendiri hal-hal terkait pemulihannya. Sedangkan memberdayakan adalah memanfaatkan individu guna memudahkan pekerjaan orang yang memberdayakan. Sebagai contoh seorang perawat menyuruh pasien menyapu atau mencuci piring. Jika dia melakukan itu dalam rangka pemberdayaan pasien, maka tindakan itu harus merupakan bagian dari tujuan pemberian aktivitas dalam rangka peningkatan harga diri pasien. Bukan sebaliknya hanya sekedar meringankan pekerjaan perawat. Pemberdayaan sangat penting dalam proses pemulihan orang yang mengalami skizofrenia. Melalui pemberdayaan individu memiliki kemampuan menentukan tindakan yang akan dilakukannya yang berdampak pada perubahan pada kehidupannya (Bellack, 2006). Pada program pemberdayaan individu yang mengalami skizofrenia perlu dipertimbangkan potensi yang ada dalam diri individu sendiri dan potensi luar yang bisa mendukung seperti keluarga (Stewart & Kopache, 2002). Proses *recovery* akan berjalan dengan baik apabila individu dapat menggunakan seluruh potensi yang ada pada dirinya. *World Federation of Mental Health* (2014) mengungkap bahwa orang dengan gangguan jiwa bergantung pada keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya.

Disamping dukungan keluarga, individu yang mengalami skizofrenia juga membutuhkan dukungan dari masyarakat dalam proses pemberdayaannya (McCorkle et al, 2008).

4. Holistik

Dalam proses *recovery*, tenaga kesehatan harus membantu pasien secara holistik tidak hanya masalah psikologisnya saja. Holistik artinya memperhatikan semua aspek hidup seseorang termasuk aspek bio-psiko-sosioekultural-spiritual secara komprehensif (Bellack, 2006). Karena itu selama proses *recovery survivor* butuh berbagai terapi tidak hanya terapi obat saja. *Recovery* juga meliputi seluruh aspek lainnya termasuk perumahan, pekerjaan, pendidikan, *treatment* dan layanan kesehatan mental, termasuk terapi komplementer dan layanan umum lainnya seperti pelayanan rekreasi dan perpustakaan. Dalam *recovery* juga dibutuhkan layanan yang menumbuhkan kreativitas individu, jaringan sosial, partisipasi masyarakat, serta dukungan keluarga.

5. Non Linier

Proses *recovery* tidak berlangsung secara *linier*, terkadang individu mengalami kemajuan tapi dilain waktu mengalami kemunduran sehingga harus dirawat kembali ke rumah sakit. Periode perubahan dalam proses *recovery* bisa terjadi secara cepat ataupun lambat tergantung kondisi individunya (Anthony, 1993). Yang penting adalah prosesnya harus menuju kemajuan bukan kemunduran. Bobes *et al* (2009) mendukung pendapat Bellack (2006) dengan menyatakan bahwa dalam proses pemulihan setiap individu memiliki perbedaan dalam perkembangannya meskipun melalui langkah-langkah yang sama.

6. Strengths Based

Strengths based artinya pemulihan yang menekankan pada kekuatan yang ada pada diri individu (Bellack, 2006), pada nilai-nilai yang berharga dan kemampuan yang dimiliki seperti kegembiraan, semangat, kasih sayang, bakat, kemampuan dalam coping. Dengan menemukan dan menguatkan nilai-nilai dan kemampuan tersebut *survivor* dapat berperan serta dalam memulai hidup baru. Karena itu, dalam mendukung proses *recovery* individu, tenaga kesehatan seharusnya fokus pada kekuatan yang dimiliki individu, bukan pada kelemahannya, "Even no meaning, you give meaning to that". Bahkan dalam kondisi pasien yang kita lihat tidak ada kekuatan sama sekali seperti misalnya seorang pasien kondisinya miskin, sakit jiwa, lulusan SD, tidak punya pekerjaan, perawat harus mampu melihat "strength" pada diri pasien tersebut. Disitu lah diuji kemampuan perawat dalam melihat dan menemukan kekuatan yang ada pada diri pasien.

Davidson (2005) menjelaskan bahwa kekuatan dan coping tiap orang termasuk orang dengan gangguan jiwa itu tidak sama. Coping merupakan kekuatan dan ketahanan yang dimiliki individu untuk mengatasi masalah (Lazarus dan Folkman dalam Taylor, 2006). Coping yang konstruktif bisa menjadi kekuatan bagi individu dalam menghadapi stress sehari-hari.

7. Peer Support

Peer support adalah kelompok dukungan sesama skizofrenia, dimana sesama *survivors* mereka saling memberikan dukungan. Dukungan yang diberikan dapat berupa menjadi orang terdekat bagi pasien dan memberikan bantuan pada saat dibutuhkan.

Dukungan yang diberikan haruslah dengan tulus ikhlas, dengan cara mendengarkan, memahami permasalahan dan memberikan dukungan (Anthony, 1993). *Peer support* memberi pengaruh bagi individu yang mengalami skizofrenia yaitu membuat individu merasa dihargai dan tidak sendiri.

Saling *support*, termasuk berbagi pengetahuan dan *skill* yang berdasarkan pengalaman dan pembelajaran sosial, memainkan peranan yang tak ternilai dalam proses *recovery*. *Survivor* mendorong dan melibatkan *survivor* lain dalam proses *recovery*nya dan saling menyediakan/memberikan rasa saling memiliki, saling mendukung peran yang bernilai di komunitas.

Akan tetapi *peer support* mungkin akan mengalami kendala jika berhadapan dengan stigma masyarakat. Misalnya ketika sekelompok *survivor* akan mengadakan suatu kegiatan terkadang sulit mendapatkan tempat pertemuan. Maka diperlukan *health education* yang intensif kepada masyarakat agar bisa menerima kondisi orang yang mengalami skizofrenia.

8. **Respect**

Dalam proses *recovery* individu yang mengalami skizofrenia membutuhkan perasaan diterima dan dihargai oleh orang-orang disekitarnya. Penerimaan dan apresiasi masyarakat terhadap *survivor* termasuk melindungi hak – hak mereka dan menghilangkan diskriminasi dan stigma adalah sangat penting dalam mencapai keberhasilan proses *recovery*. Penerimaan diri dan memperoleh kembali keyakinan diri sangat mendukung dalam memastikan keterlibatan dan partisipasi *survivor* secara penuh di seluruh aspek kehidupannya. Karena itu semua elemen masyarakat harus *respect* terhadap mereka. Mereka juga manusia sama seperti kita. Mereka bukan sampah masyarakat, bukan manusia yang tidak ada gunanya dan bukan pula monster yang menakutkan.

Lebih jauhnya *respect* bukan hanya dari tenaga kesehatan dan keluarga, akan tetapi dari diri *survivor* sendiri. *Survivor* harus mampu menghargai dirinya sendiri agar muncul semangat untuk sembuh. Mereka harus menghargai dirinya sendiri. Jangan sampai stigma masyarakat yang menimpanya menjadikan *self stigma* sehingga menjadi kurang percaya diri ketika harus berinteraksi dan berkontribusi di masyarakat.

9. **Responsibility**

Proses *recovery* memerlukan tanggung jawab individu atas dirinya sendiri. Individu harus mampu bertanggung jawa akan kesembuhan dirinya dan penyakit yang dideritanya. Pulih dari skizofrenia tentunya tidak bisa seperti membalikkan telapak tangan. Perlu proses dalam menjalaninya. Dalam mengambil langkah menuju tujuan akhir mereka membutuhkan kesungguhan dan keteguhan hati. *Survivor* harus berusaha untuk memahami dan memberi arti pada pengalaman-pengalaman mereka. Agar mampu bertanggung jawab terhadap proses *recovery*nya seorang *survivor* perlu dilatih dari hal-hal yang kecil. Contohnya sehabis minum pasien tersebut harus menempatkan gelasnya kembali ke tempatnya. Cuci piring sendiri setelah makan juga dapat melatih tanggung jawab pasien.

Deegan (2003), seorang klien yang telah sukses menjalani proses *recovery* berkata : "Saya sekarang menyadari bahwa saya perlu bertanggung jawab atas pemulihan saya sendiri, saya tidak dapat menunggu seseorang membantu saya". Tanggung jawab yang dimaksud Deegan (2003) meliputi tanggung jawab terhadap penggunaan obat-obatan, tanggung jawab terhadap pilihan hidup, tanggung jawab untuk memilih jalan dan mencoba hal – hal baru.

10. Hope

Hope (harapan) merupakan komponen kunci dalam proses *recovery*. Proses pemulihan tidak akan terwujud tanpa adanya harapan. Harapan dapat mempertahankan motivasi individu dalam menjalani proses pemulihan (Shepherd, Boardman & Slade, 2010). Harapan bukan hanya sebagai pemicu proses pemulihan tetapi juga dapat mempertahankan proses pemulihan itu sendiri. Bagaimana caranya menumbuhkan harapan untuk sembuh pada diri individu yang mengalami skizofrenia? Jangan memberikan harapan yang kosong tapi berikan mereka contoh orang-orang yang mengalami skizofrenia yang pulih, sukses, dan sudah bisa berdaya walaupun mengalami skizofrenia.

Berikut merupakan penuturan individu yang mengalami skizofrenia dan telah pulih dari penyakitnya "*Saya telah bertemu dengan orang-orang yang telah sembuh dari gangguan ini dan apa yang membedakan mereka dengan orang lain adalah keyakinan bahwa mereka bisa disembuhkan*" Andresen, Oades and Caputi (2003).

Proses recovery sangatlah individual dimana tiap – tiap individu mengalami proses dan tantangan yang berbeda – beda. Hal ini mungkin bisa membingungkan bagi tenaga kesehatan yang biasa bekerja secara prosedural. Tetapi ada beberapa tema yang konsisten dalam pengalaman mereka antara lain bahwa pengalaman individu yang mengalami gangguan jiwa merupakan interaksi dari tiga komponen yang saling memengaruhi satu sama lain yaitu individu sendiri, lingkungan fisik sosial. Sehingga *recovery* dapat diartikan sebagai interaksi yang kompleks antara faktor individu (individu yang utuh, harapan dan tujuan hidupnya), lingkungan (elemen dasar sebagai warga negara, hubungan sosial, aktivitas yang bermakna, dukungan dari sesama klien, dan pelayanan kesehatan) dan perubahan (harapan, pilihan, pemberdayaan, independen dan interdependen) (Onken et al., 2002). Untuk itu menurut Queensland Health (2005) beberapa fasilitas pelayanan yang dibutuhkan untuk mendukung *recovery* individu yang mengalami gangguan jiwa kronis seperti skizofrenia antara lain : *Peer Support, Self Help, family support group, pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit dan puskesmas, crisis centre, disability support, perumahan, rehabilitasi kerja, pelayanan untuk pengguna NAPZA, serta pelayanan trauma dan penganiayaan*.

D. Aplikasi Konsep *Recovery* di Indonesia: Pilot Project di wilayah Cimahi Selatan

Berkenaan dengan permasalahan dan fenomena tersebut, terdapat 4 faktor yang berhubungan dengan kekambuhan klien skizofrenia antara lain faktor klien, keluarga, pelayanan kesehatan dan lingkungan. Dari tahun 2009 – 2012 selama S3, telah dilakukan

penelitian tentang pengalaman hidup penderita skizofrenia terutama tentang fenomena halusinasinya. Dari hasil penelitian ini ditemukan bahwa selama mengalami skizofrenia, individu mengembangkan berbagai strategi untuk bisa beradaptasi terhadap kondisi penyakitnya. Sejak tahun 2013 beberapa penelitian telah dilakukan oleh mahasiswa bimbingan seperti faktor-faktor yang berhubungan dengan peran keluarga dalam merawat klien yang kambuh, persepsi keluarga tentang skizofrenia, pengalaman hidup *survivor* skizofrenia, hubungan ekspresi emosi keluarga dengan kekambuhan klien skizofrenia, dan persepsi klien, keluarga, pengambil kebijakan dan tenaga kesehatan tentang *recovery*.

Penelitian yang sekarang sedang dilakukan bertujuan untuk menghasilkan model *recovery* bagi individu yang mengalami skizofrenia di Indonesia. Penelitian tahap pertama yang sudah selesai bertujuan untuk merubah persepsi semua elemen masyarakat yang terlibat dalam proses recovery melalui *health education* dengan menonton film dokumenter dengan judul "*Mungkinkah hidup bahagia dan penuh arti dengan skizofrenia.*" Perubahan persepsi ini perlu dilakukan karena selama ini stigma yang ada di masyarakat bahwa gangguan jiwa kronis seperti skizofrenia tidak mungkin sembuh, penderitanya hanya merupakan sampah masyarakat, tidak berguna sehingga dikucilkan atau dibiarkan di jalan raya. Penelitian tahap selanjutnya bertujuan mengembangkan model *recovery* tentang proses, komponen, dan langkah – langkah, serta faktor yang mempengaruhi proses *recovery* pada individu yang mengalami skizofrenia dan gangguan jiwa kronis lainnya.

Berkenaan dengan pengembangan model *recovery* tersebut beberapa kegiatan seperti pendekatan pada puskesmas, tokoh masyarakat, dan kader telah dilakukan. *Peer support group* dan *family support group* sudah terbentuk. Penyuluhan telah dilakukan beberapa kali. *Workshop* untuk *family support group* telah dilakukan dan pelatihan bagi kader kesehatan juga telah dilakukan, Selanjutnya akan dilakukan evaluasi terhadap peran pemegang program kesehatan jiwa di beberapa puskesmas melalui penelitian kualitatif dan sekaligus akan diadakan pelatihan tentang *recovery*. Semua kegiatan pengabidhan masyarakat tersebut terangkum dalam program PKM dan KKNM integratif.

Recovery pada individu yang mengalami skizofrenia bukanlah sebuah proses yang linier (Bellack, 2006). Tapi merupakan perjalanan yang penuh liku – liku dan maju mundur (Bellack, 2006; Kelly & Gamble, 2005). Yang dibutuhkan dalam proses recovery adalah menemukan dan menghadapi setiap tantangan dari keterbatasan akibat penyakit yang diderita dan membangun kembali integritas diri yg baru yang lebih berarti agar individu bisa hidup, bekerja dan berkontribusi di masyarakatnya (Deegan, 2003). Karena itu selama menjalani proses recovery individu membutuhkan dukungan dari lingkungan. Mereka membutuhkan *supportive environment* dari keluarga, tetangga, masyarakat, pemerintah dan swasta.

E. Kesimpulan

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa sedang dan akan menjadi *trend* penyakit dimasa yang akan datang. Bahwa penanganan gangguan jiwa di Indonesia masih mengandalkan obat sebagai terapi utama, padahal penyebab gangguan jiwa itu multikompleks. Trend pelayanan global untuk mengatasi gangguan jiwa sudah bergerak kearah pemberdayaan Individu yang mengalami gangguan jiwa melalui sebuah proses *recovery* dengan dukungan dari lingkungan, masyarakat, pemerintah dan tenaga kesehatan. Dibutuhkan pelayanan yang memadai di masyarakat untuk mendukung proses *recovery* orang yang mengalami gangguan jiwa. Sudah saatnya ada *community mental health center* dengan fasilitas dan tenaga professional dibidang kesehatan jiwa.

Referensi

- Andresen, R., Oades, L & and Caputi, P (2003). *The Experience of Recovery from Schizophrenia : Toward Empirically Validated Stage Model*. Australian dan new Zealand Jurnal of psychiatry. 37, 586 -594
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4),11-23
- Balitbangkes (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Risksdas) 2007*. Diunduh dari <http://www.k4health.org/sites/default/files/laporanNasional%20Risksdas%202007.pdf>
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432–442
- Bobes, J., Cludad, A., Alfaraez, E., et al (2009). Recovery from Schizophrenia : Results from a 1- Year Follow-up Observational Study of Patients in Symptomatic Remission. *Schizophrenia Research*, 115 (1): 58 – 66.
- Carlborg, A., Jokinen, J., Jonsson, E.G., Nordstrom, P. & Norstrom A.L. (2008). *Long Term Suicide Risk in Schizophrenia Spectrum Psychoses: Survival Analysis by Gender*. *Archives of Suicide Research*, 12(4), 347-351.
- Deegan, G (2003). Discovering Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4),368-376
- Davidson, Larry; Tondora, Janis; O'Connell, Maria J.; Kirk Jr., Thomas; Rockholz, Peter; Evans, Arthur C.(2007). Creating a Recovery-Oriented System of Behavioral Health Care : Moving from Concept to Reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1): 23-31.
- Depkes (2018). Laporan Riset kesehatan Dasar, 2018. Diakses dari <https://www.kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/potret-sehat-indonesia-risksdas-2018>
- Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res.*,16(1):17-29.
- Kelly, M. & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 245-251

- Lapsley, H., Nikora, L., & Black, R. (2002). "Kia Mauri Tau?" narratives of Recovery From Disabling Mental Health Problems. New Zealand Mental Health Commission.
- Laos, G. (2009). Mortality in schizophrenia. Annales Medica-Psychologiques, 167(6). 446-449.
- Libermann RP., Kopelowicz A (2002). Recovery from Schizophrenic : A Challenge for the 21 st Century. International Review of Psychiatry. 14, 242-255
- Mathers, C., Fat, D.M. and Boerma, J.T. (2008) The Global Burden of Disease: 2004 Update. World Health Organization, Geneva.
- McCorckle Brian H., et all. (2008). Increasing Social Support for Individuals With Serious Mental Illness: Evaluating the Compeer Model of Intentional Friendship. *Community Mental Health Journal*, 44(95): 359-366
- Martyn, D. (2002). *The Experience and Views of Self-Management of People With a Schizophrenic Diagnosis*. London: Rethink.
- Onken, S, Dumont, J., Ridgway, P., Dorman, D., and Ralph, R. (2002). *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders*. National Technical Assistance Centre for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program
- Queensland Health (2005). *Sharing Responsibility for Recovery: Creating and Sustaining Recovery Oriented System of Care for Mental Health*
- Repositori Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (2013). Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013. Diakses dari <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/4428/>
- Stewart, E., & Kopache, R. (2002). *Use of the Ohio Consumers Outcomes Initiative to Facilitate Recovery: Empowerment and Symptom distress*. www.mhrecovery.com
- Taylor, S.E (2006). *Health Psychology* (6thed.). University of California, LA: Mc Graw-Hill International
- WHO (2013). Mental health : Strengtening our responses diunduh dari <http://ww2.cancercenter.com/community/survivors/marie-botchie/><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- WHO (2014). A state of wellbeing. From http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WHO (2011). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. From http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf

BAB 10

Kontribusi Penting Keperawatan Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan

Yati Afifyanti

A. Pendahuluan

Pertambahan penduduk di dunia merupakan salah satu hasil dari peristiwa seksual dan reproduksi manusia. Pada tingkat personal, aktivitas seksual seorang individu merupakan bagian dari konsep diri yang terintegrasi dengan perasaan, identitas, dan kepercayaan diri. WHO (2012) menyatakan bahwa seksualitas merupakan integrasi faktor biologis, psikologis, sosial-ekonomi, budaya, etik, dan spiritual yang ada pada masing-masing individu. Salah satu isu global kesehatan kontemporer masyarakat dunia saat ini yang berkaitan dengan aspek seksualitas dan reproduksi adalah maraknya masalah seksual dan reproduksi perempuan.

Permasalahan seksual dan reproduksi perempuan dipicu oleh berbagai masalah sosial yang terdapat pada suatu negara atau lingkungan tempat perempuan bermukim. Pada banyak negara, terutama di negara berkembang termasuk di Indonesia, masalah kesehatan perempuan masih didominasi akibat kemiskinan, status sosial perempuan yang rendah, nilai yang dianut dan diskriminasi terhadap perempuan di berbagai area akibat ketidaksetaraan gender, kekerasan terhadap perempuan, pemeliharaan kesehatan maternal yang terabaikan semasa kehamilan, melahirkan, dan menyusui, serta masih banyaknya perempuan tidak memperoleh kesempatan memperoleh pendidikan tinggi (Ayanore, Pavlova, & Groot, 2016).

Perempuan secara tradisional dan kodrat memiliki fungsi dan peran ganda, yaitu menjalankan fungsi reproduksi, fungsi produksi, dan fungsi pelaku rawat (caregiver) untuk keluarganya. Namun, saat ini fungsi dan peran tersebut mengalami banyak perubahan seiring dengan perkembangan zaman. Secara umum, kehidupan perempuan setelah abad 21 telah diwarnai dengan keberagaman kebutuhan mereka. Hal tersebut sejalan dengan semakin besarnya kesempatan perempuan dalam memberdayakan dirinya sehingga dapat menentukan kebutuhan secara bebas dan lebih bertanggung jawab terkait pemeliharaan kesehatannya.

Seksualitas merupakan salah satu aspek penting dalam mengukur status kesejahteraan seorang individu. Salah satu area yang menjadi fokus pembahasan utama dalam riset-riset tentang kualitas hidup perempuan berkaitan dengan penyakit kanker dan terapinya adalah munculnya masalah seksual. Gangguan seksualitas pada penderita kanker

serviks akibat efek terapi dapat menyebabkan disfungsi seksual yang mempengaruhi kualitas hidup perempuan (Burns, Costello, Ryan-Woolley, & Davidson, 2007; Greenwald & McCorkle, 2008; Jensen. et.al., 2003). Kanker dan terapi kanker serviks terbukti dapat menimbulkan berbagai permasalahan jangka panjang terhadap aspek seksualitas, baik yang dialami para penyintas kanker maupun pasangannya (Afiyanti & Milanti, 2013; Afiyanti, Azwar, Setyowati & Andrijono, 2014). Pada banyak kasus perempuan penderita kanker organ reproduksi, Schover (2000) dan Hughes (2009) menjelaskan bahwa seksualitas merupakan bagian penting dari kualitas hidup keseharian perempuan penderita kanker leher rahim. Berbagai permasalahan seksual yang dialami oleh para penderita tersebut dapat memengaruhi gairah hidup, gambaran diri, dan hubungan dengan orang lain. Hal ini dapat memberi dampak buruk bagi kehidupan dan kesejahteraan sosial mereka.

Tampak bahwa isu tentang kualitas hidup masih menjadi hasil yang ‘response shift’ (Schwartz & Sprangers, 1999) yang merujuk pada suatu proses refleksi personal individu yang memengaruhi berbagai ekspektasinya sepanjang waktu. Hal ini dapat memberikan gambaran bahwa kualitas hidup merupakan standar internal seorang individu dalam mendefinisikan keadaan sehat dan kesejahteraan, perubahan nilai dan prioritas, dan konsekuensi dari suatu perubahan persepsi yang terjadi pada dirinya sepanjang waktu kehidupannya (Schwartz, et al, 2004).

Aspek seksualitas dan fungsi seksual merupakan isu penting yang perlu menjadi perhatian dalam memberikan perawatan pada perempuan yang mengalami masalah kesehatan reproduksi. Sebagai contoh, para perempuan yang mengalami kanker dapat mengalami masalah penurunan kualitas hidup pada banyak fase terapi kanker mulai dari saat terdiagnosis sampai akhir dilakukannya terapi kanker dan kehidupan mereka pascaterapi kanker (Wenzel, L. et.al. 2005). Berbagai efek yang ditimbulkan akibat terapi kanker secara bermakna dapat memengaruhi seksualitas dan fungsi seksual penderita kanker (Afiyanti, Andrijono, & Gayatri, 2011). Oleh karena itu, sebelum memberikan terapi kanker, para pemberi layanan kesehatan perlu memberi penjelasan tentang berbagai risiko komplikasi dan masalah seksual yang mungkin dihadapi, serta meminta persetujuan tindakan pada penderita kanker sebelum dilakukan terapi kanker (Wilmoth & Spinelli, 2000).

B. Konstruksi Sosial Seksualitas Perempuan dan Isu Global Kesehatan Perempuan

Berbagai fakta tentang kehidupan perempuan telah banyak dibahas oleh para ahli dan pemerhati perempuan. Sebagai contoh, fakta seorang perempuan pada masyarakat yang menganut sistem patriarki adalah anggapan bahwa perempuan sebagai warga nomor dua yang keterwakilan suaranya kurang dipentingkan. Fakta lainnya pada masyarakat tersebut yaitu sebagian besar perempuan masih berpendidikan dasar dan menengah, perempuan juga berisiko mendapat kekerasan dalam rumah tangga dari suaminya, berisiko menjadi miskin ketika menjadi tulang punggung bagi keluarganya, berisiko tinggi mengalami komplikasi bahkan kematian pada masa motherhood (masa kehamilan, melahirkan, dan masa nifas), serta malu atau tabu untuk mendiskusikan kondisi dirinya sendiri (*cultural of silence*), selain itu di tempat bekerjanya perempuan

berpendapatan lebih rendah daripada laki-laki. Kondisi ini dapat mengurangi kemampuan diri perempuan terutama peranannya dalam mengambil keputusan untuk memberdayakan diri dalam menjaga diri dan keluarganya tetap sehat, dan berdaya untuk membuat keputusan terbaik bagi kesehatan diri dan keluarganya. Richter (1992) menyatakan bahwa:

"Women everywhere are actively involved in working against social, cultural, racial, economic, and political discrimination. It seems as important to ask the question of 'how do women stay healthy in difficult circumstances and how can we strengthen those processes as to ask the question 'what makes them sick?'"

Umumnya, topik seksual dan reproduksi manusia membahas perkembangan seksual dan aktivitas seksual individu, pelayanan kontrasepsi, masalah infertilitas, kehamilan yang tidak direncanakan, Angka Kematian Ibu (AKI), dan permasalahan kesehatan pada organ reproduksi. Fakta yang masih berlaku sampai saat ini adalah seksualitas menjadi salah satu bahasan penting jika dikaitkan dengan masalah kesehatan perempuan dan menjadi aspek sensitif untuk didiskusikan pada masyarakat umum secara terbuka, terutama kesehatan perempuan di negara berkembang. Sementara, dampak tidak langsung masalah seksual dapat menimbulkan ancaman kesakitan dan kematian bagi kelangsungan hidup perempuan.

Isu global seksualitas dan kesehatan reproduksi perempuan di berbagai belahan dunia di antaranya adalah pertumbuhan populasi dunia yang semakin meningkat akibat peristiwa reproduksi perempuan, kesakitan dan kematian perempuan selama menjalani peran reproduksi (hamil, melahirkan, setelah melahirkan), aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS, kanker organ reproduksi, kekerasan terhadap perempuan, dan penggunaan teknologi canggih untuk mengatasi masalah reproduksi perempuan (Ayanore, Pavlova, & Groot, 2016).

Para lelaki juga berkontribusi dalam memicu permasalahan kesehatan perempuan, diantaranya penyebaran HIV/AIDS di kalangan kaum perempuan, terutama para perempuan dari golongan sosial ekonomi rendah atau berkecimpung dalam prostitusi yang menyebabkan ketidakberdayaan perempuan (*dis-empowerment*), terutama dalam mengambil keputusan untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya. Selain itu, para lelaki juga dapat menyebabkan perempuan mengalami kehamilan berisiko dan mendapat perlakuan kekerasan dalam rumah tangganya (KDRT) yang terjadi terutama pada keluarga tradisional yang menganut patriarkhi. Secara medis terdapat tiga unsur konstruksi sosial kesehatan reproduksi perempuan, yaitu kemampuan bereproduksi atau menghasilkan keturunan, keberhasilan bereproduksi yang ditentukan oleh status anak lahir (sehat dan berkembang baik), dan keamanan bereproduksi dalam hal melakukan hubungan seksual, kehamilan, persalinan, penggunaan kontrasepsi, atau dilakukan aborsi. Untuk itu para perempuan membutuhkan peningkatan kualitas hidup terkait kesehatannya untuk dapat bertahan hidup. Peningkatan pengetahuan tentang kompleksitas dan diversitas kehidupan perempuan seperti pentingnya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, dan pemulihan kesehatan sepanjang siklus kehidupan perempuan saat ini menjadi isu global. Pembahasan isu global lainnya adalah kemampuan perempuan dalam mempertahankan kesehatannya untuk menjalani peran ganda.

Pada tahun 2009 terhadap 20 orang perempuan pascaterapi kanker, menjelaskan bahwa mereka mengalami disfungsi seksual, meliputi mengalami rasa nyeri saat berhubungan seksual, vagina kering, dan ukurannya memendek serta sempit. Beberapa di antara mereka bahkan mengeluarkan bercak darah setelah hubungan seksual. Efek fisik ini memunculkan keluhan atau permasalahan lain, yaitu keluhan psikis seperti mengalami ketidaktertarikan/ tidak bergairah lagi untuk melakukan hubungan seksual, kesulitan mencapai orgasme, merasa tidak feminim lagi, serta merasa tidak menarik lagi. Beberapa diantara mereka juga melaporkan bahwa mereka sudah tidak ingin lagi melakukan hubungan suami istri dan meminta suami mereka untuk menikah lagi (Afiyanti, Azwar, Setyowati & Andrijono, 2014; Afiyanti, Rachmawati, & Milanti, 2016).

Merasa takut dan cemas ketika ingin memulai aktivitas seksual juga dialami para penyintas kanker kurang dari 6 bulan pascaterapi, masalah lainnya takut penyakit kanker kambuh kembali, takut berdarah lagi, takut membahayakan diri mereka, takut menularkan kepada pasangan mereka, serta takut memperoleh respon yang negatif dari pasangan. Jika di antara penyintas memberanikan diri melakukan hubungan seksual, hal ini didasari ketakutan lainnya, seperti takut pasangan tidak setia, takut berdosa karena tidak melayani kebutuhan seksual suami, serta takut kepuasan suami terganggu karena mereka tidak sempurna lagi dalam melayani kebutuhan seksual pasangan.

Semua perempuan tersebut menyatakan mengalami penurunan kualitas hidup sebagai akibat dari permasalahan yang mereka hadapi pascadiagnosis dan terapi kanker (Afiyanti & Milanti, 2013). Hal ini umum dialami para perempuan, terutama di negara-negara Asia. Mereka ditanamkan nilai kepatuhan dan pelayanan kepada suami, serta ditekankan oleh budaya Asia bahwa perempuan memiliki kewajiban melayani kebutuhan suami, sehingga pada kasus-kasus yang dialami para penyintas, mereka yang terpaksa melayani kebutuhan seksual pasangannya lebih sekedar untuk mempertahankan pernikahannya (Afiyanti, 2009; Khoo, 2009; Nilakusmawati, & Srinadi, 2006).

Hasil studi ini juga melaporkan bahwa perempuan mengalami disfungsi seksual akibat kanker dan terapinya, yang kemudian mengakibatkan mereka mengalami tindakan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) daripasangan, dan seringkalipasangan mereka melakukan kekerasan dalam bentuk psikis seperti tidak mengajak bicara atau ancaman akan meninggalkan mereka. Disfungsi seksual juga dilaporkan memberi ancaman terhadap harmonisasi hubungan perkawinan. Ketidakpuasan suami terhadap istri yang mengalami disfungsi seksual merupakan ancaman terhadap keharmonisan hubungan suami istri. Studi yang saya lakukan menemukan bahwa para penyintas mengalami gangguan hubungan perkawinan dengan pasangan mereka, yaitu terjadi perselingkuhan dan aksi marah dari suami karena ketidakpuasan hubungan seksual suami terhadap dirinya. Diantara mereka adayang sudah hampir 6 bulan tidak tinggalserumah dengan suamikarena suami mereka telah menikah lagi (komunikasi *persona*/ dengan My dan Jr, penyintas kanker serviks, 16 September 2009).

Hasil studi saya melaporkan juga bahwa terdapat jumlah perceraian yang bermakna pada perempuan kanker servik. Angka perceraian pada perempuan akibat kanker serviks

merupakan yang tertinggi dibanding dengan angka perceraian pada perempuan dengan kanker lainnya, yaitu sebesar 40% (Syse & Kravdal, 2007). Data ini menarik perhatian saya untuk mempelajarinya lebih lanjut, karena di Indonesia belum banyak studi yang melaporkan adanya dampak keluhan disfungsi seksual pascaterapi kanker servik terhadap hubungan perkawinan.

Hal-hal tersebut menjadi permasalahan yang tidak mudah untuk diselesaikan sendiri oleh para penyintas dan pasangannya. Para penyintas membutuhkan edukasi dan informasi dari para perawat berkaitan dengan penyelesaian permasalahan seksualitas pascaterapi kanker (Jun. *et. al.* 2011; Afiyanti, 2009).

Sementara di sisi lain, pelayanan keperawatan di Indonesia belum memiliki standar pelayanan untuk mempromosikan kesehatan seksual. Berbagai intervensi terapeutik melalui edukasi dan konseling yang merupakan bagian dari tujuan pelayanan keperawatan, belum optimal dilaksanakan oleh para perawat onkologi di Indonesia. Kurangnya pengetahuan, perilaku, serta sikap untuk memberikan edukasi dan konseling tentang kesehatan seksual, juga terbentuknya budaya malu mendiskusikan masalah yang berkaitan dengan aspek seksual, merupakan hambatan utama tidak terlaksananya pelayanan rehabilitas seksual yang seharusnya diberikan para perawat (Afiyanti, 2017; Nuryani, Noviastari, & Afiyanti, 2014, tesis, tidak dipublikasikan).

Berdasarkan data tersebut, penelitian saya mengembangkan intervensi keperawatan seksual yang diperuntukan bagi perempuan penderita kanker serviks dan pasangannya. Intervensi keperawatan seksual penting dikembangkan dan diterapkan pada pelayanan keperawatan kanker di Indonesia mengingat pelayanan keperawatan kanker di Indonesia belum memiliki standar intervensi keperawatan psikoseksual, sementara di pihak lain, para pasien dan pasangannya membutuhkan bantuan untuk mengatasi masalah seksual yang dialami mereka sebelum maupun pascaterapi kanker. Saya mempersempitkan intervensi keperawatan seksual untuk para perempuan penderita kanker yang selama ini membutuhkan bantuan dari pemberi layanan kesehatan dan modul pembelajaran keperawatan psikoseksual untuk para perawat agar memiliki kompetensi memberikan perawatan yang komprehensif untuk para pasiennya.

Intervensi keperawatan seksual tersebut telah diujicobakan kepada 104 pasien kanker dan pasangannya dan efektif mengatasi masalah seksualitas pasca terapi kanker. Kegiatan penelitian lain yang telah saya lakukan yaitu memberikan pelatihan dan pendampingan kepada para perawat agar memiliki kompetensi memberikan intervensi keperawatan seksual. Hasil kegiatan pelatihan tersebut menghasilkan para perawat terlatih dalam memberikan intervensi keperawatan psikoseksual dan telah diujicobakan kepada 57 perempuan penderita kanker ginekologi dan pasangannya. Materi pembelajaran asuhan keperawatan psikoseksual dengan berbagai metode telah saya pelajari untuk membuktikan efektivitas intervensi keperawatan seksual. Capaian tersebut bagi saya pribadi adalah suatu prestasi yang dapat menambah motivasi saya untuk membuat langkah penting lainnya dalam mencapai cita-cita besar saya.

C. Kontribusi Penting Keperawatan dalam Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan

Seksualitas merupakan salah satu dari macam kebutuhan dasar manusia yang wajib dipenuhi oleh individu. Pada area pelayanan kesehatan, masalah kesehatan yang memerlukan perhatian pada aspek seksualitas mencakup pelayanan pemeriksaan kehamilan, kontrasepsi, berbagai metode untuk mengatur fertilitasi, masalah infertilitas, kasus kehamilan yang tidak direncanakan, masalah AKI, kasus penyakit menular seksual, dan permasalahan kesehatan pada organ reproduksi.

Namun, di sisi lain, permasalahan seksualitas masih menjadi hal yang sensitif dan tabu untuk dibicarakan secara umum oleh para profesional kesehatan termasuk perawat. Perawat memiliki peran penting dalam membantu mengatasi masalah seksual yang dialami para pasiennya, diantaranya memberikan edukasi dan skrining, narasumber dan memberi rujukan kepada ahli, dan memberikan edukasi kepada masyarakat luas, termasuk melakukan skrining terhadap kesehatan seksual para perempuan dan edukasi dalam memelihara kesehatan seksual (Abbott, et.al., 2013; Maughan & Clarke, 2001; Van Ek. et.al. 2017). Bantuan perawat mengatasi masalah seksual pasien dimulai dari melakukan pengkajian sampai memberikan informasi, konseling, dan rujukan. Perlu diketahui bahwa tidak semua masalah seksual yang teridentifikasi dialami oleh pasien harus diselesaikan para perawat secara mandiri. Kolaborasi dalam kerja tim untuk menyelesaikan masalah seksualitas pasien merupakan hal yang perlu dilakukan perawat.

Perawat perlu memerhatikan setiap faktor fisik, psikososial, dan budaya atau kebiasaan, gaya hidup, perubahan citra tubuh, *self-esteem*, dan hubungan interpersonal yang dapat memengaruhi fungsi seksualitas dan seksual pasien (Abbott, et.al. 2013). Selain itu, perawat perlu mengkaji dampak status kesehatan, penyakit yang diderita, dan medikasi atau pilihan pengobatan yang dilakukan klien terhadap fungsi seksual klien. Oleh karena itu, penatalaksanaan keperawatan perlu direncanakan secara cermat untuk masing-masing pasien. Perawat sebagai pemberi layanan kesehatan memiliki peran penting dalam memfasilitasi kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit untuk para perempuan di lingkungan sekitarnya. Berikut beberapa peran perawat dalam fasilitasi kegiatan tersebut:

1. Membantu para perempuan untuk mengidentifikasi kebutuhannya agar dapat melakukan praktik periksa kesehatan sendiri, serta berbagi informasi dan pengalaman juga memotivasi para perempuan untuk ahli mengenali kondisi normal atau tidak normal yang terjadi pada tubuhnya.
2. Memfasilitasi kebutuhan kesehatan perempuan dengan sistem pelayanan kesehatan yang tersedia, yaitu mengajarkan para perempuan agar dapat mengambil keputusan yang tepat dalam merawat diri dan keluarganya.
3. Memberi informasi untuk menyelesaikan masalah kesehatan atau yang menjadi kepedulian para perempuan
4. Memberi bantuan untuk mengembangkan kemampuan serta kompetensi diri perempuan agar mampu melakukan praktik perawatan mandiri untuk diri dan keluarganya.

D. Pentingnya Promosi Kesehatan untuk Perempuan

Bahasan pentingnya promosi kesehatan perempuan sampaisaat ini merupakan hal yang menarik perhatian para profesional dan pemerhati kesehatan dari berbagai dunia dengan mempertimbangkan berbagai alasan. Alasan pertama berkaitan dengan populasi perempuan di dunia yang saat ini sudah melebihi setengah dari jumlah penduduk dunia, atau sekitar 56% penduduk dunia dihuni oleh kaum perempuan. Selanjutnya, umur harapan hidup perempuan lebih lama dari kaum laki-laki (Bank Dunia, 2015) sehingga kaum perempuan memiliki lebih banyak tantangan dalam menjalani kehidupannya. Pada masa lalu, riset-riset yang berkaitan dengan kesehatan perempuan masih berfokus pada masalah fertilitas dan reproduksi perempuan. Namun, saat ini topik riset-riset tentang perempuan menjadi lebih beragam mengingat peran dan posisi perempuan yang mengalami perubahan.

Para perempuan memerlukan pengetahuan dan keterampilan untuk menjalani multiperannya, yaitu peran reproduksi, produksi, dan merawat keluarganya. Pengetahuan dan keterampilan tersebut diperlukan agar dapat berdaya dalam mengambil keputusan untuk dapat menjaga dan memelihara diri dan keluarganya tetap dalam keadaan sehat dan sejahtera. Pendidikan kesehatan merupakan hal yang krusial untuk memberdayakan perempuan dalam mengambil keputusan tentang pilihan terbaik untuk dirinya dan keluarganya. Oleh karena itu, untuk mempertahankan kesehatan dan menjaga perempuan dalam kondisi tetap sehat, diperlukan kolaborasi dan kerjasama yang kuat dari berbagai pihak, yaitu dari perempuan itu sendiri keluarganya, petugas kesehatan, pekerja sosial, dan komunitas yang ada di sekitar tempat perempuan tinggal.

E. Aktivitas Promosi Kesehatan Seksual untuk Perempuan

Promosi kesehatan seksual perempuan perlu dilakukan dalam rangka mencapai kesejahteraan dan menurunkan berbagai risiko penyakit yang dapat dialami para perempuan. Krisis perkembangan reproduksi dan seksual yang dialami perempuan berlangsung sepanjang siklus kehidupannya. Mulai masa pubertas, masa reproduksi, masa klimakterium, sampai masa menopause merupakan masa kehidupan perempuan yang memerlukan edukasi terkait kesehatan seksual dan reproduksi. Situasi krisis yang dialami perempuan dalam kehidupannya seperti perubahan fisik dan psikologis selama kehamilan, melahirkan, dan masa setelah melahirkan; masa sakit terutama sakit kronis; dan stress juga suatu kondisi kehidupan perempuan yang dapat memengaruhi kesehatan seksualnya. Oleh karena itu, promosi kesehatan seksual merupakan salah satu kebutuhan kesehatan perempuan. Kegiatan dalam promosi tersebut membahas permasalahan umum seputar gangguan reproduksi seksual.

Edukasi kesehatan merupakan salah satu cara dalam membantu memberdayakan para perempuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan seksual. Edukasi kesehatan yang diberikan kepada perempuan untuk memfasilitasi kesehatan seksual meliputi mengajarkan praktik-praktik yang berhubungan dengan peningkatan kesehatan

perempuan, memberikan informasi kepada para perempuan untuk dapat mengidentifikasi berbagai faktor risiko penyakit yang ada pada dirinya, mempromosikan pentingnya deteksi dini untuk mengantisipasi terjadinya suatu gejala penyakit, dan memberikan konseling dalam memfasilitasi isu-isu periode tumbuh-kembang mereka.

Selain itu, edukasi lain yang penting juga diberikan untuk promosi kesehatan perempuan adalah memberikan informasi tentang permasalahan umum kesehatan perempuan yang berkaitan dengan siklus kehidupan perempuan, informasi kegiatan promosi pola hidup sehat, memberikan pelayanan kontrasepsi, dan informasi dalam melakukan praktik seksual yang aman, serta mencegah penyakit menular seksual. Sebagai contoh, pemahaman proses fisiologi menstruasi perlu dipromosikan pada kelompok perempuan sepanjang masa usia reproduksinya. Pemahaman ini penting untuk mempraktikkan dan memiliki perilaku dan kebiasaan yang sehat selama masa menstruasi. Untuk itu, para perempuan perlu diberikan informasi tentang pola dan variasi atau perubahan menstruasi, serta perilaku dan kebiasaan yang sehat selama menstruasi. Konseling perawatan diri dan kebutuhan agar dapat beradaptasi pada berbagai kondisi khusus juga perlu dipromosikan dalam kehidupan perempuan.

Beberapa kegiatan pemeriksaan kesehatan mandiri yang perlu secara rutin dilakukan oleh para perempuan antara lain: pemeriksaan payudara dan vulva sendiri secara teratur setiap bulan, melakukan pemeriksaan payudara dengan mammografi setiap tahun, dan melakukan pemeriksaan pap smear setiap tahun merupakan pemeriksaan rutin yang penting dilakukan oleh setiap perempuan untuk memelihara kesehatan seksual dan reproduksinya dan pemberian vaksin HPV untuk para remaja putri jika sudah memasuki usia berusia 11-12 tahun.

F. Macam Kegiatan Promosi Kesehatan untuk Perempuan

Kegiatan yang dapat dilakukan perempuan untuk promosi kesehatan secara umum diantaranya melakukan gaya hidup sehat, melakukan latihan atau olahraga rutin, dan mengelola stress dengan melakukan latihan-latihan relaksasi. Jika kegiatan ini dilakukan oleh kaum perempuan dapat memperkecil risiko terkena kanker atau penyakit lainnya. Beberapa anjuran untuk kegiatan promosi kesehatan perempuan, diantaranya:

1. Anjuran Melaksanakan Hidup Sehat

Gaya hidup sehat merupakan kunci mencapai tujuan hidup yaitu mengurangi 25% kematian akibat penyakit tidak menular. Pola atau gaya hidup sehat perlu dilakukan oleh setiap perempuan untuk meminimalkan risiko mendapat penyakit tidak menular atau penyakit degeneratif lainnya. Berikut di bawah ini beberapa tips untuk menjalani gaya hidup sehat untuk para perempuan:

- a. Tidak merokok atau berhenti merokok
- b. Mempertahankan beratbadan ideal, termasuk mempertahankan vitalitas tubuh
- c. Melakukan kegiatan aktivitas olahraga yang rutin (berjalan, lari-lari kecil, setidaknya 30 menit per hari, 5 hari / seminggu).
- d. Mengkonsumsi makanan sehat diantaranya memperbanyak konsumsi buah dan

sayuran per hari.

- e. Membatasi konsumsi daging berwarna merah atau daging olahan. Batasi jumlah konsumsi alkohol jika peminum alkohol
- f. Melakukan periksa kesehatan secara teratur misalnya memeriksa kadar kolesterol, tekanan darah, kadar glukosa
- g. Melakukan pemeriksaan mata secara teratur. *The American Optometric Association* merekomendasikan untuk orang dewasa agar melakukan pemeriksaan mata setiap dua tahun sekali sampai berusia 60 tahun.
- h. Melakukan pemeriksaan gigi, *The American Dental Association* merekomendasikan pemeriksaan gigi dilakukan sekurang-kurangnya setiap tahun sekali.

2. Anjuran Melatih Kekuatan Otot Panggul

Melatih otot-otot panggul atau seringkali disebut latihan Kegel merupakan salah satu aktivitas promosi kesehatan yang perlu dilakukan oleh para perempuan untuk memelihara kekuatan otot-otot tersebut. Latihan ini penting dilakukan secara rutin setiap hari untuk para perempuan, terutama baik untuk para perempuan yang sudah melahirkan anak. Tujuan latihan ini adalah menguatkan tonus dan otot panggul yaitu otot-otot yang terdapat pada sepanjang belakang hingga depan tulang kemaluan dan otot-otot yang mengelilingi vagina, uretra, dan rektum sehingga dapat tetap menyangga dengan kuat organ-organ reproduksi perempuan.

3. Praktik Periksa Kesehatan Sendiri

Praktik periksa kesehatan sendiri merupakan praktik yang dapat dilakukan oleh siapapun dan hal yang umum dilakukan oleh banyak perempuan di luar negeri. Konsep perawatan mandiri (*self-care*) menjadi kunci utama yang perlu diaplikasikan oleh setiap individu. Di Indonesia, praktik perawatan mandiri belum banyak diketahui oleh para perempuan. Pengetahuan adalah kunci utama seseorang dapat melakukan praktik periksa kesehatan sendiri. Praktik periksa kesehatan sendiri dapat dilakukan dalam berbagai cara, seperti: melakukan latihan atau olah raga yang teratur, mengontrol diet, memonitor status fisiologis dan psikologis dan melakukan periksa diagnostik personal.

Praktik periksa kesehatan sendiri dimulai dengan melakukan pemeriksaan sendiri (*self assessment*) terhadap dirinya untuk menemukan setiap perubahan yang terjadi pada tubuh. *Self assessment* adalah kemampuan seseorang menentukan dan mengevaluasi setiap perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya, misalnya ketika seorang perempuan mengamati dirinya mengalami perubahan ketidaknyamanan pada menstruasinya, dirinya menyatakan bahwa ada suatu masalah kesehatan pada menstruasinya. Selanjutnya, perempuan tersebut akan melakukan *self-care* yaitu merespon hasil temuannya dengan memutuskan untuk mencari bantuan kesehatan, apakah akan melanjutkan periksa ke dokter untuk memeriksakan temuannya secara klinis atau memutuskan melakukan perubahan pola hidup untuk mengurangi atau mencegah risiko penyakit atau kondisi yang memburuk dari hasil temuan tersebut.

Para perempuan memiliki jadwal rutin yang dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan sendiri pada dirinya. Daftar skrining yang perlu dilakukan secara

umum dan rutin oleh perempuan antara lain: periksa tekanan darah, periksa gigi dan mulut, periksa payudara, organ panggul, organ genitalia, periksa kulit, periksa berat badan, kolesterol, periksa urin, periksa kehamilan, biopsi endometrium (terutama untuk akseptor hormonal yang mengalami perdarahan per vaginal, dan periksa kadar hormon, jika mengalami gangguan menstruasi).

4. Periksa Payudara Sendiri (SADARI)

Tujuan utama dilakukannya SADARI adalah untuk menemukan massa atau benjolan pada payudara. Ditemukannya benjolan belum tentu merupakan kanker, namun apabila ditemukan massa yang tidak wajar, maka perempuan sebaiknya segera memeriksakan diri. Periksa payudara sendiri yang dianjurkan untuk para perempuan melakukannya setiap bulan secara rutin.

5. Periksa Vulva Sendiri (VULSARI)

Tujuan pemeriksaan vulsari adalah untuk menemukan lebih awal perubahan atau ada tidaknya abnormalitas atau ketidaknormalan pada vulva, seperti: penampilan fisik pada daerah vulva, adanya massa atau rasa nyeri, atau ada tidaknya luka di daerah tersebut yang dapat dilihat atau dirasakan sendiri.

6. Periksa Pap Smear atau Periksa IVA

Melakukan periksa kondisi serviks (pap smear) secara teratur perlu dilakukan perempuan untuk mendeteksi dini kanker leher rahim. Pemeriksaan ini bertujuan mendeteksi secara dini ada tidaknya infeksi HPV atau ada tidaknya displasia sel. Displasia sel pada leher rahim menjadi sel kanker membutuhkan waktu yang panjang (biasanya 7 sampai 10 tahun) sehingga melakukan skrining secara teratur merupakan cara yang efektif dalam mencegah kanker leher rahim. Tidak ada rekomendasi atau aturan umum (kapan perlu mulai periksa, interval waktu periksa, kapan berhenti periksa) untuk menentukan seberapa sering para perempuan seharusnya melakukan periksa pap smear. Rekomendasi skrining pap smear dapat tergantung pada usia perempuan, riwayat infeksi atau adanya hasil pap smear yang tidak normal, riwayat kanker organ reproduksi sebelumnya, riwayat histerektomi sebagian atau total karena kanker atau tumor, dan riwayat keluarga.

G. Penutup

Kesehatan reproduksi dan seksual perempuan di Indonesia masih membutuhkan perhatian Pemerintah di Indonesia. Faktanya, seorang perempuan di Indonesia, hidup pada masyarakat yang menganut sistem patriarkhi dan masih terdapat anggapan bahwa perempuan sebagai warga nomor dua yang keterwakilan suaranya kurang dipentingkan, sehingga perempuan merupakan individu yang berisiko mengalami morbiditas dan mortalitasi. Hal ini terutama dialami oleh para penyintas kanker servik atau organ reproduksi yang secara bukti ilmiah berisiko mengalami masalah seksual dan hubungan intimasi dengan pasangan. Diperlukan kontribusi para pemberi layanan kesehatan

Promosi kesehatan untuk mencegah kanker servik merupakan hal yang wajib dilakukan oleh para perempuan di Indonesia untuk mengurangi angka kejadian kanker servik. Gaya hidup sehat menjadi pilihan yang tepat untuk dilakukan perempuan Indonesia untuk mencegah kanker servik.

Referensi

- Abbott, P., Dadich, A., Hosseinzadeh, H., Kang, M., Hu, W., Bourne, C., Murray, C. & Reath, J. (2013). Practice nurses and sexual health care: Enhancing team care within general practice. *Australian Family Physician*, 42(10), 729-733.
- Afiyanti, Y & Milanti, A. (2013). Physical sexual and intimacy relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study. *Nursing and Health Sciences*, 15(2), 151-156.
- Afiyanti, Y, Andrijono, & Gayatri, D. (2011). The change of physical and psychological sexual complains in women with cervical cancer after sexual nursing intervention. *Jurnal Ners*, 6(1), 68-75.
- Afiyanti, Y, Keliat, A.B. Ruwaida, I. Rachmawati, I.N. Agustini, N. (2016). Improving quality of life on cancer patient by implementation of psychosexual health care. *Jurnal Ners*, 11(1), 7- 16.
- Afiyanti, Y. (2017). Attitudes, Belief, and Barriers of Oncology Indonesian Nurses on Providing Assistance to Overcome Sexuality Problem. *Ners MediaJournal of Nursing*, 7(1), 15-23.
- Afiyanti, Y. (2009). *Studi preliminary: Karakteristik perempuan pascaterapi yang mengalami disfungsi seksual*. Tidak dipublikasikan
- Afiyanti, Y., Azwar, A., Setyowati & Andrijono. (2014). Women's experiences of sexual problems after cervical cancer treatment; Lesson from Indonesian women. *Makara Journal Health Research*, 18(2), 51-57.
- Afiyanti, Y., Milanti, A. & Putri, R.H. (2017). Supportive care needs in predicting the quality of life among gynaecological patients. *Canadian Oncology of Nursing Journal*, in press.
- Afiyanti, Y., Rachmawati, I. N, & Milanti, A. (2016). Evaluating sexual nursing care intervention for reducing sexual dysfunction in Indonesian cervical cancer survivor. *Asia-Pacific Juornal of Oncology Nursing*, 3(3), 266-271.

- Ayanore, M.A. Pavlova, M. & Groot, W. (2016). Unmet reproductive health needs among women in some West African countries: a systematic review of outcome measures determinants. *Reproductive Health*, 13(5), 1-10.
- Bank Dunia. (2015). Data by indicators. <http://data.worldbank.org/indicator/>. Diakses pada 07 November 2015.
- Burns, M. Costello, J., Ryan-Woolley, B., & Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, 16, 364-372.
- Gamel, C, Hengeveld, M. & Davis, B. (2000). Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 9, 678-688.
- Greenwald, H. & McCorkle, R. (2008). Sexuality and Sexual Function in Long-Term survivor of Cervical Cancer. *J Womens Health (Larchmt)*, 17(6): 955-963.
- Hughes, M.K. (2009). Sexuality and cancer: The final Frontier for Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 241-246.
- Jensen P.T, Groenvold M, Klee, M.C., Thranov, I, Petersen, M.A. & Machin, D. (2003). Early stage cervical carcinoma, radical hysterectomy and sexual function. *Cancer*, 100 (1), 97-106.
- Jensen PT, Klee MC, Thranov I & Groenvold M (2004) Validation of a questionnaire for selfassessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. *Psycho-oncology*, 13, 577-592.
- Jun, E. Y. et. al. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivor. *Cancer Nursing*, 34(2), 142-149.
- Khoo, S. B. (2009). Impact of cancer on psychosexuality: Cultural perspectives of Asian women. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 481-488.
- Klee, M., Thranov, I.,& Machin, D. (2000) Life after radiotherapy: The psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynaecol Oncol*, 76, 5-13.
- Maughan, K. & Clarke, C. (2001). The effect of a clinical nurse specialist in gynaecology oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (2), 221-229.
- McLemore, M. R., & Levi, A. J. (2017). Expanding access to sexual and reproductive health services through nursing education, *JOGNN*, in press.
- Nilakusmawati, D. & Srinadi, I. (2006). *Perselingkuhan dan perceraian, suatu kajian persepsi wanita*. Tidak dipublikasikan.
- Nuryanih, Noviastari, E, & Afiyanti, Y. *Pengalaman perawat dalam membicarakan isu seksual pasien kanker ginekologi di rumah sakit kanker dharmais*, Jakarta. Depok: Universitas Indonesia. Tesis tidak dipublikasikan.
- Schover, L.R. (2000). Quality counts: The value of women's perceived quality of life after cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 76, 3-4.
- Schwartz, C.E. & Sprangers, M.A.D. (1999). Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal quality of life research. *Social Science and Medicine*, 48, 1531-1548.

- Schwartz, C.E., Merriman, M.P., Reed, G.W., & Hammes, B.J. (2004). Measuring patient treatment preferences in end-of-life care research: applications for advance care planning interventions and response shift research. *Journal of Palliative Medicine*, 7 (2), 233–245.
- Syse, A. & Kravdal, O. (2007). Does cancer affect the divorce rate? *Demographic Research*, 16 (15), 469-492.
- Van, Ek. G.F. et.al. 2017. Sexual care for patients receiving dialysis: a cross-sectional study identifying the role of nurses working in the dialysis department. *Journal of Advanced Nursing*. DOI: 10.1111/jan.13386.
- Wenzel, L. et.al. (2005). Quality of life in long-term cancer survivor. *Gynecologic Oncol*, 97, 310–317.
- Wilmoth, M.C. & Spinelli, A. (2000). Sexual implications of gynaecologic cancer treatments. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 29 (4), 413–423.
- Wilmoth, M.C. (2006). Life after cancer: What does sexuality have to do with it? *Oncology Nursing Forum*, 33 (5), 905-910.
- World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. From:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf Accessed: Feb 2012.

BAB 11

Optimalisasi Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Berat Lahir Rendah Melalui Asuhan Perkembangan

Yeni Rustina

A. Pendahuluan

Peningkatan kesehatan bayi baru lahir yaitu bayi dengan usia 0-28 hari masih menjadi tantangan mengingat angka kematian bayi baru lahir masih tetap tinggi sampai saat ini. Angka kematian bayi baru lahir dalam lima tahun terakhir ini relatif tidak menurun, meskipun berbagai upaya program nasional telah dilakukan. Selama kurun waktu lima tahun Millennium Development Goals yaitu dari tahun 2007 sampai 2012, angka kematian bayi baru lahir tidak berubah yaitu 19/1000 kelahiran hidup dan mulai menurun pada tahun 2017. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017, angka kematian bayi baru lahir turun menjadi 15/1000 kelahiran hidup (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2018).

Salah satu penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah kelahiran bayi berat lahir rendah (BBLR) yaitu bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram dan kelahiran prematur yaitu bayi yang lahir dengan usia gestasi kurang dari 37 minggu. Bayi berat lahir rendah yang mayoritas adalah bayi prematur, mengalami berbagai masalah kesehatan, sehingga memerlukan perawatan khusus bahkan intensif di rumah sakit. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan, telah mampu menyelamatkan BBLR. Permasalahan lain yang muncul adalah BBLR mempunyai kecenderungan untuk mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Salah satu masalah yang saat ini menjadi masalah nasional adalah stunting. Penelitian menunjukkan bahwa BBLR merupakan determinan utama terjadinya stunting (Aryastami et al., 2017).

Stunting merupakan kegagalan pertumbuhan pada anak. Banyak faktor yang memengaruhi terjadinya stunting, salah satunya adalah kelahiran bayi berat lahir rendah atau prematur. Bayi yang lahir prematur mempunyai risiko lebih tinggi untuk terjadinya stunting pada usia 24 bulan. Di Indonesia, bayi berat lahir rendah menyumbang 33,3% terjadinya stunting (Prawirohartono et al., 2016). Bayi berat lahir rendah dan masalah kesehatan selama periode neonatus berhubungan dengan kejadian stunting (Aryastami et al., 2017). Bayi berat lahir rendah memiliki risiko mengalami stunting sebesar 5,6 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat normal (Nasution et al., 2014). Berdasarkan beberapa temuan tersebut, sejalan dengan program pemerintah terkait

dengan Peningkatan Kualitas Hidup pada 1000 Hari Pertama Kehidupan, salah satu upaya untuk mencegah terjadinya stunting adalah mencegah terjadinya kelahiran bayi berat lahir rendah dan memfasilitasi bayi yang terlanjur lahir dengan berat lahir rendah atau prematur melalui asuhan perkembangan (developmental care).

B. Lingkungan Perawatan Bayi Baru Lahir

Bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai karakteristik organ tubuh yang belum matur, sehingga belum dapat berfungsi secara optimal. Kurang optimalnya fungsi organ tubuh ini, mengakibatkan BBLR mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya sakit dan kematian, sehingga harus dirawat khusus bahkan intensif di rumah sakit.

Lingkungan perawatan di rumah sakit tidak saja memberikan dampak positif terhadap kelangsungan hidup bayi, tetapi dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi. Lingkungan perawatan yang sibuk dan bising merupakan salah satu faktor yang dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi.

C. Beberapa Faktor yang Memengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi

Pertumbuhan dan perkembangan bayi dimulai sejak bayi berada di dalam kandungan. Seribu hari pertama kehidupan bayi sangat penting dan menentukan pertumbuhan dan perkembangan bayi selanjutnya. Bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai karakteristik organ tubuh yang belum matur, sehingga belum dapat berfungsi secara optimal. Kurang optimalnya fungsi organ tubuh ini, mengakibatkan BBLR mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya sakit dan kematian, sehingga harus dirawat khusus bahkan intensif di rumah sakit. Lingkungan perawatan di rumah sakit tidak saja memberikan dampak positif terhadap kelangsungan hidup bayi, tetapi dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi. Lingkungan perawatan yang sibuk dan bising merupakan salah satu faktor yang dapat menimbulkan dampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Bayi berat lahir rendah mempunyai karakteristik permukaan tubuh yang relatif lebih luas dibandingkan dengan bayi yang normal, posisi cenderung fleksi, dan lemak di bawah kulit tubuh yang sangat kurang memungkinkan bayi akan mudah kehilangan panas tubuhnya. Bayi berat lahir rendah yang umumnya prematur termasuk fungsi paru-paru dan pencernaannya belum berkembang dengan sempurna, sehingga bayi berat lahir rendah (BBLR) mempunyai risiko tinggi untuk mengalami terjadinya gangguan pernapasan dan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Kekebalan tubuh bayi prematur juga belum sempurna, sehingga pada BBLR sangat rentan untuk terjadinya infeksi. Beberapa masalah ini dapat diperberat oleh lingkungan perawatan yang kurang mendukung seperti kebisingan, pencahayaan yang terlalu terang, intervensi medis dan keperawatan, kompetensi pemberi asuhan, dan dukungan keluarga yang kurang.

Kebisingan di ruang rawat bayi baru lahir khususnya di unit perawatan intensif neonatus atau Neonatal Intensive Care Unit (NICU) merupakan sumber stress bagi BBLR. Nilai rata-rata kebisingan di NICU adalah 63,46 dB (Valizadeh et al., 2013). Derajat kebisingan yang direkomendasikan oleh The American Academic of Pediatrics maksimal 45 dB (Almadhoob & Ohlsson, 2015).

Lingkungan NICU seringkali terang benderang mengingat banyaknya prosedur yang memerlukan pencahayaan yang kuat. Lingkungan yang terlalu terang dapat menimbulkan gangguan istirahat dan tidur pada bayi, sehingga energi bayi yang seharusnya disimpan untuk tumbuh dan berkembang akhirnya terbuang sia-sia. Tidur dan siklus tidur sangat penting pada bayi untuk perkembangan neurosensorik dan sistem motorik pada janin dan bayi baru lahir. Pada saat tidur, otak akan membentuk memori dan jalur-jalur memori dan mempertahankan plastisitas otak yaitu kapasitas untuk berubah dan beradaptasi terhadap lingkungan (Graven & Browne, 2008).

Sumber stress lain pada bayi yang dirawat di NICU adalah intervensi medis dan keperawatan yang dapat menimbulkan nyeri pada bayi. Penelitian mengidentifikasi bahwa bayi dengan usia gestasi kurang dari 32 minggu dan banyak mengalami tindakan invasif seperti pengambilan darah, pemasangan alat kesehatan, dapat mengalami hambatan pertumbuhan (Vinall et al., 2014). Nyeri yang tidak tertangani atau nyeri berulang dapat memengaruhi sistem organ bayi termasuk otak dan berdampak jangka panjang yaitu hambatan perkembangan persyarafan (Perry et al., 2018).

Pemenuhan kebutuhan biologis-psikologis, sosio-spiritual bayi sangat tergantung pada pemberi asuhan yaitu petugas kesehatan bekerjasama dengan keluarga. Prinsip asuhan yang diterapkan di NICU adalah minimal handling yaitu seminimal mungkin memegang bayi, agar bayi terhindar dari stress, bayi dapat istirahat, dan terhindar dari infeksi. Mengingat dampak negatif yang dapat ditimbulkan selama bayi dirawat di rumah sakit, maka asuhan perkembangan penting dilakukan.

D. Asuhan Perkembangan dan Manfaatnya

Asuhan perkembangan atau developmental care adalah suatu pendekatan asuhan pada bayi yang bersifat individual untuk memaksimalkan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Tujuan dari asuhan perkembangan tidak saja untuk bayi, tetapi juga untuk orangtua. Tujuan asuhan perkembangan untuk bayi adalah menurunkan stress, memfasilitasi konservasi energi dan mempercepat penyembuhan, memfasilitasi pertumbuhan bayi, dan memfasilitasi tidur bayi. Tujuan asuhan perkembangan untuk orang tua adalah memberi dukungan kepada orang tua sebagai pemberi asuhan utama dan meningkatkan kesejahteraan emosional dan sosial keluarga. Bayi tidak dapat dipisahkan dari keluarga khususnya ibu karena ibu merupakan pemberi asuhan utama di rumah. Asuhan bayi baru lahir yang berpusat pada keluarga atau family-centered care terbukti meningkatkan luaran bayi, menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan kepuasan keluarga (Zhang et al., 2018).

Beberapa penelitian mengidentifikasi manfaat dari asuhan perkembangan, seperti meningkatkan berat badan secara bermakna, dan pemulangan dini pada bayi dengan berat lahir kurang dari 1500 gram (Ludwig et al., 2008). Asuhan perkembangan juga meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan emosional, dan mencegah disabilitas (Altimier & Phillips, 2016). Mengingat besarnya manfaat dari asuhan perkembangan ini, maka implementasi asuhan perkembangan untuk bayi baru lahir harus terus dilakukan.

Asuhan perkembangan meliputi: pemberian lingkungan yang aman melalui penataan stimulus lingkungan, seperti kebisingan, pencahayaan, cara menangani bayi; memfasilitasi kecukupan oksigen; pemberian nutrisi; penatalaksanaan nyeri; menjaga tidur bayi, dan pengaturan posisi (Altimier & Phillips, 2016). Salah satu bentuk intervensi asuhan perkembangan adalah Perawatan Metode Kanguru (PMK) atau Kangaroo Mother Care (KMC).

E. Perawatan Metode Kanguru

Perawatan Metode Kanguru pertama kali diperkenalkan oleh Dr Rey dan Dr. Martinez pada tahun 1979 di Bogota, Colombia sebagai salah satu alternatif bagi perawatan bayi berat lahir rendah. Perawatan Metode Kanguru (PMK) dikembangkan sebagai respons terhadap kurang tersedianya inkubator di rumah sakit, terjadinya infeksi silang, prognosis penyakit yang buruk, dan tingginya angka kematian.

PMK pada dasarnya meniru binatang berkantung yaitu kanguru yang melahirkan bayinya sangat prematur dengan melindunginya di dalam kantong perut ibunya. Kontak kulit yang terjadi antara bayi dan induk kanguru memberikan kehangatan kepada bayi kanguru, sehingga bayi kanguru tetap hangat dan terhindar dari kematian (Bergman, 1998). Prinsip perpindahan panas itulah yang digunakan pada perawatan metode kanguru dengan melekatkan bayi di dada ibu atau pengganti ibu.

Dada ibu merupakan tempat yang aman dan nyaman bagi bayi berat lahir rendah (BBLR). Dada ibu merupakan inkubator alami yang memberikan kehangatan kepada bayi dengan cara melekatkan bayi yang hanya menggunakan popok, tegak lurus diantara kedua payudara ibu, ibu tidak menggunakan pakaian dalam bagian atas, kepala bayi dimiringkan ke salah satu sisi dan sedikit ekstensi kemudian diikat dengan gendongan dan ibu menggunakan baju kembali. Posisi ini dipertahankan minimal satu jam dan bertahap ditingkatkan sampai mencapai 4-8 jam perhari untuk perawatan metode kanguru yang pelaksanaannya sewaktu-waktu (intermittent). Pelaksanaan PMK yang terbaik adalah selama 24 jam, disebut juga PMK terus-menerus (continue). PMK dapat dilaksanakan oleh ibu maupun pengganti ibu, sehingga PMK yang dilakukan secara terus menerus dapat dilaksanakan.

Komponen penting lain dalam PMK selain memposisikan bayi adalah pemberian nutrisi, pemulangan bayi dan dukungan keluarga. Nutrisi yang utama dan ideal bagi bayi baru lahir khususnya BBLR adalah air susu ibu (ASI). Pemberian ASI sesegera mungkin telah terbukti dapat mencegah terjadinya kematian pada bayi baru lahir (Ware et al., 2019). Air susu ibu telah terbukti banyak manfaatnya, tetapi proporsi pemberian ASI menurun setelah

satu bulan bayi pulang dari rumah sakit (Maastrup et al., 2014). Puting yang sakit dan praktik menyusui yang tidak tepat merupakan penyebab berhentinya ibu memberikan ASI (Tiruye et al., 2018). Pemberian ASI dapat dilakukan saat bayi sedang dilakukan PMK. Pada saat ibu melakukan PMK, bimbingan menyusui dapat dilakukan, sehingga beberapa masalah dalam menyusui dapat dihindarkan.

Upaya untuk menjaga nutrisi bayi, selain dengan mengupayakan asupan nutrisi yang cukup, juga mengurangi pengeluaran energi, diantaranya mencegah terjadinya hipotermia yaitu suhu bayi kurang dari 36,5°C. Hipotermi pada bayi dapat menimbulkan hipoksia yaitu tubuh kekurangan oksigen, hipoglikemia (gula darah bayi rendah) yang dapat meningkatkan risiko terjadinya sakit dan kematian (Lunze & Hamer, 2012). Pencegahan hipotermia selain dilakukan dengan Perawatan Metoda Kanguru, juga dengan cara menempatkan bayi di dalam inkubator atau pemancar hangat (radian warmer), dan menunda mandi sampai suhu bayi normal yaitu antara 36,5-37,5°C. Kebiasaan memberi kehangatan pada BBLR di rumah dengan menempatkan botol hangat di samping bayi masih ditemukan (Rustina et al., 2016), hal ini harus dihindari karena membahayakan pada bayi yaitu bisa terjadi luka bakar bayi.

Perawatan Metode Kanguru memberikan manfaat yang sangat besar bagi BBLR. PMK telah terbukti mampu menurunkan angka kematian bayi baru lahir dengan berat lahir rendah atau prematur, menurunkan angka infeksi neonatus, mencegah hipotermia dan hipoglikemia, serta mengurangi lama rawat (Boundy et al., 2016). PMK juga memfasilitasi pertumbuhan (Evereklian & Posmontier, 2017) dan perkembangan bayi berat lahir rendah (Akbari et al., 2018). Bayi yang dilakukan PMK, status fisiologisnya lebih baik dan lebih stabil (Deswita et al., 2011), lebih cepat menyusu (Mekonnen et al., 2019), meningkatkan kenaikan berat badan, panjang badan dan lingkar kepala, meningkatkan kepuasan orang tua dalam merawat bayinya (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016). Dengan menerapkan PMK berarti telah memberikan lingkungan yang aman, memberikan kehangatan, mengurangi infeksi, dan memfasilitasi pemenuhan nutrisi, sehingga pertumbuhan bayi lebih baik.

Bayi yang dapat dilakukan PMK adalah bayi yang kondisi fisiologisnya stabil selama tiga hari berturut-turut dan orang tua bersedia untuk melakukan PMK. Pemulangan bayi pasca PMK di rumah sakit tidak lagi berdasarkan kriteria berat badan, sehingga memungkinkan bayi dapat pulang lebih awal apabila kemampuan bayi untuk menyusu sudah baik, fungsi fisiologis bayi stabil selama tiga hari berturut-turut, kenaikan berat badan 15 gram/kg berat badan/hari selama tiga hari berturut-turut, ibu percaya diri dalam merawat bayi di rumah (PERINASIA, 2015). Pemulangan dini bayi dari rumah sakit mempunyai keuntungan yang besar diantaranya bayi terhindar dari infeksi yang didapat di rumah sakit, mengurangi biaya rawat, dan memberi kesempatan kepada bayi lain yang memerlukan perawatan di rumah sakit.

Pelaksanaan PMK juga perlu didukung oleh keluarga. Kendala dalam Perawatan Metode Kanguru berasal dari keluarga, petugas kesehatan, maupun system kesehatan (Chan et al., 2016; Pratomo et al., 2012; Seidman et al., 2015). Dukungan keluarga dalam

mengerjakan pekerjaan di rumah meningkatkan PMK dan rendahnya motivasi merupakan faktor penghambat dalam melakukan PMK (Dawar et al., 2019).

F. Penatalaksanaan Lingkungan Perawatan Bayi

Bayi yang dirawat di rumah sakit dihadapkan pada lingkungan yang terang benderang, sementara itu bayi memerlukan pencahayaan yang redup agar bayi dapat beristirahat dan tidur. Upaya yang dapat dilakukan adalah melindungi bayi dari pencahayaan langsung dan cahaya yang terlalu terang dengan metutupi inkubator.

Bayi juga terpapar dengan lingkungan yang bising dan mengganggu. Upaya yang dapat dilakukan adalah menurunkan kebisingan dengan cara bicara perlahan-lahan, cepat berespons terhadap bunyi alarm, dan menjauhkan bayi yang sakit dari ramainya tangisan bayi. Lingkungan yang nyaman dapat memfasilitasi bayi untuk istirahat dan tidur, sehingga penggunaan oksigen juga menjadi minimal dan oksigenasi jaringan juga dapat dipertahankan dengan baik. Penelitian mengidentifikasi bahwa kebisingan dapat menimbulkan bayi henti napas (apnoe), bayi kekurangan oksigen di otak, perubahan dalam saturasi oksigen, dan peningkatan konsumsi oksigen yang berdampak pada laju denyut jantung dan pernapasan, yang mengakibatkan menurunnya jumlah kalori untuk pertumbuhan (Almadhoob & Ohlsson, 2015).

Cara untuk mempertahankan oksigenasi jaringan bisa dilakukan dengan tidak terlalu sering mengganggu atau memanipulasi bayi. Beberapa upaya yang dapat dilakukan adalah menggunakan alat monitor ketika memantau kondisi bayi, melakukan minimal handling yaitu seminimal mungkin memegang bayi, memberikan lingkungan yang nyaman, dan memposisikan bayi. Pemberian lingkungan yang nyaman seperti terapi musik dapat meningkatkan saturasi oksigen. Bayi-bayi yang mendapatkan terapi musik, mempunyai saturasi oksigen yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan terapi musik (Rahmadevita et al., 2013). Oksigenasi yang baik dapat memfasilitasi transportasi nutrisi ke seluruh tubuh bayi.

Bayi yang dirawat di rumah sakit sering mendapatkan stimulus yang menyakitkan. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan bayi pada saat dilakukan tindakan yang menyakitkan dengan memberi empeng, melakukan perawatan metode kanguru, atau memberikan obat pengurang rasa sakit (analgetik). Pemberian empeng (facifier) dan pembedongan bayi selama dilakukan penusukan dapat menghambat peningkatan skor nyeri pada bayi prematur (Efendi et al., 2018).

Upaya lain untuk memberikan kenyamanan bayi adalah memberikan posisi tidur yang nyaman. Berbagai posisi menidurkan bayi, yaitu supinasi (terlentang), pronasi (telungkup), quarter prone (setengah telungkup), atau miring kiri atau kanan. Posisi pronasi dan posisi quarter prone efektif meningkatkan saturasi oksigen (Utario et al., 2017).

Keberhasilan asuhan perkembangan sebagian besar tergantung pada keterlibatan ibu dan keluarga. Orang tua memerlukan informasi yang diberikan secara bertahap tentang bayi dan perawatannya. Beberapa topik yang diperlukan oleh orang tua adalah kebersihan bayi sehari-hari, pemberian minum, pijat bayi, tidur dan posisi tidur bayi, teknik sterilisasi

alat bayi, imunisasi, pertumbuhan dan perkembangan bayi, serta bagaimana memperbaiki kehangatan bayi (Rustina et al., 2016). Topik-topik tersebut perlu diberikan secara bertahap, sehingga ibu percaya diri dalam merawat bayinya di rumah dan mencegah bayi dirawat ulang di rumah sakit. Sebesar 7,4% BBLR dirawat ulang karena penyebab yang dapat dicegah yaitu aspirasi air susu, diare, dan infeksi (Rustina et al., 2016).

Persiapan orang tua selama bayi dirawat di RS dilakukan melalui proses perencanaan pulang untuk menghindari bayi dirawat berulang. Pelaksanaan program edukasi selama perencanaan pulang dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu dalam merawat bayinya (Julianti et al., 2019). Keberadaan orang tua di samping bayi sangat penting, karena sentuhan dan suara ibu dapat meningkatkan stabilitas denyut jantung pernapasan dan saturasi oksigen dan tidur bayi (Efendi et al., 2018). Pelibatan keluarga dalam asuhan meningkatkan interaksi ibu-bayi dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya (Ilda et al., 2013).

Penerapan asuhan perkembangan mempunyai tantangan tersendiri, baik itu dari tenaga kesehatan, maupun dari keluarga. Penelitian mengidentifikasi bahwa mayoritas perawat memahami pentingnya asuhan perkembangan, tetapi lingkungan asuhan bayi belum mendukung asuhan perkembangan secara optimal. Suara percakapan petugas kesehatan dan bunyi alarm yang terlalu keras masih menjadi tantangan yang harus terus menerus diupayakan agar dapat dikendalikan. Kendala dari keluarga diantaranya tidak dapat berpartisipasi dalam asuhan misalnya dalam menyusui bayinya atau melakukan perawatan metode kanguru karena berbagai hal, diantaranya rumah yang jauh dan kurangnya dukungan keluarga untuk merawat anaknya yang lain di rumah.

Permasalahan kesehatan pada bayi baru lahir hanyalah sebagian dari masalah kesehatan anak. Saat ini penyakit infeksi seperti pneumonia pada anak, penyakit non infeksi seperti Diabetes Mellitus pada anak dan penyakit hemato-onkologi, angka kejadiannya semakin meningkat, sehingga memerlukan spesialisasi keperawatan dalam bidang tersebut untuk memberikan asuhan yang komprehensif dengan menerapkan praktik keperawatan berbasis bukti (*evidence-based practice*).

G. Penutup

Masalah kesehatan bayi baru lahir khususnya bayi yang lahir dengan berat lahir rendah masih menjadi tantangan yang harus terus menerus diupayakan agar bayi-bayi tersebut tidak saja dapat melangsungkan kehidupannya, tetapi juga dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Perawat mempunyai peranan penting dalam memfasilitasi proses adaptasi bayi baru lahir dan mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangannya. Berbagai intervensi berbasis hasil penelitian dapat diimplementasikan, di antaranya Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan developmental care (asuhan perkembangan) dengan melibatkan keluarga dalam asuhan. Keterlibatan keluarga dalam asuhan selama bayi dirawat di rumah sakit sangat penting agar para orang tua dan keluarga mempunyai kemampuan untuk merawat bayinya di rumah, sehingga berbagai masalah kesehatan dapat dicegah dan bayi dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Referensi

- Akbari, E., Binnoon-Erez, N., Rodrigues, M., Ricci, A., Schneider, J., Madigan, S., & Jenkins, J. (2018). Kangaroo mother care and infant biopsychosocial outcomes in the first year: A meta-analysis. *Early Human Development*, 122, 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.05.004>
- Almadhoob, A., & Ohlsson, A. (2015). Sound reduction management in the Neonatal Intensive Care Unit for preterm or very low birth weight infants. In Cochrane Database of Systematic Reviews (Issue 6). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010333.pub2>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Aryastami, N. K., Shankar, A., Kusumawardani, N., Besral, B., Jahari, A. B., & Achadi, E. (2017). Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12–23 months in Indonesia. *BMC Nutrition*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40795-017-0130-x>
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2018). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. <http://www.DHSprogram.com>.
- Bergman, N. (1998). Introducing kangaroo mother care. *PEDMED*, 9–10.
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., Kajeepeta, S., Wall, S., & Chan, G. J. (2016). Kangaroo Mother Care and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1).
- Chan, G. J., Labar, A. S., Wall, S., & Atun, R. (2016). Kangaroo mother care: A systematic review of barriers and enablers. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(2), 130J–141J. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.157818>
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. In Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2016, Issue 8). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
- Dawar, R., et al. (2019). Factors impacting practice of home kangaroo mother care with low birth weight infants following hospital discharge. *Journal of Tropical Pediatrics*, 65(6), 561–568. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmz007>
- Deswita, Besral, & Rustina, Y. (2011). Pengaruh Perawatan Metode Kanguru terhadap respons fisiologis bayi prematur. *Kesmas: National Public Health Journal*, 5(5), 227–233.
- Efendi, D., Caswini, N., Rustina, Y., & Iskandar, R. A. T. P. (2018). Combination of Mother Therapeutic Touch (MTT) and Maternal Voice Stimulus (MVS) therapies stabilize sleep and physiological function in preterm infants receiving minor invasive procedures. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(6), 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.001>
- Efendi, D., Rustina, Y., & Gayatri, D. (2018). Pacifier and swaddling effective in impeding premature infant's pain score and heart rate. *Enfermeria Clinica*, 28, 46–50.

[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30035-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30035-4)

- Evereklian, M., & Posmontier, B. (2017). The impact of kangaroo care on premature infant weight gain. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, e10–e16. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.006>
- Graven, S. N., & Browne, J. V. (2008). Sleep and brain development. The critical role of sleep in fetal and early neonatal brain development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 8(4), 173–179. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2008.10.008>
- Ilda, Z. A., Rustina, Y., & Syahreni, E. (2013). Peningkatan interaksi ibu-bayi dan kepercayaan diri ibu: Efek pelibatan ibu dalam perawatan bayi prematur di Ruang Perinatologi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(3), 2354–9203.
- Julianti, E., Rustina, Y., & Defi, E. (2019). Program perencanaan pulang dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu yang melahirkan bayi prematur merawat bayinya. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(1), 74–81. <https://doi.org/10.7454/jki.v22i1.540>
- Ludwig, S., Steichen, J., Khoury, J., & Krieg, P. (2008). Quality improvement analysis of developmental care in infants less than 1500 grams at birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 8(2), 94–100. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2008.03.011>
- Lunze, K., & Hamer, D. H. (2012). Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *Journal of Perinatology*, 32(5), 317–324. <https://doi.org/10.1038/jp.2012.11>
- Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A., Kyhnæb, A., Svarer, I., & Hallström, I. (2014). Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants: Results from a prospective national cohort study. *PLoS ONE*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089077>
- Mekonnen, A. G., Yehualashet, S. S., & Bayleyegn, A. D. (2019). The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: A meta-analysis of published studies. *International Breastfeeding Journal*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0206-0>
- Nasution, D., Siti Nurdiati, D., & Huriyati, E. (2014). Berat badan lahir rendah (BBLR) dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 11(1).
- PERINASIA. (2015). Manajemen BBLR dengan perawatan metode kanguru. PERINASIA.
- Perry, M., Tan, Z., Chen, J., Weidig, T., Xu, W., & Cong, X. S. (2018). Neonatal pain: Perceptions and current practice. In *Critical Care Nursing Clinics of North America* (Vol. 30, Issue 4, pp. 549–561). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.013>
- Pratomo, H., Uhudiyah, U., Poernomo, I., Sidi, S., Rustina, Y., Suradi, R., Bergh, A.-M., Rogers-Bloch, Q., & Gipson, R. (2012). Supporting factors and barriers in implementing kangaroo mother care in Indonesia. *Jurnal Paediatrica Indonesiana*, 52(1), 43–50.
- Prawirohartono, E. P., Nurdiati, D. S., & Hakimi, M. (2016). Prognostic factors at birth for stunting at 24 months of age in rural Indonesia. *Paediatrica Indonesiana*, 56(1).
- Rahmadevita, S. A. M., Rustina, Y., & Syahreni, E. (2013). Memperbaiki saturasi oksigen, frekuensi denyut jantung, dan pernafasan neonatus yang menggunakan ventilasi mekanik dengan terapi music. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(3), 154–160. <https://doi.org/10.7454/jki.v16i3.324>

- Rustina, Y., Syahreni, E., & Wanda, D. (2016). How mothers provide warmth to their low birth weight infants: A descriptive study of Indonesian practices. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 14, 526.
- Rustina, Y., Wanda, D., Waluyanti, F., & Kusumasari, A. P. (2016). Nurses' and parents' perspectives on low birth weight infants discharge planning at a secondary government hospital in Jakarta, Indonesia: A case study. Neonatal Paediatric and Child Health Nursing, 19(1), 1–6.
- Seidman, G., Unnikrishnan, S., Kenny, E., Myslinski, S., Cairns-Smith, S., Mulligan, B., & Engmann, C. (2015). Barriers and enablers of Kangaroo mother care practice: A systematic review. PLoS ONE, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125643>
- Tiruye, G., Mesfin, F., Geda, B., & Shiferaw, K. (2018). Breastfeeding technique and associated factors among breastfeeding mothers in Harar city, Eastern Ethiopia. International Breastfeeding Journal, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0147-z>
- Utario, Y., Rustina, Y., & Waluyanti, F. T. (2017). The quarter prone position increases oxygen saturation in premature infants using continuous positive airway pressure. Comprehensive Child and Adolescent Nursing, 40, 95–101. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1386976>
- Valizadeh, S., Bagher Hosseini, M., Alavi, N., Asadollahi, M., & Kashefimehr, S. (2013). Assessment of sound levels in a neonatal Intensive Care Unit in Tabriz, Iran. Journal of Caring Sciences, 2(1), 19–26. <https://doi.org/10.5681/jcs.2013.003>
- Vinall, J., Miller, S. P., Bjornson, B. H., Fitzpatrick, K. P. V., Poskitt, K. J., Brant, R., Synnes, A. R., Cepeda, I. L., & Grunau, R. E. (2014). Invasive procedures in preterm children: Brain and cognitive development at school age. Pediatrics, 133(3), 412–421. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1863>
- Ware, J. L., Chen, A., Morrow, A. L., & Kmet, J. (2019). Associations between breastfeeding initiation and infant mortality in an urban population. Breastfeeding Medicine, 14(7), 465–474. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0067>
- Zhang, R., et al. (2018). Involvement of parents in the care of preterm infants: A pilot study evaluating a family-centered care intervention in a Chinese Neonatal ICU. Pediatric Critical Care Medicine, 19(8), 741–747. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001586>

BAB 12

Model Holistik Dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa

Ah Yusuf

A. Pendahuluan

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi. Unsur nonmateri ini berupa: kesadaran, afek, emosi, persepsi, proses berpikir, dan psikomotor. Jiwa adalah sebuah sistem perilaku. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, jiwa ini disebut sebagai sesuatu yang utama, menjadi sumber tenaga dan semangat, serta berada dalam tubuh dan menyebabkan seseorang hidup. Jiwa merupakan seluruh kehidupan batin manusia, yang terjadi dari perasaan, pikiran, angan-angan, dan sebagainya. Batin adalah sesuatu yang terdapat di dalam hati, terkait dengan perasaan, tidak bersifat badan atau tenaga, dan tidak kasat mata. Sifat batin manusia akan mempengaruhi segenap pikiran dan tingkah laku, menjadi sebuah watak, budi pekerti, tabiat atau sifat dasar yang membentuk sebuah kepribadian. Jiwa, menurut Freud, dikendalikan oleh pleasure principle (id), reality principle (ego) dan moral-ethical principle (super ego). Jiwa oleh Al-Ghozali disebut sebagai diri manusia itu sendiri (Nafs), terdiri dari Amarah (tunduk dan taat pada tuntutan syahwat, cenderung pada perwujudan karakter biologis dan berorientasi pada kenikmatan), Lawwamah (sikap rasional dan mendorong untuk berbuat baik), serta Mutmainnah (tingkatan tertinggi dari jiwa, terbebas dari sifat kebinatangan, patuh pada aturan dalam berhubungan dengan manusia dan Tuhan). Al-Ghozali juga sering menjelaskan jiwa dengan istilah lain seperti; Al-Qalb (hati, kalbu, pusat olah rasa), Al-Aql (akal, pusat kendali pikiran), dan Al-Ruh sebagai fitrah asal, memberi motivasi dan menjadikan dinamisasi tingkah laku manusia. Jiwa adalah sesuatu yang halus, sehingga dapat membedakan tingkatan manusia. Oleh karena itu, jagalah keseimbangannya agar tetap sehat.

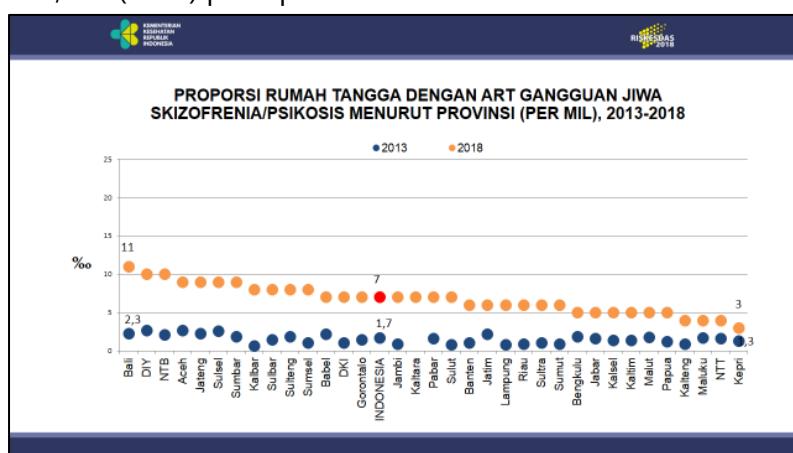
Gangguan jiwa menurut Undang-undang RI No. 18 tahun 2014, dibagi menjadi dua kelompok; orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), dan orang dengan masalah kejiwaan (ODMK). ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan atau kualitas hidup sehingga

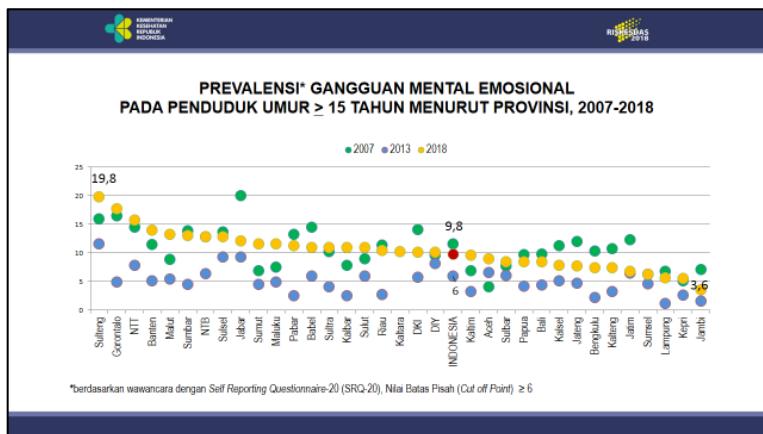
memiliki risiko mengalami gangguan jiwa. Kementerian Kesehatan memberikan batasan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan gejala dari gangguan pikiran, perasaan dan tingkah laku yang menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan sosial) dari orang tersebut, secara keseluruhan tampak pada gambar berikut:

Gangguan Jiwa				
Gangguan Pikiran	Gangguan Perasaan	Gangguan Perilaku	Gejala Fisik	Gangguan Fungsi Pekerjaan / Sosial
<ul style="list-style-type: none"> Sulit konsentrasi Pikiran berulang Bingung, kacau, ketakutan yang tidak beralasan Gangguan penerimaan pancaindera yang ada objek atau sumbernya 	<ul style="list-style-type: none"> Cemas berlebihan dan tidak masuk akal Sedih yang berlarut Marah tidak beralasan 	<ul style="list-style-type: none"> Menyendiri Gaduh gelisah Perilaku yang terus diulang Perilaku kacau Hiperaktif 	<ul style="list-style-type: none"> Gangguan tidur dan makan Pusing, tegang, sakit kepala berdebar-debar, keringat dingin Sakit ulu hati, diare, mual Kurang gairah kerja dan seksual 	<ul style="list-style-type: none"> Tidak mampu kerja/sekolah Sering bolos sekolah/kerja Prestasi menurun Tidak mampu bergaul Menarik diri dari pergaulan

Gambar 12.1
Tanda dan Gejala pada Seseorang dengan Gangguan Jiwa

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2018 menunjukkan; proporsi rumah tangga dengan anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa Skizofrenia (Psikosis) sebesar 7%, artinya setiap 1000 orang penduduk Indonesia 7 orang mengalami gangguan jiwa berat (Skizofrenia-Psikosis). Hasil wawancara dengan self reporting questionare pada Riskesdas 2018 didapatkan prevalensi gangguan mental emosional mengalami peningkatan dari 6% (2013) menjadi 9,8 % (2018) pada penduduk umur lebih dari 15 tahun.





Gambar 12.2
Grafik Angka Terjadinya Gangguan Jiwa
(Risksedas, 2018)

Global burden disease akibat gangguan jiwa menjadi dua kali lipat karena keterbatasan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga tidak mampu hidup produktif, ditambah satu orang care giver yang harus mendampingi dan merawat pasien. Economic potential loss akibat gangguan jiwa di Jawa Timur mencapai lebih dari 772 miliar per bulan. Dengan penanganan dan perawatan yang tepat, pasien dapat menjalani hidup secara mandiri, dan care giver dapat kembali hidup produktif di masyarakat.

PERKIRAAN *ECONOMIC POTENTIAL LOSS AKIBAT GANGGUAN JIWA DI JAWA TIMUR*

Jumlah Penduduk Jawa Timur (2019): 39.698.631 orang

Angka Gg Jiwa Berat Jatim 5,5/1000 = 218.342 orang

Upah Minimum Regional Jatim (2020) : Rp: 1.768.777,00/ bln

EPL Pasien : (218.342 org x Rp 1.768.777,00= Rp. 386.198.307.734,00

EPL CGiv : (218.342 org x Rp 1.768.777,00= Rp. 386.198.307.734,00

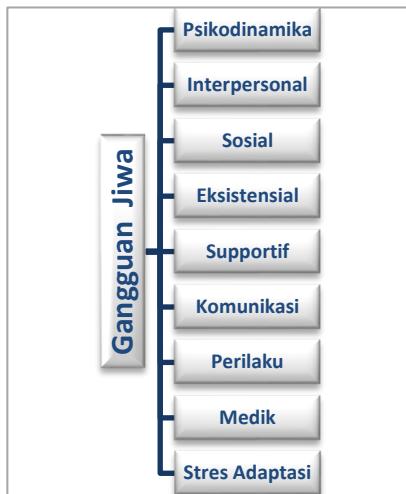
Total EPL: Rp. 772.396.615.468,00/bln

Gambar 12.3
Perkiraan Economic Potential Loss akibat Gangguan Jiwa di Jawa Timur Tahun 2019

Gangguan mental emosional yang terjadi pada 9,8% penduduk Indonesia dapat berbentuk; depresi, cemas, gelisah, sulit konsentrasi, mudah tersinggung, bersifat ragu, pemarah, agresif, merasa kecewa, dan berbagai reaksi fisik seperti jantung berdebar-debar, otot tegang, berkeringat dingin, sakit kepala, dan sebagainya. Tidak banyak yang menyadari bahwa mereka sedang mengalami gangguan, tidak juga datang mencari pertolongan atau pengobatan. Mereka hanya merasa kurang nyaman, tidak tahu harus bagaimana. Di rumah ingin ke kantor, di kantor ingin pulang. Perut lapar, tetapi tidak ingin makan. Ngantuk, tetapi tidak bisa tidur. Di keramaian, ingin menyepi, di kesepian ingin mencari keramaian, dan sebagainya. Akibatnya, banyak pekerjaan tertunda, kualitas kerja terganggu, kualitas hidup terganggu, dan produktivitas terganggu. Gangguan mental emosional juga sangat terkait dengan regulasi hormonal, sehingga menyebabkan berbagai penyakit fisik, seperti: hipertensi, diabetes mellitus, asam urat, kolesterol dan masalah imunologis lainnya.

B. Model-Model dalam Mengkaji terkait Proses Terjadinya Gangguan Jiwa

Proses terjadinya gangguan jiwa dapat dipelajari dari berbagai model, seperti; psikodinamika, interpersonal, sosial, eksistensial, supportif, komunikasi, perilaku, medik dan model stess adaptasi.



Gambar 12.4

Macam-Macam Model yang dapat Dipelajari dalam Proses Terjadinya Gangguan Jiwa

Model psikodinamika memandang penyimpangan perilaku terjadi karena perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat. Perkembangan dini menurut Freud sudah dimulai ketika manusia lahir ke dunia. Fakta bahwa hidup di dunia adalah tidak seindah yang diduga (bagi mereka yang tidak dapat menerima diri dan bersyukur) adalah cikal-bakal terjadinya konflik perkembangan yang akan menimbulkan permasalahan dikemudian hari. Penyelesaian konflik yang tidak adekuat pada fase dini akan menimbulkan sikap tidak percaya (miss trust) pada orang sekitarnya, akibatnya terjadilah pertikaian, permusuhan, dendam, benci, dan berbagai sifat buruk lainnya. Apabila kondisi ini sampai menimbulkan perilaku destruktif baik pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan, maka di situlah terjadi gangguan jiwa.

Model interpersonal memandang ansietas timbul dan dialami secara interpersonal. Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan, takut tidak diakui sebagai anggota kelompok. Anggota kelompok atau geng tertentu, pengguna obat terlarang sering mengalami kondisi seperti ini. Apabila sudah terjadi ketidakcocokan dalam kelompok, sampai menimbulkan permusuhan, dapat menimbulkan terjadinya gangguan jiwa. Mau bertahan tidak kuat, pergi takut diancam. Seorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positif. Proses terapeutik dikembangkan dengan membangun hubungan antara terapis dan pasien membangun perasaan aman. Terapis membantu pasien mengalami hubungan yang penuh rasa percaya dan mencapai kepuasan interpersonal. Pasien kemudian dibantu untuk mengembangkan hubungan akrab diluar situasi terapi pasien menceritakan ansietas dan perasaannya pada terapis. Terapis menjalin hubungan akrab dengan pasien; menggunakan empati untuk

merasakan perasaan pasien, dan menggunakan hubungan sebagai suatu pengalaman interpersonal korektif.

Model sosial menganggap faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres, menyebabkan ansietas, mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima (menyimpang) diartikan secara sosial dalam memenuhi kebutuhan sistem sosial. Anak yang nakal, kelompok anak jalanan, slank, dan pengangguran sangat rentan mengalami konflik sosial. Apabila berlangsung lama dan patologis dapat menimbulkan terjadinya gangguan jiwa. Proses terapeutik dilakukan dengan membantu pasien untuk mengatasi sistem sosial. Kemungkinan digunakan intervensi krisis, manipulasi lingkungan, dan menunjukkan dukungan sosial serta dukungan kelompok sebagai juga dianjurkan. Pasien secara aktif menyampaikan masalahnya kepada terapis dan bekerja sama dengan terapis untuk menyelesaikan masalahnya. Menggunakan sumber yang ada di masyarakat. Terapis menggali sistem sosial pasien dan membantu pasien menggunakan sumber yang tersedia atau menciptakan sumber baru.

Model eksistensial menyatakan; hidup ini akan sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima self (diri) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam upayanya untuk menemukan dan menerima diri apa adanya. Berusaha sesuai kemampuan, memperoleh hasil optimal sesuai kapasitasnya. Menjadi diri sendiri dapat dialami melalui hubungan murni atau dengan bantuan orang lain. Teori ini sangat sering dijumpai pada pasien yang dirawat di rumah sakit jiwa. Pasien gagal menunjukkan eksistensinya pada masa keemasan (golden periode) puncak prestasinya. Usia 45 tahun seharusnya merupakan puncak karier perkerjaan, usia 21 tahun seharusnya puncak penemuan jodoh untuk memilih pasangan hidup. Apabila keadaan ini tidak tercapai, maka kegagalan satu akan membuat kegagalan berikutnya terus sampai soelaht-olah tidak berhasil mewujudkan eksistensi diri. Kondisi ini akan sangat rentan dengan terjadinya gangguan jiwa. Proses terapeutik dilakukan dengan membantu individu untuk mengalami kemurnian hubungan. Terapi sering dilakukan dalam kelompok. Pasien dianjurkan untuk menggali dan menerima diri, dibantu untuk mengendalikan perilakunya, mengembangkan kemampuan untuk mencapai eksistensi maksimal. Pasien bertanggung jawab terhadap perilakunya dan berperan serta dalam suatu pengalaman yang berarti untuk mempelajari tentang diri yang sebenarnya. Terapis membantu pasien untuk mengenal nilai diri. Terapis mengklarifikasi realitas dari suatu situasi, mengenalkan pasien tentang perasaan tulus dan memperluas kesadaran dirinya.

Model supportif memandang bahwa masalah terjadi sebagai akibat dari faktor biologis, psikologis, dan sosial. Adanya keterbatasan secara fisik, dapat dioptimalkan dengan sikap hidup positif, berkarya maksimal sehingga bisa diterima masyarakat. Jika gagal maka perilaku maladaptif dapat berkembang pada kasus ini. Teori ini menekankan pada respon coping maladaptif yang terjadi saat ini, adanya kegagalan dari interaksi faktor bio-psiko-sosial-spiritual-kultural. Proses terapeutik dilakukan dengan uji coba realitas dan peningkatan harga diri. Dukungan sosial diidentifikasi dan respon coping yang adaptif

dikuatkan. Pasien secara aktif terlibat dalam pengobatan. Terapis menjalin hubungan yang hangat dan penuh empatiuk dengan pasien

Model komunikasi menganggap bahwa gangguan perilaku terjadi apabila pesan tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan untuk merusak makna pesan dapat diteruskan secara serentak pada berbagai tingkatan. Kesan verbal dan nonverbal mungkin tidak selaras. Teori ini sangat perlu diperhatikan pada kondisi terkini saat ini. Media sosial sangat mudah dijadikan sarana saling menghasut, memfitnah, memanipulasi suatu kondisi menjadi seolah-olah fakta yang sesungguhnya, hoax, dan berbagai kepalsuan peristiwa lainnya. Tujuannya untuk memperoleh keuntungan dan melemahkan lawan melalui kampanye hitam, mengubah foto profil yang biasa menjadi luar biasa agar memperoleh simpati dan memperdayai korban. Sudah banyak korban penipuan, pemeriksaan akibat penggunaan media sosial yang kurang selektif. Proses terapeutik dilakukan dengan menganalisis pola komunikasi dan umpan balik diberikan untuk mengklarifikasi area masalah. Analisis transaksional berfokus pada permainan dan belajar untuk berkomunikasi secara langsung tanpa bersandiwarra. Oleh karena itu, bagi soerang terapis pada model ini wajib menguasai teknik analisis proses interaksi yang berfokus pada komunikasi perawat dan pasien, dari komunikasi verbal, meta komunikasi dan nonverbal yang terjadi. Pasien memperhatikan pola komunikasi, termasuk permainan, dan bekerja untuk mengklarifikasi komunikasinya sendiri serta memvalidasi pesan dari orang lain. Terapis menginterpretasi pola komunikasi kepada pasien dan mengajarkan prinsip-prinsip komunikasi yang baik.

Model perilaku mempelajari bahwa penyimpangan terjadi karena manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Oleh karena perilaku dapat dipelajari, maka perilaku juga dapat tidak dipelajari; terkadang seseorang terpaksa harus melakukan sesuatu yang tidak diinginkan, dan terpaksa tetap harus dilakukan. Perilaku menyimpang terjadi berulang karena berguna untuk mengurangi ansietas atau menutupi kesalahan. Sekali seseorang berhasil berbohong, maka cenderung kebohongan itu akan berulang untuk menutupi kebohongan sebelumnya, dan seterusnya. Jika kondisi demikian terus berlanjut akan menimbulkan perilaku maladaptif. Proses terapeutik dilakukan dengan prinsip terapi merupakan proses pendidikan. Penyimpangan perilaku, tidak dihargai; perilaku yang produktif, dikuatkan. Terapi relaksasi dan latihan keasertivan merupakan pendekatan perilaku. Pasien mempraktikkan teknik perilaku yang digunakan; mengerjakan pekerjaan rumah dan penggalakan latihan. Pasien membantu mengembangkan hierarki perilaku. Terapis mengajar pasien tentang pendekatan perilaku, membantu mengembangkan hirerki perilaku dan menguatkan perilaku yang diinginkan.

Model medik mempelajari bahwa gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis; gangguan keseimbangan neorotransmitter, fungsi otak, infeksi, traupa kepala, dan sistem fisiologis lainnya. Gejala timbul sebagai akibat dari kombinasi faktor fisiologik, genetik, lingkungan dan sosial. Perilaku menyimpang berhubungan dengan toleransi pasien terhadap stres. Diagnosis penyakit dilandasi oleh kondisi yang ada dan informasi historis serta pemeriksaan diagnostik. Pengobatan meliputi terapi somatik, dan farmakologik selain berbagai teknik interpersonal. Pasien mempraktikkan regimen terapi yang dianjurkan dan

melaporkan efek terapi kepada dokter. Pasien menjalani terapi jangka panjang apabila diperlukan. Terapis menggunakan kombinasi terapi somatik dan terapi interpersonal. Terapis menegakkan diagnosis penyakit dan menentukan pendekatan terapeutik.

Model stres adaptasi mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Komponen biologis, psikologis, sosial, dan budaya diintegrasikan secara komprehensif. Proses terapeutik dilakukan dengan membangun coping yang adaptif, memperhatikan faktor risiko terjadinya gangguan perilaku, persepsi terhadap stimulus, sumber coping dikuatkan dengan memberikan penilaian dan makna positif terhadap sebuah peristiwa, meningkatkan kemampuan personal dan dukungan sosial. Tujuan utama adalah membangun coping yang adaptif

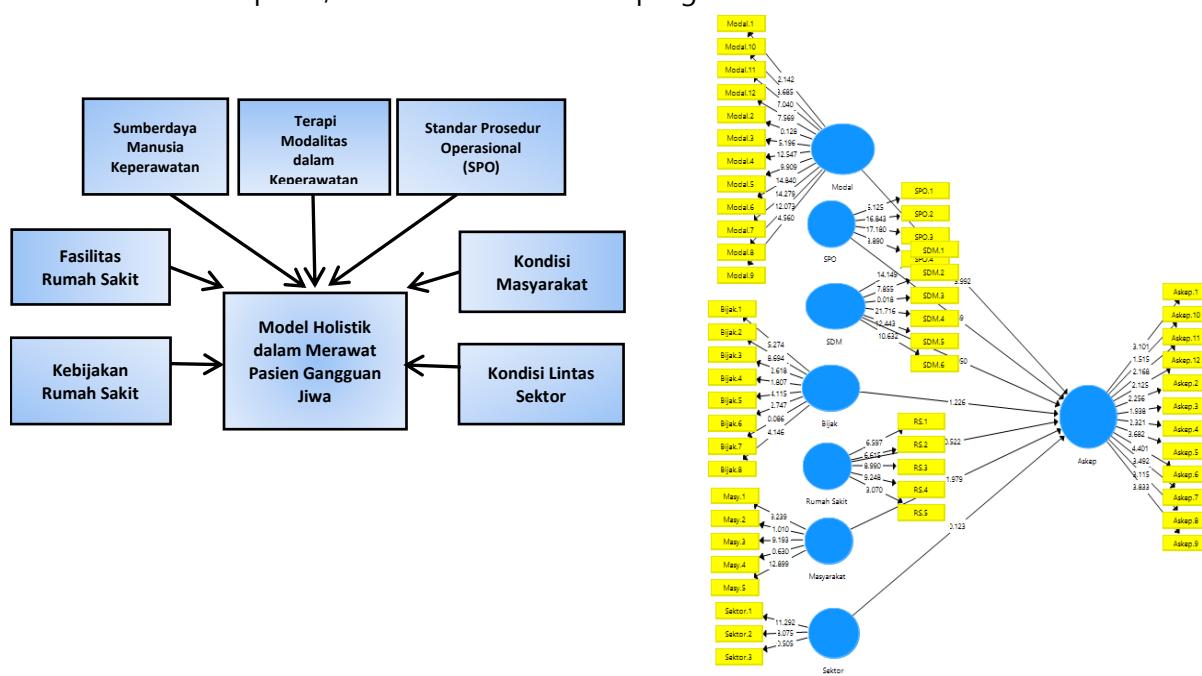
Demikianlah proses psikodinamika terjadinya gangguan jiwa, ada banyak pandangan tentang proses terjadinya penyimpangan perilaku, proses terapeutik, peran pasien, dan tindakan terapis dalam membantu mengatasi masalah pasien. Pada penerapannya, tenaga kesehatan harus menemukan diagnosis akurat, sesuai penyebab yang relevan, sehingga proses terapeutik dapat dikembangkan.

C. Model Holistik dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu proses interpersonal yang berupaya meningkatkan dan mempertahankan perilaku, untuk memberikan kontribusi pada fungsi yang terintegrasi (Stuart&Laraia, 2005). Dalam pelaksanaannya, pemberian asuhan keperawatan kesehatan jiwa selalu diintegrasikan dengan berbagai alternatif terapi (terapi modalitas) yang disarankan, seperti; pemberian psikofarmaka, terapi kejang listrik, terapi kognitif, perilaku, musik, spiritual, terapi aktivitas kelompok, terapi keluarga, dan sebagainya. Meskipun demikian, kesembuhan pasien gangguan jiwa masih belum efektif, angka kekambuhan masih tetap tinggi. Pasien yang sudah dinyatakan boleh pulang dari rumah sakit jiwa, dalam waktu yang singkat kembali lagi ke rumah sakit jiwa. Permasalahan utama terletak pada kesiapan keluarga dan masyarakat dalam menerima pasien gangguan jiwa di rumah (Fitryasari, 2009). Hal ini terjadi karena adanya beban objektif dan subjektif yang dirasakan keluarga. Beban objektif terkait dengan keterbatasan pasien untuk melakukan kegiatan rutin harian di rumah, mahalnya biaya pengobatan dengan hasil yang tidak memuaskan, pasien tidak dapat bekerja, tidak produktif. Beban subjektif terkait dengan perasaan malu, mempunyai salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa, merasa tidak nyaman dan membuat rusaknya hubungan antar anggota keluarga. Belum lagi masalah stigma di masyarakat.

Ternyata masalah kesehatan jiwa bukan hanya masalah pasien, tetapi juga masalah keluarga, kelompok, dan masyarakat. Oleh karena itu, kami merasa sangat perlu mengembangkan model holistik dalam merawat pasien gangguan jiwa. Holistik bukan hanya urusan fisik (biologis), tetapi juga urusan psikologis, sosial, spiritual, dan kultural. Holistik bukan hanya masalah pasien, dokter, psikiater, perawat, psikolog, dan tenaga kesehatan lain, tetapi juga masalah keluarga, kelompok, masyarakat, sampai Pemerintah

sebagai penentu kebijakan. Penanganan masalah gangguan jiwa harus komprehensif, melibatkan semua pihak, lintas sektor dan lintas program.



Gambar 12.5
Komponen Variabel Model Holistik dan Uji Outliner Model Holistik
dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa

Hasil penelitian terhadap uji model struktural model holistik dalam merawat pasien gangguan jiwa didapatkan bahwa variabel terapi modalitas dibangun secara signifikan oleh tiga varibel, yaitu: terapi modalitas, kebijakan rumah sakit, dan situasi masyarakat. Ketiga variabel tersebut masing-masing memiliki hubungan positif; dalam arti, semakin baik terapi modalitas yang dilakukan perawat, semakin mendukung kebijakan rumah sakit dan semakin mendukung kondisi masyarakat dalam perawatan pasien gangguan jiwa. Ketiga variabel tersebut secara bersama-sama menentukan pelaksanaan model holistik dalam merawat pasien gangguan jiwa sebesar 40.5%, dan selebihnya dipengaruhi oleh variabel lain (Yusuf, 2019).

Model holistik mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual dalam pelaksanaan terapi modalitas pada pasien gangguan jiwa. Aspek biologis diwujudkan dalam kolaborasi pemberian psikofarmaka untuk membantu pasien mencapai peningkatan fungsi mental yang lebih baik (Srevani, 2009). Psikofarmaka bekerja untuk menyeimbangkan unsur biologis dan kimiawi otak, berdampak pada pengaturan cara pikir, perilaku dan emosi di otak. Pemberian intervensi pada aspek biologis harus diikuti dengan intervensi pada aspek psikologis. Terapi psikologis berfokus pada penggunaan komunikasi terapeutik, melakukan perbaikan pola pikir dan membantu pasien memahami penyebab gangguan jiwa yang dialami (Bentall., 2009; Harris, Nagy, & Vardaxis, 2010). Penerapan terapi psikologis sering beriringan dengan terapi sosial, yaitu proses dinamis yang

melibatkan dimensi fisik, kognitif, afektif, perilaku dan sosial seseorang melalui interaksi dengan orang lain dan lingkungan (World Health Organisation, 2005).

Model holistik dalam merawat pasien gangguan jiwa mengimplementasikan terapi individu, terapi kognitif, terapi perilaku, terapi psikososial, dan terapi aktivitas kelompok untuk melatih pasien secara mandiri merubah pikiran negatif menjadi lebih positif, merubah perilaku yang kurang baik menjadi lebih baik, belajar berinteraksi secara bertahap dan berinteraksi dalam kelompok kecil. Selama proses terapi perawat memperhatikan respon verbal dan non-verbal pasien, memberikan batasan yang jelas tentang perilaku yang boleh dan tidak boleh dilakukan dan didukung dengan pemberian sistem reward yang telah disepakati. Model holistik menambahkan terapi spiritual sebagai bagian penting dalam penerapan terapi modalitas. Bentuk pemberian terapi spiritual adalah dengan membantu pasien untuk mengenali kemampuan diri dalam menghadapi sakit yang dialami, khususnya terkait motivasi, sikap positif dan optimisme (Yusuf, 2016). Perawat dapat melakukan pendampingan terhadap pasien agar selalu menumbuhkan sikap positif bahwa setiap permasalahan dalam hidup akan diberikan jalan keluar, termasuk menumbuhkan adanya keyakinan dan harapan akan diberikan kesembuhan dan kehidupan yang lebih baik. Kunci dari serangkaian pemberian terapi modalitas tersebut adalah hubungan terapeutik yang baik antara pasien dan perawat (Fisher, 2011). Hubungan akan terjalin dengan baik melalui proses pengkajian yang teliti dan mendalam terkait kondisi pasien, sehingga pemilihan jenis terapi modalitas dapat membantu pasien untuk mencapai kondisi yang lebih baik. Penerapan terapi modalitas merupakan upaya untuk mengoptimalkan kembali fungsi biologis, psikologis, sosial dan spiritual pasien yang mengalami perubahan akibat proses gangguan jiwa yang dialami.

Kebijakan rumah sakit merupakan komponen kedua dari model. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan rumah sakit terkait dengan job deskripsi, kewenangan, remunerasi dan reward. Job deskripsi merupakan informasi yang menjelaskan tentang standar pekerjaan dan daftar tugas yang harus dikerjakan berkaitan dengan kedudukan seseorang dalam suatu pekerjaan tertentu (Dessler, 1997). Job deskripsi berkaitan dengan kewenangan seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Perawat yang bekerja dalam institusi kesehatan menurut UU RI NO 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, diharuskan memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakkan keperawatan berdasarkan keilmuannya. Kendala yang sering ditemui adalah masih banyak tugas asuhan tidak langsung dibebankan kepada perawat, sebagian perawat masih harus menduduki jabatan struktural rumah sakit. Situasi tersebut menyebabkan perawat memiliki tugas ekstra, merasakan ketidakjelasan tugas, sehingga membatasi perawat untuk sepenuhnya melaksanakan tugas utama yaitu melaksanakan asuhan perawatan. Kondisi ini memerlukan kebijakan rumah sakit melaksanakan proses kredensialing, memberikan kewenangan klinis untuk menetapkan job deskripsi, kewenangan, dan sistem reward yang jelas.

D. Penerapan Model Holistik dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa

Penerapan model holistik dalam merawat pasien gangguan jiwa tidak lepas dari adanya stigma atau dukungan masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan, masih ada pandangan negatif masyarakat terhadap gangguan jiwa; gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan, penyebab nonmedis, pasien tidak dapat menjaga diri, tidak dapat dilepas melaksanakan aktivitas mandiri di luar rumah, membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Adanya salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa, akan menyebabkan kerusakan interaksi dalam keluarga, menjadi saling bermusuhan, tidak kondusif, dan akhirnya berujung pada tindakan pemasungan bagi pasien gangguan jiwa di rumah. Untuk itu, diperlukan pendekatan secara intensif kepada seluruh masyarakat, lintas sektor dan lintas program agar masyarakat mulai menerima dan mendukung keberadaan pasien pada keluarga dan masyarakat. Masyarakat harus diberdayakan sehingga tokoh masyarakat dapat memberikan dukungan untuk mengembangkan desa siaga sehat jiwa, optimalisasi peran kader kesehatan jiwa dan kampanye hapus stigma terhadap gangguan jiwa. Dengan demikian, model holistik dalam keperawatan sudah diterapkan sejak pasien dirawat di rumah sakit, dilanjutkan penerimaan masyarakat yang baik, mendukung penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan, dapat menurunkan angka kekambuhan, pasien dapat kembali hidup produktif di masyarakat, minimal dapat berfungsi kembali sebagai manusia di masyarakat. Semoga kita semua menjadi sehat jiwa.

Jiwa yang sehat memang sulit didefinisikan dengan tepat. Menurut UU RI Nomor 18 tahun 2014 sehat jiwa adalah suatu kondisi saat seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Karl Menninger mendefinisikan sehat jiwa adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri pada lingkungan, berintegrasi, berinteraksi dengan baik, tepat, dan bahagia. Jiwa sebagai sistem perilaku, indikator kesehatannya adalah berfungsinya diri pada kehidupan nyata pada lingkungannya. Dalam pengertian, mereka dapat: (1) melihat setiap hari adalah baik, tidak ada satu alasan sehingga pekerjaan harus ditunda, karena setiap hari adalah baik; (2) hari besok adalah hari yang baik; (3) mengetahui apa yang diketahui dan yang tidak diketahui; (4) mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan dan membuat lingkungan menjadi lebih baik; (5) selalu dapat mengembangkan usahanya, (6) selalu puas dengan hasil karyanya; dan (7) dapat memperbaiki dirinya dan tidak menganggap dirinya selalu benar.

World Health Organization (WHO) tahun 2008 memberikan kriteria sehat jiwa adalah orang yang dapat: (1) menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk; (2) merasa bebas secara relatif dari ketegangan dan kecemasan; (3) memperoleh kepuasan dari usahanya atau perjuangan hidupnya; (4) merasa lebih puas untuk memberi dari pada menerima; (5) berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan; (6) mempunyai daya kasih sayang yang besar; (7) menerima kekecewaan untuk digunakan sebagai pelajaran dikemudian hari; dan (8) mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

E. Penutup

Jiwa yang sehat adalah soal menjaga perasaan, jangan sampai menyinggung atau melukai perasaan yang lain. Menjaga pikiran untuk tetap konsisten pada pikiran positif, apa yang ada dalam pikiran akan menentukan makna hidup, sebaik-baik manusia adalah mereka yang bermanfaat bagi yang lain. Jagalah perilaku agar tetap selaras dan seimbang dengan lingkungan dimana kita hidup.

Referensi

- Ariananda, R. E. (2015). Public stigma toward to schizophrenia patients. Skripsi. Universitas Negeri Semarang, Semarang.
- Bentall, R., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., ... Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: A transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression 66(3), 236–247. Archives of General Psychiatry, 66(3), 236–247.
- Dessler, G. (1997). Manajemen sumber daya manusia: versi bahasa Indonesia (1st ed.). Jakarta: Renhallindo.
- Dossey, A., Keegan, L., & Guzzetta, C. (2005). Holistic Nursing a Handbook for Practice (4th ed.). Massachusetts: Jones and Bartlet Publisher Inc.
- Fisher, J. (2011). The therapeutic role of the mental health nurse: implications for the practice of psychological therapies. Southern Cross University, Lismore, New South Wales.
- Harris, P., Nagy, S., & Vardaxis, N. (2010). Mosby's dictionary of medicine, nursing and health professions (2nd ed.). Sydney: Mosby Elsevier.
- Kemenkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI. Jakarta. Indonesia.
- Maramis, W. F. (2010). Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mariano, C. (2007). Holistic nursing as a specialty: holistic nursing—scope and standards of practice. Nursing Clinics of North America, 42(2), 166–188.
- Srevani. (2009). A guide to mental health and psychiatric nursing (Vol. 2). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher.
- World Health Organisation. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva.
- Yusuf, A., Fitryasari, P., & Nihayati, H. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.
- Yusuf, A., Nihayati, H., Iswari, M., & Okviansanti, F. (2016). Kebutuhan spiritual: konsep dan aplikasi dalam keperawatan. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Yusuf, A., Fitryasari, P., Nihayati, H., & Tristiana, R. (2019). Kesehatan jiwa; pendekatan holistik dalam asuhan keperawatan. Jakarta; Mitra Wacana Media

BAB 13

Peran Perawat Komunitas Dalam Meningkatkan Ketangguhan Keluarga dengan Lansia Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Junaiti Sahar

A. Pendahuluan

Sejak pertama kali dilaporkan kasus di Wuhan, China pada Desember 2019. Virus covid-19 ini telah menyebar dengan cepat ke 216 negara di dunia dan WHO menyatakan sebagai pandemi covid-19 (WHO,2020). Jumlah kasus yang terdeksi positif di Indonesia terus meningkat sejak Maret 2020 dimulai dengan kluster di tempat umum khususnya di rumah sakit, pasar, tempat kerja dan bergeser ke klaster masyarakat bahkan kluster keluarga. Data per-hari pada 28 Februari 2021 menunjukan penurunan dengan kasus terkonfirmasi sebanyak 5.560, sembuh 6.649 dan kasus kematian sebanyak 183 dibandingkan dengan angka pada 30 Januari 2021 dengan kasus terkonfirmasi 14.518, sembuh 10.242 dan meninggal dunia sebanyak 230 (KPC-PEN, 2021), angka terkonfirmasi perhari turun lebih dari 59%. Namun jumlah tersebut masih menempatkan Indonesia pada posisi tertinggi di negara Asean dengan kasus terkonfirmasi Indonesia 1.392.945 diikuti Philippines 600.428, Malaysia 316.268, Myanmar 142052, dan Singapur 60.052 pada Februari 2021 (CSIS,2021;Chua, 2021). Saat ini angka covid Indonesia kasus terkonfirmasi pada awal Maret 2021 sebanyak 1.361.098 dengan kasus aktif 10,9% (147.845), sembuh 86,4% (1.176.356) dan meninggal 2,7% (36.897). Terdapat 10,7% kasus terkonfirmasi positif covid-19 berasal dari lansia dan sebesar 48,3% dari kasus pasien meninggal covid-19 adalah kelompok lansia (BPS, 2020). Pandemi covid-19 berdampak pada fisik, psikologis, sosial, ekonomi keluarga termasuk lansia.

Lansia merupakan populasi yang rentan tertular covid-19 akibat terjadi penurunan berbagai fungsi organ tubuh termasuk penurunan sel T, sehingga berdampak pada penurunan daya tahan tubuh, ditunjang pula dengan perubahan psikologis penurunan pendapatan, kehilangan orang yang dicintai, penyakit kronis yang diderita (Miller, 2010). Kondisi ini yang memungkinkan lansia mengalami lebih dari satu penyakit degeneratif seperti hipertensi, jantung, diabetes melitus, gangguan pernafasan, stroke, dll. Komorbid ini yang memperburuk kondisi kesehatannya sehingga rentan tertular covid-19. Apabila sudah

terinfeksi COVID-19 tidak mudah ditangani dan berkontribusi terhadap terjadinya kematian. Populasi lansia ini perlu mendapat perhatian mengingat jumlahnya yang terus meningkat dari satu dekade ke dekade berikutnya.

Pada periode 1971-2020 terjadi peningkatan lebih dari dua kali lipat yakni dari 4,2% menjadi 9,92% sekitar 26 juta pada tahun 2020, angka ini diprediksi akan terus meningkat hingga 19,9% pada tahun 2045. Angka ini berbanding terbalik dengan jumlah balita pada periode 1971-2020 telah terjadi penurunan dari 16% menjadi 9,0% dan diprediksi akan terus menurun hingga 6,9% pada tahun 2045. Tingkat ketergantungan lansia yakni 15,54% pada tahun 2020, artinya bahwa setiap 100 orang penduduk usia produktif harus menanggung sekitar 16 orang penduduk lansia (BPS, 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2017). Kondisi ini berdampak pada ketergantungan lansia pada orang lain, untuk itu peran keluarga sebagai lembaga sosial terkecil di masyarakat menjadi sangat penting untuk memenuhi dan atau memfasilitasi pemenuhan kebutuhan lansia termasuk dalam pengendalian faktor risiko penyakit yang diderita lansia untuk meminimalkan dampak penularan covid-19.

Berbagai upaya telah dilaksanakan pemerintah untuk mengendalikan penyebaran covid-19, baik di pelayanan kesehatan maupun di masyarakat dengan kebijakan bekerja dari rumah dan atau belajar dari rumah untuk menghindari kerumunan orang, protokol kesehatan cuci tangan, pakai masker dan jaga jarak 1-1,5 meter sebagai upaya pencegahan penularan, ditambah dengan kebijakan imunisasi. Namun upaya ini belum dapat sepenuhnya mengendalikan penularan covid-19 di masyarakat. Hal ini antara lain karena belum semua masyarakat dapat beradaptasi dengan kebiasaan baru ini. Kebijakan pemerintah untuk melakukan imunisasi masyarakat secara bertahap juga perlu diikuti dengan kesadaran dan pemahaman masyarakat yang baik tentang pentingnya imunisasi dan dengan tetap melaksanakan protokol kesehatan.

Kondisi pandemik covid-19 ini juga menyebabkan sebagian pelayanan promotif dan preventif belum optimal dapat dilakukan di masyarakat termasuk Program Indonesia Sehat berbasis Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Pencapaian target Indikator Keluarga Sehat (IKS) secara kuantitas sudah mulai meningkat dalam cakupan kunjungan tenaga kesehatan ke keluarga sebelum terjadinya pandemi covid-19, meskipun belum mencapai target yang ditetapkan. Hasil studi di Jawa Tengah mengidentifikasi sekitar 65% keluarga mendapatkan kunjungan rumah oleh petugas kesehatan Puskesmas, dengan jenis kegiatan meliputi: pendataan keluarga (32.7%), pemeriksaan kesehatan (40%), penyuluhan kesehatan (10.9%), pemberantasan sarang nyamuk (15.5%), kesehatan ibu anak (2.1.8%); namun sekitar 69.1% tidak melakukan kegiatan tindak lanjut kunjungan rumah dengan berbagai kendala antara lain keterbatasan SDM, kejelasan peran anggota tim, kolaborasi belum optimal, dll (Rachma, et al., 2019). Jika ditinjau dari pencapaian target nasional, kegiatan pembinaan kesehatan keluarga baru mencapai 32,68% pada tahun 2020, sedangkan tahun 2021 ditargetkan 50% (Direktorat Kesehatan Keluarga, Kemkes RI, 2020). Program ini masih perlu terus ditingkatkan dengan kejelasan peran yang dilakukan masing-masing profesi yang terlibat

dan kolaborasi yang lebih baik dengan memanfaatkan teknologi informasi merespon revolusi industri 4.0 dan 5.0.

Upaya perawat komunitas dalam meningkatkan ketangguhan keluarga selain berkontribusi dalam pencapaian Program Indonesia Sehat Berbasis Keluarga (PIS-PK), juga dapat berkontribusi pada pencapaian Sustainable Development Goals (SDGs). SDGs nomor 3 (tiga) adalah menjadi kehidupan sehat dan sejahtera seluruh penduduk semua usia, khususnya indikator 3.4 mengurangi sepertiga kematian prematur akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan dan perawatan serta mendorong kesehatan dan kesejahteraan mental (Dirjen Bina Gizi KIA Kemkes RI, 2015), dan pencapaian Universal Health Coverage (UHC). UHC memiliki esensi semua orang dan masyarakat memiliki akses kepada pelayanan kesehatan berkualitas tanpa risiko kesulitan keuangan (Seventieth United Nations General Assembly, 2015) dengan tenaga kesehatan termasuk perawat proaktif ke masyarakat melalui kunjungan rumah/keluaga untuk meningkatkan kesehatan dan ketangguhan keluarga.

Ketangguhan sebagai kapasitas sistem individu atau keluarga/organisasi untuk menghadapi gangguan dan melakukan reorganisasi sementara selama kondisi krisis atau gangguan yang terjadi atau berpotensi terjadi (Schipper dan Langston, 2015; Neely et al., 2012). Menurut Walsh (2012) ketangguhan dapat dibangun melalui sistem keyakinan, proses organisasi dan sistem komunikasi. Ketangguhan keluarga perlu didukung dengan keberfungsian keluarga dalam mengadapi situasi yang tidak dapat diprediksi dan berpotensi terjadi. Perawat komunitas dapat berkontribusi melalui berbagai perannya untuk mewujudkannya.

Perawat kesehatan komunitas berperan sebagai provider, edukator, manajer, konselor, kordinator, fasilitator, case finder, advokator, dan peneliti dalam memberikan layanan dan asuhan keperawatan kepada keluarga. Pada makalah ini difokuskan pada peran sebagai pemberi asuhan keperawatan (provider). Perawat komunitas (Perkesmas) melalui serangkaian intervensi keperawatan yang dilakukan saat kunjungan rumah (home visits) dengan melakukan asuhan keperawatan, diharapkan dapat menyiapkan keluarga dengan lanjut usia untuk meningkatkan ketangguhan keluarga, dalam menghadapi situasi berisiko dan mempersiapkan keluarga dalam memasuki era adaptasi kebiasaan baru.

B. Keperawatan Keluarga

Upaya peningkatan kapasitas keluarga merupakan upaya strtegis yang dapat dilakukan dalam keperawatan keluarga. Beberapa ahli mendefinisikan keluarga. Keluarga adalah sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi, yang membentuk satu rumah tangga; berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosialnya masing-masing sebagai suami istri, ibu dan ayah, putra dan putri, kakak dan adik; dan menciptakan dan memelihara budaya bersama (Friedman, 2003). Kaakinen, et al (2010), mendefinisikan keluarga sebagai "dua atau lebih individu yang bergantung satu sama lain untuk dukungan emosional, fisik, dan ekonomi. Keluarga merupakan lembaga terkecil dari masyarakat sehingga kesehatan keluarga akan menentukan kesehatan

masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016), dapat disimpulkan keluarga adalah sekelompok orang (dua atau lebih) yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi, membentuk satu rumah tangga; berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosialnya masing-masing dan menciptakan serta memelihara budaya bersama.

Keluarga merupakan titik masuk (entry point) pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas. Keberfungsian keluarga akan meningkatkan status kesehatan anggota keluarga dan sebaliknya, jika keluarga tidak berfungsi maka akan terjadi gangguan kesehatan pada anggota keluarga Sahar, Setiawan, dan Riasmini, 2019). Pengendalian covid-19 di masyarakat dan adaptasi kebiasaan baru akan optimal jika melibatkan keluarga dengan mengaktifkan fungsi dan tugas keluarga. Menurut Friedman (2003) dan Kakineen (2010) bahwa fungsi keluarga mencakup fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi ekonomi, fungsi reproduksi, dan fungsi perawatan kesehatan.

Fungsi Afektif atau fungsi kasih sayang. Keluarga akan mengenalkan nilai hidup bersih dan sehat sejak dini pada anggota keluarga dengan kasih sayang, misalnya melatih anak cuci tangan, sikat gigi, dll. Contoh lain terkait kondisi pandemi keluarga menjelaskan kepada lansia dengan bahasa yang dapat dipahami lansia dengan sikap santun, perlahan-lahan sambil memberi sentuhan lembut kenapa lansia harus menggunakan masker, cuci tangan, dan menjaga jarak dengan anggota keluarga yang lain, tentu akan lebih mudah dipahami lansia karena disampaikan dengan sentuhan kasih sayang dan bahasa yang dipahaminya.

Fungsi sosial yakni mensosialisasikan kepada anggota keluarga hal-hal yang perlu diketahui termasuk terkait kesehatan. Fungsi sosial keluarga ini juga tercermin dengan adanya komunikasi yang terbuka diantara anggota keluarga dan interaksi yang hangat diantara anggota keluarga meminimalkan salah persepsi diantara anggota keluarga dan menumbuhkan ikatan emosional yang kuat. Pada anggota keluarga lansia hal ini akan meminimalkan rasa kesepian dan masalah yang lain karena salah persepsi. Misalnya anaknya pulang kerja tidak menyapa lansia saat pulang kerja, akan menimbulkan rasa tidak dihargai dan lansia akan merasa sedih, padahal kondisi pandemi, perilaku demikian meminimalkan penularan. Anggota keluarga sesudah bepergian ke luar rumah harus langsung bersih-bersih badan terlibat dahulu baru berinteraksi dengan anggota keluarga yang ada di rumah. Jika hal ini tdk dijelaskan terlebih dahulu tentu akan menimbulkan salah persepsi pada lansia seperti merasa tidak dihargai, stress, cemas, dll.

Fungsi Ekonomi yakni fungsi yang terkait pengelolaan keuangan keluarga merupakan bagian penting dari ekonomi keluarga. Pengelolaan uang, keputusan terkait sewa tempat tinggal, pilihan asuransi, pensiun, dan tabungan dalam pemenuhan kebutuhan anggota keluarga. Adanya pandemi covid-10 berdampak pada ekonomi sebagian keluarga sebagai akibat pembatasan sosial sehingga keluarga akan mengalami penurunan pendapatan.

Fungsi reproduksi yakni perencanaan dan pengendalian jumlah anggota keluarga agar jumlah keluarga tidak melebihi kemampuan keluarga dalam memenuhinya, agar fungsi-fungsi yang lain dapat berjalan secara harmonis dan tidak menimbulkan disfungsional keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan yakni fungsi yang dapat mempertahankan dan meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Fungsi ini yang sangat penting terkait dengan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang akan mendampingi keluarga sebagai provider, edukator dan motivator terkait gaya hidup dan perawatan diri anggota keluarga untuk meningkatkan imunitas tubuh dengan pengaturan pola makan dan kualitas makanan, latihan fisik/olah raga, berjemur di mata hari pagi, istirahat, dll. Kelima fungsi ini erat kaitannya dengan keterlaksanaan tugas kesehatan keluarga.

Tugas kesehatan keluarga mencakup mengenal masalah kesehatan; memutuskan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah; merawat kesehatan anggota keluarga; memodifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan; dan memanfaatkan layanan kesehatan dan sosial (Maglaya, 2010). Keluarga dapat mengenal masalah jika memahami arti, penyebab, tanda dan gejala gangguan kesehatan yang dialami anggota keluarga. Keluarga mampu memutuskan dengan tepat dan cepat, jika mengenal masalah dan memahami akibat yang mungkin timbul. Keluarga mampu merawat anggota keluarga jika memahami cara atau teknik keperawatan sederhana di rumah dengan bimbingan perawat atau tenaga kesehatan. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan internal dan eksternal yang menunjang pemeliharaan kesehatan. Sedangkan keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan atau pelayanan sosial, jika memerlukan tindak lanjut pelayanan dan asuhan baik rawat jalan maupun rawat inap untuk mempertahankan kesehatan keluarga termasuk lansia.

Haris, et. Al. (2020) mengemukakan bahwa didapatkan p-value 0.008 untuk perbedaan indeks keluarga sehat dan 0.000 untuk tingkat kemandirian keluarga setelah dilakukan intervensi keperawatan. Kegiatan ini menunjukkan bahwa kunjungan rumah melalui pemberian asuhan keperawatan keluarga dan pemberian edukasi dalam keluarga memberikan perubahan pada indeks keluarga sehat dan tingkat kemandirian keluarga, termasuk keluarga dengan lansia.

C. Lansia sebagai Populasi Rentan

Populasi rentan adalah populasi yang memiliki peluang untuk terpapar risiko atau masalah kesehatan yang melebihi dari populasi lain di masyarakat. Populasi rentan juga memiliki risiko yang lebih terhadap stresor yang dapat menimbulkan masalah kesehatan baik yang bersifat risiko maupun aktual dan dapat menyebabkan dampak yang lebih buruk (Stanhope & Lancaster, 2016). Kelompok rentan merupakan kelompok yang memiliki risiko yang lebih untuk mengalami masalah kesehatan akibat interaksi paparan berbagai faktor risiko yang berdampak pada gangguan kesehatan dibandingkan dengan populasi secara keseluruhan dan memiliki beberapa karakteristik.

Karakteristik rentan mencakup biologis, psikososial, dan ekonomi (Stanhope & Lancaster 2016; Allender, Rector, & Warner, 2014). Karakteristik biologis terkait penurunan fungsi organ tubuh sebagai akibat penuaan dan faktor risiko yang menyertai. Miller (2012) mengemukakan bahwa perubahan menua disertasi adanya faktor risiko menyertai yang

tidak dapat dikendalikan, maka akan menimbulkan konsekuensi negatif yakni terjadinya gangguan kesehatan.

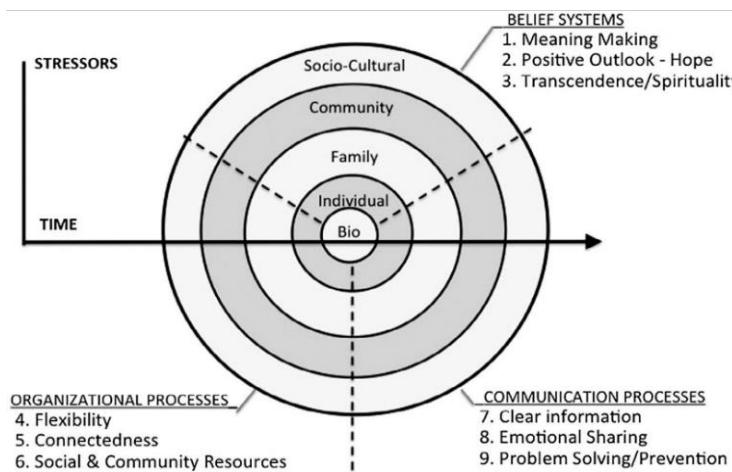
Karakteristik Psikologis, terjadinya perubahan psikologis akibat menua seperti sikap yang pessimis terhadap penuaan, penurunan pendapatan, meninggalnya pasangan, dll dan disertai dengan faktor risiko adanya penyakit kronis, pandemi covid-19, dukungan keluarga yang kurang, kemiskinan, dan lain-lain akan menimbulkan konsekuensi negatif gangguan psikososial seperti kesepian, stres, cemas, depresi, delirium dan demensia.

Karakteristik Sosial ditandai dengan penurunan kemampuan bersosialisasi, perubahan menua, terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan akibat ketidakmampuan secara fisik, kondisi sosial ekonomi yang menurun, dan lain-lain akan mengakibatkan kelompok ini merasa tersisihkan/termarginalisasikan.

Berdasarkan karakteristik tersebut, maka kelompok lansia digolongkan sebagai kelompok yang rentan terhadap masalah kesehatan fisik dan psikososial sehingga keterlibatan keluarga dalam perawatan lansia sangat penting. Perawat komunitas sebagai salah satu tenaga kesehatan yang memiliki bidang garapan keperawatan keluarga dan komunitas, perlu berkontribusi menyiapkan keluarga untuk meningkatkan ketangguhan mereka dalam meminimalkan dampak covid-19 dan mempersiapkan memasuki era AKB.

D. Ketangguhan Keluarga

Ketangguhan keluarga adalah kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi dengan perubahan tak terduga dan kondisi risiko tinggi (Schipper & Langston, 2015). Definisi lain ketahanan adalah kapasitas sistem untuk menghadapi gangguan dan melakukan reorganisasi sementara selama kondisi krisis (Neely et al., 2012). Ketangguhan keluarga juga diartikan sebagai keberhasilan anggota keluarga mengatasi masalah di bawah kesulitan yang memungkinkan mereka berkembang dengan kehangatan, dukungan, dan kohesi (Black & Lobo, 2008). Konsep ketangguhan keluarga terkait dengan keluarga sebagai sistem fungsional dipengaruhi oleh kejadian dalam konteks sosial yang sangat menegangkan dan pada gilirannya memfasilitasi adaptasi positif semua anggota dan memperkuat unit keluarga (Walsh, 2016). Tiga tujuan utama pendekatan ketahanan keluarga yakni pertama menurunkan kerentanan di dalam keluarga; kedua, meningkatkan fungsi keluarga; dan ketiga, memobilisasi sumber-sumber keluarga dan masyarakat (Isaacs, Roman, Savahl, 2017). Ketahanan keluarga dibangun melalui proses.



Gambar 13.1
Proses Kunci dalam Ketangguhan Keluarga
(Walsh, 2016)

Proses kunci dalam ketangguhan keluarga meliputi sistem kepercayaan, pola organisasi, dan proses komunikasi. Sistem kepercayaan keluarga mencakup memaknai, pandangan positif, dan mampu mengatasi kesulitan melalui pendekatan spiritual. Proses organisasi, menunjukkan fleksibilitas, keterhubungan, serta sumber daya komunitas dan sosial, membantu keluarga membangun ketangguhan. Proses komunikasi terkait dengan kejelasan, ekspresi emosional terbuka, pencegahan atau pemecahan masalah untuk memfasilitasi ketangguhan keluarga. Proses transaksional inti dalam ketahanan keluarga ini saling interaktif dan sinergis, baik di dalam maupun lintas domain. Misalnya, membuat makna memfasilitasi kejelasan informasi, berbagi emosional, dan penyelesaian masalah; dan sebaliknya proses komunikasi yang efektif memfasilitasi membuat makna, pandangan positif dan spiritualitas keluarga.

Ketangguhan dibangun melalui sistem keyakinan dengan menjadikan sesuatu bermakna, berpandangan positif dan spiritualitas. Hal ini dapat dilakukan melalui edukasi, latihan asertif dan berbagai intervensi keperawatan lainnya. Ketahanan melalui sistem komunikasi dapat dibangun dengan informasi yang jelas, sharing emotional, dan pengambilan keputusan bersama, dilakukan dengan penataan komunikasi dan interaksi antar unsur dalam sistem keluarga. Sedangkan proses organiasi terbangun dari fleksibilitas, keterkaitan, dan pemanfaatan sumber masyarakat dan sosial, sehingga diperlukan ada sumber dukungan yang dapat dimanfaatkan melalui penyediaan informasi dan konsultasi.

Ketangguhan keluarga merupakan coping yang sukses bagi anggota keluarga dibawah kesulitan yang memungkinkan mereka mengembangkan kehangatan, dukungan dan kesatuan. Upaya ini semakin penting dalam praktik keperawatan keluarga dengan mengidentifikasi, memberdayakan dan meningkatkan ketahanan keluarga (Black & Lobo, 2008). Mengingat dampak dari virus corona tidak hanya menimbulkan kehilangan hak hidup seseorang termasuk lansia, tetapi juga berdampak terhadap psikologis berupa peningkatan rasa takut, cemas, kesepian, bahkan depresi pada sebagian keluarga akibat isolasi sosial dan

penurunan pendapatan, adanya penyakit kronis pada lansia akan berdampak pada fisik dan psikologis keluarga.

Keluarga yang tangguh memiliki ciri antara lain pandangan positif, spiritualitas kuat, adanya keterikatan yang kuat diantara anggota keluarga, fleksibilitas, komunikasi dua arah, mampu mengelola keuangan yang baik, memiliki cukup waktu bersama, kepentingan rekreasi bersama, rutinitas dan ritual yang seimbang, dan dukungan sosial (Black & Lobo, 2008). Studi Ferreira., Buttell., dan Cannon,(2020) bahwa partisipan melaporkan mereka membutuhkan dukungan keluarga dan tetangga dalam masa pandemik. Lebih lanjut dijelaskan bahwa jumlah hari pembatasan sosial dan persepsi stress yang tinggi berhubungan negatif dengan ketangguhan. Artinya makin lama pembatasan sosial dan makin tinggi persepsi terhadap stres maka ketangguhan akan semakin rendah. Lansia merupakan kelompok yang memiliki risiko tinggi terkena tekanan fisik dan psikologis akibat pandemi. Ketangguhan keluarga akan dapat membantu lansia merespon pada situasi kritis, terutama lansia mengalami penurunan fisik, penyakit kronis, dan tekanan psikologis sebagai penyulit (Soonthornchaiya, 2020), sehingga peran perawat diperlukan untuk meningkatkan ketangguhan keluarga.

E. Peran Perawat dalam Meningkatkan Ketangguhan Keluarga

Ketangguhan keluarga dapat ditingkatkan melalui 5 (lima) atribut yakni keyakinan kolektif; keterkaitan dan pola komunikasi terbuka; pandangan hidup yang positif; kecerdasan; dan kolaborasi dalam penyelesaian masalah (Franzosa, et.al, 2021) dan diintegrasikan dengan fungsi dan tugas kesehatan keluarga, Adapun peran perawat komunitas adalah untuk meningkatkan:

Keyakinan kolektif, keluarga yang tangguh memiliki keyakinan kuat bahwa mereka mampu mengelola kesulitan yang mereka hadapi dalam situasi pandemi COVID-19 dan AKB. Keyakinan yang dibagi diantara anggota keluarga. Perawat memfasilitasi dengan informasi yang dibutuhkan keluarga terkait apa yang ingin mereka ketahui terkait pandemi COVID-19, cara pencegahan penularan termasuk vaksinasi yang perlu didapatkan lansia dengan memperhatikan penyakit penyerta atau komorbid yang terkendali. Program edukasi yang dilakukan secara terstruktur dapat meningkatkan kemampuan dalam merawat lansia di rumah dengan melibatkan semua anggota keluarga sesuai studi yang dilakukan Sahar, Cortney, dan Edwards (2003) bahwa intervensi family carer's training program (FCTP) meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap keluarga dalam merawat lansia. Penelitian serupa juga ditemukan peningkatan kemampuan keluarga yang berdampak pada peningkatan kesehatan dan kualitas hidup lansia setelah intervensi model keluarga mandiri (Rismini, Sahar, Maryam, 2019).

F. Keterpaduan (*cohesiveness*) dan Pola Komunikasi Terbuka

Meningkatkan keterkaitan diantara anggota keluarga, keluarga merupakan suatu sistem memungkinkan terjadinya interaksi dan interdependensi diantara anggota keluarga dengan kata lain satu anggota keluarga yang bermasalah akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Rasa kebersamaan ini dapat terjadi jika adanya komunikasi dan interaksi diantara anggota keluarga. Pola komunikasi keluarga yang tangguh digambarkan sebagai "terbuka". Komunikasi terbuka memiliki dua arti: suasana bebas untuk mengekspresikan atau berbagi emosi diantara anggota individu, dan sikap anggota yang terus terang dan proaktif dalam mendiskusikan masalah dihadapi atau berpotensi terjadi di dalam keluarga. Hasil studi Rekawati, Hamid, Junaiti dan Kamso (2014) dalam model Keperawatan Keluarga Keluarga Santun Lansia bahwa komunikasi yang terbuka dapat menimalkan salah persepsi dan menurunkan risiko pengabaian pada lansia. Intervensi keperawatan komunikasi terapeutik juga dapat memfasilitasi komunikasi dua arah, keterikatan emosional, akan meningkatkan pemahaman antar anggota keluarga.

G. Pandangan Positif

Penanaman harapan pada anggota keluarga bahwa COVID-19 dapat dicegah. Inisiatif untuk tetap aktif dalam menjaga kesehatan dengan saling mengingatkan diantara anggota keluarga, memberi peluang untuk tetap sehat dengan menerapkan protokol kesehatan. Memantapkan kekuatan dan membangun potensi yang ada di dalam dan memanfaatkan potensi di luar keluarga. Kuasai apa yang tidak dapat diubah dan berdamai dengan ketidak pastian sehingga akan menimbulkan sikap optimis dan emosi yang positif dalam mencegah penularan COVID-19 dan ABK sehingga imunitas tubuh tetap terjaga. Peran perawat memberikan pencerahan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman keluarga terkait dengan covid-19 dan upaya pencegahan termasuk meningkatkan daya tahan tubuh dengan meningkatkan nutrisi seimbang,pemberian imunisasi dan menjaga kestabilan emosi. Kestabilan emosi diperlukan agar keluarga dapat berpandangan positif. Lansia dengan penyakit kronis dapat memperoleh makna positif dalam hidup dengan dukungan keluarga (Bahtiar, Sahar, Wiarsih, 2019). Selain psikoedukasi, pendekatan spiritual digunakan karena telah terbukti membantu klien untuk memperoleh respons relaksasi ketenangan dan kesadaran, membantu proses penyembuhan diri melalui adaptasi psikologis, status fisiologis, hubungan perawatan transpersonal, dan spiritualitas untuk hubungan dengan Tuhan (Songwathana, 2011), sehingga tidak menimbulkan masalah psikologis seperti depresi pada lansia. Bahtiar, Sahar, dan Widyatuti(2020) melaporkan bahwa terapi musik, dhikr, dan relaksasi nafas dalam dapat menurunkan depresi ringan-sedang pada lansia. Studi lain membuktikan couching dan self hypnosis terbukti menurunkan kadar gula darah (Deswita, Sahar dan Mulyono, 2019), hal ini terkait erat dengan pandangan postif terhadap pengendalian perawatan diabetes, yang terbangun melalui sugesti yang ditanamkan saat melakukan self hypnosis.

H. Kecerdasan

Kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi dan memanfaatkan dukungan dan sumber daya sosial sesuai kebutuhan. Keluarga yang tangguh tidak selalu memiliki semua sumber daya yang diperlukan atau akses ke sumber daya, bahkan dengan tidak adanya sumber daya dan dukungan yang obyektif, keluarga yang tangguh secara kreatif mampu memanfaatkan sumber daya apa pun yang ada. Keluarga tahu bahwa ada sumber daya yang tersedia bagi mereka, dan mereka mampu memobilisasi sumber daya dan dukungan sesuai kebutuhan, dari luar maupun dalam keluarga.

Kecerdasan dengan meningkatkan kapasitas dan kemampuan keluarga melalui edukasi dengan melatih keluarga dalam melakukan perawatan kepada anggota keluarga. Hasil studi Sahar, Courtney dan Edward (2003), model family's carer training program (FCTP) secara bermakna meningkatkan kemampuan keluarga mencakup pengetahuan, ketrampilan dan sikap keluarga dalam merawat lansia, termasuk dalam pemanfaatan sumber di dalam dan di luar keluarga. Hasil studi Riasmini, Sahar, Maryam (2019), dengan meningkatkan kapasitas keluarga sehingga mereka mampu merawat anggota keluarga lansia dengan memanfaat sumber di luar dan dalam keluarga, terbukti meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup lansia. Sumber informasi berhubungan bermakna dengan pengetahuan, sikap dan praktik (Sahar, Kiik, Wiarsih & Rachmawati, 2019)

I. Kolaborasi dalam Penyelesaian Masalah

Proses penyelesaian masalah dalam keluarga yang tangguh melibatkan serangkaian perilaku yang membutuhkan kolaborasi antara anggota keluarga. Perilaku ini melibatkan realokasi peran dan tanggung jawab, penataan ulang pengaturan hidup, dan melepaskan keinginan pribadi yang sangat dominan. Melalui upaya penyatuan seperti itu, pola fungsi baru atau ritual baru dikembangkan dan diintegrasikan ke dalam kehidupan mereka. Perawat sebagai pemberi asuhan perlu memfasilitasi anggota keluarga melalui psikoedukasi yang dilakukan keluarga dapat memahami potensi masing-masing yang dapat disatukan sehingga penyelesaian masalah keluarga akan lebih mudah. Hasil penelitian Issacs, Roman, dan Savahl (2017) membuktikan psikoedukasi pada keluarga dapat meningkatkan kolaborasi dalam penyelesaian masalah.

Berbagai terapi psikososial, terapi fisik juga dapat membantu menyelesaikan masalah yang dialami lansia. Intervensi coaching terbukti meningkatkan kemampuan keluarga lansia dalam merawat diabetes yang diderita (Deswita, Sahar, & Mulyono, 2019). Intervensi keperawatan psikoedukasi dapat meningkatkan ketangguhan keluarga mencakup kelima atribut tersebut (Issacs, Roman, & Savahl, 2018; Franzosa, et.al, 2021). Intervensi keperawatan melalui psikoedukasi meningkatkan ketangguhan keluarga pada Era Adaptasi Kebiasaan Baru antara lain: Hentikan berfikir masalah covid-19 adalah bencana; Pikirkan bahwa covid dapat diatasi jika keluarga patuh terhadap protokol kesehatan dan mendapatkan imunisasi sesuai yang diprogramkan pemerintah; Bangun kekuatan sistem keluarga dengan mencegah bersama, sehat bersama dan bahagia bersama; Ambil hal yang

positif misalnya saya lebih sabar, dapat berempati setelah mendengar orang terkena covid-19 atau terkena gejala covid-19, dengan lebih mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa; Jadikan pandemik covid-19 sebagai pembelajaran, misalnya saya akan terlindungi dari penularan covid, jika saya patuh melaksanakan protokol kesehatan, meningkatkan imunitas melalui makan makanan gizi seimbang dan mengikuti program imunisasi covid-19; Menyegarkan pikiran dan mengontrol emosi yang negatif dan meningkatkan emosi positif misalnya dengan menanamkan sugesti pada diri: saya harus kuat, tegar, positif, saya bisa bertahan dan hidup harus berlanjut; Selalu ada untuk anggota keluarga meski secara fisik berjauhan tetapi hati tetap dekat, saling menyayangi dan peduli; Motivasi anggota keluarga untuk mereplikasikan keberhasilan yang sudah dicapai misalnya dengan mengatakan pada anggota keluarga: 'keluarga kita sudah melalui masa sulit, ke depan kita lebih kuat sebagai suatu keluarga'(Issacs, Roman, & Savahl, 2018; Franzosa, et.al, 2021). Berbagai intervensi keperawatan tersebut dapat memfasilitasi dalam meningkatkan ketangguhan keluarga.

J. Kesimpulan

Keberhasilan mengatasi masalah yang dihadapi anggota keluarga, termasuk lansia, di tengah kesulitan pada era Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) memungkinkan mereka berkembang dengan kehangatan, dukungan, dan kohesi. Hal ini menjadikan keluarga mampu bertahan secara sehat dan produktif, menciptakan keluarga yang tangguh. Perawat dan tim kesehatan lain bersama keluarga berperan dalam mengidentifikasi dan meningkatkan ketahanan keluarga. Adaptasi kebiasaan baru dapat melatih keluarga dan tenaga kesehatan, termasuk perawat, untuk melakukan praktik yang sebelumnya tidak lazim namun positif, seperti pelayanan dan edukasi secara online. Berbagai pembelajaran berharga perlu dipertahankan dan dilanjutkan guna mewujudkan keluarga dan masyarakat yang sehat, tangguh, serta bangsa yang kuat.

Membina dan memfasilitasi keluarga mencapai ketangguhan tersebut memerlukan sumber daya manusia (SDM) keperawatan yang kompeten dan memiliki dasar keilmuan yang kuat. Saat ini, mayoritas SDM keperawatan di Puskesmas memiliki latar belakang D3 Keperawatan (perawat vokasional) dengan jumlah yang sangat terbatas dan lebih banyak bertugas di dalam gedung Puskesmas. Ke depan, diharapkan adanya peningkatan ruang kerja untuk perawat dengan latar belakang Ners dan menempatkan tenaga spesialis keperawatan komunitas sebagai penyelia Perawatan Kesehatan Masyarakat (PERKESMAS) di tingkat kabupaten/kota. Hal ini bertujuan agar pelayanan di masyarakat lebih optimal dan dapat mewujudkan pencapaian indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Sustainable Development Goals (SDGs), dan Universal Health Coverage (UHC).

Praktik keperawatan profesional perlu didukung oleh keilmuan yang kokoh dan terus menerus dikembangkan melalui penelitian yang bermanfaat bagi masyarakat. Keilmuan keperawatan komunitas harus terus berkembang sesuai tuntutan ilmu dan teknologi serta kebutuhan masyarakat.

Referensi

- Allender, J. N., Rector, C. dan Warner, K.D. (2014). Community & public health nursing : promoting and protecting the public's health. (8th ed). New York : Lippincott Williams & Wilkins
- Bahtiar., Sahar.J., & Widyatuti.(2020). Music, dhikr, and deep breathing technique to decrease depression level in older adults: Evidence-based practice in Depok City, Indonesia, ASEAN Journal of Community Engagement, Vol. 4 (2), pp: 469-484.
- Bahtiar, B., Sahar,J., & Wiarsih, W. (2020). Meaning of life among elderly individuals with chronic diseases living with family: A qualitative study, Makara J Health Res. Vol.24(1), pp:35–40
- Black, K., dan Lobo, M. (2008). A. Conceptual Review of Family Resilience Factors, Journal of family nursing, Vol.14 no 1: 33-55
- Center for Strategic and International Studies (CSIS)(2021). Southeast Asia Covid-19 Tracker, diakses melalui: <https://www.csis.org/programs/southeast-asia-program/southeast-asia-covid-19-tracker-0>, diakses tanggal 10 Maret 2021.
- Chua, Y.T. (2021). COVID-19 in Southeast Asia: The Numbers. Reporting Asean, diakses melalui: <https://www.reportingasean.net/covid-19-cases-southeast-asia/>, diakses tanggal 10 November 2021.
- Deswita, D., Sahar, J., & Mulyono, S.(2019). Impact of coaching, self-hypnosis intervention on blood glucose levels of older adults in Indonesia, Enfermeria Clinica, Vol.29 (S2), pp: 146-150.
- Direktur Direktorat Keperawatan Keluarga, Dirjen Kesehatan Masyarakat Kemkes RI.(2021). Indonesia Memasuki: Aging population, Jakarta:Kemkes RI
- Ferreira, R.J., Buttell, F., dan Cannon, C. (2020). Covid-19: Immediate Predictors of individual resilience, www.mdpi.com/journal/sustainability, diunduh 8 Januari 2021.
- Franzosa, et.al. (2021). "At Home, with Care": Lessons from New York City Home-based Primary Care Practices Managing COVID-19, Journal of American Geriatric Society, Vol.69 (2):300-306.
- Pogorzelska-Maziarz., Chastain, A.M., Mangal, S., Stone, A.W., dan Shang, J.(2020). Home Health Staff Perspectives on Infection Prevention and Control: Implications for Coronavirus Disease 2019, JAMDA, Vol.21 :1782-1790
- Friedman, M.M., Bowden dan Jones (2003). Family nursing: Research, theory, and practice 5th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Haris., Herawati,L., Norhasanah,, dan Irmawati (2020). Pengaruh Kunjungan Rumah terhadap Indeks Keluarga Sehat (IKS) dan Tingkat Kemandirian Keluarga, Media Karya Kesehatan: Volume 3 No 2; 221-238
- Isaacs, S.A., Roman, N.V., dan Savahl, S. (2018). The development of a family resilience-strengthening programme for families in a South African rural community, Journal community psychology, Vol 46: 616-635

- John Hopkins University & Medicine Coronavirus Resource Center. (2021). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University & Medicine, diakses melalui: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, Diakses tanggal 10 Maret 2021
- Kaakinen, J.R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D.P., & Hanson, S.M.H. (2010). Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research, 4th.edn, Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). SITUASI LANSIA DI INDONESIA TAHUN 2017. Pusat data dan informasi (Pusdatin) Kemenkes RI. Jakarta. Retrieved from <https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-infodatin.html>
- Maglaya, A.S. (2010). Nursing Practice in the community. 5th ed. Philippine: Argonauta Corporation
- Rekawati, E., Hamid, A.Y., Sahar, J., dan Kamso, S.(2014). Efektivitas model keperawatan keluarga santun lansia dalam upaya peningkatan kualitas asuhan keperawatan pada lansia, Disertasi, Depok: UIANA
- Riasmini, N.M, Sahar, J, dan Maryam, R.S. (2019). Independent Family Group Model Improving Health Status and Quality of Life of Elderly in the Community, Indian Journal of Public Health Research & Development, Vol 10 (12):
- Sahar, J, Kiik, S.M, Wiarsih, W, dan Rachmawati, U.(2020). Coronavirus disease-19: public health nurse'knowledge, attitude, practices, and perceived barriers in Indonesia, Journal of Medical Sciences, Vol 8 (1),pp: 422-428.
- Sahar, J., Setiawan, A, dan Riasmini, N.M.(Ed) (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga, Singapore: Saunders imprint of Elsevier Ptc Ltd
- Soonthornchaiya, R.(2020). Resilience for Psychological impacts of Covid-19 Pandemic on Older Adults in Thailand, Journal of Gerontology & Geriatric Medicine, June.
- Stanhope, M, dan Lancasater, J.(2016). Public health nursing: Population-centered health care in the community, St.Louis: Elsevier Inc.
- Walsh, F. (2016). Family resilience: a developmental systems frameworks, European Journal of Developmental Psychology, Maret, pp: 1-11.

BAB 14

Integrative Holistic Pain Care (IHPC): Sebagai Solusi Penanganan Nyeri Pada Anak Di Indonesia

Henny Suzana

A. Pendahuluan

Nyeri merupakan keluhan yang sering dialami oleh anak-anak ketika dirawat di rumah sakit dan merupakan stressor bagi anak dan kondisi ini menyebabkan anak takut untuk mengalaminya (Kortesluoma et al., 2008; Taddio et al., 2009). Berbagai sumber nyeri telah di identifikasi saat anak di hospitalisasi, antara lain berbagai prosedur invasive, seperti venipunctures, tindakan operasi, pemberian chemoteraphy, wound care maupun proses dari penyakit misalnya kanker atau penyakit kronik lainnya (Carter & Simons, 2014; Mediani, 2014, 2020; Mediani et al., 2017; Silva et al., 2011). Internasional Association for the Study of Pain (IASP, 2010) menjelaskan nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial. American Academy of Pediatrics (AAP) dan American Pain Society (APS) (2001) menyatakan bahwa nyeri merupakan respon yang sifatnya subjektif yang memiliki komponen sensorik, kognitif dan perilaku dengan melibatkan faktor lingkungan, perkembangan, sosial budaya, dan kontekstual.

Pada umumnya anak yang mengalami nyeri kronik dan menetap misalnya karena penyakit kanker biasanya anak akan mengalami nyeri mulai dari nyeri sedang sampai berat dan merupakan hal yang sangat ditakuti dan distressing bagi anak mulai dari awal diagnosa, end of life bahkan bagi anak survivor kanker dan kondisi anak seperti itu mengakibatkan orang tua menjadi cemas dan khawatir (Mediani, 2014; Mediani et al., 2017, 2019). Pada diagnosa awal penyakit kanker ditegakkan oleh dokter atau pada fase treatment awal misalnya tindakan operasi, 70% anak akan mengalami nyeri yang berhubungan dengan kanker yang dialaminya. Sedangkan pada fase advanced dari penyakitnya (terminal illness), insiden nyeri yang dialami akan semakin bertambah menjadi 89% dan berlangsung secara regular diperberat lagi efek treatment yang diberikan misalnya chemoteraphy dan atau radioteraphy (Tutelman et al., 2018). Kanker merupakan gangguan kesehatan yang paling sering menyebabkan kondisi nyeri yang menetap /persistent pain pada anak.

Nyeri sering dipersepsikan sebagai kondisi yang kompleks dan multifaktor, hal ini membuat perawat sering mengalami kesulitan dalam mengkaji nyeri pada anak yang penyebabnya dapat berbeda-beda. Mengkaji dan mengatasi nyeri pada anak itu hal yang sangat penting dilakukan dan merupakan aspek dari asuhan keperawatan pada pasien anak dan sesungguhnya merupakan salah satu hak dasar manusia.

B. Isu Global Tentang Tidak Optimalnya Penanganan Nyeri pada Anak

Berbagai hasil penelitian terkini (*current evidence*) mengenai penanganan nyeri pada anak dari tahun ke tahun terus dilakukan oleh banyak peneliti di seluruh dunia termasuk petunjuk klinis atau standar operasional prosedur terkait pengkajian dan penanganan nyeri yang dikeluarkan oleh WHO, Royal College of Nursing (RCN) ataupun International Study of Pain (IASP) namun pengkajian dan penanganan nyeri pada anak masih belum optimal dan tetap menjadi masalah dalam tatanan pelayanan kesehatan secara global baik di negara maju maupun negara berkembang termasuk di Indonesia.

Banyak anak yang mengalami penyakit kanker yang sudah memasuki fase terminal illness mengalami horrific pain, dan apabila treatment pengobatan yang dijani pasien anak sudah tidak bekerja secara maksimal, anak dengan kanker biasanya tidak dirawat lagi di rumah sakit, tapi pasien anak tersebut di pulangkan untuk di rawat dirumah dengan atau tanpa pengobataan nyeri yang adekuat (Magrath et al., 2013; Mediani, 2014; Mercadante, 2004). Bahkan pasien anak banyak yang tidak mendapatkan terapi analgesik seperti opioid, non-opioid atau jenis analgetik lainnya secara adekuat setelah pembedahan (Birnie et al., 2014; Emons et al., 2016; Ferrante et al., 2013; Marseglia et al., 2019; Milani et al., 2017; Pasero & McCaffery, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa penanganan nyeri yang efektif pada anak masih sulit dilaksanakan dan nyeri yang terjadi pada anak masih sering diabaikan (Afshan & Bashir, 2014; Mediani, 2014; Mediani et al., 2017). Sub-optimal penanganan nyeri terjadi di seluruh dunia baik di negara maju maupun negara berkembang seperti di Indonesia (Mediani, 2014). Di Brasil, prevalensi nyeri yang dialami pada anak hospitalisasi juga tinggi, hal ini dilaporkan oleh Linhares et al., (2012) bahwa 20 dari 34 anak-dewasa (28%) mengeluh nyeri. Keluarga dan perawat juga melaporkan sebanyak 86 (72%) pasien lainnya yang terdiri dari 70 bayi dan 16 anak dengan masalah klinis juga mengalami nyeri. Di Indonesia sendiri, pada studi Azari et al., (2016), menemukan dari 17 anak yang dihospitalisasi terdapat 28,6% mengalami nyeri berat, 50% mengalami nyeri sedang, dan 21,4% mengalami nyeri ringan. Manajemen nyeri yang efektif untuk pasien anak masih menjadi hal yang sulit untuk dicapai di Indonesia. Hasil penelitian (Mediani et al., 2019) menemukan bahwa pasien anak yang telah dilakukan pembedahan major pasien masih mengalami nyeri sedang sampai berat meskipun sudah diberikan analgesik. Bahkan, kondisi nyeri berat yang dialami oleh pasien anak dengan kanker yang seharusnya anak diberikan opioid, tapi tidak diberikan, pasien anak hanya diberikan acetaminophen atau ibuprofen oleh dokter karena ada kekhawatiran akan ada efek samping bila diberikan opioid.

Demikian pula intervensi non-farmakologi yang merupakan kewenangan perawat untuk mengatasi nyeri ringan, mengurangi nyeri sedang dan berat tidak dilakukan oleh

perawat secara optimal bahkan sebagian perawat tidak melakukannya kepada pasien anak yang mengalami nyeri baik nyeri akut maupun kronik (Mediani, 2014; Mediani et al., 2019). Penelitian lainnya yang dilakukan Azari et al., (2016), menemukan 17 anak yang dihospitalisasi, 28,6% mengalami nyeri berat, 50% mengalami nyeri sedang, dan 21,4% mengalami nyeri ringan. Kondisi yang dialami oleh pasien anak seperti ini dapat disebabkan karena di rumah sakit, nyeri pada anak masih dianggap biasa, dan belum menjadi masalah prioritas sehingga anak-anak yang di hospitalisasi masih belum terbebaskan dari rasa nyeri (Mediani, 2014; Mediani et al., 2017, 2019). Penanganan nyeri yang efektif pada anak masih sulit dilaksanakan dan nyeri yang terjadi pada anak masih sering diabaikan.

C. Konsekuensi Tidak Optimalnya Penanganan Nyeri Bagi Anak

Setiap anak pasti pernah mengalami nyeri karena merupakan bagian dari kehidupan anak (McGrath & Hillier, 2003; Perquin et al., 2000). Nyeri merupakan hal penting bagi setiap orang karena nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh dan orang akan merasa menderita bila nyeri yang dialaminya tidak bisa hilang akibat adanya kerusakan jaringan (Kyle et al., 2015).

Penatalaksanaan nyeri pada bayi dan anak harus dilakukan secara optimal karena banyak dampak negatif yang mungkin terjadi jika tidak tertangani dengan baik, dimana akan menyebabkan masalah serius bagi bayi dan anak. Pada bayi bisa terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan bayi (Hartley, Miller, & Gephart, 2015; Kenner & McGrath, 2004). Hasil penelitian Wilson-Smith, (2011) dalam penelitiannya menemukan bahwa dampak nyeri bagi pertumbuhan bayi adalah penurunan ukuran otak bagian frontal dan parietal, mengubah mikrostruktur dan fungsi jaringan penghubung otak sampai lobus temporal. Selain itu, menurut penelitian Vinall et al., (2013), nyeri juga dapat berpengaruh pada berat badan bayi prematur.

Bagi perkembangan bayi, nyeri dapat menyebabkan penurunan kognitif dan perilaku (Hartley et al., 2015) serta berkontribusi terhadap abnormalitas white matter otak dan kemampuan intelegensi yang rendah (Vinall et al., 2013). Pada masa perkembangan selanjutnya, tindakan medis penyebab nyeri berulang dapat menyebabkan PTSD (post-traumatic stress disorder) (Clottee & Dilliard, 2013). Sebagai contoh, penelitian Vinall et al., (2013) menemukan bahwa paparan nyeri akibat tindakan operasi bayi sebelumnya berhubungan dengan perilaku depresi, cemas dan gejala somatik pada usia bayi 18 bulan. Dengan demikian, mengurangi stres dan manajemen nyeri yang tepat dan adekuat merupakan komponen penting dalam perawatan bayi di NICU (Hartley et al., 2015).

Nyeri yang tidak teratas dengan optimal bisa menyebabkan penyembuhan pasien anak menjadi lama, membebani pasien dan keluarganya dan meningkatnya biaya perawatan (Mediani, 2014; Taddio et al., 2009). Misalnya, anak yang mengalami nyeri post operasi akan mengalami kesulitan untuk batuk, narik nafas dalam dan mobilisasi serta menyebabkan komplikasi setelah tindakan pembedahan (Taddio et al., 2009). Konsekuensi psychologis dari tidak teratas nyeri pada anak akan meningkatkan kecemasan anak, mimpi buruk tentang nyeri dan pembedahan serta menyebabkan anak kurang cooperative dengan

perawat saat dilakukan tindakan prosedur invasive lainnya (Taddio et al., 2009; Zengerle-Levy, 2006).

Tidak teratasinya nyeri pada anak yang mengalami penyakit kanker bisa mengakibatkan dampak pada fungsi fisik, sosial dan psikologis anak dan bisa mempengaruhi kondisi anak pada saat masa akhir kehidupannya atau dying phase (Taddio et al., 2009; Twycross, 2009; Zengerle-Levy, 2006). Lebih lanjut tidak tertangani nyeri karena kanker menyebabkan gangguan tidur, anak mudah menjadi fatigued dan putus asa yang mungkin akan berdampak pada anak baik secara fisik maupun psikologis dan juga mempengaruhi quality of life (QOL) serta meningkatkan morbidity dan mortality anak penderita kanker (Mediani, 2020; Mercadante, 2004).

D. Pertimbangan Etik Terkait Nyeri dan Penanganannya Pada Anak

Penanganan nyeri pada pasien anak mempunyai berbagai tantangan etik bagi tenaga kesehatan profesional termasuk perawat. Pada saat menangani nyeri pada pasien anak ada beberapa pertanyaan atau isu etik yang harus menjadi perhatian perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Misalnya: Mengapa masalah nyeri pada pasien kita harus kita atasi? Bagaimana peran perawat dalam menanganan nyeri pasien?

Pertimbangan etik tidak hanya berkaitan dengan membuat keputusan tidaknya dalam menghadapi isu-isu yang penting, tapi membuat keputusan yang mempertimbangkan kehormatan dan hak pasien secara bijaksana. Perawat mempunyai tanggung jawab untuk mengatasi nyeri pasiennya. Terkait dengan tugas yang harus diembannya, perawat harus menggunakan hasil penelitian terkini terkait dengan pengkajian dan penataksanaan nyeri pada pasien.

Dari aspek etika dan moral, bila seorang perawat mempunyai pengetahuan tentang nyeri, tool pengkajian nyeri dan penangannya, akan tetapi pada kenyataannya penanganan nyeri yang dilakukan pada pasien tidak optimal itu menunjukkan bahwa secara etika dan moral perawat tidak memberikan *Caring* pada pasien dengan optimal. Dari aspek etis, perawat mempunyai kewajiban moral untuk memberikan pelayanan yang optimal dan secara kode etik pula harus mampu merawat semua pasien yang mengalami masalah nyeri. Hal ini merupakan tanggung jawab perawat untuk mampu memberikan asuhan keperawatan yang aman, compassionate, kompeten dan berdasarkan ethical care. Perawat mempunyai tanggung jawab moral untuk memberikan nursing care yang benar dan sesuai dengan konsep dan ilmu yang dipelajari perawat. Sehingga bila mengacu kepada tanggung jawab dan tanggung gugat, apabila perawat tidak mampu menangani masalah nyeri pasiennya, hal itu bisa dikatakan atau dianggap bahwa perawat melakukan ‘unethical’ care (Carvalho et al., 2018)

Anak mempunyai hak agar masalah nyeri yang dialaminya bisa ditangani dengan optimal dan efektif. Anak harus terbebas dari penderitaan akan nyeri yang dialaminya. Hal ini bisa dikaitkan dengan prinsip etik. Sehingga bila anak di hospitalisasi, anak tersebut harus sesedikit mungkin merasakan nyeri apakah itu karena prosedur tindakan invasive atau

intervensi lainnya. Pasien anakpun harus terhindar dari distress atau trauma selama di hospitalisasi dan mungkin hal ini berkaitan dengan pengalaman nyeri yang menyakitkan.

Perawat harus mempunyai rasa empathy kepada pasien anak yang mengalami nyeri, dan distress. Hal ini bisa dicapai apabila perawat mampu menjalin komunikasi yang efektif dengan pasien anak dan keluarganya. Sehingga perawat bisa merasakan apa yang dirasakan oleh pasiennya. Hal ini membutuhkan hubungan yang dalam dengan pasiennya. Lainnya apabila perawat kurang bisa menjalin komunikasi yang efektif dengan pasiennya, maka perawat akan kesulitan untuk bisa memahami apa yang diraskan dan dialami pasiennya. Kemungkinan pasien akan mengalami distress dan trauma. Hal yang seharusnya dilakukan oleh perawat anak adalah perawat harus mampu membuka diri kepada pasien anak, agar anak akan trust/percaya kepada perawat, sehingga pasien anak bisa sharing pengalaman nyeri yang dialaminya. Perawat harus mau mendengar keluhan nyeri pasiennya. Mutual respect merupakan tema sentral dalam kerangka etik hubungan perawat-pasiennya. Apabila perawat pakam konsep dan prinsip etik maka perawat akan lebih mudah memahami apa yang dialami, dirasakan dan dikeluhkan pasiennya dan bagaimana pasiennya bisa coping dan mengatasi masalah nyeri yang dialaminya.

Terkait dengan prinsip etik lainnya adalah perawat mempunyai kewajiban untuk tahu dan menerapkan hasil penelitian terkini yang berkaitan dengan masalah nyeri pasiennya. Jadi perawat harus mengetahui isu-isu baik di tatanan pelayanan kesehatan maupun isu-isu etik. Sehingga semua pasien anak mempunyai hak untuk mendapatkan penanganan nyeri yang efektif dan optimal dari tenaga kesehatan professional. Hasil-hasil penelitian terkini bisa menjadi petunjuk yang baik dalam mengimplementasikan proses manajemen nyeri anak mulai dari pengkajian nyeri, penanganan nyeri baik farmakologi maupun non-farmakologi intervensi serta evaluasi nya secara teratur. Aplikasi Evidence Based Nursing Practice menjadi sangat penting dilakukan oleh perawat.

E. "Professional Role Tension" Sebagai Core Problem Perawat Dalam Pengkajian dan Penanganan Nyeri Pada Anak di Indonesia

Pengkajian dan penanganan nyeri yang efektif yang dilakukan oleh perawat di Indonesia masih sulit dicapai. Padahal, nyeri saat ini sudah dikategorikan tanda vital yang ke 5 (the fifth vital signs), setelah suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah yang harus dikaji secara rutin dan optimal oleh perawat. Keputusan nyeri sebagai tanda vital kelima dengan alasan nyeri seringkali kurang ditangani secara optimal oleh tenaga kesehatan professional seperti dokter dan perawat. Seperti sudah di jelaskan sebelumnya bahwa tidak adekuatnya penanganan nyeri pada anak sudah menjadi isu global. Misalnya, banyak pasien anak tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat post-operasi, sehingga anak masih mengalami nyeri yang sedang sampai berat (Pasero & McCaffery, 2010; Twycross, 2009). Hasil penelitian seperti ini jelas menunjukkan bahwa tenaga kesehatan professional, perawat dan dokter masih belum melihat nyeri merupakan masalah pasien anak yang perlu di prioritaskan (Mediani, 2014; Twycross, 2013; Van et al., 2011). Padahal, nyeri saat ini sudah dikategorikan tanda vital yang ke 5 harus dikaji dan ditangani secara rutin dan optimal.

Melihat fenomena masalah seperti ini saya tertarik untuk meneliti dan menggali mengapa pengkajian dan penanganan nyeri pada anak di Indonesia tidak optimal dan faktor apa saja yang menghambat perawat dalam melaksanakan peran dan fungsinya sebagai care provider, dan patient advocate. Hasil penelitian saya (Mediani, 2014) menunjukkan ada beberapa faktor penghambat mengapa perawat belum melakukan pengkajian dan penanganan nyeri non-farmakologik secara efektif dan adekuat.

Perawat dalam menjalankan praktik profesinya secara mendasar dituntut untuk dapat menjalankan peran dan fungsinya secara professional untuk dapat melakukan promosi kesehatan, mencegah penyakit serta memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara optimal termasuk dalam melakukan *Caring* pada pasien yang mengalami hospitalisasi karena penyakit atau pun kondisi trauma yang dialaminya termasuk disable pasien. Akan tetapi, permasalahan yang terjadi saat ini banyak perawat dalam menjalankan praktik keperawatan di tatanan pelayanan kesehatan seringkali di hadapkan pada situasi yang komplek dan permasalahan yang menyangkut moral dan dilemma etik (Mediani, 2014).

Perawat menghadapi dilemma etik pada situasi dimana mereka memahami bahwa secara professional mereka mempunyai tanggung jawab untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan menginginkan untuk dapat secara kompeten memberikan "compassionate pain care" pada pasien akan tetapi mereka tidak mampu melaksanakan perannya secara maksimal karena terganjal berbagai kendala yang berasal dari faktor "structure dan cultural organization" maupun dari individu perawatnya sendiri/nurse-factor (Mediani, 2014). Dalam menjalankan peran dan fungsi nya di rumah sakit dalam memberikan *Caring* pada pasien anak yang mengalami nyeri baik itu karena pembedahan, sakit kanker atau penyakit kronik lainnya, perawat pun sering mengalami dilemma situasi yang menyebabkan mereka tidak mampu melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan dengan benar karena mengalami berbagai kendala yang disebabkan adanya conflict value dan belief dari pemberi pelayanan professional lainnya. Situasi yang dihadapi perawat ini menyebabkan mereka mengalami "professional role tensions" sebagai manifestasi dari konflik peran, job stress dan moral distress yang dialami di dalam tatanan praktik klinik. Situasi seperti ini menyebabkan perawat merasa frustasi, tidak adekuat, dan powerlessness karena tidak mampu menangani masalah pasien secara optimal (Mediani, 2014).

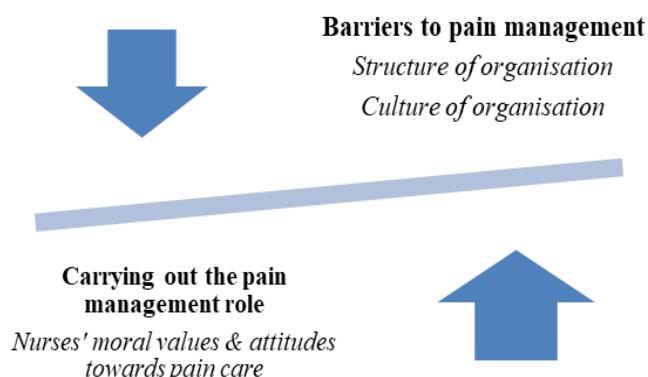
Mediani (2014) merumuskan "*professional role tension*" merupakan suatu kondisi yang di alami oleh perawat, dimana perawat saat menjalankan peran dan fungsinya sebagai care provider dan patient advocate mengalami konflik peran. Perawat memahami bahwa mereka mempunyai tanggung jawab moral, etis, professional dan personal untuk dapat memberikan the best possible pain care secara optimal kepada pasien anak yang mengalami nyeri saat hospitalisasi. Akan tetapi, secara riil perawat menyadari bahwa mereka belum mampu memberikan a good pain care kepada pasien anak secara effektif disebabkan berbagai faktor hambatan, antara lain faktor structure dan culture organisasi serta faktor internal dari perawatnya sendiri.

Perawat menghadapi dilemma etik pada situasi dimana mereka memahami bahwa secara professional mereka mempunyai tanggung jawab untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas termasuk dalam memberikan "*compassionate pain care*" pada pasien yang mengalami nyeri yang disebabkan oleh berbagai kondisi seperti karena tindakan pembedahan, kanker, trauma dan penyakit lainnya tetapi mereka tidak mampu melaksanakan perannya secara maksimal karena terganjal berbagai kendala yang berasal dari faktor "structure and cultural organisation" maupun dari individu perawatnya sendiri/nurse-factor (Mediani, 2014; Mediani et al., 2017). Perawat belum bisa melakukan pengkajian nyeri secara optimal serta memberikan pain care secara effektif disebabkan oleh workload yang tinggi, time constraint, kurangnya support sistem dari organisasi, dan medical dominance. Tuntutan tugas yang harus diselesaikan dengan workload yang tinggi serta tidak adekuatnya nursing staff terutama pada waktu dinas sore dan malam mendorong perawat untuk mengadopsi "a task-oriented approach to care". Faktor struktur organisasi seperti heavy workload, inadequate staffing, dan time constrain menyebabkan perawat mengalami professional role tensions sebagai manifestasi dari role conflict, job stress dan moral distress perawat di dalam tatanan praktik klinik. Situasi seperti ini menyebabkan perawat merasa frustasi, tidak adekuat, karena tidak mampu menangani masalah nyeri pasien secara optimal.

Kondisi lainnya yang menyebabkan perawat mengalami "professional role tension" adalah situasi dimana perawat merasa "powerlessness, lack of knowledge and lack of professional autonomy" dimana perawat merasa kurang memiliki pengetahuan yang cukup terkait dengan nyeri, fisologi nyeri, patofisiologi nyeri, terapi farmakologi, dan intervensi non-farmakologi, kurangnya autoritas untuk mengambil keputusan klinik dan tidak mampu melakukan kontrol domain peran professional mereka. Hal lainnya yang perlu menjadi perhatian kita adalah masih banyak perawat yang sudah mengenyam pendidikan tinggi akan tetapi mereka belum mampu melakukan kontrol terhadap lingkungan pekerjaan mereka karena kurangnya support organisasi. Sehingga hal ini menyebabkan mereka tidak mampu menjalankan perannya sebagai client advocate secara optimal. Di tatanan pelayanan kesehatan masih banyak perawat yang bekerja berdasarkan pada instruksi dokter atau dibawah "medical direction". Issue lainnya berkaitan dengan culture medical dominance yang mempengaruhi bagaimana perawat menjalankan peran dan fungsinya dan kondisi hal ini meningkatkan kondisi "powerlessness" perawat. Banyak perawat yang merasa ragu untuk memberikan saran, berdiskusi dengan dokter terutama yang berkaitan dengan pengobatan yang digunakan pasien. Sama halnya di beberapa negara lain, seperti di Iran, perawat tidak mampu untuk memberikan saran pengobatan kepada dokter (Adib Hagbaghery et al., 2004; Negarandeh et al., 2006). Apabila perawat mengalami "powerlessness" hal ini akan menyebabkan mereka menjadi lack of confidence. Sebenarnya banyak perawat yang menyadari peran dan tanggung jawabnya sebagai perawat professional untuk selalu memberikan nursing care kepada pasien secara optimal termasuk melakukan pengkajian dan menangani nyeri anak dengan menggunakan intervensi non-farmakologi secara optimal, namun karena berbagai faktor seperti individu perawat, struktur

dan kultur organisasi, perawat tidak mampu untuk menjalankan peran fungsinya dengan optimal.

Bisa di simpulkan bahwa fenomena "Professional role tensions" merupakan role tension yang dialami oleh perawat yang berhubungan dengan role conflict, job stress, perasaan tidak adekuat, lack of knowledge, dan powerlessness disebabkan perawat belum bisa memberikan *Caring* yang optimal untuk pasien anak yang mengalami nyeri akut, kronik dan persisten karena berbagai kasus dan penyebab. Perawat mengalami konflik antara personal values dan beliefs, professional value, norma institusi dan socio-cultural aspek. Ilustrasi gambar di bawah ini menunjukkan kondisi "*professional role tensions*" yang di alami oleh perawat.



Gambar 14.1
Ilustrasi "*Professional Role Tensions*"

Professional role tension yang dialami oleh perawat terjadi ketika adanya dialectica tension yang di akibatkan adanya contradictive situation yang dirasakan dan dialami oleh perawat dimana secara moral dan value perawat memahami apa yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah pasien dan memberikan "*the best possible pain care*", akan tetapi karena beberapa faktor dari *structure* dan *culture* organisasi menghambat perawat untuk bisa memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas (Mediani, 2014). Professional role tension terjadi bila kondisi internal perawat seperti value dan kewajiban yang harus di emban tidak sesuai dengan kebutuhan dan keingin lingkungan external (Epstein & Delgado, 2010; Mediani, 2014). Situasi yang dialami oleh perawat seperti ini, merupakan tantangan bagi perawat Indonesia untuk mampu mempunyai sikap dan bertindak dengan berdasarkan "moral courage" atau "keberanian moral" serta professional autonomy perawat sehingga perawat dapat mejalankan peran dan fungsinya sebagai care provider, nurse educator, and patient advocate sesuai dengan professional identity dan core competency sebagai tenaga kesehatan profesional.

F. Model *Pediatric Patient Care* yang Saat Ini Dipakai

Lebih dari 25 tahun yang lalu, the Task Force on Pain Management (1993, p.30) mengamati bahwa: masalah nyeri dan penanganannya merupakan masalah social hal ini berkaitan dengan jenis obat nyeri yang dipakai, persepsi yang salah tentang apa yang dikatakan nyeri oleh pasien tentang nyeri yang dialaminya, serta tidak efektif dan optimalnya penanganan nyeri yang dilakukan oleh dokter dan perawat. Kondisi seperti ini mengakibatkan banyak pasien termasuk pasien anak menderita nyeri yang mengganggu ADL dan QOL pasien bahkan sampai fase End of life care. Masalah penanganan nyeri bisa dikatakan sebagai clinical-practice problem.

Courses terkait dengan nyeri dan symptom management belum sepenuhnya diberikan secara terstruktur dan adekuat di pendidikan keperawatan sehingga pengetahuan mahasiswa keperawatan tentang nyeri dan penanganannya masih terbatas. Di tatanan klinik, terkait dengan pengkajian nyeri pada anak yang dilakukan oleh health care provider masih sering dipersepsikan sesuatu hal yang sulit dilakukan karena nyeri itu sifatnya subyektif dan pasien anak terutama anak yang usianya kurang dari 5tahun tidak mampu mendeskripsikan nyeri yang dialaminya (Mediani, 2014; Mediani et al., 2017).

Berbagai pespektif tentang model of care termasuk penanganan nyeri yang dipakai di Indonesia saat ini masih bersifat fragmented care, dan fokus pada biomedical treatment dimana penanganan nyeri untuk mengatasi pada penyakit dan rasa sakit yang dialami oleh pasien dengan farmakologi interventions (Mediani, 2014). Manajemen nyeri yang dilakukan sampai saat ini belum bersifat holistic dan terintegrasi belum melibatkan Interprofessional Collaborative Practice. Meskipun saat ini di beberapa rumah sakit sudah ada team pain management akan tetapi pelaksanaannya belum optimal, bahkan di banyak rumah sakit penanganan nyeri masih berfokus pada medical oriented. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya dari aspek praktisi keperawatan, banyak perawat yang kurang paham tentang nyeri pada anak, fisiologi dan patofisiologi nyeri serta treatment nyeri pada anak seperti farmakologi dan non-farmakologik intervensi.

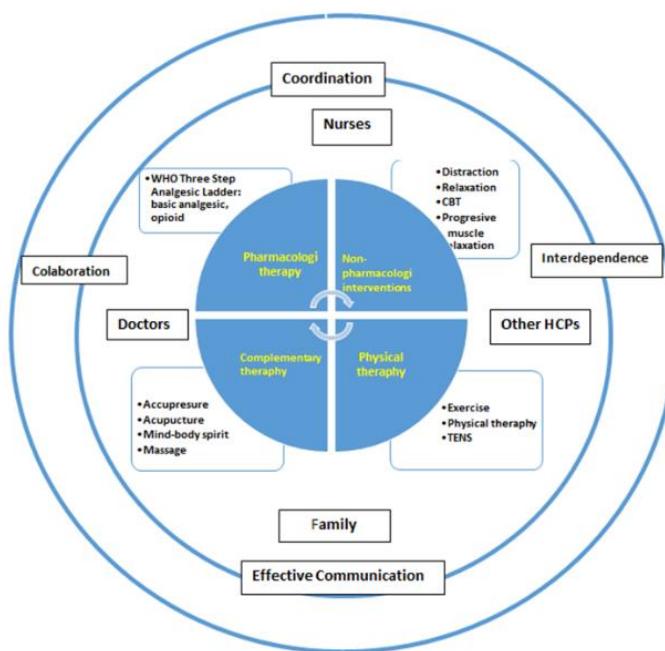
Literatur juga menghighlight bahwa sampai saat ini manajemen nyeri pada bayi dan anak masih belum optimal baik untuk nyeri akut, kronik dan persistent pain (Mediani, 2014; Mediani et al., 2017, 2019; Simons, 2014; Twycross, 2013). Schmelzle-Lubiecki et al., (2007) dan Palermo et al., (2021) menjelaskan bahwa banyak anak yang mengalami nyeri kronik seperti nyeri abdomen yang chronic, saki kepala, nyeri musculoskeletal, juvenile rheumatoid arthritis, sickle cell disease, nyeri neuropathic serta nyeri kanker.

Literature banyak membahas dan menyoroti kompleksitas mengembangkan model of pain care baik untuk populasi pasien orang dewasa dan pasien bayi, anak-anak dan remaja, jenis nyeri yang dialami oleh pasien anak-anak serta berbagai contex lainnya. Sampai saat ini belum ada model of pain care yang di kembangkan di Indonesia. Sehingga dengan berbagai alasan seperti yang sudah dikemukakan sebelumnya, maka di rasa sangat perlu mengembangkan suatu model of pain care yang holistic dan terintegrasi di Indonesia.

G. Pentingnya *Integrative Holistic Pain Care (IHPC)* sebagai Solusi dalam Penanganan Nyeri pada Pasien Anak

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan (Mediani, 2014; Mediani et al., 2017, 2019) serta merujuk hasil penelitian dan hasil studi literature secara global masalah nyeri dan manajemen nyeri pada pasien anak merupakan masalah sosial hal ini berkaitan dengan jenis obat nyeri yang dipakai, persepsi yang salah tentang apa yang dikatakan oleh pasien tentang nyeri yang dialaminya, serta tidak efektif dan optimalnya penanganan nyeri yang dilakukan oleh dokter dan perawat. Kondisi seperti ini mengakibatkan banyak pasien termasuk pasien anak menderita nyeri yang mengganggu ADL dan QOL pasien bahkan sampai fase End of life care pada pasien anak dengan kanker. Masalah penanganan nyeri bisa dikatakan sebagai clinical-practice problem.

Pada tahun 2018 saya mendapatkan hibah penelitian dari Kemdikbud Dikti dan bersama tim riset berhasil mengembangkan model penanganan nyeri yang bisa digunakan untuk manajemen nyeri pada anak dan remaja yang mengalami nyeri akut, kronik, dan persisten. Model penanganan nyeri ini dinamakan “*Integrative Holistic Pain Care (IHPC)*”. Ilustrasi model penanganan nyeri dibawah ini (Gambar 14.2). Model penanganan nyeri IHCP ini diharapkan dapat menjawab permasalahan yang dihadapi perawat serta kompleksitas manajemen nyeri pada anak di Indonesia.



Gambar 14.2
Model *Integrative Holistic Pain Care (IHPC)*

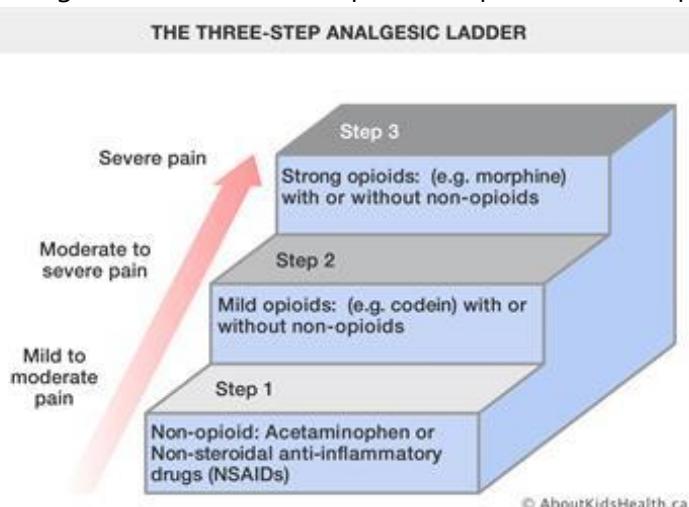
Dalam model *Integrative Holistic Pain Care* sangat penting menentukan Intervensi yang sesuai. Pada tahap ini tim nyeri bisa menentukan intervensi yang sesuai berdasarkan intensitas nyeri pasien anak (ringan, sedang, dan berat), baik terapi farmakologi, intervensi non-farmakologi, terapi complementer dan terapi fisik.

H. Manajemen Nyeri Farmakologi

Manajemen farmakologi merupakan kewenangan dokter. Peran perawat dalam manajemen farmakologi adalah memberikan terapi analgesik kepada pasien sesuai dengan apa yang diresepkan dengan dosis dan waktu yang tepat, mengkaji efektifitas obat, mengetahui kontra indikasi obat, menilai efek samping obat bila ada.

Tahapan praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti yaitu: "WHO Three Step Analgesic Ladder" yaitu :

1. Tahap pertama dengan menggunakan abat analgetik non-opiat seperti NSAID atau COX2 spesific inhibitors.
2. Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opiat secara intermiten.
3. Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiat yang lebih kuat.



Gambar 14.3
The Three-Step Analgesic Ladder

I. Manajemen Nyeri Non-Farmakologi

Nyeri dapat mempengaruhi psikologis dan perilaku, intervensi non-farmakologik penting dalam mengubah persepsi nyeri/perilaku. Intervensi ini bertujuan untuk mengurangi rasa takut, penderitaan dan meminimalkan rasa sakit dan meningkatkan pengendalian rasa nyeri pada anak (Ekwueme, 2009). Intervensi non-farmakologis yang dipilih harus sesuai untuk usia, perkembangan anak, kepribadian, dan keadaan sekitar anak (Ball et al., 2020; James & Aswill, 2007; Kyle et al., 2015). Mekanisme intervensi non-farmakologi dalam mengurangi nyeri adalah dengan memblok saraf penyebab nyeri (nosiseptif) pada proses transduksi atau transmisi nyeri, mengaktifkan jalur inhibitor dan mengaktifkan sistem dalam proses modulasi nyeri (Kenner & Lott, 2016).

Ada banyak pendekatan non-farmakologi yang menjadi bagian penting dari manajemen nyeri serta dapat digunakan bersamaan dengan pemakaian analgesik yang tepat. Penatalaksanaan non-farmakologi merupakan intervensi untuk mengoptimalkan pengobatan nyeri dan mengendalikan rasa nyerinya (Clark, 2011; Kyle et al., 2015; Mediani,

2020). Ada beberapa intervensi non-farmakologi yang sudah terbukti efektif dalam mengatasi nyeri pasien anak, diantaranya adalah:

1. Distraksi

Distraksi adalah suatu strategi manajemen nyeri dimana perhatian pasien dialihkan dari rasa nyeri ke sesuatu hal yang lain (DeLaune & Ladner, 2011). Distraksi diduga dapat menurunkan nyeri, menurunkan persepsi nyeri dengan stimulasi sistem kontrol desendens, yang mengakibatkan lebih sedikit stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri (Smeltzer & Bare, 2002). Kozier et al., (2010) membagi tipe distraksi kedalam empat kelompok, yaitu:

- a. Distraksi Visual adalah teknik pengalihan nyeri yang dilakukan dengan cara menonton televisi, membaca majalah/koran/buku cerita atau imajinasi terbimbing.
- b. Distraksi auditor adalah teknik pengalihan nyeri yang dilakukan dengan cara mendengarkan musik atau dengan humor.
- c. Distraksi taktil adalah teknik pengalihan nyeri yang dilakukan dengan cara melakukan latihan pernapasan lambat dan berirama, pijat dan mengelus atau memegang binatang peliharaan atau mainan.
- d. Distraksi intelektual adalah pengalihan nyeri yang dilakukan dengan cara mengisi teka-teki silang, bermain kartu atau melakukan hobi seperti mengoleksi prangko dan menulis sebuah cerita.

Teknik distraksi untuk pasien anak-anak kurang dari 6 tahun merupakan intervensi yang paling banyak digunakan untuk mengurangi nyeri pada anak. Prinsip distraksi adalah mengalihkan fokus anak terhadap nyeri yang dirasakan kepada hal/kegiatan lain yang disenangi. Teknik distraksi dapat dilakukan melalui meniup gelembung, mendengarkan musik, bermain, menoton video, dan lainnya.

2. Teknik relaksasi

Teknik relaksasi adalah sebuah metode yang digunakan untuk menurunkan cemas dan tekanan otot. Meliputi imagery dan progressive muscle relaxation (DeLaune & Ladner, 2011). Ball et al., (2020) menjelaskan bahwa relaksasi mengajarkan pasien bagaimana untuk fokus pada gambar yang menenangkan, menghilangkan ketegangan dan melepaskan otot-otot, serta latihan napas dalam. Hasil evidence membuktikan bahwa relaksasi efektif dalam mengobati penyakit kronis serta tiga studi relaksasi efektif dalam mengobati nyeri akut (Reed, Montgomery & DuHamel,2001). Beberapa contoh teknik relaksasi antara lain:

3. Latihan napas dalam (Deep breathing)

Latihan nafas dalam sangat baik diterapkan untuk anak usia sekolah dan remaja. Pola pernapasan tertentu diatur agar dapat meningkatkan relaksasi anak. Teknik pola pernapasan membutuhkan konsentrasi dan perhatian anak sehingga mengambil pikiran dari rasa sakit prosedural. Hal ini mengajarkan anak untuk mengelola stres. Dua jenis teknik pernapasan dapat digunakan: pernapasan dada berirama dalam dan berpolai pernapasan dangkal.

4. *Guided Imagery*

Guide imagery merupakan salah satu bentuk relaksasi teknik yang banyak dipakai untuk pasien anak. Imajinasi dipandu adalah proses relaksasi dan fokus konsentrasi pada membayangkan gambar. Teknik ini menggunakan suara dan gambaran dalam imajinasi seseorang untuk menghasilkan rasa kesejahteraan. Guided imagery berguna untuk kecemasan pra operasi dan manajemen nyeri pasca operasi. Anak didorong untuk membayangkan berada di tempat favorit dan kemudian membayangkan pemandangan, suara dan bau di tempat favorit tersebut. Intervensi ini sangat cocok untuk anak usia sekolah dan remaja.

5. *Progressive Muscle Relaxation* atau Relaksasi Otot Progressive (ROP)

Progressive Muscle Relaxation atau relaksasi otot progressive merupakan salah satu bentuk intervensi relaksasi. Anak dapat mencapai relaksasi, mengurangi kecemasan dan nyeri melalui identifikasi bagian tubuh yang nyeri. Teknik ini mengajarkan anak secara sistematik progresif, fokus pada tujuan merelaksasi tubuh tahap demi tahap. Hal ini dirancang untuk membantu anak-anak mengenali dan mengurangi ketegangan tubuh berhubungan dengan nyeri. Instruksi yang diberikan kepada kelompok otot yang tegang dan tahan dalam kondisi itu selama 10 detik dan perhatikan cara otot terasa tegang ketika dibandingkan dengan bagaimana rasanya ketika ketegangan itu santai. Intervensi ini bisa dilakukan pada anak usia sekolah dan remaja.

6. Intervensi fisik

Intervensi fisik bertujuan menyediakan kenyamanan, mengubah respon fisiologis, dan mengurangi rasa takut yang berhubungan dengan imobilitas akibat rasa nyeri atau keterbatasan aktivitas (Kozier et al., 2010). Intervensi fisik mencakup stimulasi kutaneus, imobilisasi, stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) dan akupunktur.

7. Stimulasi kutaneus

Stimulasi kutaneus atau counterstimulation merupakan istilah yang digunakan untuk mengidentifikasi teknik yang dipercaya dapat mengaktifasi opioid endogeneous dan sistem analgesia monoamnne. Stimulasi kutaneus efektif dengan cara menurunkan pembengkakan, menurunkan kekakuan dan meningkatkan serabut saraf berdiameter besar untuk menghambat serabut saraf berdiameter kecil sebagai penyampai atau reseptor nyeri dengan menggunakan terapi dingin, terapi panas, tekanan, getaran atau pijatan (DeLaune & Ladner, 2011). Stimulasi kutaneus dapat memberikan peredaan nyeri sementara yang efektif. Stimulasi kutaneus mendistraksi pasien dan memfokuskan perhatian pada stimulus taktil, mengalihkan dari sensasi menyakitkan sehingga mengurangi persepsi nyeri. Selain itu, stimulasi kutaneus juga dipercaya dapat menghasilkan pelepasan endorfin yang menghambat transmisi stimulus nyeri serta menstimulasi serabut saraf sensorik A-beta berdiameter besar, sehingga menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut A-delta dan C yang lebih kecil (Kozier et al., 2010)

8. Complementary therapy

Saat ini complementary therapy makin banyak dipakai untuk mengatasi nyeri pada pasien dengan kondisi nyeri kronis termasuk pasien anak. Terapi complementer yang terbukti berhasil untuk mengatasi nyeri adalah akupresur dan akupunktur.

a. Akupresur

Akupresur adalah teknik penyembuhan bangsa Cina kuno yang didasarkan pada prinsip pengobatan tradisional Asia. Cara kerjanya mirip akupunktur dan sering disebut akupunktur tanpa jarum (DeLaune & Ladner, 2011). Terapis menekankan jari pada titik-titik yang berhubungan dengan banyak titik yang digunakan dalam akupunktur (Kozier et al., 2010). Rangsangan pada titik akupoint dipercaya akan membuka sumbatan di meridian dan memperbaiki aliran energi, menghilangkan nyeri, dan penyakit.

b. Akupunktur

Akupunktur adalah suatu tindakan penusukan jarum-jarum kecil ke titik akupoint. Akupunktur merupakan intervensi kompleks yang mungkin berbeda untuk tiap-tiap pasien yang berbeda dengan keluhan utama yang sama, lama perawatan dan titik-titik akupunktur yang digunakan dapat bervariasi antara individu-individu selama pengobatan (DeLaune & Ladner, 2011). Cara kerja akupunktur mencakup dua teori, yang pertama adalah teori gerbang yaitu adanya mekanisme refleks pada jalur saraf yang dapat menutup rasa sakit, hal ini mengurangi rasa sakit yang dialami seseorang. Yang kedua yaitu teori endorfin, endorfin mempunyai efek pembunuh nyeri yang mirip obat, akupunktur menyebabkan endorfin dilepaskan tubuh, berjalan ke otak dan di otak endorfin memblokir nyeri, jadi akupunktur mampu menimbulkan relaksasi dan perasaan sehat (DeLaune & Ladner, 2011).

J. Penutup

Nyeri masih merupakan masalah global termasuk nyeri yang terjadi pada pasien anak-anak baik nyeri akut, kronik maupun persisten. Mengatasi nyeri anak selama hospitalisasi merupakan kewajiban semua tenaga kesehatan professional. Anak mempunyai hak untuk terbebas dari nyeri yang dialami apakah karena penyakit yang dialami atau karena trauma. Sehingga perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam mengatasi nyeri pasien anak sebab perawat memberikan asuhan pada pasien selama 24 jam selama hospitalisasi dan merupakan tenaga kesehatan professional yang paling sering kontak dengan pasien anak dibanding profesi lainnya. Perawat mempunyai tanggung jawab moral dan fungsi yang unik dan tanggung jawab yang besar untuk memberikan berbagai strategi untuk mengatasi nyeri pasien anak.

Dalam manajemen nyeri sebaiknya menggunakan pendekatan multi modal yang menggabungkan intervensi farmakolog, psikologis dan non-farmakologis/ complementary terapi. Yang sudah terbukti efektif dalam menangani nyeri akut, kronis dan persisten pada pasien anak. Keputusan memilih treatment yang paling efektif yang paling sesuai dengan kondisi anak sebaiknya individualis dan didasarkan hasil pengkajian yang optimal. Intervensi yang dipilih harus mempertimbangkan faktor-faktor pemicu terjadinya nyeri termasuk penyebab nyeri. Treatment atau intervensi yang diberikan harus mempertimbangkan kondisi anak dengan berkebutuhan khusus/disabilitas untuk dapat meningkatkan fungsi dan kualitas hidup anak. Model Integrative Holistic Pain Care merupakan solusi yang efektif untuk mengatasi nyeri anak baik nyeri akut, kronis dan pesisten. IHPC bisa diimplementasikan di tatanan pelayanan Kesehatan di Indonesia.

Referensi

- Adib Hagbaghery, M., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2004). A Qualitative Study of Iranian Nurses' Understanding and Experiences of Professional Power. *Human Resources for Health*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-9>
- Afshan, G., & Bashir, K. (2014). Cancer Pain in children: A Two-Step Strategy. *Anaesthesia, Pain and Intensive Care*, 18(1), 106–110.
- American Academy of Pediatrics. (2001). The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics*, 108(3), 793–797. <https://doi.org/10.1542/peds.108.3.793>
- Azari, M., Safri, & Woferst, R. (2016). Gambaran Skala Nyeri Pada Anak Dengan Menggunakan Skala Nyeri Flacc Scale Saat Tindakan Invasif. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, 2(2), 1275–1284.
- Ball, J. W., Bindler, R. C., Cowen, K. J., & Shaw, M. R. (2020). *Child Health Nursing* (3rd ed.). Pearson.
- Birnie, K. A., Chambers, C. T., Fernandez, C. V, Forgeron, P. A., Latimer, M. A., McGrath, P. J., Cummings, E. A., & Finley, G. A. (2014). Hospitalized Children Continue to Report

- Undertreated and Preventable Pain. *Pain Research and Management*, 19(4), 198–204. <https://doi.org/10.1155/2014/614784>
- Carter, B., & Simons, J. (2014). Language, Metaphor, Imagery and the Expression of Pain : Tanya Tia's, Shantell's and Hattie's Stories. In *Stories of Children's Pain: Linking Evidence to Practice* (pp. 163–176). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446288245.n12>
- Carvalho, A. S., Martins Pereira, S., Jácomo, A., Magalhães, S., Araújo, J., Hernández-Marrero, P., Costa Gomes, C., & Schatman, M. (2018). Ethical Decision Making in Pain Management: a Conceptual Framework. *Journal of Pain Research*, Volume 11(15), 967–976. <https://doi.org/10.2147/JPR.S162926>
- Clark, L. (2011). Pain Management in the Pediatric Population. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 23(2), 291–301. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2011.04.003>
- Clottee, M., & Diliard, D. M. (2013). Post-traumatic Stress Disorder and Neonatal Intensive Care. *International Journal of Childbirth Education*; Minneapolis, 28(3), 23–29. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/post-traumatic-stress-disorder-neonatal-intensive/docview/1412227235/se-2>
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2011). *Fundamentals of Nursing: Standards and Practices* (2nd ed.). Delmar Cengage Learning.
- Emons, M. I., Petzke, F., Stamer, U. M., Meißner, W., Koschwitz, R., & Erlenwein, J. (2016). Current Practice of Acute Pain Management in Children—a National Follow-Up Survey in Germany. *Pediatric Anesthesia*, 26(9), 883–890. <https://doi.org/10.1111/pan.12947>
- Epstein, E., & Delgado, S. (2010). Understanding and Addressing Moral Distress. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No03Man01>
- Ferrante, P., Cuttini, M., Zangardi, T., Tomasello, C., Messi, G., Pirozzi, N., Losacco, V., Piga, S., & Benini, F. (2013). Pain Management Policies and Practices in Pediatric Emergency Care: a Nationwide Survey of Italian Hospitals. *BMC Pediatrics*, 13(1), 139. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-139>
- James, S. R., & Aswill, J. (2007). *Nursing Care of Children: Principles and Practice* (3rd ed.). Saunders Elsevier.
- Kenner, C., & Lott, J. W. (2016). *Neonatal Nursing Care Handbook: An Evidence-Based Approach to Conditions and Procedures* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Kortesluoma, R.-L., Nikkonen, M., & Serlo, W. (2008). "You Just Have to Make the Pain Go Away"—Children's Experiences of Pain Management. *Pain Management Nursing*, 9(4), 143-149.e5. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.07.002>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2010). *Fundamental Keperawatan: Konsep; Proses, dan Praktik* (D. Widiarti, A. O. Tampubolon, & N. B. Subekti (eds.); Ed.7). EGC.
- Kyle, Terry, & Carman, S. (2015). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. EGC.
- Linhares, D. C. L., Cano, J. P., Wetzel, T., Nerem, J., Torremorell, M., & Dee, S. A. (2012). Effect of Modified-Live Porcine Reproductive and Respiratory Syndrome Virus (PRRSv) Vaccine on the Shedding of Wild-Type Virus from an Infected Population of Growing Pigs. *Vaccine*, 30(2), 407–413. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.10.075>

- Magrath, I., Steliarova-Foucher, E., Epelman, S., Ribeiro, R. C., Harif, M., Li, C.-K., Kebudi, R., Macfarlane, S. D., & Howard, S. C. (2013). Paediatric Cancer in Low-Income and Middle Income Countries. *The Lancet Oncology*, 14(3), e104–e116. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70008-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70008-1)
- Marseglia, G. L., Alessio, M., Da Dalt, L., Giuliano, M., Ravelli, A., & Marchisio, P. (2019). Acute Pain Management in Children: a Survey of Italian Pediatricians. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0754-3>
- McGrath, P. ., & Hillier, L. . (2003). Modifying the Psychologic Factors that Intensify Children's Pain and Prolong Disability. In *Pain in infants, children, and adolescents*.
- Mediani, H. S. (2014). Indonesian Nurses' Management of Pain in Children: a Grounded Theory Study [Curtin University]. <http://tinyurl.com/mpelq6k>
- Mediani, H. S. (2020). Manajemen Nyeri Pada Anak Panduan Praktik Perawat. EGC.
- Mediani, H. S., Duggan, R., Chapman, R., Hutton, A., & Shields, L. (2017). An Exploration of Indonesian Nurses' Perceptions of Barriers to Paediatric Pain Management. *Journal of Child Health Care*, 21(3), 273–282. <https://doi.org/10.1177/1367493517715146>
- Mediani, H. S., Ikeu Nurhidayah, I., Mardhiyah, A., & Hendrawati, S. (2019). Nurses Journey of Postoperative Pediatric Pain Care: A Qualitative Study Using Participation Observation in Indonesia. *Global Journal of Health Science*, 11(4), 93. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n4p93>
- Mercadante, S. (2004). Cancer Pain Management in Children. *Palliative Medicine*, 18(7), 654–662. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm945rr>
- Milani, G. P., Benini, F., Dell'Era, L., Silvagni, D., Podestà, A. F., Mancusi, R. L., & Fossali, E. F. (2017). Acute Pain Management: Acetaminophen and Ibuprofen are Often Under-Dosed. *European Journal of Pediatrics*, 176(7), 979–982. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2944-6>
- Negarandeh, R., Oskouie, F., Ahmadi, F., Nikravesh, M., & Hallberg, I. R. (2006). Patient Advocacy: Barriers and Facilitators. *BMC Nursing*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-5-3>
- Palermo, T. M., Walco, G. A., Paladhi, U. R., Birnie, K. A., Crombez, G., de la Vega, R., Eccleston, C., Kashikar-Zuck, S., & Stone, A. L. (2021). Core Outcome Set for Pediatric Chronic Pain Clinical Trials: Results from a Delphi Poll and Consensus Meeting. *Pain*, 162(10), 2539–2547. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002241>
- Pasero, C., & McCaffery, M. (2010). *Pain Assessment and Pharmacologic Management (Pasero, Pain Assessment and Pharmacologic Management)* (1st ed.). Mosby Inc.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. ., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000). Pain in Children and Adolescents: a Common Experience. *Pain*, 87(1), 51–58. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00269-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00269-4)
- Schmelzle-Lubiecki, B. M., Campbell, K. A. A., Howard, R. H., Franck, L., & Fitzgerald, M. (2007). Long-Term Consequences of Early Infant Injury and Trauma Upon Somatosensory Processing. *European Journal of Pain*, 11(7), 799–809. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.12.009>

- Silva, M. S., Pinto, M. A., Gomes, L. M. X., & Barbosa, T. L. D. A. (2011). Pain in Hospitalized Children: Nursing Team Perception. *Revista Dor*, 12(4), 314–320. http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/en_a06v12n4.pdf
- Simons, J. (2014). Children's Experience of Postoperative Pain Relief: Children, Parents and Nurses Use Various Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches, Particularly Distraction. *Evidence Based Nursing*, 17(3), 88–88. <https://doi.org/10.1136/eb-2013-101417>
- Taddio, A., Chambers, C. T., Halperin, S. A., Ipp, M., Lockett, D., Rieder, M. J., & Shah, V. (2009). Inadequate Pain Management During Routine Childhood Immunizations: The Nerve of It. *Clinical Therapeutics*, 31(2), S152–S167. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.07.022>
- Tutelman, P. R., Chambers, C. T., Stinson, J. N., Parker, J. A., Fernandez, C. V., Witteman, H. O., Nathan, P. C., Barwick, M., Campbell, F., Jibb, L. A., & Irwin, K. (2018). Pain in Children With Cancer: Prevalence, Characteristics, and Parent Management. *The Clinical Journal of Pain*, 34(3), 198–206. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000531>
- Twycross, A. (2009). Why Managing Pain in Children Matters. In E. B. Dowden (Ed.), *Managing Pain in Children* (pp. 1–15). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781444322743.ch1>
- Twycross, A. (2013). Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain. *Pain Management Nursing*, 14(4), e164–e172. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.007>
- Vinall, J., Miller, S. P., Synnes, A. R., & Grunau, R. E. (2013). Parent Behaviors Moderate the Relationship Between Neonatal Pain and Internalizing Behaviors at 18 Months Corrected Age in Children Born Very Prematurely. *Pain*, 154(9), 1831–1839. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.05.050>
- Wilson-Smith, E. M. (2011). Procedural Pain Management in Neonates, Infants and Children. *Reviews in Pain*, 5(3), 4–12. <https://doi.org/10.1177/204946371100500303>
- Zengerle-Levy, K. (2006). Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing*, 32(3), 226–231, 237. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16802680>

BAB 15

Integrasi Teori Orem dan Model Friedman Dalam Keperawatan Medikal Bedah: Optimalisasi Peningkatan Kemandirian Dalam Mencegah Resiko Luka Kaki Diabetes

Elly L. Sjattar

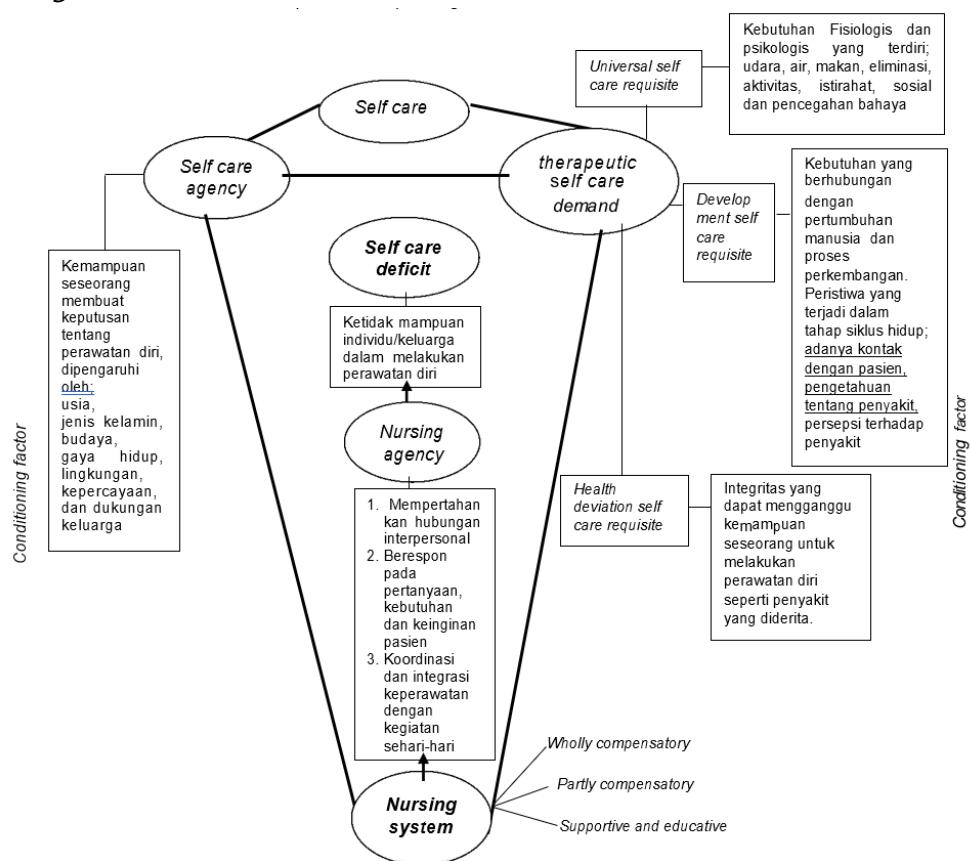
A. Pendahuluan

Perkembangan ilmu keperawatan terus berjalan seiring dengan perkembangan zaman. Tuntutan akan pelayanan keperawatan yang bermutu, telah memotivasi dosen, praktisi dan peneliti keperawatan melakukan berbagai riset untuk menemukan sebuah konsep keperawatan dalam rangka memberikan pelayanan keperawatan yang professional dengan memandang bahwa kebutuhan manusia adalah holistik yang mencakup bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural serta memperhatikan bahwa manusia adalah makhluk yang unik. Pelayanan keperawatan yang bersifat komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik dalam keadaan sehat maupun sakit dengan pendekatan proses keperawatan. Penerapan suatu teori keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan berdampak positif pada peningkatan kualitas asuhan keperawatan baik di Rumah Sakit maupun di masyarakat. Upaya peningkatan pelayanan keperawatan, salah satunya adalah melalui pendekatan teori dan model keperawatan sebagai pondasi awal riset keperawatan yang bermuara di praktik keperawatan.

Teori keperawatan merupakan identitas ilmu keperawatan yang membedakan dengan disiplin ilmu lain yang berisikan tentang interaksi kontruksi (konsep), definisi dan proposisi yang menghasilkan suatu pandangan sistemik dan pengkhususan hubungan antara variabel dengan tujuan menjelaskan dan memprediksikan tentang fenomena dan hubungan antara fenomena-fenomena tersebut. Teori keperawatan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memperkirakan dan mengevaluasi hasil asuhan keperawatan. Adapun model keperawatan merupakan kerangka kerja, sistem atau skema yang menerangkan tentang serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi atau kejadian, terhadap ilmu keperawatan dan pengembangannya. Sayangnya selama ini baik teori maupun model keperawatan masih banyak diimplementasikan secara terpisah dalam praktik keperawatan.

B. Teori *Self Care* sebagai Konsep Model Keperawatan

Salah satu grand teori keperawatan adalah teori self care yang dipublikasikan oleh Orem pada tahun 1971. Teori ini merupakan suatu pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk meningkatkan kemampuan/kemandirian klien dan keluarga sesuai tingkat ketergantungan klien dalam memelihara kesehatannya. Berdasarkan teori ini peran perawat dan klien saling melengkapi, yaitu setiap hal dilakukan bersama untuk mencapai perawatan diri yang maksimal. Kebutuhan perawatan diri ini ditujukan untuk orang yang sakit atau terluka, termasuk yang cacat dan berada dalam perawatan dan diagnosa medik (Alligood, 2014). Orem mengembangkan teori *self care* deficit meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu: (1) Teori keperawatan mandiri (*self care*) yang menggambarkan mengapa dan bagaimana orang merawat dirinya sendiri, (2) Teori defisit perawatan mandiri (*self care deficit*) yang mendeskripsikan mengapa orang memerlukan bantuan perawat, dan (3) Teori sistem keperawatan (*nursing system*) yang menggambarkan hubungan yang harus dijalin atau dipertahankan oleh perawat terhadap kliennya. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self care*, *self care agency*, kebutuhan self care therapeutik, defisit *self care*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar).



Gambar 15.1
Kerangka Konsep untuk Praktik Keperawatan *Self Care*
(Alligood, 2014; Strickland & Dilorio, 2003; Weiss, 2004)

Orem menggambarkan bahwa untuk mencapai perawatan yang mandiri ada 3 (tiga) sistem dalam praktik keperawatan professional yaitu: *wholly compensatory nursing system*, *partly compensatory nursing system*, *supportive educative nursing system* (Rosmawati, Rohana, & Manan, 2013). Model self care dapat dilihat pada gambar 1.

Berbagai penelitian yang membuktikan peran self care dalam praktik keperawatan medikal bedah khususnya di Rumah Sakit telah kami lakukan baik literatur review maupun riset klinis. Penulusuran literatur dari (Hamid, Sjattar, & Kadar, 2021) mengemukakan bahwa *self care management* pasien gagal jantung meningkat (aktivitas fisik, diet rendah garam, kepatuhan mengukur berat badan dan tekanan darah) setelah diberikan intervensi berupa health coaching. Sedangkan literatur review dari (Zuraida, Irwan, & Sjattar, 2021) mengungkapkan bahwa dengan melakukan program pendidikan manajemen diri (*self care management*) dapat meningkatkan kemandirian pasien gagal jantung. Selain itu, kami juga mengintegrasikan teori self care dalam riset edukasi pasien, seperti evaluasi pemberian edukasi Purse Lip Breathing Exercise dengan pendekatan *self care* dan menemukan hasil positif terhadap toleransi fisik menggunakan parameter *six minute walking test* sebelum dan setelah diberikan intervensi selama 14 hari (Wijaya, Sjattar, & Bahar, 2017). Kami juga memberikan edukasi *range of motion exercise* dan support yang dapat meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak pada pasien post-stroke (Sjattar, Megawati, Irwan, & Majid, 2021). Dengan demikian potensi implementasi *self care* dalam praktik keperawatan medikal bedah khususnya di Rumah Sakit memberikan dampak positif dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada level individu. Hasil-hasil riset tersebut, kemudian menstimulasi kami untuk mengevaluasi *self care* pada level keluarga.

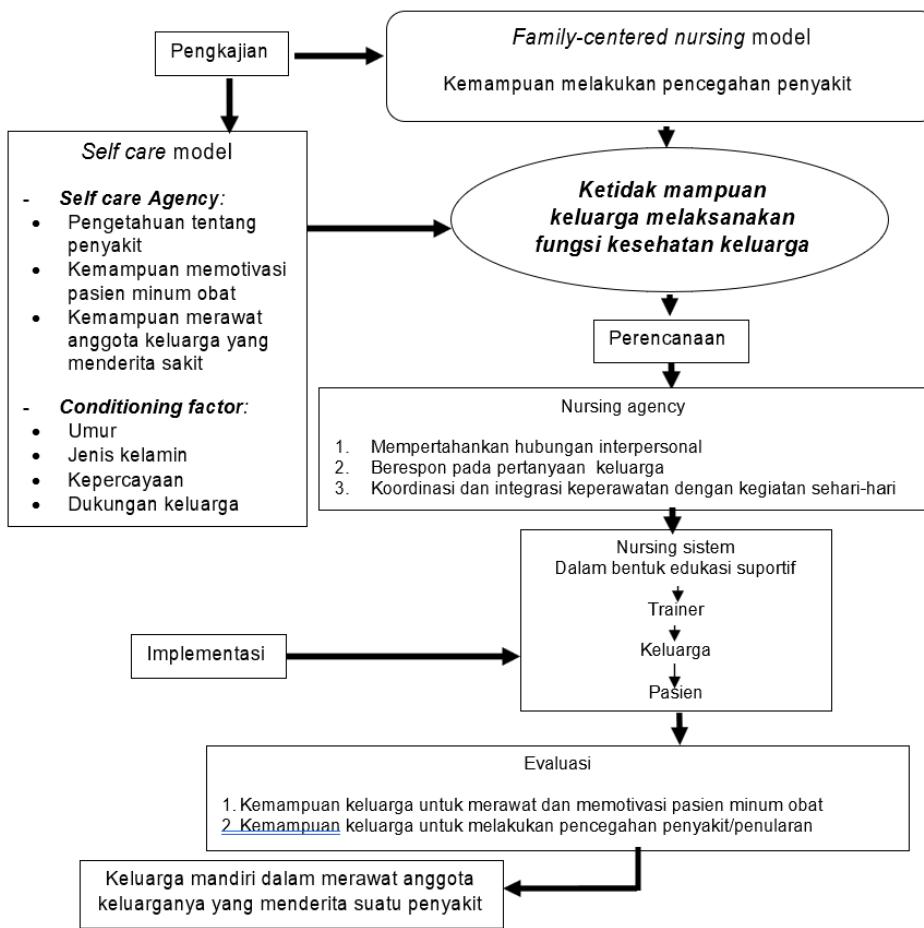
Integrasi *Self care* dengan Family Centered Nursing (From Hospital to Community) Potensi dan keterlibatan keluarga menjadi makin besar ketika salah satu anggota keluarganya memerlukan bantuan terus menerus karena masalah kesehatannya bersifat kronik seperti pada penyandang Diabetes Mellitus, Tuberkulosis, Stroke, maupun penyakit kronis lainnya. Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*) didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga. Penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan *family-centered nursing* salah satunya menggunakan pendekatan proses keperawatan yang didasarkan pada model Friedman. Model Friedman melihat keluarga sebagai subsistem dari masyarakat (Allender, Rector, & Warner, 2010; Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Proses keperawatan keluarga dengan fokus keluarga sebagai klien (*family-centered nursing*) meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Tujuan akhir dari model Friedman adalah tercapainya kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya (Friedman et al., 2003).

Asuhan keperawatan keluarga difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga serta adanya interdependensi antar anggota keluarga sebagai suatu sistem dan meningkatkan hubungan keluarga dengan lingkungannya. Dari perspektif model praktik yang berdasarkan teori *self care* dari Orem dan *family-centered nursing* dari model

Friedman, objek yang sesuai bagi perawat pelaksana adalah orang-orang yang memiliki ketidakmampuan kebutuhan perawatan diri seperti halnya ketidakmampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatankeluarga diantaranya yaitu:

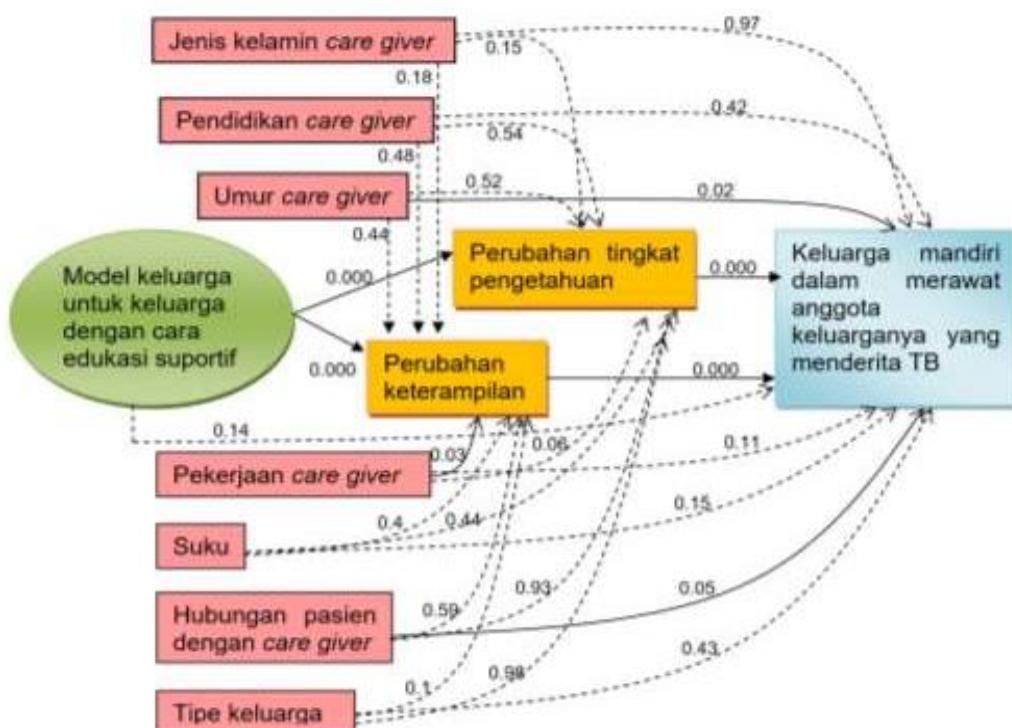
1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotakeluarganya
2. Mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga
3. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan
4. Mempertahankan suasana di rumah yang sehat atau memodifikasi lingkungan untukmenjamin kesehatan anggota keluarga
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanankesehatan disekitarnya.

Berdasarkan hal tersebut, perawat berfokus pada pengkajianfaktor-faktor yang mempengaruhi keadaan dasar, mengidentifikasi kebutuhanperawatan diri pasien dan keluarga, serta membantu memandirikan keluarga (Friedman et al., 2003; Grando, 2005). Integrasi dari teori self care dari Orem dan family-centered nursing dari modelFriedman merupakan rancangan dari penulis yang diberi nama model keluarga untukkeluarga (KUK) yang bertujuan untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita suatu penyakit. Model KUK dari Sjattar dapat dilihat pada gambar 15.2.



Gambar 15.2
Model Keluarga Untuk Keluarga (KUK)
(Sjattar, 2012; Sjattar, Nurrahmah, Bahar, & Wahyuni, 2011)

Model Keluarga Untuk Keluarga (KUK) dari Sjattar dalam mengoptimalkan *Selfcare* sebagaimana telah diuraikan diatas, bahwa teori Orem menekankan prinsip *self care* dan model Friedman menempatkan titik asuhan keperawatan pada keluarga, maka kami berpandangan bahwa model KUK dari Sjattar (kombinasi teori Orem dan Friedman model) dapat mengoptimalkan implementasi self care dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Salah satu riset kami adalah pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan manajemen diri, kontrol glikemik, dan metabolismik pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2. Hasil observasi kami secara prospective tiga bulanmenunjukkan kontrol glikemik (Kadar HbA1c) pasien diabetes tipe 2 membaik (10.47% menjadi 8.81%) setelah dilakukan pelibatan keluarga selama 3 bulan, Selainitu terdapat percepatan proses penyembuhan luka kaki diabetes denganmenggunakan skor DFUAS dari rata-rata 64.41 menjadi 4.71 pada kelompokintervensi ($p=0.000$)(Appil, Sjattar, Yusuf,& Kadir, 2020). Sebelumnya kamijuga telahmengintegrasikan model KUK pada anggota keluarga yang merawat pasien TB. Hasilpenelitian kami menunjukan bahwa anggota keluarga lebih mandiri dalam merawatpasien TB (mampu melakukan tindakan pencegahan terhadap anggota keluarga yangtinggal serumah dengan penderita TB dan merawat anggota keluarganya yangmenderita TB) setelah mendapatkan intervensi menggunakan model KUK (Sjattar etal., 2011)



Gambar 15.3
Bagan Penerapan Model KUK Mempengaruhi Peningkatan Kemandirian Keluarga Merawat Anggota Keluarga yang Menderita TB melalui Faktor yang Berperan didalamnya

C. Implementasi Model KUK pada Level Komunitas: Perawatan Kaki Diabetes

Penyandang Diabetes Mellitus terutama yang beresiko mengalami luka kaki diabetes (LKD) penting untuk mendapatkan pendidikan umum mengenai faktor risikodan penanganan yang tepat (American Diabetes Association (ADA), 2017). Perawatan kaki merupakan salah satu komponen penting dalam pencegahanLKD. Pendekatan perawatan kaki merupakan pendekatan terpadu yang melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien dalam melakukan perawatan kaki (Chapman, 2017). Perawatan kaki merupakan upaya pencegahan primer serta deteksi dini yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih lanjut. Riset kami mengkonfirmasikan bahwa usia, durasi diabetes, HbA1c, kurangnya pendidikan sebelumnya dan retinopati meningkatkan risiko LKD (Sabil, Kadar, & Sjattar, 2019). Kami juga mencoba menawarkan platform baru dalam implementasi konsep *self care* dan integrasinya di level komunitas dengan menggunakan platform handphone, yaitudengan aplikasi melalui handphone (e-diary) sebagai alatmonitoring *self care* (Luawo, Sjattar, Bahar, Yusuf, & Irwan, 2019). Salah satu kendala dalam perawatan kaki diabetes adalah belum adanya protokol standar perawatan kaki yang dikembangkanoriginal untuk kebutuhan pasien di Indonesia. Oleh karena itu, menggunakan metodedelphi kami memformulasikan protokol perawatan kaki. Terdapat 5 komponen protokol perawatan kaki dalam mencegah terjadinya LKD (Abrar, Yusuf, & Sjattar,2019).

1. Pemeriksaan kaki, meliputi pemeriksaan diseluruh punggung kaki, telapak kaki dan disela-sela jari kaki dengan menggunakan cermin



Gambar 15.4
Pemeriksaan Kaki

2. Cara membersihkan kaki yang meliputi mencuci kaki dengan air mengalir dan sabun serta mengeringkan kaki dan sela jari setelah dicuci dengan menggunakan handuk.



Gambar 15.5
Membersihkan Kaki

3. Memotong kuku setiap minggu dengan teknik memotong kuku kaki secara lurus;



Gambar 15.6
Cara Memotong Kuku Kaki

4. Penggunaan kaos kaki yang meliputi menggunakan kaos kaki yang bersih, kaos kaki dari bahan cotton atau tidak licin serta kaos kaki yang pas dengan ukuran kaki; dan



Gambar 10.1
Penggunaan Kaos Kaki

5. Memeriksa bagian dalam dan luar sepatu/sendal sebelum dan setelah digunakan.



Gambar 10.2
Memeriksa Alas Kaki

Dari hasil konsensus tersebut juga dilakukan pengembangan media edukasi perawatan kaki berupa video berbahasa daerah telah dilakukan, dengan tujuan agar informasi yang diberikan lebih mudah dipahami bagi penyandang Diabetes Mellitus dan keluarganya di level Komunitas oleh (Abrar, Yusuf, Sjattar, & Rachmawaty, 2020). Di Level komunitas, kami juga memandang bahwa keterlibatan tenaga kesehatan, dan kader kesehatan penting. Hal ini menjadi ironi, karena hasil survey awal kami di Puskesmas Kota Makassar mengindikasikan masih kurangnya pengetahuan kader kesehatan tentang perawatan kaki (Sjattar et al., 2020). Untuk itu kami telah melakukan upaya transfer pengetahuan dan keterampilan kepada kader kesehatan melalui pendekatan pengabdian masyarakat. Hasil evaluasi kami melalui Program pengabdian masyarakat menunjukkan peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat dan kader kesehatan di Puskesmas Batua setelah diberikan pendidikan kesehatan dan simulasi tentang perawatan kaki diabetes (Sjattar, Majid, Yusuf, Syam, & Nurdin, 2019).

D. Kesimpulan

Berdasarkan paparan dalam naskah ini dapat disimpulkan bahwa optimalisasi pelayanan keperawatan dapat dicapai melalui integrasi pendekatan teori dan model keperawatan. Riset keperawatan merupakan pondasi awal dalam menemukan dan memecahkan masalah keperawatan yang bermuara pada implemengtasi hasil riset di praktik keperawatan.

Integrasi teori dan model keperawatan akan memaksimalkan tujuan asuhan keperawatan. Model KUK (Integrasi teori Orem dan model Friedman dapat menjadi acuan untuk strategi pengoptimalisasi meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam tata kelola penyakit kronis, termasuk mencegah LKD.

Penyandang diabetes sering mengalami komplikasi salah satunya LKD. Perawatan kaki sangat efektif dilakukan sebagai penanganan awal untuk menghindari terjadinya LKD. Upaya edukasi perawatan kaki dimulai dari tenaga kesehatan, kader kesehatan, penyandang diabetes maupun keluarga. Edukasi perawatan kaki dapat dilakukan dengan menggunakan media modul maupun video edukasi. Perawatan kaki dapat dilakukan mulai dengan: Pemeriksaan kaki, membersihkan kaki menggunakan air dan sabun cair, mengeringkan kaki dan sela jari, potong kuku kaki secara lurus setiap minggu, gunakan kaos kaki yang bersih berbahan katun berukuran pas dengan kaki, periksa bagian dalam dan luar alas kaki (sepatu/sandal) sebelum dan setelah digunakan.

Referensi

- Abrar, E. A., Yusuf, S., & Sjattar, E. L. (2019). Pengembangan instrumen perawatan kaki untuk pasien diabetes dalam upaya pencegahan terjadinya luka kaki diabetes (LKD): Study Delphy. *Jurnal Kesehatan Manarang, 5*(1), 32–37.
- Abrar, E. A., Yusuf, S., Sjattar, E. L., & Rachmawaty, R. (2020). Development and evaluation of educational videos of diabetic foot care in traditional languages to enhance knowledge of patients diagnosed with diabetes and at risk for diabetic foot ulcers. *Primary Care Diabetes, 14*, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.06.005>
- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing Promoting & Protecting the Public's Health* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed., Vol. 24). Elsevier. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>
- American Diabetes Association (ADA). (2017). Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care, 40*(Suppl. 1), S11–S24. <https://doi.org/10.2337/dc17-S005>
- Appil, R., Sjattar, E. L., Yusuf, S., & Kadir, K. (2020). Effect of family empowerment on HbA1c levels and healing of diabetic foot ulcers. *International Journal of Lower Extremity Wounds, 19*(4), 1–7. <https://doi.org/10.1177/1534734620930120>
- Chapman, S. (2017). Foot care for people with diabetes: Prevention of complications and treatment. *British Journal of Community Nursing, 22*(5), 226–229. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.5.226>
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice* (5th ed.). Prentice Hall. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00629.x>
- Grando, V. T. (2005). A self-care deficit nursing theory practice model for advanced practice psychiatric/mental health nursing. *The Official Journal of the International Orem Society, 13*(1), 4–8. <https://doi.org/10.1007/BF02282607>
- Hamid, A., Sjattar, E. L., & Kadar, K. S. (2021). Intervensi health coaching dalam meningkatkan self-care management pasien heart failure. *Jurnal Keperawatan Silampari, 4*(2), 487–496. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1935>
- Luwo, H. P., Sjattar, E. L., Bahar, B., Yusuf, S., & Irwan, A. M. (2019). Aplikasi e-diary DM sebagai alat monitoring manajemen self-care pengelolaan diet pasien DM. *NURSCOPE: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan, 5*(4), 32–38. <https://doi.org/10.30659/nurscope.5.1.32-38>
- Rosmawati, M., Rohana, A., & Manan, W. A. (2013). The evaluation of supportive-developmental nursing program on self-care practices of persons with type 2 diabetes at the health centre in Bachok, Kelantan. *The Official Journal of the International Orem Society for Nursing Science and Scholarship, 20*(1), 16–22.
- Sabil, F. A., Kadar, K. S., & Sjattar, E. L. (2019). Faktor-faktor pendukung self-care management diabetes mellitus tipe 2: A literature review. *Jurnal Keperawatan, 10*(1), 48–57. <https://doi.org/10.22219/jk.v10i1.6417>
- Sjattar, E. L. (2012). *Model Integrasi Self Care dan Family-Centered Nursing: Studi Kasus Perawatan TB di Makassar*. Makassar: Penerbit Ombak.

- Sjattar, E. L., Majid, A., Yusuf, S., Syam, Y., & Nurdin, N. (2019). Effect of foot care health training on the ability of nurses and health volunteers in performing foot care on diabetes in Batua Health Center, Makassar. *Journal of Health Science and Prevention, 3*(3S), 79–83. <https://doi.org/10.29080/jshp.v3i3S.275>
- Sjattar, E. L., Megawati, I., Irwan, A. M., & Majid, S. (2021). Development of supportive-educative range of motion exercise for post-stroke patients: A pilot study. *Home Health Care Management and Practice, 33*(4), 1–9. <https://doi.org/10.1177/10848223211035713>
- Sjattar, E. L., Nurrahmah, E., Bahar, B., & Wahyuni, S. (2011). Pengaruh penerapan model keluarga untuk keluarga terhadap kemandirian keluarga merawat penderita TB paru peserta DOTS di Makassar (Integrasi konsep keperawatan self-care dan family-centered nursing). *JST Kesehatan, 1*(1), 1–9.
- Sjattar, E. L., Sarnida, S., Afelya, T. I., Majid, A., Kadar, K., Syam, Y., & Nurdin, N. (2020). Gambaran tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang perawatan kaki diabetes di Kota Makassar 2019. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim, 2*(1), 320–329. <https://doi.org/10.30597/jkmm.v2i1.8724>
- Strickland, O. L., & Dilorio, C. (2003). *Measurement of Nursing Outcomes, Volume 3: Self Care and Coping* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Weiss, L. (2004). *Therapist's Guide to Self-Care* (Vol. 148). Brunner-Routledge.
- Wijaya, I. K., Sjattar, E. L., & Bahar, B. (2017). Pengaruh self-care education dan pursed lip breathing exercise terhadap toleransi fisik pada pasien penyakit paru obstruksi kronis (PPOK). *Patria Artha Journal of Nursing Science, 1*(2), 49–57. <https://doi.org/10.33857/jns.v1i2.74>
- Zuraida, E., Irwan, A. M., & Sjattar, E. L. (2021). Self-management education programs for patients with heart failure: A literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, 12*(1), 279–294. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2020.11.0025>

BAB 16

Model Pengembangan Teknologi dan Sistem Informasi Keperawatan Di Era Adaptasi Baru dan Era Society 5.0

Rr. Tutik Sri Hariyati

A. Pendahuluan

Tantangan perkembangan pengetahuan dan teknologi kesehatan serta kebutuhan masyarakat akan layanan yang aman dan berkualitas menuntut kompetensi profesional dari setiap tenaga kesehatan termasuk tenaga keperawatan. Kondisi pandemi Covid-19 mendorong adanya pendekatan baru pada tatanan pelayanan yang memerlukan suatu pengelolaan secara holistik dan komprehensif. Tercatat adanya inovasi terhadap metode asuhan dan pelayanan antara lain keluarnya pedoman-pedoman baru dalam pelayanan kesehatan, re-design pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM), interkolaborasi, re-design sarana serta prasarana, dan penggunaan teknologi dalam pelayanan-asuhan pada pasien dan keluarga. Salah satu garda terdepan tenaga kesehatan yang mempunyai penciri memberikan pelayanan selama 24 jam, 3 shift dan 7 hari adalah Perawat. Perawat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif mencangkup pada sistem klien yaitu individu, keluarga, kelompok dan komunitas dari rentang sehat, risiko sakit, dan juga rehabilitative (Indonesia Governance, 2013).

Perawat menjadi penentu mutu dan keselamatan pasien, mengingat yang berada di dekat pasien dan mempunyai durasi jam terlama di pasien, maka perawat akan mengkolaborasikan pelayanan dan asuhan pasien yang tujuannya adalah asuhan berpusat pada pasien, keluarga, dan juga masyarakat (Sari et al., 2017). Perawat membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, memonitor perkembangan pasien, memberikan bantuan oksigenisasi, eliminasi, nutrisi, menjamin keamanan, kenyamanan, terbebas dari rasa nyeri dan juga tindakan kegawatdaruratan serta asuhan pada kondisi kritis (Lucchini et al., 2020). Banyak pasien yang merasa tidak berdaya saat sakit, di dalam kondisi ini perawat juga harus mendampingi, mengedukasi agar pasien dapat merasa nyaman, dapat menyampaikan kecemasannya, Beradaptasi, dan mampu mencapai kondisi "wellbeing" (Liu et al., 2020; Thomas et al., 2020).

Shortage perawat sangat menjadi perhatian bagi manajemen, Mengingat di samping keselamatan pasien, sisi keselamatan perawat juga harus diperhatikan (Hart & Archives,

2020). Beberapa riset menyampaikan telah terjadi kluster tenaga kesehatan termasuk Perawat hingga sebagian wafat, dan hal ini disebabkan adanya beberapa faktor antara lain karena keterbatasan tenaga, kelelahan, Faktor pengelolaan yang kurang memperhatikan keselamatan staf, dan Juga beberapa kondisi karena kurangnya Personal Protective Equipment (PPE) (Dieckmann et al., 2020; Hart & Archives, 2020; Liu et al., 2020b; Malawat et al., 2020; Wei et al., 2020; Yen et al., 2020). Berbagai upaya telah dilaksanakan untuk tetap menjamin mutu dan Kualitas asuhan serta menurunkan angka keterpaparan. Redesign Penjadwalan, durasi jam praktik, proporsi antara pasien dan perawat, Rekrutmen relawan, dan pelibatan mahasiswa tingkat akhir dalam Asuhan keperawatan (Basky, 2020; Li et al., 2020). Tata ulang ruangan, Pengaturan zona, penyediaan PPE, percepatan vaksin, dukungan Edukasi serta motivasi dari manajemen dalam psikososial juga Dilaksanakan untuk mengurangi keterpaparan staf, kelelahan yang Berakibat pada mutu dan keselamatan pasien (Addo et al., 2020; Crisis Standard of Care COVID-19 Pandemic, n.d.; Huang et al., 2020b; Thomas Et al., 2020b; Walton et al., 2020a). Satu unsur yang sangat membantu Asuhan di era Covid-19 adalah penggunaan teknologi antara lain untuk Sistem monitoring, sistem peningkatan pengetahuan dan ketrampilan Bagi tenaga kesehatan dan juga edukasi pada pasien serta untuk Pelayanan terkait pengaturan penjadwalan dan perencanaan staf untuk Mengatasi shortage perawat.

Pelajaran berharga lainnya terkait pengelolaan asuhan di era Covid Adalah penggunaan teknologi dan informasi dalam pelayanan dan asuhan pasien. Penggunaan teknologi dan informasi sesungguhnya bukan hal yang baru, namun seiring adanya pandemi Covid-19 perlu upaya untuk meningkatkan asuhan yang efektif dan efisien, serta meminimalkan transmisi, menurunkan kelelahan. Kondisi ini mendorong teknologi dan informasi menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam pelayanan dan asuhan, digitalisasi di berbagai aspek dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan asuhan.

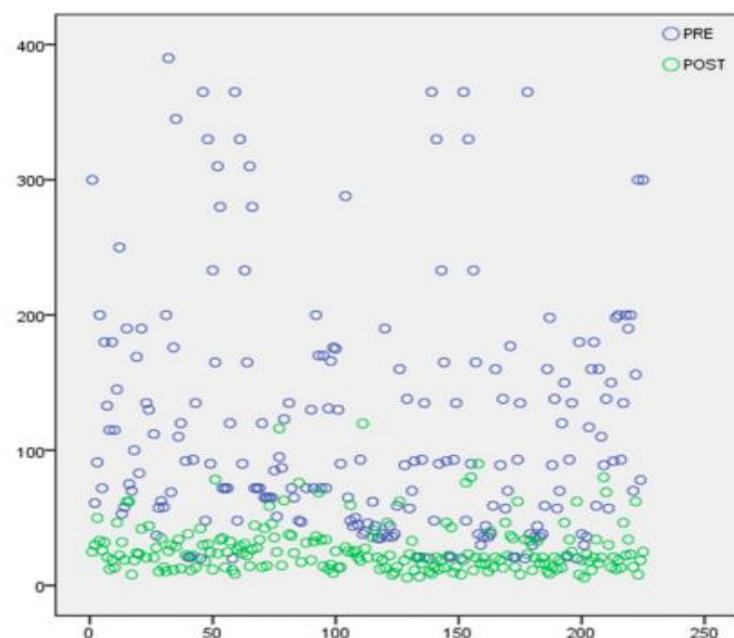
Pada era Covid telah mendorong penggunaan robot kesehatan untuk membantu pekerjaan teknis seperti mengantarkan makanan dan memfasilitasi kebutuhan pasien, bahkan robot ada yang telah bisa membantu pemeriksaan Polymerase Chain Reaction (PCR) dan vaksinasasi (Sparwasser et al., 2021), penggunaan virtual reality untuk mengurangi kecemasan, perasaan terisolasi juga menjadi peluang yang dapat meningkatkan kualitas asuhan, meningkatkan edukasi, juga menurunkan kelelahan dan kecemasan (Zasadzka et al., 2021; Zhang et al., 2020). Pandemi Covid-19 juga mendorong penggunaan rekam medis berbasis elektronik serta telemedicine baik untuk asuhan pasien, proses konsultasi antar tim kesehatan, maupun peningkatan pendidikan berkelanjutan dan riset (Alexander et al., 2021; Salway et al., 2020).

B. Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Profesional (SIMPRO)

Nursing Information System (NIS) merupakan kombinasi antara ilmu keperawatan, ilmu informasi, komunikasi dan teknologi. NIS akan membantu perawat profesional untuk melaksanakan asuhan, mendokumentasikan, menggunakan data untuk membantu pengambilan keputusan klinis, dan keputusan manajemen. NIS membantu manajer dalam

mengelola data, mengintegrasikan, menganalisis, dan mengambil keputusan yang digunakan dalam pengelolaan (Murphy, 2010; Staggers, 2002). NIS juga berperan dalam edukasi, riset dan pengabdian masyarakat bidang keperawatan dan kesehatan (Hariyati et al., 2016).

Salah satu riset tentang pengembangan "Sistem Informasi Manajemen Profesional by Roro" atau disingkat dengan SIMPRO membuktikan adanya peningkatan efektifitas asuhan keperawatan yang dinilai dari kelengkapan dokumentasi, relevansi data, pengambilan keputusan klinis dan legal aspek asuhan (Dwisatyadini et al., 2018; Hariyati et al., 2016). SIMPRO juga terbukti mengefisiensikan waktu untuk dokumentasi (pre= 117 menit, post= 24 menit, $p=0.0001$), sehingga diharapkan perawat dapat lebih *Caring* dalam melaksanakan asuhan langsung ke pasien (Gambar 11.1).



Gambar 16.1
Efisiensi Waktu Dokumentasi setelah Menggunakan SIMPRO

SIMPRO merupakan sistem dokumentasi asuhan keperawatan yang menjadi bagian dari sistem rekam medis di rumah sakit, dan SIMPRO dikembangkan sejak tahun 2003 dan saat ini pengembangannya sudah dilengkapi tidak hanya untuk sistem asuhan keperawatan namun juga untuk interkolaborasi, proses komunikasi, proses penjagaan mutu sesuai regulasi dan telah siap untuk diintegrasikan dengan SIM-RS. SIMPRO juga meningkatkan efikasi perawat dan kepuasan perawat dalam asuhan keperawatan (Sartika et al., 2014). Efikasi diri merupakan perasaan positif, kepercayaan terhadap tugas dan kewenangan yang diimbangi oleh perawat, sedangkan kepuasan merepresentasikan adanya respon positif terhadap penerimaan, kemudahan sistem dokumentasi elektronik serta merasakan manfaat yang diperoleh dari sistem informasi keperawatan (Aris Winata & Hariyati, 2021; Hariyati et al., 2018; Suganda et al., n.d.; Wayan et al., 2018). SIMPRO juga terus dikembangkan pada

sistem SDM, diklat, penilaian kinerja, karir, pemantauan mutu keperawatan, sistem remunerasi keperawatan, serta *Continuing Professional Development (CPD) online*.

Teknologi dan sistem informasi keperawatan di era Covid 19 juga mempunyai peranan yang sangat besar. Teknologi membantu perawat dalam pemantauan pasien yang dilaksanakan secara langsung maupun tidak langsung oleh supervisor maupun manajer keperawatan, dan apabila ada kondisi pasien yang harus segera dibantu, maka "*calling system*" dan *reminder* dapat menjadi "*alarm*" untuk perawat segera merespon perkembangan pasien. Melalui teknologi *telenursing*, tele-edukasi perawat dapat memberikan asuhan pada pasien dan keluarga serta melakukan *follow up* perawatan pasien setelah pulang dari rumah sakit (Dias et al., 2009; Smith et al., 2020; Vuononvirta et al., 2011).

Rekam medis berbasis elektronik juga menjadi sangat "*powerful*" mengingat rekam medis berbasis kertas juga mempunyai risiko dalam penyebaran virus di era pandemi Covid-19. Sistem informasi berbasis elektronik atau sering disebut digitalisasi sistem dokumentasi juga memungkinkan semua tenaga kesehatan berkomunikasi, melaksanakan interkolaborasi, konsultasi secara *realtime* sesuai kewenangannya tanpa harus berinteraksi secara fisik. Rekam medis elektronik, khususnya elektronik-dokumentasi keperawatan mendokumentasikan perencanaan, menetapkan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi pasien (Hariyati et al., 2016).

Teknologi dan sistem informasi keperawatan juga mengelola data pasien, mengintegrasikan, menganalisis, merubah data menjadi informasi yang digunakan untuk menetapkan manajemen risiko, menganalisis indikator sentitif asuhan, *surveillance* Pencegahan dan Pengontrolan Infeksi (PPI) (Setyaningrum, 2016), menghasilkan data mutu dan keselamatan pasien dan dari sisi pelayanan dapat digunakan untuk *forecasting* kebutuhan SDM, pemantauan penjawalan perawat, *trend* pasien dan juga *trend* asuhan. *Big data* asuhan dan pelayanan ini seharusnya dikelola agar dapat memperkuat asuhan, pelayanan, edukasi dan riset, tidak hanya pada bidang keperawatan tetapi lebih luas di bidang kesehatan.

C. *Continuing Professional Development (CPD) Online*

Sistem *online-Continuing Professional Development (CPD)* di era Covid 19 juga menjadi bagian terpenting dalam memberikan orientasi cepat terkait *downing*, *doffing*, pencegahan dan pengendalian infeksi, maupun *training* untuk penguatan psikologi perawat dalam kondisi pandemik. Berdasarkan *literature review* setidaknya telah terjadi konflik baik interpersonal dan juga konflik dengan klien (Malawat et al., 2020), sehingga juga diperlukan pendampingan edukasi untuk mengelola konflik. Perubahan pengelolaan sumber daya manusia (SDM) melalui sistem rotasi perawat ke ruang isolasi atau ke ruang *critical care*, adanya relawan yang harus segera terjun dalam asuhan, juga menuntut adanya pendampingan cepat terhadap kesiapan dari perawat, tidak hanya bagaimana penggunaan PPE, tetapi terkait substansi bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan Covid-19, baik aspek fisik, psikososial, spiritual, dan budaya (Brinkman, 2019; Huang et al., 2020a; Li et al., 2020; Thomas et al., 2020c; Walton et al., 2020b).

Penelitian yang kami lakukan dengan melibatkan tujuh (7) RS di Jakarta dan Depok membuktikan bahwa CPD *online* dapat dilaksanakan di era Covid-19 maupun di tatanan adaptasi baru. CPD *online* dilaksanakan secara *synchronous*, diwaktu sama melalui daring, dan *asynchronous* melalui *e-learning*, serta *whatsapp group* sebagai pendamping untuk memudahkan komunikasi. Pelaksanaan CPD *online* mempunyai keuntungan dimana jumlah jangkauan perawat yang lebih banyak dibandingkan apabila dilaksanakan secara *face to face*, dengan demikian kepemanfaatan dapat dirasanya lebih luas oleh perawat. Penelitian ini menggunakan *action research* tentang CPD *online* dengan tema, "Peningkatan Implementasi Keselamatan Pasien di Era Covid-19" mengambil contoh lima topik yaitu *Caring*, Hak Pasien dan Keluarga, Komunikasi efektif inter dan antar PPA, Manajemen Risiko Jatuh dan Pengendalian dan Pengontrolan Infeksi. Seluruh CDP dikelola dalam *Learning Media System* dengan laman cpdonline.co.id.

Penelitian ini melibatkan lima ratus dua puluh (520) perawat, dan dari tujuh (7) RS yang semuanya merupakan RS rujukan Covid-19. CPD *online* mampu memberikan kesempatan untuk dapat melaksanakan *sharing* pemberian asuhan dan pelayanan keperawatan, serta saling menguatkan dan memotivasi di era Covid-19. Penciri pembelajaran *on-line* adalah dapat dilaksanakan dengan lebih fleksibel waktu, model ini sangat efektif mengingat perawat mempunyai jadwal *shift* yang sangat ketat (Hariyati et al., 2019), sehingga apabila perawat tidak bisa hadir saat pertemuan secara langsung dengan metode *synchronous*, maka perawat dapat belajar melalui video, maupun literatur riset dan teori-teori yang telah disampaikan di *Learning Management System* (LMS).

Tantangan dalam CPD *online* adalah mempertahankan motivasi dalam belajar secara aktif, tetap bertahan dalam proses pembelajaran walau mungkin terjadi kelelahan saat bekerja. Beberapa metode yang telah dilaksanakan adalah menggunakan *quiz*, refleksi belajar, penugasan *case study* menyampaikan pengalaman dalam asuhan dan pelayanan, dan memberikan tugas baca dari jurnal yang digunakan sebagai pembahasan dalam menyampaikan sharing pengalaman melaksanakan asuhan di Era Covid-19.

Hasil riset CPD *online* membuktikan ada perubahan positif terhadap persepsi sikap pada implementasi keselamatan pasien ($p= 0.001$) dan rata-rata kepuasan proses CPD *online* di era Covid adalah delapan puluh satu (81), dan kepuasan tertinggi adalah pada kesempatan dalam *sharing* pengetahuan antar rumah sakit (Tabel 16.1).

Tabel 16.1
Sikap Implementasi Keselamatan Pasien dan Kepuasan
dalam Penggunaan CPD daring (*online*)

Variabel	Rata-Rata		beda <i>mean</i>
	Sebelum CPD <i>online</i>	Setelah CPD <i>online</i>	
Sikap implementasi keselamatan pasien	141.18	148.37	7,19
Sikap implementasi SKP 1	23.6	23.92	0,32
Sikap implementasi SKP 2	49.06	50.98	1,92
Sikap implementasi SKP 3	9.02	9.26	0,24
Sikap implementasi SKP 4	8.69	9.04	0,35
Sikap implementasi SKP 5	32.73	33.11	0,38
Sikap implementasi SKP 6	41.6	42.35	0,75
Kepuasan CPD online	Tidak diukur	81	-

Melalui CPD *online* partisipan dapat terlibat langsung dalam *sharing* pengalaman pelayanan dan asuhan termasuk di dalamnya adalah upaya penjagaan mutu keselamatan pasien yaitu implementasi *Six Goal Patient Safety* yang terdiri dari Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1: Ketepatan identifikasi pasien, SKP 2: Komunikasi efektif, SKP 3: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, SKP 4: Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat operasi. 5. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, 6. Pengurangan risiko jatuh. Partisipan secara kualitatif juga menyampaikan bahwa CPD *online* diharapkan dapat dilanjutkan pada tatanan adaptasi baru karena sangat membantu perawat dalam terus mengembangkan profesionalisme, serta metode *sharing* antar rumah sakit memberikan pengalaman saling memperkuat asuhan (Tabel 16.1).

D. Penutup

Diperlukan suatu kompetensi bidang *Nursing Informatics* untuk dapat menggunakan, mengaplikasikan, mengintegrasikan serta terus mengembangkan bidang teknologi dan sistem informasi. Level kompetensi yang harus dimiliki oleh profesional keperawatan adalah dimulai dari menggunakan (*naming, inputting*), memahami, menginterasikan, menganalisis, mengembangkan, dan menggunakan-nya dengan *wisdom* (Liston, 2019; Olajubu et al., 2014).

Tak jarang di era distribusi banyak adanya penggunaan teknologi dan sistem informasi secara tidak bijak, melanggar etika profesi sampai pelanggaran peraturan perundang-undangan, oleh sebab ini di bidang keperawatan konsep dasar kompetensi bidang *Nursing Informatic* harus sudah diaplikasikan sejak di masa perkuliahan dan ketika sudah bekerja terus dikuatkan dengan model *Continuing Professional Development*. Mensitasi dari teori Locsin yang menyampaikan bahwa, " *Technological Competency as Caring in Nursing*" maka pengembangan teknologi dan informasi di bidang keperawatan merupakan poin penting yang bisa mengantarkan pelayanan dan asuhan berbasis teknologi yang *Caring*, bermutu dan aman (Kongsuwan & Locsin, 2011).

Konsep "*Technological Competency as Caring in Nursing*" merupakan perwujudan kesiapan perawat menuju ke tahapan *Society 5.0*. *Society 5.0* diarahkan agar masyarakat

termasuk masyarakat keperawatan dapat menyelesaikan berbagai tantangan dan permasalahan sosial dengan memanfaatkan berbagai inovasi yang lahir di era Revolusi industri 4.0 seperti *Internet on Things* (internet untuk segala sesuatu), *Artificial Intelligence* (kecerdasan buatan), *big data* (data dalam jumlah besar), dan robot untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. *Society 5.0* juga dapat diartikan sebagai sebuah konsep masyarakat yang berpusat pada manusia dan berbasis teknologi, *Society 5.0* juga menyampaikan bahwa teknologi menjadi bagian dari manusia. Pada *Society 5.0* tidak hanya menekankan pada teknologi tetapi berpusat pada manusia khususnya perawat yang kompeten dalam berpikir kritis, kreatif, kemampuan manajemen, berkoordinasi dengan orang lain, kecerdasan emosional, kemampuan menilai dan mengambil keputusan, berorientasi mengedepankan pelayanan, kemampuan negosiasi, serta fleksibilitas kognitif.

Urgensi teknologi dan sistem informasi keperawatan telah nyata seiring adanya revolusi industri 4.0 dan *society 5.0*. Teknologi dan sistem informasi keperawatan juga implementasinya dapat mendukung tidak hanya di era Covid-19 dan era adaptasi baru, tetapi juga untuk arah tercapainya *Sustainability Goal Developments* (SGDs) khususnya di bidang Kesehatan. Sasaran SGDs bidang kesehatan adalah memastikan kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan untuk segala usia. *International Nursing Council* (ICN) menyampaikan bahwa perawatan meliputi promosi kesehatan, pencegahan, penyakit, dan perawatan sakit baik fisik, mental, dan kecacatan, dan dari segala usia dan pada spektrum individu, keluarga, dan komunitas (www.icn.ch/nursing-policy). Dengan spektrum yang sangat luas maka peranan teknologi dan sistem informasi menjadi bagian yang tidak terlepas dari keperawatan. Pada kesimpulannya teknologi dan sistem informasi keperawatan tidak hanya bermanfaat bagi bidang pelayanan tetapi juga untuk pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat.

Referensi

- Addo, P. C., Jiaming, F., Kulbo, N. B., & Liangqiang, L. (2020). COVID-19: fear appeal favoring purchase behavior towards personal protective equipment. *The Service Industries Journal*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/02642069.2020.1751823>
- Alexander, K. E., Ogle, T., Hoberg, H., Linley, L., & Bradford, N. (2021). Patient preferences for using technology in communication about symptoms post hospital discharge. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06119-7>
- Aris Winata, I. M. N., & Hariyati, R. T. S. (2021). Nurse satisfaction level using electronic nursing documentation. *Enfermeria Clinica*, 31, S109–S112. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.002>
- Basky, G. (2020). All hands on deck as cases of COVID-19 surge. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 192(15), E415–E416. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1095859>
- Brinkman, A. (2019). Coping with the COVID-19 virus. 26(3).
- Crisis Standard of Care COVID-19 Pandemic. (n.d.). <http://nursingworld.org/code-of-ethics>.

- Dias, V. P., Witt, R. R., Silveira, D. T., Kolling, J. H. G., Fontanive, P., de Castro Filho, E. D., & Harzheim, E. (2009). Telenursing in primary health care: report of experience in southern Brazil. *Studies in Health Technology and Informatics*, 146, 202–206. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-024-7-202>
- Dieckmann, P., Torgeirsen, K., Qvindesland, S. A., Thomas, L., Bushell, V., & Langli Ersdal, H. (2020). The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Advances in Simulation*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00121-5>
- Dwisatyadini, M., Hariyati, R. T. S., & Afifah, E. (2018). The effects of the application of SIMPRO on the completeness and time efficiency of nursing documentation in the outpatient instalation at Dompet Dhuafa Hospital Parung. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 332(1). <https://doi.org/10.1088/1757-899X/332/1/012034>
- Hariyati, R. T. S., Hamid, A. Y., Eryando, T., & Hasibuan, Z. A. (2018). Usability and satisfaction of using electronic nursing documentation, lesson-learned from new system implementation at a hospital in Indonesia. *International Journal of Healthcare Management*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1504387>
- Hariyati, R. T. S., Handiyani, H., Utomo, B., Rahmi, S. F., & Djadjuli, H. (2019). Nurses' perception and nursing satisfaction using "The Corner Competency System." *Enfermeria Clinica*, 29, 659–664. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.101>
- Hariyati, R. T. S., Yani, A., Eryando, T., Hasibuan, Z., & Milanti, A. (2016). The Effectiveness and Efficiency of Nursing Care Documentation Using the SIMPRO Model. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(3). <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12086>
- Hart, J., & Archives, S. J. (2020). Wisconsin's nursing shortage in the spotlight as hospitals face influx of COVID-19 cases. 19–21.
- Huang, L., Lin, G., Tang, L., Yu, L., & Zhou, Z. (2020a). Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Critical Care*, 24(1), 10–13. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>
- Huang, L., Lin, G., Tang, L., Yu, L., & Zhou, Z. (2020b). Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. In Critical Care (Vol. 24, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>
- <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/sustainable-development-goals>
- Indonesia Governance. (2013). Nursing Act No 38.
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2012). Thai nurses' experience of *Caring* for persons with life-sustaining technologies in intensive care settings: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(2), 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.12.002>
- Li, N., Liu, T., Chen, H., Liao, J., Li, H., Luo, Q., Song, H., Xiang, F., Tan, J., Zhou, J., Hu, G., Yuan, Z., Peng, Y., & Luo, G. (2020). Management strategies for the burn ward during COVID-19 pandemic. In *Burns* (Vol. 46, Issue 4, pp. 756–761). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.03.013>
- Liston, J. (2019). Advanced Informatics Competencies of Nurses at Sutter Maternity and Surgery. <https://doi.org/10.31979/etd.jfjm-8kr7>

- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020a). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020b). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Lucchini, A., Giani, M., Elli, S., Villa, S., Rona, R., & Foti, G. (2020). Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. In Intensive and *Critical Care Nursing* (Vol. 59). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102876>
- Malawat, K. Y., Hariyati, RTS., & Sari, K. M. (2020). Nursing Managers' Strategies for Reducing Interpersonal and Inter-professional Conflict in the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 3(6). <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i6.102876>
- Murphy, K. (2010). Nursing Informatics The Intersection of Nursing, Computer, and Information Sciences. *Nursing Economics*, 28(3), 204–206.
- Olajubu, A. O., Irinoye, O. O., & Olowokere, A. E. (2014). Competencies and Barriers to the Use of Nursing Informatics among Nurses in Primary, Secondary and Tertiary Healthcare Facilities in Nigeria. <https://doi.org/10.12856/JHIA-2014-v2-i1-85>
- Salway, R. J., Silvestri, D., Wei, E. K., & Bouton, M. (2020). Using information technology to improve covid-19 care at new york city health + hospitals. *Health Affairs*, 39(9), 1601–1604. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00930>
- Sari, V. R., Hariyati., RTS & Hamid, S. (2017). The association between stereotyping and interprofessional collaborative practice. *Enfermería Clínica*. 27, 134–138.
- Sartika, D., Hariyati, RTS., & Novieastasri, E. (2014). Self efficacy perawat dalam penggunaan sistem informasi keperawatan di rsia bunda jakarta: studi fenomenologi. *Jurnal Keperawatan Indonesia* (Vol. 17, Issue 2).
- Setyaningrum, I., Hariyati RTS & N. E. (2016). Peningkatan kelengkapan dokumentasi dan kepuasan perawat pada pengawasan hospital acquired infections (HAIs) berbasis komputer. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(1), 33–40.
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Sparwasser, P., Brandt, M. P., Haack, M., Dotzauer, R., Boehm, K., Gheith, M. K., Mager, R., Jäger, W., Ziebart, A., Höfner, T., Tsaur, I., Haferkamp, A., & Borgmann, H. (2021). Robotic surgery can be safely performed for patients and healthcare workers during COVID-19 pandemic. *International Journal of Medical Robotics and Computer Assisted Surgery*. <https://doi.org/10.1002/rcs.2291>
- Staggers, N. T. B. C. (2002). The evolution of definitions for Nursing *Informatics*. *Journal of the American Medical Informatic Association*, 9, 255–261.

Suganda, T., Hariyati, RTS. (2019). Perbandingan kualitas dokumentasi keperawatan berbasis elektronik dan berbasis kertas: Study literature. *Holistik Jurnal Keperawatan* (Vol. 14, Issue 1).

Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B., Boden, I., Gosselink, R., Granger, C. L., Hodgson, C., Jones, A. Y., Kho, M. E., Moses, R., Ntoumenopoulos, G., Parry, S. M., Patman, S., & van der Lee, L. (2020a). Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>

Vuononvirta, T., Timonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Timonen, O., Ylitalo, K., Kanste, O., & Taanila, A. (2011). The compatibility of telehealth with health-care delivery. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(4), 190–194. <https://doi.org/10.1258/jtt.2010.100502>

Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020a). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241–247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>

Wayan, I., Saraswasta, G., Hariyati, RTS. (2018). The Implementation of Electronic-Based Nursing Care Documentation on Quality of Nursing Care: A Literature Review. In *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)* (Vol. 1, Issue 2).

Wei, X. S., Wang, X. R., Zhang, J. C., Yang, W. B., Ma, W. L., Yang, B. H., Jiang, N. C., Gao, Z. C., Shi, H. Z., & Zhou, Q. (2020). A cluster of health care workers with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV-2. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, xxxx, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.04.013>

Yen, M. Y., Schwartz, J., King, C. C., Lee, C. M., & Hsueh, P. R. (2020). Recommendations for protecting against and mitigating the COVID-19 pandemic in long-term care facilities. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.04.003>

Zasadzka, E., Trzmiel, T., Pieczyńska, A., & Hojan, K. (2021). Modern technologies in the rehabilitation of patients with multiple sclerosis and their potential application in times of covid-19. In *Medicina (Lithuania)* (Vol. 57, Issue 6). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/medicina57060549>

Zhang, W., Paudel, D., Shi, R., Liang, J., Liu, J., Zeng, X., Zhou, Y., & Zhang, B. (2020). Virtual reality exposure therapy (Vret) for anxiety due to fear of covid-19 infection: A case series. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2669–2675. <https://doi.org/10.2147/NDT.S276203>

BAB 17

Optimalisasi Tenaga Keperawatan Dalam Mengakhiri Pandemik HIV Di Indonesia Sebagai Upaya Mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan

Kusman Ibrahim

A. Pendahuluan

HIV dan *AIDS* masih merupakan permasalahan kesehatan masyarakat yang cukup kompleks sampai saat ini baik nasional maupun global. Setelah 40 tahun lebih, sejak pertama kali virus HIV ditemukan menginfeksi manusia, sampai saat ini pertambahan kasus baru dan angka kematian akibat AIDS masih terjadi. UNAIDS melaporkan, diperkirakan ada 38,4 juta orang hidup dengan HIV (ODHIV) di dunia pada tahun 2021, dan 1,5 juta diantaranya adalah kasus infeksi baru, dan 650.000 orang meninggal karena penyakit yang berhubungan dengan AIDS (UNAIDS, 2022).

Dua belas tahun yang lalu, pada tahun 2000, para pemimpin dunia berkumpul dan menyepakati tujuan bersama yang disebut sebagai tujuan pembangunan milenium (*Millenium Development Goal*) atau MDGs, yang salah satu tujuannya adalah memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya. Era MGDs sudah berlalu, dan pencapaian di bidang pengendalian HIV/AIDS masih belum memuaskan, begitu juga capaian di bidang-bidang lainnya. Oleh karenanya pada tahun 2016 para pemimpin negara-negara kembali berkumpul dan menyepakati “tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*)” untuk dicapai pada tahun 2030 yang meliputi 17 tujuan dan salah satunya adalah meyakinkan diterapkannya perilaku hidup sehat dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan bagi semua manusia di semua rentang usia. Salah satu yang menjadi indikator target dari tujuan ini adalah mengakhiri epidemik HIV/AIDS, TBC, Malaria, penyakit tropis yang terabaikan, hepatitis, penyakit yang ditularkan melalui air, dan penyakit menular lainnya (UN General Assembly, 2015).

Indonesia sebagai bagian dari masyarakat dunia, terus berupaya untuk mencapai *Ending AIDS* pada tahun 2030 sebagai bentuk komitmen bersama negara-negara lain di dunia. Beberapa langkah strategis dilakukan untuk mencapai target indikator SDG's, triple 95, dan Three Zero (*zero new infections, zero discrimination, and zero AIDS-related death*)

untuk mencapai eliminasi HIV pada 2030. Upaya yang dilakukan diantaranya dengan menerbitkan berbagai regulasi, memperluas akses layanan kesehatan, perberdayaan masyarakat, dan kerjasama dengan berbagai pihak baik dalam maupun luar negeri untuk penanggulangan HIV/AIDS (Kementerian Kesehatan RI [Kemkes], 2013).

Namun, ketika menjelang sepuluh tahun menuju Three Zero, pandemi Covid-19 menghampiri dan tidak bisa dielakan, telah menyita banyak perhatian, upaya, dan dana besar untuk mengatasinya sehingga masalah HIV dan penyakit-penyakit mematikan lainnya seperti terkesampingkan. Pandemi Covid-19 telah berdampak pada upaya penanggulangan HIV secara global. Di Afrika, pandemik Covid-19 selama 6 bulan terakhir, telah berdampak pada bertambahnya sekitar 500.000 kasus kematian akibat penyakit yang berhubungan dengan AIDS (UNAIDS, 2020). Global Fund, sebuah lembaga donor dunia, melakukan survei terhadap 502 fasilitas pelayanan kesehatan di 32 negara Asia dan Afrika termasuk Indonesia selama sebelum pandemik 2019 dan masa pandemik 2020, hasilnya mengungkapkan bahwa terdapat penurunan test HIV sebesar 41% dan penurunan akses ke pemeriksaan diagnostik lanjut sebesar 37% di tahun 2020 dibanding sebelum masa pandemik tahun 2019 (Global Fund, 2021).

B. Strategi Penanggulangan HIV

Strategi global dalam menanggulangi pandemic HIV mengandalkan pada peningkatan jumlah test HIV dan terapi antiretroviral (ART). Keberhasilan terapi ART ditunjukkan dengan penekanan jumlah virus (*viral suppression*) sampai pada tingkat yang tidak dapat dideteksi. Pada konteks ini, perawatan berkelanjutan (*continuum of care*) menjadi kerangka penting dalam menjaga setiap tahapan (melakukan test HIV pada kelompok berisiko, mendapatkan pengobatan-dukungan-perawatan, dan mempertahankan keterhubungan dengan layanan kesehatan) agar bisa sampai pada penekanan jumlah virus, dapat dijalani dengan baik. Di Indonesia, dilihat dari capaian kaskade treatmen (triple 90) di tahun 2019, Indonesia baru mencapai 66% orang yang berisiko HIV mengetahui status HIV-nya melalui test, dan 26% dari yang mengetahui mendapatkan pengobatan ARV, tidak ada data pasti berapa yang mencapai supresi jumlah virus, dan 26% dari yang mendapatkan pengobatan mengalami *lost to follow up* (UNAIDS, 2021).

Melihat sedemikian besar dan kompleks tantangan penanggulangan HIV di Indonesia, diperlukan terobosan baru dan langkah-langkah strategis dalam mendukung akselerasi pencapaian tujuan SDGs di tahun 2030, khususnya mengakhiri pandemik HIV. Untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan dan strategi penanggulangan HIV secara efektif dibutuhkan SDM kesehatan yang memadai baik jumlah, mutu, maupun distribusinya yang bisa menjangkau seluruh pelosok negeri. Tenaga kesehatan merupakan komponen penting dalam berbagai pelayanan kesehatan termasuk untuk pasien dengan HIV/AIDS. Dari sekian banyak tenaga kesehatan, tenaga keperawatan merupakan jenis tenaga terbanyak dan seringkali terdepan, dan bahkan tersebar ke berbagai pelosok daerah dalam memberikan pelayanan kesehatan baik pada situasi normal maupun masa pandemik. Di beberapa negara termasuk di Indonesia, jumlah tenaga keperawatan bisa mencapai 50% lebih dari jumlah

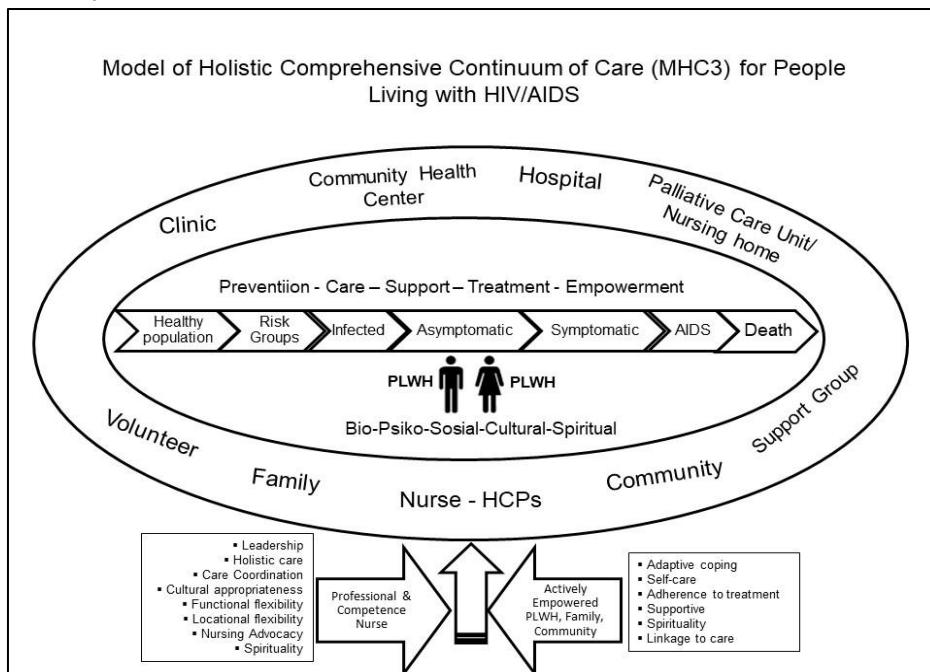
tenaga kesehatan yang ada (Kemkes, 2017). Sehingga tidak berlebihan jika baik buruknya citra pelayanan kesehatan juga turut ditentukan sebagian besarnya oleh baik buruknya citra pelayanan keperawatan. Namun demikian, kesenjangan (gap) masih sering ditemukan di lapangan dimana pendayagunaan tenaga keperawatan masih belum optimal dan belum mengacu kepada standar tugas dan fungsi profesinya sehingga seringkali tenaga keperawatan mengalami beban kerja berlebih (*overworked*), dibayar murah (*underpaid*), dan kurang dihargai (*undervalued*), yang ini semua bisa berdampak terhadap kinerja tenaga keperawatan dan ujungnya mempengaruhi kualitas dan luaran pelayanan kesehatan (ICN, 2021). Oleh karena itu, dalam konteks penanggulangan pandemik HIV pun, optimalisasi tenaga keperawatan bisa menjadi kata kunci dan langkah strtaegis dalam mencapai percepatan mengakhiri pandemik HIV untuk mencapai SDGs.

C. **Nurse-Led HIV Intervention**

Sejak kasus pertama HIV dilaporkan tahun 1981 dan menyebar ke beberapa negara, perawat langsung tampil di garis depan dalam melawan pandemik dengan memberikan perawatan baik pada orang yang terinfeksi HIV langsung maupun orang-orang sekitar pasien yang terdampak seperti pasangan, anak, keluarga, dll. Setidaknya ada beberapa alasan mengapa perawat bisa menjadi posisi sentral dalam upaya penanggulangan wabah ini diantaranya: 1) perawat dilatih untuk selalu menyadari determinan sosial kesehatan yang mempengaruhi seseorang berisiko terinfeksi HIV, 2) perawat tersebar di seluruh tingkatan pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier, bahkan sampai ke pelosok, 3) perawat sudah terbiasa praktik interdisiplin dan berkolaborasi dengan berbagai anggota team kesehatan lain. Dari kajian pustaka, sudah ada dipublikasikan bagaimana kontribusi perawat dalam penanggulangan wabah HIV.

Dari studi-studi diatas, nampak bahwa "*nurse-led HIV intervention*" telah berhasil menerapkan "task-shifting" dan "task-sharing" untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan dengan biaya terjangkau (Callaghan et al., 2010). Dari pengamatan dan penelitian yang penulis lakukan selama bertahun-tahun, penulis mencoba mengembangkan suatu model yang dinamakan "Model Perawatan Holistik Komprehensif Berkelanjutan bagi Orang dengan HIV (PHKB-HIV)" (Gambar 12.1). Dalam model ini, pasien HIV/AIDS dipandang sebagai mahluk bio-psiko-sosial-kultural-spiritual merupakan satu kesatuan yang utuh (holistik). Seseorang terinfeksi HIV pada mulanya ia merupakan bagian dari populasi sehat, kemudian menjadi kelompok risiko, terinfeksi, dan masuk ke fase perjalanan penyakit dari mulai asimptomatik, simptomatik, AIDS, dan kematian. Selama proses tersebut, pasien akan berinteraksi dengan lingkungan sekitar baik keluarga, masyarakat, dan layanan kesehatan (rumah sakit, klinik, puskesmas, dll). Perawat dapat berperan dalam mengedukasi tindakan-tindakan pencegahan pada populasi sehat dan populasi berisiko, memfasilitasi test dan pengobatan bagi yang terinfeksi, memberikan perawatan dan dukungan untuk yang terinfeksi dan terdampak, dan pemberdayaan bagi ODHIV dan orang-orang disekitarnya. Layanan yang diberikan perawat bersifat holistik komprehensif dan berkelanjutan meliputi

seluruh rentang proses sehat dan sakit, serta lintas tempat layanan dari rumah, masyarakat, dan sarana pelayanan kesehatan.



Gambar 17.1

Model Perawatan Holistik Komprehensif Berkelanjutan (PHKB-HIV) bagi Orang dengan HIV (Ibrahim, Herliani, & Rahayuwati, 2021)

Untuk memberikan pelayanan seperti itu diperlukan kompetensi yang mumpuni dari seorang perawat, dan ini dibangun dari sejak awal masa pendidikan melalui penyiapan kurikulum dan proses pembelajaran yang baik, terstandar, dan terukur. Kompetensi yang perlu dimiliki oleh perawat HIV/AIDS diantaranya; kepemimpinan, perawatan holistik, koordinasi pelayanan, peka budaya, fleksibilitas fungsional, fleksibilitas lokasi, advokasi (Guilamo-Ramos et al, 2021), dan spiritualitas (Ibrahim, et al, 2021). Disisi lain, pasien, keluarga, dan masyarakat perlu didorong untuk berperan aktif dan berdaya untuk memperjuangkan hidup sehat dan sejahtera. Pasien yang aktif dan berdaya dalam mencari bantuan akan diindikasikan dengan dimilikinya kemampuan coping yang adaptif, self-care, kepatuhan minum obat ART, mendukung, spiritualitas, dan kemampuan untuk selalu terhubung dengan layanan kesehatan. Ujung dari implementasi model ini dihasilkannya luaran bagi pasien berupa status kesehatan dan kualitas hidup pasien yang lebih baik.

D. Kesimpulan

Melihat kiprah dan kontribusi tenaga keperawatan dalam penanggulangan pandemic HIV, dan melihat potensi, kompetensi, jumlah dan sebaran tenaga keperawatan yang luas sampai ke pelosok, maka sudah selayaknya mereka dioptimalisasikan peran dan fungsinya untuk mendukung akselerasi menghentikan pandemik HIV guna mencapai tujuan SGDs di tahun 2030. Strategi optimalisasi dengan berbagi tugas dan kewenangan (*"task shifting"* atau *"task sharing"*) dari tenaga medis ke tenaga perawat, tentunya dengan memperhatikan kualifikasi dan kompetensi yang memadai, serta strategi *"service differentiation"* dengan

memperluas kewenangan praktik ("scope of practice") tenaga keperawatan, disertai regulasi yang memayungi, bisa menjadi solusi alternatif untuk memperluas pemerataan akses ke layanan kesehatan bagi para ODHIV disela-sela minimnya jumlah dan maldistribusinya tenaga medis, sehingga harapan untuk mencapai target "*universal coverage*" dan "*three zeros*" yaitu *zero new HIV infection, zero stigma and discrimination, and zero AIDS-related death*, bisa terwujud dan derajat kesehatan masyarakat meningkat.

Referensi

- Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 8(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-8>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). HIV treatment as prevention. <https://www.cdc.gov/hiv/risk/art/index.html>
- Global Fund. (2021). The Global Fund: The impact of covid-19 on HIV, TB and Malaria services and systems for health: A snapshot from 502 health facilities across Africa and Asia.
- Guilamo-Ramos, V., Flores, D.D., Schenita, D., Randolph, S.D., Etogho, E.B.A. (2021). Nursing Contributions to Ending the Global Adolescent and Young Adult HIV Pandemic. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 32 (3), 264-282
- Ibrahim, K., Haroen, H., & Pinxten, L. (2011). Home-based Care: A need assessment of People Living with HIV infection in Bandung, Indonesia. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 22(3), 229-237
- Ibrahim, K., Herliani, Y.K. & Rahayuwati, L. (2021). Laporan penelitian pengembangan model perawatan holistic komprehensif berkelanjutan bagi ODHIV di Jawa Barat.
- Ibrahim, K., Herliani, Y. K., Rahayuwati, L., Khadijah, S., & Sutini, T. (2021). Healthcare needs of people living with human immunodeficiency virus: A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 00, 1–9. <https://doi.org/10.1002/nop2.1071>
- Ibrahim, K., & Songwathana, P. (2009). Cultural care for People Living with HIV/AIDS in Muslim Communities in Asia: A literature review *Thai Journal Nursing Research*, 13(2), 148-157.
- International Council of Nurses (ICN). (2021). New reports reveal nurses are underpaid, undervalued and face larger gender pay gap than other sectors. Retrieved July 25, 2022 from https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/PR_24_Gender%26PayReports_FINAL_0.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2013 Tentang Penanggulangan HIV/AIDS.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Info datin, pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI: Situasi Tenaga Keperawatan Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Laporan Perkembangan HIV AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2021.

- Lehman, U., & Sanders, D. (2007). Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. World Health Organization: Evidence and Information for Policy, Department of Human Health Geneva. https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf
- Médecins Sans Frontières. (2009). Selibeng Sa Tsepo [Wellspring of Hope]: HIV/AIDS programme. <https://pdfs.semanticscholar.org/38fc/14e4f65e99335fce2f0988e9d29f3982352e.pdf>
- O'Byrne P, Vandyk A, Orser L, et al. (2021). Nurse-led PrEP-RN clinic: a prospective cohort study exploring taskShifting HIV prevention to public health nurses. *BMJ Open*, 11:e040817. Doi:10.1136/bmjopen-2020-040817
- Sanne, I., Orrell, C., Fox, M., Conradie, F., Ive, P., Zeinecker, J., et al. (2010). Nurse management is not inferior to doctor management of antiretroviral patients: The CIPRA South Africa randomised trial. *The Lancet*, 376(9734), 33–40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60894-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60894-X)
- UNAIDS. (2020). Global AIDS Update 2020, Seizing the moment: Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Retrieved July 26, 2022 from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- UNAIDS. (2021). Country fact sheet: Indonesia 2021. Retrived July 26 from <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/indonesia>
- UNAIDS. (2022). Global HIV Statistics. Retrieved July 29, 2022 from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- United Nations General Assembly. (2015). *Transformation our world: The 2030 agenda for Sustainable Development*.
- WHO. (2013). Millennium Development Goals (MDGs). Retrieved December 16, 2013, from http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/index.html
- Wood, E.M., Zani, B., Esterhuizen, T.M., & Young, T. (2018). Nurse led home-based care for people with HIV/AIDS. *BMC Health Services Research*, 18, 219 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3002-4>
- WHO. (2000). Key elements in HIV/AIDS care and support. Retrieved January 15th, 2013, from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACM629.pdf
- WHO, ICN, & UNAIDS. (2000). *Fact Sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives*. Geneva Switzerland: WHO Press.

BAB 18

Gangguan Muskuloskeletal Akibat Kerja, Dampak Terhadap Produktivitas Kerja dan Upaya Penanggulangannya

Iwan Muhamad Ramdan

A. Pendahuluan

Kecelakaan Kerja (KK) dan penyakit akibat kerja (PAK) masih merupakan masalah Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) global yang memerlukan penanganan dari berbagai pihak, lintas sektor dan lintas negara. Organisasi buruh internasional (ILO) melaporkan setiap tahun lebih 2,3 juta wanita dan pria meninggal di tempat kerja karena kecelakaan kerja dan atau penyakit akibat kerja. Lebih dari 350.000 kematian disebabkan oleh kecelakaan fatal dan hampir 2 juta kematian disebabkan oleh penyakit akibat kerja (ILO, 2015). Beberapa hasil penelitian melaporkan bahwa PAK telah menyebabkan kematian paling banyak di antara pekerja (paparan zat berbahaya diperkirakan menyebabkan 651.279 kematian per tahun), industri konstruksi memiliki tingkat kecelakaan yang tercatat sangat tinggi, pekerja muda dan tua sangat rentan mengalami PAK dan KK. (International Labor Organization (ILO), 2022)

Studi oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan kondisi kerja yang tidak sehat berkontribusi sekitar 1,6% terhadap kejadian penyakit akibat kerja. Faktor risiko pekerjaan utama yang terkait dengan PAK adalah: cedera (40%), kebisingan (22%), zat karsinogen (18%), partikel udara (17%), dan bahaya ergonomis (3%).(WHO Regional Office for Europe, 2022)

Dari hasil penelitiannya tentang beban penyakit dan cedera terkait pekerjaan, WHO dan ILO menyimpulkan sebagian besar kematian terkait pekerjaan disebabkan oleh penyakit pernapasan (penyakit paru obstruktif kronik mencapai 450.000 kematian) dan kardiovaskular (stroke 400.000 kematian dan penyakit jantung iskemik 350.000 kematian). Sementara itu penyakit tidak menular menyumbang 81 persen dan cedera akibat kerja menyebabkan 19 persen kematian (360.000 kematian). Studi ini mempertimbangkan 19 faktor risiko pekerjaan, termasuk jam kerja yang panjang dan paparan polusi udara, asmagen, karsinogen, faktor risiko ergonomis, dan kebisingan di tempat kerja. Jam kerja yang panjang terkait dengan sekitar 750.000 kematian, sedangkan paparan polusi udara di

tempat kerja (partikel, gas, dan asap) bertanggung jawab atas 450.000 kematian.(WHO/ILO, 2016)

Diantara penyakit akibat kerja (PAK) yang sering dialami pekerja di dunia, gangguan muskuloskeletal merupakan penyumbang terbesar, yang sebagian besar berhubungan dengan faktor ergonomi.(De Kok et al., 2019) Sekitar 1,71 miliar orang di seluruh dunia mengalami gangguan muskuloskeletal (568 diantaranya *Low back pain*), penyakit ini merupakan penyebab paling umum dari kecacatan dan keterbatasan gerak (disabilitas) di 160 negara yang berhubungan dengan kehidupan sehari-hari dan pekerjaan. Seiring peningkatan usia pekerja, gangguan muskuloskeletal diprediksi akan meningkat pada beberapa dekade mendatang.(Bevan, 2015) (World Health Organization (WHO), 2021)

Kondisi K3 di Indonesia sampai saat ini belum begitu baik. Masalah utama kesehatan kerja di Indonesia adalah tingginya angka kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, penyakit tidak menular dan penyakit menular (Kemenkes RI, 2015) sementara itu pencatatan dan pelaporan angka penyakit akibat kerja juga belum baik (Ichsan, 2020).

Data BPJS Ketenagakerjaan merinci pada tahun 2019 terdapat 182 ribu kasus kecelakaan kerja dan sepanjang tahun 2020 terdapat 225 ribu kasus kecelakaan kerja, 53 kasus penyakit akibat kerja yang 11 di antaranya disebabkan Covid-19. Sepanjang Januari hingga September 2021 terdapat 82 ribu kasus kecelakaan kerja dan 179 (seratus tujuh puluh sembilan) kasus penyakit akibat kerja yang 65 persennya disebabkan Covid-19. Sektor konstruksi merupakan sektor yang dianggap paling berbahaya dan masih menjadi penyumbang tertinggi angka kecelakaan kerja baik di dunia,(Khosravi et al., 2014)(Ramdan, Candra, Arlita, et al., 2019) maupun di Indonesia.(Latief et al., 2011; Ramdan, Candra, Arlita, et al., 2019; Ramdan & Handoko, 2016) Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 oleh Kemenkes RI menyimpulkan bahwa prevalensi gangguan muskuloskeletal di Indonesia sebanyak 7.30%, dimana sektor pertanian dengan penyumbang tertinggi sebanyak 9.86% (Kemenkes RI, 2018)

B. Kerugian Akibat PAK/WMSD

Gangguan muskuloskeletal akibat kerja berdampak buruk baik bagi individu tenaga kerja maupun bagi perusahaan, diantaranya yang paling merugikan adalah menurunkan produktivitas kerja (dengan total kerugian mencapai 2% dari produk domestik bruto) dan menurunkan kesejahteraan pekerja (Bevan, 2015)(World Health Organization (WHO), 2021)(Bhattacharya, 2014; Loghmani et al., 2013; Lötters et al., 2005) Beberapa riset menyimpulkan bahwa kondisi kesehatan pekerja yang buruk (termasuk gangguan muskuloskeletal akibat kerja) telah menyebabkan peningkatan angka ketidakhadiran kerja.(Van Den Heuvel et al., 2010) Gangguan kesehatan yang sering dialami pekerja yang berdampak terhadap turunnya produktivitas kerja antara lain gangguan muskuloskeletal (*WMSD*), kelelahan kerja, gangguan tidur, *work-related stress*, dan gangguan pencernaan.(Lee et al., 2021) WMSD adalah penyebab utama keterbatasan gerak/kerja, meningkatnya angka ketidakhadiran kerja, dan penurunan produktivitas kerja di Eropa.(Bevan, 2015) Penyakit tidak menular (diantaranya gangguan muskuloskeletal akibat

kerja) berpengaruh terhadap produktivitas kerja pada penduduk usia kerja dan pekerja di Indonesia.(Kemenkes RI, 2015) WMSD telah menyebabkan gangguan ADL (Morse et al., 1998). Biaya kesehatan akibat WMSD merupakan yang paling besar dengan tingkat pertumbuhan yang paling tinggi di US (meningkat 70% setiap tahunnya),(United States Bone and Joint Initiative, 2015) melebihi pengeluaran untuk anggaran pertahanan sekalipun.(Bone and Joint Initiative USA, 2016) WMSD telah menurunkan kemampuan gerak/kerja dan menurunkan kualitas hidup pekerja.

Di negara maju seperti Amerika, gangguan muskuloskeletal telah menimbulkan kerugian yang sangat besar. *US Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)* melaporkan gangguan muskuloskeletal (dikenal dengan istilah *work-musculoskeletal disorders/WMSD*) telah meningkatkan ketidakhadiran kerja, menurunkan produktivitas kerja, meningkatkan biaya kesehatan dan biaya kompensasi pekerja. Beban ekonomi akibat WMSD yang diukur dengan biaya kompensasi, upah yang hilang, dan produktivitas yang hilang, adalah antara \$45 dan \$54 miliar per tahun, sementara itu biaya asuransi kesehatan yang telah dikeluarkan sebesar \$13,4 miliar setiap tahun. Sementara itu *US Bureau of Labor Statistics* melaporkan terdapat lebih dari 2.8 juta kasus kecelakaan kerja yang 33% diantaranya disebabkan karena gangguan muskuloskeletal. Beberapa hasil studi di negara berkembang menyimpulkan hal yang sama, prevalensi WMSD didapatkan cukup tinggi dan merupakan penyebab utama penurunan produktivitas kerja serta menimbulkan biaya kesehatan yang tinggi.

C. Determinan Gangguan Muskuloskeletal

Penyebab utama gangguan muskuloskeletal akibat kerja adalah aktivitas *manual handling* yakni aktivitas kerja membawa, menahan, mengangkat, menurunkan, mendorong dan menarik beban secara berulang. Terdapat berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal akibat kerja, diantaranya beban kerja fisik melebihi kapasitas tubuh, indeks masa tubuh berlebihan, postur kerja yang buruk, beban psikologis kerja yang tinggi, penyakit penyerta, gerakan berulang (*repetitive motion*), dan kebiasaan merokok, masa kerja dan jam kerja perhari yang melebihi aturan yang berlaku, karakteristik individu, aktivitas manual handling, gerakan berulang, posisi kerja statis, paparan getaran, kondisi psikis dan sosial yang buruk, stres kerja, persepsi perkerja terhadap paparan biomekanik ergonomik dan *video display unit (VDU)*, faktor sosiodemografi, dan riwayat kesehatan terdahulu, masa kerja, penggunaan *display screen*, dan stasiun kerja yang tidak ergonomis; penggunaan komputer dengan posisi statis yang lama, peregangan otot berlebihan, gerakan berulang dan getaran, mengangkat beban berlebihan, postur kerja canggung, dan waktu kerja yang lama, beban kerja fisik yang tinggi, postur kerja statis, pekerjaan manual seperti mengangkat, mendorong, menggeser dengan beban yang melebihi kemampuan tubuh, kerja berulang, paparan getaran, faktor psikologis dan psikososial.

Hasil yang sama didapatkan dari berbagai penelitian tentang faktor risiko gangguan muskuloskeletal di Indonesia antara lain: usia pekerja, pendidikan, masa kerja, lama waktu duduk, postur kerja, ukuran tubuh (antropometri) pekerja, beban angkat, lama jam kerja, status nutrisi, riwayat penyakit terdahulu dan aktivitas manual handling. Faktor lainnya yang menyebabkan tingginya angka kejadian gangguan muskuloskeletal pada pekerja adalah faktor pengetahuan yang rendah.

D. Alat Ukur Survei WMSD yang Terpercaya

Kuesioner untuk mengkaji gangguan muskuloskeletal akibat kerja telah banyak disusun oleh para ahli di seluruh dunia, dari yang bersifat keluhan umum hingga yang bersifat spesifik, dari yang *direct reading* sampai *indirect reading*. Berbagai alat ukur tersebut diantaranya *Cornell musculoskeletal discomfort questionnaires (CMDQ)*, *Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ)* atau di Indonesia populer dengan sebutan *Nordic Body Map (NBM)*, *Ergonomic Workplace Analysis method (EWA)*, dan *UK Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ)*.

Dari berbagai alat ukur tersebut, NMQ adalah kuesioner yang paling banyak dipergunakan oleh para peneliti di berbagai dunia dengan pertimbangan daftar pertanyaannya telah terstandar, mudah digunakan/tidak memerlukan keahlian khusus, tidak berbayar, dapat dipergunakan untuk mengkaji diri sendiri, dapat mengidentifikasi gejala gangguan muskuloskeletal dengan cepat, dapat dipergunakan untuk populasi penelitian yang besar, dan dapat dipergunakan bersama alat ukur lainnya seperti *Rapid upper limb assessment (RULA)*, *Rapid entire body assessment (REBA)* dan *Owako Ovako work posture analysis (OWAS)*.

Nordic musculoskeletal questionairre (NMQ) telah banyak diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa, di uji kesahihan dan kehandalannya serta telah teruji pada berbagai jenis pekerjaan di berbagai negara. Alat ukur ini telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan diperoleh hasil uji validitas item berkisar antara 0,501 (*min.*) sampai 0,823 (*maks.*) dan indeks reliabilitas Cronbach's alpha sebesar 0,726. Dengan demikian *Nordic musculoskeletal questionairre (NMQ)* versi bahasa Indonesia dapat dikatakan cukup valid dan reliabel untuk mengkaji gangguan muskuloskeletal akibat kerja pada pekerja Indonesia.

E. Diskrepansi data Kecelakaan kerja dan Penyakit Akibat Kerja di Indonesia

Salah satu permasalahan K3 yang terjadi di Indonesia adalah adanya ketimpangan data antara data kecelakaan kerja dan data penyakit akibat kerja. Data-data kecelakaan kerja akan mudah diakses baik bersumber dari badan penyelenggaran jaminan sosial (BPJS) ketenagakerjaan maupun dari Kementerian Ketenagakerjaan, sementara data-data penyakit akibat kerja di Indonesia sukar untuk diketahui/sukar untuk diakses. Beberapa permasalahan lain yang ditemui antara lain dokter spesialis kesehatan kerja masih kurang, penyakit akibat kerja ditemukan tetapi tidak dilaporkan, penyakit akibat kerja dianggap sebagai penyakit umum, perusahaan kurang peduli dengan penyakit akibat kerja karena mereka merasa

tenaga kerja sudah diikutsertakan program asuransi ketenagakerjaan, dan perusahaan menganggap tidak ada potensi penyakit terkait pekerjaan di tempat kerja.

Pendapat lainnya mengemukakan berbagai kasus penyakit akibat kerja tidak terdiagnosis karena dokter tidak memiliki pemahaman yang memadai tentang penyakit akibat kerja, akibatnya analisis pekerjaan tidak dilakukan sebagai dasar untuk mendiagnosis penyakit. Hal ini menjadi tantangan bagaimana meningkatkan kualitas dan kompetensi dokter dalam mendiagnosis penyakit akibat kerja. Faktor penghambat lain rendahnya pelaporan kasus PAK berasal dari pekerja dan pengusaha. Pekerja enggan melaporkan penyakit yang dialami sehubungan dengan pekerjaannya karena merasa takut dikenai sanksi oleh perusahaan, sementara perusahaan sendiri memilih untuk tidak melaporkan kepada pihak berwenang bahwa penyakit akibat kerja terjadi karena mereka tidak akan menerima penghargaan jika ada penyakit akibat kerja atau kecelakaan kerja yang menyita waktu kerja pekerja lebih dari 48 jam. Rendahnya pelaporan penyakit akibat kerja berdampak pada kebijakan K3 di Indonesia. Minimnya data penyakit akibat kerja menyebabkan pemerintah kurang memperhatikan masalah kesehatan kerja khususnya penyakit akibat kerja.

Kondisi ini memerlukan perhatian yang intens dari berbagai kementerian. Kementerian Ketenagakerjaan agak lebih menggiatkan pelatihan-pelatihan bagi petugas kesehatan terutama dokter dan paramedis perusahaan termasuk meningkatkan pengawasan ketenagakerjaan. Semakin banyak dokter dan perawat yang diberikan tugas sebagai dokter pemeriksaan kesehatan pekerja maupun sebagai paramedik perusahaan, maka akan memberikan pengaruh yang sangat besar bagi perbaikan kondisi kesehatan kerja. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi untuk lebih banyak membuka program studi Kedokteran Kerja dan atau Kesehatan Kerja, begitu pula dengan Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara agar lebih meningkatkan formasi untuk dokter dan paramedis spesialis Kesehatan Kerja.

F. Upaya Pengendalian yang Telah Dilakukan dan Hasil yang Dicapai

Telah terbukti bahwa faktor risiko utama kejadian gangguan musculoskeletal pada pekerja di Indonesia adalah faktor postur kerja yang buruk akibat desain peralatan/mesin kerja yang tidak ergonomis, kondisi ini sebagian besar dialami oleh pekerja sektor informal yang bekerja secara manual dengan alat bantu yang sederhana. Berbagai alat kerja ini didesain tidak berdasarkan ukuran antropometri penggunanya sehingga tidak fit ketika digunakan, menimbulkan gangguan musculoskeletal, dan masalah kesehatan lainnya seperti meningkatnya kelelahan kerja dan gangguan penglihatan. Beberapa faktor demografi yang berhubungan dengan kejadian gangguan musculoskeletal pada pekerja antara lain umur, latar belakang pendidikan, pengetahuan dan persepsi K3, masa kerja, waktu kerja, oleh karena itu diperlukan intervensi berdasarkan hasil penelitian untuk menanggulangi gangguan musculoskeletal.

Untuk menanggulangi potensi bahaya di tempat kerja, NIOSH telah menyusun hirarki pengendalian secara umum dan telah banyak diadopsi di berbagai negara untuk berbagai

jenis pekerjaan. Upaya pengendalian dimaksud (dari yang paling efektif ke yang kurang efektif) terdiri dari eliminasi, substitusi, rekayasa teknik, rekayasa administratif dan penggunaan alat pelindung diri. Upaya pengendalian ini penerapannya disesuaikan dengan jenis potensi bahaya yang ditemui di tempat kerja serta dengan memperhatikan kemampuan dari perusahaan.

Untuk pencegahan gangguan muskuloskeletal akibat kerja beberapa intervensi yang dapat dilakukan antara lain program ergonomik yang spesifik, perbaikan proses/prosedur kerja, rekayasa teknik, perbaikan alat-alat kerja beserta penggunaanya yang tepat. Sedangkan menurut OSHA intervensi ergonomi untuk mencegah gangguan muskuloskeletal akibat kerja adalah mengeliminasi potensi bahaya, memperbaiki kebijakan dan prosedur kerja, mengaplikasikan teknik-teknik yang tepat dalam mengangkat, menggeser, mendorong dan memindahkan benda dan menggunakan alat pelindung diri yang tepat, serta mengembangkan program ergonomi yang komprehensif. Beberapa studi sebelumnya menyimpulkan bahwa intervensi ergonomik adalah tindakan yang paling berhasil dalam mencegah atau mengurangi gangguan muskuloskeletal akibat kerja.

Pada pekerja industri, latihan peregangan otot di tempat kerja adalah intervensi yang paling efektif untuk menurunkan keluhan gangguan muskuloskeletal, begitu juga pada petugas kesehatan, latihan peregangan otot dinilai cukup efektif mengurangi dan mencegah gangguan muskuloskeletal. Penelitian lainnya membuktikan program pelatihan ergonomi cukup efektif untuk mencegah kejadian WMSD di tempat kerja.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya telah terbukti desain alat kerja yang tidak ergonomis telah menyebabkan postur kerja yang buruk/janggal sehingga menyebabkan gangguan muskuloskeletal dan kelelahan kerja. Penelitian intervensi yang telah dilakukan menyimpulkan alat bantu kerja yang didesain berdasarkan ukuran antropometri pekerja dapat memperbaiki postur kerja dan menurunkan risiko gangguan muskuloskeletal. Intervensi lainnya yang telah terbukti dapat mencegah dan menurunkan tingkat keparahan gangguan muskuloskeletal adalah latihan peregangan otot di tempat kerja. Berbagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan pekerja terkait faktor ergonomi di tempat kerja beserta gangguan muskuloskeletal akibat kerja dan pencegahannya dapat meningkatkan pengetahuan dan niat pekerja untuk berperilaku kerja secara aman dan sehat. Hal ini didukung oleh berbagai penelitian yang menyimpulkan faktor pengetahuan sebagai determinan utama perilaku K3 pekerja yang akan berdampak terhadap iklim/budaya K3 perusahaan.

G. Kesimpulan

Sebagai penutup, saya ingin menegaskan kembali bahwa gangguan muskuloskeletal akibat kerja di Indonesia memerlukan perhatian dan penanganan serius karena prevalensinya cukup tinggi dan telah terbukti menjadi penyebab turunnya produktivitas kerja serta kesejahteraan/kualitas hidup pekerja. Angka kejadian gangguan muskuloskeletal akibat kerja cukup tinggi pada pekerja sektor formal maupun informal, dengan penyebab utama aktivitas *manual handling* dan postur kerja yang buruk/janggal akibat desain alat

kerja dan stasiun kerja yang kurang ergonomis. Rendahnya pengetahuan tentang penyakit akibat kerja (gangguan muskuloskeletal) dan kaidah-kaidah ergonomik juga telah mempengaruhi tingginya angka kejadian penyakit akibat kerja ini.

Intervensi yang telah terbukti dapat menanggulangi dan mencegah gangguan muskuloskeletal akibat kerja adalah pendekatan ergonomik yakni perancangan alat kerja/stasiun kerja berdasarkan ukuran tubuh pekerja (antropometri) dan latihan peregangan otot di tempat kerja. Untuk mengatasi rendahnya angka pelaporan penyakit akibat kerja disarankan untuk melakukan langkah-langkah yang komprehensif sehingga kejadian penyakit akibat kerja dapat dideteksi lebih dini, terlaporkan dengan baik dan mendapatkan penanggulangan sedini mungkin sehingga tidak berakibat lebih buruk baik bagi pekerja maupun perusahaan.

Sebagai determinan perilaku yang paling kuat, faktor pengetahuan pekerja juga sangat penting untuk menurunkan prevalensi gangguan muskuloskeletal akibat kerja secara khusus, dan dapat memperbaiki iklim/budaya K3 perusahaan.

Referensi

- Acquah, A. A., D'Souza, C., Martin, B. J., Arko-Mensah, J., Basu, N., Quakyi, I. A., Robins, T. G., & Fobil, J. N. (2021). Comparison of ergonomic risk factors and work-related musculoskeletal disorders among dismantlers and burners of electronic waste in Agbogbloshie, Accra Ghana. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting, 65(1), 715–719. <https://doi.org/10.1177/1071181321651256>
- Aminullah M.H, Akhmad F., A. W. (2020). Hubungan Pengetahuan, Sikap Kerja dan Masa Kerja Dengan Keluhan Musculoskeletal Disorders(MSDs)Pada Buruh Angkut Barang di Pasar Martapura Kabupaten Banjar. 31, 1–14.
- Angriani, Y., Ramdan, I. M., & Lusiana, Di. (2019). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Gejala Kelelahan Mata Pada Pengrajin Sarung Tenun Kota Samarinda. Jurnal Husada Mahakam, IV(8), 505–517.
- Aragon, L. L., Liria, R. L., Ferre, A. J., & Galan, Marta GomezRemedios, L. (2017). Applications of the Standardized Nordic Questionnaire: A Review. Sustainability, 9(1541), 1–42. <https://doi.org/10.3390/su9091514>
- Balaputra, I., & Sutomo, A. H. (2017). Pengetahuan Ergonomi dan Postur Kerja Perawat pada Perawatan Luka dengan Gangguan Muskuloskeletal di Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Berita Kedokteran Masyarakat, 33(9), 445–448.
- Bassey Etuknwa, A., & Humphries, S. (2018). A Systematic Review on the Effectiveness of Ergonomic Training Intervention in Reducing the Risk of Musculoskeletal Disorder. Journal of Nursing and Health Studies, 03(02), 1–10. <https://doi.org/10.21767/2574-2825.1000032>
- Bevan, S. (2015). Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 29(3), 356–373. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.08.002>

- Bhattacharya, A. (2014). Costs of occupational musculoskeletal disorders (MSDs) in the United States. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 44(3), 448–454. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2014.01.008>
- Boateng, E. B., Davis, P., & Pillay, M. (2019). Predictors of Safety Behaviour in the Construction Industry: A Systematic Review. CIB World Building Congress , June.
- Bone and Joint Initiative USA. (2016). The Hidden Impact of Musculoskeletal on AMERICANS. In The IMPACT of Musculoskeletal Disorders at a Glance (Issue 4th edition).
- Bureau of Labor and Statistics, U. D. of L. (2020). Injuries, Illnesses, and Fatalities.
- Çakıt, Erman. (2019). Ergonomic Risk Assessment using Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire in a Grocery Store. *Ergonomics International Journal*, 3(6), 1–5. <https://doi.org/10.23880/eoj-16000222>
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Work-Related Musculoskeletal Disorders & Ergonomics.
- Chang, Y. F., Yeh, C. M., Huang, S. L., Ho, C. C., Li, R. H., Wang, W. H., & Tang, F. C. (2020). Work ability and quality of life in patients with work-related musculoskeletal disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093310>
- Colim, A., Faria, C., Braga, A. C., Sousa, N., Rocha, L., Carneiro, P., Costa, N., & Arezes, P. (2020). Towards an ergonomic assessment framework for industrial assembly workstations – A case study. *Applied Sciences (Switzerland)*, 10(9). <https://doi.org/10.3390/app10093048>
- Da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(3), 285–323. <https://doi.org/10.1002/ajim.20750>
- Dahl, A. G., Havang, S., & Hagen, K. (2022). Reliability of a self-administrated musculoskeletal questionnaire: The fourth Trøndelag health study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 57(July 2021). <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102496>
- Daruis, D. D. I., Rosly, A. L., Abd Aziz, I., Hishamuddin, N. S., & Md Deros, B. (2017). Ergonomic risk assessment of manual material handling at an automotive manufacturing company. *Procedia*, 5(1), 317–324. <https://doi.org/10.17261/pressacademia.2017.606>
- De Kok, J., Vroonhof, Paul., Snijders, Jacqueline., Roullis, Georgios., Clarke, Martin., Peereboom, Kees., Dorst, P. van., & Isusi, Iñigo. (2019). Work-related musculoskeletal disorders : prevalence, costs and demographics in the EU. In European Agency for Safety and Health at Work. <https://doi.org/10.2802/66947>
- Hill, J. C., Kang, S., Benedetto, E., Myers, H., Blackburn, S., Smith, S., Dunn, K. M., Hay, E., Rees, J., Beard, D., Glyn-Jones, S., Barker, K., Ellis, B., Fitzpatrick, R., & Price, A. (2016). Development and initial cohort validation of the Arthritis Research UK Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) for use across musculoskeletal care pathways. *BMJ Open*, 6(8), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012331>
- Holmström, E., Moritz, U., & Engholm, G. (1995). Musculoskeletal disorders in construction workers. *Occupational Medicine (Philadelphia, Pa.)*, 10(2), 295–312.
- Ichsan, N. (2020). How to Improve the Reporting of Occupational Diseases in Indonesia ? (Issue November).

- ILO. (2015). Global Trends on Occupational Accidents and Diseases. In World Day for Safety and Health At Work (Issue April).
- International Labor Organization (ILO). (2022). World Statistics, The enormous burden of poor working conditions.
- Iti, J. L., Nigudgi, S. R., & Reddy, S. (2016). Assessment of musculoskeletal disorders by standardized nordic questionnaire among computer engineering students and teaching staff of Gulbarga city. International Journal of Community Medicine and Public Health, 3(3), 668–674.
- Jaffar, N. A. T., & Rahman, M. N. A. (2017). Review on risk factors related to lower back disorders at workplace. IOP Conference Series: Materials Science and Engineering, 226(1). <https://doi.org/10.1088/1757-899X/226/1/012035>
- Joseph, L., Vasanthan, L., Standen, M., Kuisma, R., Paungmali, A., Pirunsan, U., & Sitilertpisan, P. (2021). Causal Relationship Between the Risk Factors and Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Professional Drivers: A Systematic Review. Human Factors, 00(0), 1–24. <https://doi.org/10.1177/00187208211006500>
- Kahraman, T., Genç, A., & Göz, E. (2016). The Nordic Musculoskeletal Questionnaire: cross-cultural adaptation into Turkish assessing its psychometric properties. Disability and Rehabilitation, 38(21), 2153–2160. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1114034>
- Kao, K., Spitzmueller, C., Cigularov, K., Candice, L., Spitzmueller, C., & Cigularov, K. (2019). Linking safety knowledge to safety behaviours : a moderated mediation of supervisor and worker safety attitudes. European Journal of Work and Organizational Psychology ISSN: 0643, 1–16. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1567492>
- Kemenkes RI. (2015). Situasi Kesehatan Kerja. In Infodatin Kemenkes RI (pp. 1–7). Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kemkes RI.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementerian Kesehatan RI, 53(9), 1689–1699.
- Khosravi, Y., Asilian-Mahabadi, H., Hajizadeh, E., Hassanzadeh-Rangi, N., Bastani, H., & Behzadan, A. H. (2014). Factors influencing unsafe behaviors and accidents on construction sites: A review. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 20(1), 111–125. <https://doi.org/10.1080/10803548.2014.11077023>
- Kilbom, Å., Armstrong, T., Buckle, P., Fine, L., Hagberg, M., Haring-Sweeney, M., Martin, B., Punnett, L., Silverstein, B., Sjøgaard, G., Theorell, T., & Viikari-Juntura, E. (1996). Musculoskeletal disorders: Work-related risk factors and prevention. International Journal of Occupational and Environmental Health, 2(3), 239–246. <https://doi.org/10.1179/oeh.1996.2.3.239>
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Applied Ergonomics, 18(3), 233–237. [https://doi.org/10.1016/0003-6870\(87\)90010-X](https://doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-X)
- Latief, Y., Suraji, A., Nugroho, Y. S., & Arifuddin, R. (2011). The Nature of Fall Accidents in Construction Projects: A Case of Indonesia. International Journal of Civil & Environmental Engineering IJCEE-IJENS, 11(05), 80–84.

- Lee, D., Lee, J., Kim, H., & Kang, M. (2021). Health-Related Productivity Loss According to Health Conditions among Workers in South Korea.
- Loghmani, A., Golshiri, P., Zamani, A., Kheirmand, M., & Jafari, N. (2013). Musculoskeletal symptoms and job satisfaction among office-workers: a cross-sectional study from Iran. *Acta Medica Academica*, 42(1), 46–54. <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.70>
- Lötters, F., Meerding, W. J., & Burdorf, A. (2005). Reduced productivity after sickness absence due to musculoskeletal disorders and its relation to health outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(5), 367–374. <https://doi.org/10.5271/sjweh.920>
- Márquez, M., & Márquez, M. (2017). Relevant risk factors linked to Musculoskeletal Discomfort in workers of meat processing industry. Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, 2017(OCT), 313–320.
- Morse, T. F., Dillon, C., Warren, N., Levenstein, C., & Warren, A. (1998). The economic and social consequences of work-related musculoskeletal disorders: The Connecticut Upper-extremity Surveillance Project (CUSP). *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 4(4), 209–216. <https://doi.org/10.1179/oeh.1998.4.4.209>
- Motamedzadeh, M., Jalali, M., Golmohammadi, R., Faradmal, J., Zakeri, H. R., & Nasiri, I. (2021). Ergonomic risk factors and musculoskeletal disorders in bank staff: an interventional follow-up study in Iran. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 96(1). <https://doi.org/10.1186/s42506-021-00097-8>
- Nguyen, T. T., Nguyen, T. H., Hoang, D. L., Hoang, T. G., & Pham, M. K. (2022). Effectiveness of Interventions to Prevent Musculoskeletal Disorders among District Hospital Nurses in Vietnam. *BioMed Research International*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/1539063>
- Patil, V., Rathod, S., Naik, R., & de Sousa, A. (2020). Low back ache, disability, and quality of life in jewelry workers in Bhayandar and Mira road area of Mumbai: An observational study. *Physiotherapy – The Journal of Indian Association of Physiotherapists*, 14(2), 93. https://doi.org/10.4103/pjiap.pjiap_20_19
- Podniece, Z., & Taylor, T. N. (2008). Work-related musculoskeletal disorders: prevention report. In A European campaign on musculoskeletal disorders (Vol. 4). European Agency for Safety and Health at Work.
- Pugh, J. D., Gelder, L., Williams, A. M., Twigg, D. E., Wilkinson, A. M., & Blazevich, A. J. (2015). Validity and reliability of an online extended version of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ-E2) to measure nurses' fitness. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3550–3563. <https://doi.org/10.1111/jocn.12971>
- Punnett, L. (2014). Musculoskeletal disorders and occupational exposures: How should we judge the evidence concerning the causal association? *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(Suppl 13), 49–58. <https://doi.org/10.1177/1403494813517324>
- Ramdan, I. M. (2017). Research Priorities in Health and Safety in the context of Indonesia (Issue March).
- Ramdan, I. M. (2018). Kelelahan Kerja Pada Penenun Tradisional Sarung Samarinda (1st ed.). Penerbit UWAIS.

- Ramdan, I. M., & Azahra, A. (2020). Menurunkan Keluhan Gangguan Muskuloskeletal Pada Penenun Tradisional Sarung Samarinda Melalui Pelatihan Peregangan Otot di Tempat Kerja (Reducing Complaints of Musculoskeletal Disorders in Traditional Samarinda Sarong Weavers through Workplace Muscle Stre. Jurnal Abdimas BSI: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, 3(2), 109–117. <https://doi.org/10.31294/jabdimas.v3i2.7508>
- Ramdan, I. M., & Candra, K. (2021). Evaluation and analysis of new design traditional handloom performance in reducing work musculoskeletal disorders among Sarong Samarinda female weavers: A quasi-experimental study. International Journal of Critical Illness and Injury Science, 11(4), 215–222. https://doi.org/10.4103/ijciis.ijciis_22_21
- Ramdan, I. M., Candra, K. P., Arlita, D., & Tura, S. (2019). Association of demographic characteristics of construction workers and work environments to workplace accident in high building (hotel) construction. Indian Journal of Public Health Research and Development, 10(12), 1251–1256. <https://doi.org/10.37506/v10/i12/2019/ijphrd/192218>
- Ramdan, I. M., Candra, K. P., Lusiana, D., & Duma, K. (2019). Redesign of the Traditional Handloom for Sarong Female- Weavers Based on Anthropometric Data. Indian Journal of Public Health and Research Development, 10(10), 983–988. <https://doi.org/October 2019, Vol. 10, No. 10 10.5958/0976-5506.2019.02950.4>
- Ramdan, I. M., Candra, K. P., & Rahma Fitri, A. (2020). Factors affecting musculoskeletal disorder prevalence among women weavers working with handlooms in Samarinda, Indonesia. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 26(3), 507–513. <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1481564>
- Ramdan, I. M., Duma, K., & Setyowati, D. L. (2019). Reliability and Validity Test of the Indonesian Version of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) to Measure Musculoskeletal Disorders (MSD) in Traditional Women Weavers. Global Medical & Health Communication (GMHC), 7(2), 123–130. <https://doi.org/10.29313/gmhc.v7i2.4132>
- Ramdan, I. M., & Handoko, H. N. (2016). Work Accident of Informal Construction Workers in District " X " Samarinda City. Jurnal MKMI, 12(1), 1–6.
- Ramdan, I. M., & Laksmono, T. B. (2012). Determinan Keluhan Muskuloskeletal pada Tenaga Kerja Wanita Determinant of Musculoskeletal Disorders Complaint on Female Workers. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 7(4), 169–172.
- Ramdan, I. M., & Sartika, D. (2019). Low Back Pain Among Samarinda Sarong'S Traditional Weavers and Its Related Factors. Public Health of Indonesia, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.36685/phi.v5i1.252>
- Ramdan, I. M., Wiranto, A., & Candra, K. P. (2019). Correlation Power of Related Factors Affected Musculoskeletal Disorders Complaints Amongst Rice Mill Unit Operators. Asian Journal of Epidemiology, 12(2), 45–52. <https://doi.org/10.3923/aje.2019.45.52>
- Robertson, M., Amick, B. C., DeRango, K., Rooney, T., Bazzani, L., Harrist, R., & Moore, A. (2009). The effects of an office ergonomics training and chair intervention on worker knowledge, behavior and musculoskeletal risk. Applied Ergonomics, 40(1), 124–135. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2007.12.009>

- Russo, F., Di Tecco, C., Fontana, L., Adamo, G., Papale, A., Denaro, V., & Iavicoli, S. (2020). Prevalence of work related musculoskeletal disorders in Italian workers: is there an underestimation of the related occupational risk factors? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03742-z>
- Sandeva, G., Tsvetkova, V., & Prakova, G. (2022). Musculoskeletal Disorders And Associated Workplace Risk Factors In Higher Education Employee. *IMAB Journal*, 27(4), 4108–4112.
- Shin, D. P., Gwak, H. S., & Lee, D. E. (2015). Modeling the predictors of safety behavior in construction workers. In *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* (Vol. 21, Issue 3). <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1085164>
- Taylor, P., & Piedrahita, H. (2016). Costs of work-related musculoskeletal disorders (msds) in developing countries: Colombia case. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 12(4), 379–386. <https://doi.org/10.1080/10803548.2006.11076696>
- United States Bone and Joint Initiative. (2015). *The Burden of Musculoskeletal Disease in the United States*.
- US Center for Disease Control and Prevention. (2022). *Hierarchy of Control*. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH).
- Utami, R. A., Setyaningsih, T., & Hemawayanti, H. (2018). Hubungan Pengetahuan Tentang Sikap Ergonomi Dengan Gangguan Musculoskeletal Pada Perawat. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 1(2), 90–104. <https://doi.org/10.33377/jkh.v1i2.40>
- Van Den Heuvel, S. G., Geuskens, G. A., Hooftman, W. E., Koppes, L. L. J., & Van Den Bossche, S. N. J. (2010). Productivity loss at work; Health-related and work-related factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 331–339. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9219-7>
- Van Eerd, D., Munhall, C., Irvin, E., Rempel, D., Brewer, S., Van Der Beek, A. J., Dennerlein, J. T., Tullar, J., Skivington, K., Pinion, C., & Amick, B. (2016). Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: An update of the evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(1), 62–70. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-102992>
- Vinodkumar, M. N., & Bhasi, M. (2010). Safety management practices and safety behaviour: Assessing the mediating role of safety knowledge and motivation. *Accident Analysis and Prevention*, 42(6), 2082–2093. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.06.021>
- Wang, J., Cui, Y., He, L., Xu, X., Yuan, Z., Jin, X., & Li, Z. (2017). Work-related musculoskeletal disorders and risk factors among Chinese medical staff of obstetrics and gynecology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph14060562>
- WHO Regional Office for Europe. (2022). Data and statistics, Global burden of disease study.
- WHO/ILO. (2016). WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000–2016.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Musculoskeletal conditions*.

BAB 19

Kepedulian Perawat Pada Akhir Hidup Manusia: Suatu Telaah Etik pada Kematian yang Telah Diperkirakan

Krisna Yetti

A. Pendahuluan

Kepedulian perawat pada akhir hidup manusia atau *end of life* yang kematianya telah diperkirakan sebagai bagian dari nursing intervention belum mendapat perhatian seperti intervensi keperawatan lainnya, misal merawat pasien dengan masalah jantung. Seperti apa intervensi keperawatan sepatutnya pada penghujung hidup manusia? Jawabannya adalah sangat sederhana, yaitu melepasnya secara alamiah atau dignity menurut Virginia Henderson. Lalu seperti apa alamiah itu? Tidak memperpanjang hidupnya dengan memberikan intervensi lanjutan, melepasnya dengan suatu perencanaan jauh sebelum *dying process* tiba, memberikan alternatif tempat perawatan untuk meninggal dan kalau pilihan akan meninggal di rumah sakit, maka pasien itu perlu didampingi. Berikut beberapa contoh kasus dying process baik kematian yang disiapkan ataupun tidak.

Pada penghujung April 2023, diberitakan bahwa seorang ibu berusia mendekati 70 tahun telah berpulang keharibaan Yang Maha Kuasa di Rumah Sakit menjelang tengen malam. Almarhumah (almh) menderita kanker lanjut pada paru-paru. Diperoleh informasi bahwa almh akan menjalani terapi lanjut dalam upaya perbaikan atau penyembuhan. Tidak diperoleh informasi apakah almh memahami perjalanan penyakitnya, apakah diberitahu alternatif memilih pengobatan, juga memilih tempat untuk berpulang dan siapa yang akan mendampingi.

Kasus lain adalah pada penghujung bulan Agustus 2019, seorang bapak dalam keadaan sakaratul maut didatangi oleh petugas rontgen untuk dilakukan foto toraks. Pasien dalam keadaan koma. Keluarga menolak untuk dilakukan foto mengingat akan ada manipulasi fisik untuk memperoleh gambaran paru. Petugas mengabulkan dan mereka berdua meminta tandangan bahwa menolak. Sekitar 3 (tiga) jam kemudian pasien meninggal.

Dari kedua kasus ini sesungguhnya bagaimana intervensi keperawatan pada penghujung hidup? End of life atau akhir hidup sesuai dengan arti kata merupakan akhir dari suatu kehidupan. Pada penyakit terminal ataupun penyakit tua kondisi pasien berada

pada suatu situasi ceteris paribus. Kata ceteris paribus berasal dari bahasa Latin, dalam bahasa Inggris *with all other factors or things remaining the same* (The American Heritage® Dictionary of the English Language, 2000), yang berarti suatu keadaan dimana tidak akan ada perbaikan walaupun diberi obat. Berarti memberi pengobatan atau intervensi medik yang bertujuan untuk penyembuhan merupakan suatu keniscayaan karena tidak akan membawa kesembuhan (Daldiyono, 2005). Jadi pada tahap ini tujuan intervensi yang diterima oleh pasien adalah meninggal secara tenang.

Meninggal secara tenang, dimaksudkan agar meninggal tanpa ada suatu tindakan medik yang canggih. Yang dimaksud tindakan medik dalam situasi ini adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk memperpanjang usia manusia, seperti menggunakan alat bantu napas. Kematian yang tidak memperpanjang usia penulis sebut sebagai kematian alamiah. Agar terciptakemati alamiah, diperlukan suatu pemahaman apayangpasien akan alami dan pertolongan bagaimana yang diinginkan pasien dari dokter dan perawat. Pemahaman ini dapat tercipta bila pasien atau pengambil keputusan dalam keluarga mengetahui perjalanan penyakit dan tahu langkah-langkah yang akan diambil jauh sebelum proses kematian (disampaikan oleh Gartinah, 2007; Murtiwi, 2009).

Di Negara-Negara maju seperti Eropa, Amerika Serikat, ataupun Australia, akhir hidup pasien yang menjalani penyakit menahun telah dilaporkan dalam berbagai situasi. Beragam intervensi pada akhir kehidupan seperti tidak memberikan bantuan untuk memperpanjang umur *Do Not Resuscitate* (DNR), memperpanjang umur dengan menggunakan teknologi mutakhir ataupun mengakhiri kehidupan dengan cara Euthanasia Pasif ataupun Aktif. DNR ini diputuskan oleh dokter bersama pasien dan atau keluarga serta disaksikan oleh perawat. Semua tindakan ini dilakukan berdasarkan undang-undang, misalnya Undang-Undang *Death with Dignity in Oregon, Washington, and Montana* (<http://www.exitinternational.net/page/USA>).

Sebaliknya di Indonesia berbeda, dari sejumlah pengamatan di luar atau di pulau Jawa, di Rumah Sakit Pemerintah ataupun Rumah Sakit Bukan Pemerintah, pada umumnya dilakukan pertolongan pada pasien yang sedang menjalani akhir hidup. Walaupun sudah berada pada situasi dekat pada kematian tetap dilakukan upaya memperpanjang umur pasien, baik sebelumnya dibicarakan pada keluarga ataupun tidak. Perpanjangan umur dapat berupa tindakan resusitasi atau memindahrawatkan pasien ke ruangan intensif untuk memperoleh bantuan peralatan teknologi kesehatan yang lebih mutakhir. Pertolongan ini disebabkan belum ada undang-undang yang mengatur praktik kedokteran untuk menghentikan pengobatan walaupun undang-undang praktik kedokteran juga membahas tentang perjalanan penyakit (prognosis) yang bisa membaik atau memburuk (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 29 tahun 2004).

Fenomena lain yang dicermati adalah belum dipersiapkan pasien menghadapi akhir hidup. Saat ini belum ada acuan yang dijadikan pedoman untuk merawat pasien yang berada pada akhir hidup (Mustikawati, Susihar & Estelle, 2011), dengan demikian belum ada intervensi pengelola rumah sakit dalam menata akhir hidup pasien. Di saat pasien masih mampu mengambil keputusan, ia tidak diberikan penjelasan. Bila ia memperoleh kejelasan

tentang perjalanan penyakitnya, maka selain keputusan yang akan pasien buat mungkin pasien akan menyampaikan suatu wasiat (American Hospital Association, A Patient's Bill of Rights, 1992).

Pada saat keadaan kesehatan sudah kritis pasien tidak mungkin dilibatkan dalam mengambil keputusan, sehingga keluargalah yang lebih banyak dilibatkan. Pada kasus yang disampaikan oleh Harneity (2009) dan Eletti (2012), kedua mereka dan keluarga tidak dilibatkan untuk mengambil keputusan tentang intervensi yang akan diterima pesakit. Mereka berdua meminta untuk menghentikan dihentikan tindakan yang menggunakan teknologi mutakhir. Jadi selain pasien tidak disiapkan menghadapi akhir dari suatu penyakit terminal, keluarga juga pada umumnya tidak terlibat untuk memutuskan apa yang harus dilakukan.

Belum ada persiapan untuk pasien dan keluarga menghadapi akhir hidup, memberikan respon yang beragam dari pihak keluarga terhadap pertolongan lanjutan. Seperti pertolongan dalam bentuk memberikan resusitasi pada pasien. Ada keluarga yang meminta petugas kesehatan untuk menghentikan resusitasi, serta menyesalkan mengapa keluarga tidak diikut sertakan dalam mengambil keputusan (Ernest, 2010). Akan tetapi ada juga keluarga yang membiarkan dilakukan resusitasi karena tidak paham maksud tindakan tersebut (Kado, 2011). Selain dua bentuk respon keluarga terhadap tindakan resusitasi, ada keluarga yang mencari pertolongan meskipun tahu penderita mengidap penyakit yang sudah sampai pada penghujung hidup. Kecintaan keluarga pada yang sakit menyebabkan keluarga masih mencari pertolongan (Yetti, 2009). Kenyataannya, setelah beberapa menit sampai di Unit Gawat Darurat, pasien meninggal dunia. Jadi respon keluarga menyikapi akhir kehidupan manusia yang sakit sangat beragam.

Dari uraian tulisan ini, maka ada 3 (tiga) kelompok keadaan pasien memperoleh perpanjangan umur, yaitu 1) Keluarga tidak menginginkan, akan tetapi petugas kesehatan menganjurkan untuk ditolong, 2) Tidak tahu bahwa harus ditolong, dan 3) Keluarga menginginkan untuk ditolong. Dengan kata lain belum ada suatu kejelasan intervensi untuk pasien yang menderita penyakit terminal, serta belum tampak eksistensi pasien dan keluarga dalam menghadapi ujung kehidupan ini. Bila pasien menjalani akhir hidup dirumah sakit, maka 2 (dua) profesi yang sangat berperan dalam mengantarkan kepenghujung hidup, yaitu dokter dan perawat.

B. Peran Profesi Dokter dan Perawat

Dua profesi kesehatan yang utama bekerja di rumah sakit adalah profesi dokter dan perawat. Kedua profesi ini mempunyai fungsi dan keterampilan yang berbeda. Dalam perbedaan ini ada satu kesamaan, yaitu kesamaan menggunakan keterampilan berpikir kritis yang diperlukan untuk ranah kognitif, afektif, dan psikomotor. Dokter berperan sebagai penyembuh atau curing sedangkan perawat memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dikenal sebagai *Caring*. Selain itu perawat mengemban peran sebagai advokator, edukator, dan pengelola pelayanan kesehatan. Supaya peran dokter dan perawat ini dapat terlaksana maka diperlukan suatu tanggung jawab yang berlandaskan etik. Kedua

profesi dalam melaksanakan perannya ini dibahas dalam konteks rumah sakit, bukan klinik, ataupun fasilitas kesehatan lain (http://www.ehow.com/about_5139119_roles-doctors-nurses.html).

Peran adalah kumpulan dari komponen perilaku, hak, obligations (kewajiban), keyakinan dan norma yang dikonsepsikan oleh seseorang dalam tatanan sosial (<http://en.wikipedia.org/wiki/Role>, diunduh tanggal 11 November 2014, pukul 5.28 PM). Bila salah satu dari komponen ini berubah, maka peran akan berubah. Dengan demikian peran dapat berubah sesuai perubahan komponen. Peran profesi dokter dan perawat dimungkinkan untuk terjadi perubahan bila komponen-komponen yang mengisi peran itu berubah diakibatkan oleh perubahan kondisi. Oleh karena itu kedua profesi ini perlu mengantisipasi untuk terjadi perubahan-perubahan peran.

1. Peran Profesi Dokter

Dokter merupakan profesi medik yang menyelenggarakan kegiatan untuk tujuan pasien sembuh. Jadi peran utama profesi dokter adalah Curing, melakukan diagnosa apakah pasien mengidap suatu penyakit. Pada pelaksanaan diagnosa beragam tampilan penyakit pasien yang tidak pasti dan membingungkan yang ditangani oleh dokter. Oleh karena itu diperlukan kemampuan pengetahuan dan pengalaman. Langkah pertama untuk menyembuhkan ini dimulai dengan melakukan anamnesis terhadap keluhan pasien, kemudian melakukan pemeriksaan-pemeriksaan setelah itu membuat diagnosis (Henderson, 2014).

Setelah diagnosa ditegakkan dokter menuliskan resep obat. Pada pelaksanaan pemberian obat agar sampai pada pasien, dokter dibantu oleh perawat. Bersama dengan perawat dokter menilai respon obat pada tubuh pasien. Bila diagnosa sudah menetap dan kemampuan medik untuk menjangkau pasien sudah tidak dimungkinkan lagi maka dokter tidak lagi banyak berelasi dengan pasien.

2. Peran Profesi Perawat

Ada 4 (empat) peran perawat, 3 (tiga) di antaranya adalah berperan pemberian asuhan keperawatan, berperan sebagai pengelola, dan berperan sebagai pendidik.

C. Perawat Berperan Pemberi Asuhan Keperawatan

Dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, diperlukan suatu kerangka kerja untuk menjalankan proses keperawatan. Proses Keperawatan adalah suatu langkah-langkah yang dijalankan oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan (nursing care). Proses keperawatan merupakan serangkaian kegiatan kognitif, afektif, dan psikomotor (Potter & Perry, 20018).

Kegiatan kognitif mencakup penyelesaian masalah, menerapkan teori keperawatan dan menilai keberhasilan asuhan. Kegiatan afektif merupakan kegiatan yang terkait nilai-nilai yang didasarkan pada penghargaan terhadap martabat manusia. Sedangkan kegiatan psikomotor adalah menerapkan kemampuan kognitif dan afektif melalui psikomotorik halus dengan menggunakan jari-jari atau lengan dan psikomotorik kasar dengan menggunakan lengan atas atau kaki. Ketiga kemampuan ini diperlukan untuk merawat manusia termasuk

merawat pasien pada akhir kehidupan. Walau ketiganya diperlukan akan tetapi kemampuan afektif lebih diperlukan.

Proses keperawatan ini dilaksanakan bersama-sama dengan pasien sehingga pasien menentukan asuhan keperawatan yang akan ia terima. Jadi pada proses keperawatan pasien berperan aktif sejauh ia bisa menentukan, bila tidak mungkin perawat dengan peran advokasi memberikan perlindungan pada pasien, sehingga setiap tindakan menjamin kenyamanan pasien. Ada 6 (enam) tahap proses keperawatan secara berurutan akan dibahas 6 (enam) tahap ini.

Pertama adalah pengkajian, merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Langkah awal ini merupakan suatu kegiatan dalam upaya mengumpulkan data. Pengumpulan data ini mencakup verifikasi dan analisis data. Verifikasi dan analisis data ini diperoleh dari sumber primer yaitu pasien atau klien dan dari sumber sekunder yaitu dari keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan lain. Data yang dikaji haruslah akurat, karena melakukan kesalahan padalangkah awal akan salah pada langkah-langkah berikutnya. Biladatayangdikumpulkan telah lengkap makadapat dilakukan verifikasi dan analisis data. Akhir dari verifikasi dan analisis data merupakan awal untuk langkah ke dua, yaitu menegakkan diagnosa keperawatan.

Kedua adalah diagnosa keperawatan, merupakan suatu kegiatan dalam merumuskan masalah. Rumusan masalah ini dibuat berdasarkan prioritas masalah. Prioritas masalah ini dinilai dan dibuatberdasarkan kemampuan untuk menyelesaiannya. Apabila diperoleh data yang tidak kewenangan perawata dalam menyelesaiannya, maka melalui kolaborasi disampaikan pada tim kesehatan lain. Diagnosa keperawatan ini dibuat berdasarkan 14 kebutuhan dasar manusia. Misalnya pasien mengalami masalah mobilisasi sebagai akibat berbaring lama. Masalah mobilisasi ini menjadi perhatian perawat untuk dikembalikan fungsinya melalui suatu perencanaan. Kemampuan perawat membedakan masalah satu dengan masalah lainnya serta keterkaitan antara masalah satu dengan masalah lainnya merupakan suatu proses berpikir kritis. Proses berpikir kritis ini dilakukan secara terus menerus tiada putus-putusnya sampai pasien dinyatakan boleh keluar dari rumah sakit. Melalui proses pikir inilah keberadaan perawat sebagai suatu profesi dapat diamati melalui langkah-langkah selanjutnya.

Ketiga adalah perencanaan, yaitu proses berpikir kritis dilanjutkan untuk menyusun tindakan-tindakan keperawatan. Perencanaan ini dikaitkan dengan mungkin atau tidaknya tindakan dalam asuhan keperawatan dilaksanakan. Pada perencanaan diharapkan intervensi akan membawa perbaikan dan kesembuhan, kalau tidak akan membawa perbaikan pada kesehatan maka perencanaan diharapkan membawa kenyamanan pada pasien atau akan mengantarkan pasien meninggal secara damai. Bila masalah yang dihadapai tidak sulit, perencanaan dilakukan dengan tidak memerlukan kesepakatan pada perawat lain. Namun bila masalah lebih kompleks, maka diperlukan bantuan perawat lain untuk memastikan perencanaan yang tepat. Kepada siapa perawat akan berkonsultasi untuk menentukan masalah merupakan wewenang perawat yang bertanggung jawab pada shift memastikannya.

Keempat adalah implementasi, merupakan kegiatan yang telah direncanakan pada tahap sebelumnya. Walau telah direncanakan pada tahap pelaksanaannya perawat diingatkan agar tetap melaksanakan penilaian agar implementasi yang dilaksanakan dapat dijamin keamanannya. Misalnya telah direncanakan untuk memberikan posisi telentang akan tetapi tiba-tiba pasien merasa sesak, maka kembali pasien diberikan posisi setengah duduk. Jadi pada implementasi, selain melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan, juga merupakan suatu proses pengkajian ulang serta menyesuaikan rencana tindakan. Hal ini berlangsung sangat cepat, oleh karena itu kemampuan kognitif dan pengalaman akan menentukan penyesuaian asuhan keperawatan ini.

Kelima adalah evaluasi, tujuannya untuk menilai keberhasilan langkah-langkah sebelumnya. Perawat membandingkan hasil yang diperoleh dengan perencanaan yang telah dibuat. Bila hasil diperoleh tidak sesuai dengan perencanaan maka perlu dilakukan kembali pengkajian sehingga kembali terulang proses keperawatan. Evaluasi juga menilai implementasi terhadap kenyamanan pasien dalam menjalani akhir hidup pasien.

Keenam adalah dokumentasi, merupakan kegiatan yang merekam kegiatan dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi. Dokumentasi ini merupakan alat komunikasi antara perawat dan profesi kesehatan lainnya. Selain itu dokumentasi merupakan suatu bukti bahwa perawat telah melakukan serangkaian asuhan keperawatan. Jadi pada dokumentasi tergambar akan suatu tanggung jawab. Jadi dari dokumentasi tergambar seberapa profesional profesi keperawatan.

D. Perawat Berperan sebagai Pengelola

Sebagai pengelola melindungi pasien/klien menyampaikan atau berbicara atas nama pasien dikarenakan pasien/klien tidak mampu menyampaikannya (Harkreader, Hogan & Thobaben, 2004). Perlindungan terutama diberikan pada pasien anak-anak, gangguan mental, orang tua atau pasien yang mengalami gangguan kesadaran. Bahasan yang disampaikan adalah sesuai dengan keinginan pasien/klien. Oleh karena itu perawat harus punya kemampuan untuk memahami yang diinginkan pasien/klien. Perawat melindungi pasien/klien dari bahaya-bahaya yang mengenai fisik, perawat menolong pasien untuk memahami hak-haknya, dan memberikan kesempatan agar pasien/klien dapat menyampaikan perlindungan yang ia butuhkan. Semua perlindungan ini diberikan dalam keadaan klien sehat ataupun dalam keadaan sakit dan menjelang meninggal. Bentuk perlindungan yang lain adalah dengan cara mendidik pasien/klien.

E. Perawat Berperan sebagai Pendidik

Perawat mendidik pasien dengan memberikan informasi. Tujuan mendidik adalah agar pasien dapat merawat dirinya (Harkreader, Hogan & Thobaben, 2004) baik selama ia di rumah sakit atau setelah pulang ke rumah. Mendidik pasien diberikan sesegera mungkin yang disesuaikan dengan keadaan kesehatan dan kemampuan pasien memahami. Hal ini dikarenakan berubah pandangan agar waktu rawat diupayakan sependek mungkin.

Pemahaman pasien tentang kesehatannya akan mengurangi biaya rawat dirumah sakit. Jadi sudah seharusnya pasien memperoleh informasi, dan sudah menjadi kewajiban agar perawat memberikan informasi. Selain sudah menjadi kewajiban perawat untuk memberi informasi, pada tatanan rumah sakit di seluruh Indonesia memberikan informasi pada pasien merupakan salah satu komponen yang dinilai pada akreditasi rumah sakit. Perawat setelah memberikan informasi, pasien dan perawat menandatangani lembar informasi sebagai bukti yang sah. Jadi selain perawat bertanggung jawab untuk memberikan informasi, perawat juga diminta tanggung gugatnya dalam hal ini. Inilah salah satu contoh perubahan peran perawat yang dikaitkan dengan ranah hukum, dimana satu dasa warga yang lalu belum ada.

Apabila peran profesi dokter dan perawat dilakukan sesuai dengan kaidah-kaidah yang telah diutarakan, makamasalah "ada konflik di antara profesi kedokteran, pengelola rumah sakit, dan profesi keperawatan, sehingga mengakibatkan ada kekosongan tindakan yang belum mampu diberikan oleh dokter, pengelola rumah sakit, dan perawat di akhir hidup pasien yang mengalami penyakit terminal", tentu tidak akan terjadi. Agar masalah ini tidak berlanjut perlu dipahami tentang tanggung jawab dan moral oleh dokter dan perawat dan juga oleh pengelola rumah sakit. Tanggung jawab merupakan suatu inti dalam melaksanakan profesi. Dengan demikian akan dituangkan tentang tanggung jawab untuk dapat menghindari kekosongan intervensi. Peran perawat itu dilakukan dipandu oleh paradigma keperawatan.

F. Paradigma Keperawatan

Profesi keperawatan meyakini dalam menjalankan intervensi, merujuk pada paradigma sebagai suatu acuan. Virginia Henderson menjelaskan tentang paradigma keperawatan memandu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan merupakan suatu intervensi pada manusia atau pasien baik sehat ataupun sakit didalam suatu lingkungan. Menurut Orem (1971), manusia dalam konteks keperawatan adalah pasien dan keluarga merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan, jadi di samping pasien keluarga juga memerlukan bantuan perawat. Terkait dengan paradigma, ada 4 (empat) komponen yang memandu perawat untuk melakukan asuhan keperawatan yaitu manusia, sehat – sakit, perawat, dan lingkungan.

Manusia

Setelah seseorang lahir ke dunia maka ia akan menjalani proses tumbuh kembang. Tumbuh lebih kepada dimensi fisik, sedangkan kembang dimensi psiko, sosio, dan spiritual. Tumbuh mempunyai batasan waktu, sedangkan kembang tidak mempunyai batas waktu. Kedua tumbuh kembang yang dimulai sejak lahir, melakukan perjalannya menuju kesuatu titik yaitu titik kematian. Bagaimana manusia menjalani hidup menuju titik kematian ini tergantung dari bagaimana ia memahami dan mengisi kehidupan non fisiknya (Hidayat, 2009; Loewy & Loewy, 2002). Pada perkenalan dengan penyakit, maka fisiklah yang ditumpangi oleh penyakit. Sedangkan kembang adalah cara manusia menghadapi penyakit

itu. Bila penyakit makin memburuk atau pada proses menua maka fisik tidak mampu lagi menahan derita, sehingga fisik mengalah pada penyakit. Keadaan ini disebut dengan meninggal. Sedangkan non fisik menurut manusia yang memercayai Tuhan akan kembali keharibaan Nya. Bagaimana manusia sebagai manusia, manusia sedang sakit dan sampai pada akhir hidup, serta bagaimana keberadaan profesi keperawatan menyikapi akhir hidup menjadi kajian pada tulisan ini.

Manusia dalam Berbagai Pandangan

Beragam pandangan cara melihat manusia. Masing-masing disiplin ilmu melihat manusia dari sisi ilmunya, sedangkan masing-masing tokoh melihat manusia dari sisi pemikirannya. Ada yang menggambarkan manusia melihat dirinya dari perspektif keduniaan, ada yang menggambarkan manusia dari dua perspektif yaitu dunia dan akhirat (Shihab, 2007). Dilihat dari perspektif dunia dan akhirat, keduanya sama-sama berjalan menuju kematian. Berbagai pandangan tentang manusia, yang berjalan menuju kematian. Pandangan-pandangan ini dikenal dengan konsep. Walaupun bahasan kajian pada tulisan ini berada pada area etik yang dipayungi filsafat, akan tetapi karena kajian dilihat dari sisi disiplin Ilmu Keperawatan maka manusia juga dilihat dari profesi keperawatan.

Hakikat Hidup Manusia

Agama-agama yang dibawa oleh Nabi Ibrahim yaitu Yahudi, Nasrani, dan Islam meyakini bahwa manusia merupakan suatu makhluk spiritual, yang diciptakan oleh Tuhan yang satu. Bila merujuk pada manusia sebagai makhluk spiritual, maka manusia yang percaya pada Tuhan yang satu ini selalu berserah diri pada Nya. Demikian juga berserah diri dalam konteks kesehatan, Ilahi menentukan kesehatan manusia baik sehat ataupun sakit. Bila hal ini diyakini, maka manusia harus siap atau disiapkan untuk menjalani kehidupan baik saat sehat ataupun dan terutama saat sakit yang mendekati akhir kehidupan.

Terkait manusia adalah makhluk Ilahi, Al-Ghazali (1999, h. 25) membagi manusia kedalam 3 (tiga) golongan. Golongan satu adalah golongan yang sibuk dengan dunia tidak akan mengingat maut, ada pemula yang bertobat, dan ada yang telah mencapai tingkat arifin. Pada golongan pertama mengingat maut berarti mengingat kesusahan; golongan kedua adalah kelompok yang berupaya untuk mendekatkan diri pada Ilahi, sedangkan kelompok ketiga adalah kelompok yang merindukan pertemuan dengan Pencipta. Dengan demikian kelompok ketiga melihat suatu sakit ataupun ajal adalah suatu kesenangan, yaitu senang akan bertemu pencipta. Pada golongan tiga inilah manusia dikatakan sempurna, karena ia mengingat kematian dengan sikap yang positif (Al-Ghazali, 1999, hal.27).

Dilain pihak, Leahy (1984, hal.1) melihat manusia dalam perspektif dunia, yaitu selalu ingin berhasil dan dihargai dalam hidup. Tidak disebutkan apakah keberhasilan dan penghargaan dalam hidup berkorelasi dengan kematian yang baik. Akan tetapi bila berhasil dan dihargai berada dalam rentang yang dekat dengan pencipta maka kematian yang baik mungkin terpenuhi. Hal ini dapat dipahami karena bila manusia mendekatkan diri pada Ilahi, maka ia akan memilih untuk bertemu pada objek yang dikasihinya (Leahy, 1984, hal.145).

Lebih lanjut Leahy (1984, hal. 266) membahas bahwa manusia mempunyai pribadi yang bermartabat yang menjadi dasar dari manusia itu sendiri. Pribadi bermartabat mengartikan manusia sebagai subjek bukan objek. Jadi lingkungan tidak boleh memperlakukan manusia sebagai objek. Dengan kata lain manusia meskipun dalam keadaan sakit dimana terdapat penurunan kesadaran ia tetap diperlakukan sebagai subjek. Perlakuan sebagai subjek dimaksudkan mengakui keberadaan manusia atau eksistensi manusia.

Bila menilik pada manusia yang beragama atau kepercayaan, maka ia akan menyerahkan diri pada Sang Pencipta. Arti kata disadari bahwa ada yang mengatur dalam keseharian hidup manusia. Walaupun demikian, tetap manusia mempunyai kebebasan berkehendak. Bebas berkehendak memberi ruang pada manusia untuk memilih dan membuat keputusan (Wilcockson, 2007). Kebebasan berkehendak, hanya dapat dilakukan bila manusia sampai pada tahap perkembangan dewasa atau baligh.

Dewasa dalam Islam disebut sebagai mukallaf, yaitu individu yang dapat mengontrol diri dan sabar dalam mencapai sejahtera. Sejahtera adalah sesuatu yang bersifat internal, berada didalam pikiran, hati, dan jiwa. Dalam kehidupan sehari-hari mukallaf berjuang agar sehat. Meskipun demikian mukallaf mempunyai keterbatasan sehingga tetap berharap dan bergantung pada Tuhan dalam menjalani kehidupan (Lapidus, 1978; Leahy, 1989, h.7). Kembali kepada mukallaf, maka seseorang telah dewasa bila ia sakit ataupun menghadapi kematian ia mempunyai kemampuan untuk membuat suatu keputusan. Keputusan yang dibuat oleh manusia ini sangat dipengaruhi oleh sifat manusia itu sendiri dan sangat menentukan akhir hidup manusia itu sendiri.

G. Penutup

Intervensi keperawatan pada akhir hidup manusia memerlukan pendekatan yang lebih manusiawi dan sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarganya. Di beberapa negara maju, terdapat kebijakan dan prosedur yang jelas mengenai akhir hidup pasien, seperti *Do Not Resuscitate* (DNR) atau euthanasia pasif, yang didasarkan pada undang-undang dan keputusan bersama antara dokter, pasien, dan keluarga. Sebaliknya, di Indonesia, belum ada pedoman yang jelas mengenai bagaimana menangani pasien di akhir hidup, sehingga sering terjadi perpanjangan hidup dengan intervensi medis yang tidak selalu diinginkan oleh pasien atau keluarganya.

Tenaga medis dalam memberikan pelayanan berupa perawatan dan pengobatan pada pasien yang menuju akhir hidup sangatlah penting. Di satu sisi, dokter memiliki peran dalam memberikan perawatan secara medis atau pengobatan serta mendiagnosis dan memberikan prognosis dari jenis penyakit yang dialami secara kronis oleh pasien. Sedangkan, perawat berperan menjadi advokat bagi pasien, melindungi hak-hak mereka, dan memberikan informasi yang diperlukan. Namun, kurangnya pemahaman dan panduan yang jelas dalam menangani pasien terminal sering kali mengakibatkan ketidaksepakatan dan ketidakjelasan peran antara dokter, perawat, dan keluarga pasien, yang perlu diatasi untuk memastikan pasien dapat meninggal dengan tenang dan sesuai dengan keinginan mereka.

Referensi

- American Hospital Association. (1992). A patient's bill of rights.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). Principles of biomedical ethics (4th ed.). Oxford University Press.
- Bertens, K. (1984). Filsafat barat abad XX, jilid 1. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Bruhn, J. G., & Henderson, G. (1991). Values in health care: Choices and conflicts. Charles C. Thomas.
- Coleman, G., & Jinpa, T. (2008). Meditations on living, dying, and loss: Ancient knowledge for a modern world. Penguin Books.
- Daldiyono. (2006). Menuju seni ilmu kedokteran: Bagaimana dokter berpikir dan bekerja. In Menuju seni ilmu kedokteran; Bagaimana dokter berpikir dan bekerja (pp. 281-313). PT Gramedia Pustaka Utama.
- Eletti. (2012, Januari). Penuturan Hasroel Moezahar 74 tahun.
- Ernest. (2010). Ketika anak kandung meninggal.
- Ernest. (2010, Desember). Farmacia Ethical Update, Berdamai dengan Penyakit.
- Hasan, F. (1976). Berkenalan dengan eksistensialisme. PT Dunia Pustaka Jaya.
- Gartinah. (2007, Februari). Kunjungan saat ayah Gartinah meninggal dunia.
- Gries, C. J., Curtis, J. R., Wall, R. J., & Engelberg, R. A. (2008). Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest*, 133(3), 704-712. <https://doi.org/10.1378/chest.07-1773>
- Hadiwijoyono, H. (1980). Sari sejarah filsafat barat 2. Kanisius.
- Harkreader, H., Hogan, M. A., & Thobaben, M. (2004). Fundamentals of nursing. Saunders Elsevier.
- Harneity. (2009). Penuturan.
- Henderson, K. J. eHow Contributor. (2014). Job description physician. Diakses dari http://www.ehow.com/about_5373523_job-description-physician.html
- Hidayat, K. (2005). Psikologi kematian: Mengubah ketakutan menjadi optimisme. Mizan.
- Imhof, A. E. (1994). An ars moriendi for our time: To live a fulfilled life – to die a peaceful death. ARS MORIENDI - A Colloquium at Yale University, April 15-16, 1994.
- Jaspers, K. (1971). Philosophy of existence (R. F. Grabau, Trans.). University of Pennsylvania Press. (Original work published 1938)
- Kado. (2011). Ketika ibu kandung meninggal.
- Lapidus, I. M. (1978). Adulthood in Islam: Religious maturity in the Islamic tradition. In E. H. Erikson (Ed.), Adulthood (pp. 97-112). W.W. Norton & Company.
- LaPorte, M. M. (2006). Peri-death nursing care. In D. W. Sherman (Ed.), Palliative care nursing: Quality care to the end of life (pp. 3-49). Springer Publishing.
- Leahy, L. (1993). Manusia sebuah misteri. PT Gramedia Pustaka Utama.

- Loewy, R. S. (2013, Februari 1). Komunikasi Pribadi.
- Luper, S. (2009). The philosophy of death. Cambridge University Press.
- Maksum, A. (2010). Pengantar filsafat: Dari masa klasik hingga postmodernisme. Ar-Ruzz Media.
- Moore, C., & Williamson, J. (2003). The universal fear of death and the cultural response. In SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412914291>
- Murtiwi. (2009, Juni). Wawancara dilakukan tatap muka.
- Orem, D. (1971). Nursing: Concepts of practice. McGraw-Hill.
- Payer, L. (1988). Medicine and culture. Penguin Books.
- Pearlman, R. A. (2008). Substitute decision making. In P. A. Singer & A. H. Viens (Eds.), The Cambridge textbook of bioethics (pp. 59-64). Cambridge University Press.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2018). Fundamentals of nursing: Australian adaptation (J. Crisp & C. Taylor, Eds.). Mosby.
- Sherman, D. W. (2006). Spirituality and culture as domains of quality palliative care. In M. LaPorte Matzo & D. W. Sherman (Eds.), Palliative care nursing: Quality care to the end of life (2nd ed., pp. 3-49). Springer Publishing.
- Shihab, M. Q. (2007). Menjemput maut: Bekal perjalanan menuju Allah SWT. Lentera Hati.
- Sprung, C. L., & Winich, M. A. (1989). Critical care medicine. Critical Care Medicine, 17(12), 1346-1354.
- Suseno, F. M. (2000). 12 Tokoh etika abad ke-20. Kanisius.
- The American Heritage® Dictionary of the English Language. (2000). (4th ed.). Houghton Mifflin. Diakses dari <http://www.utilitychest.com>
- The Encyclopedia Britannica. (2005). The Encyclopedia Britannica.
- Undang-Undang Kesehatan dan Rumah Sakit 2009. (2009). Penerbit Pustaka Yustisia.
- Wilcockson, M. (2007). Issues of life and death: Access to philosophy. Hodder Murray.
- Williams, J. R. (2008). Consent. In P. A. Singer & A. H. Viens (Eds.), The Cambridge textbook of bioethics (pp. 11-16). Cambridge University Press.

Referensi Lainnya

- Karl Jaspers. (n.d.). Diakses dari <http://www.answers.com/topic/karl-jaspers#ixzz1por33fMJ>
- Chronic Illness. (n.d.). Diakses dari <http://www.chronicillness.org.au/>
- Cara Rainbow. (n.d.). Diakses dari <http://www.bio.davidson.edu/people/kabernd/Indep/carainbow/Theories.htm>
- Ars Moriendi. (n.d.). Diakses dari <http://www.wisegeek.com/what-is-the-ars-moriendi.htm#didyouknowout>
- Exit International USA. (n.d.). Diakses pada tanggal 22 Januari 2014, dari <http://www.exitinternational.net/page/USA>

National Hospice and Palliative Care Organization. (2014, September 3). Diakses dari <http://www.nhpco.org/>

Roles of Doctors and Nurses. (n.d.). Diakses pada tanggal 11 Nopember, dari http://www.ehow.com/about_5139119_roles-doctors-nurses.html

BAB 20

Perubahan Paradigma Peran Perawat Dalam Pemanfaatan Teknologi dan Edukasi Terstruktur Sebagai Upaya Meningkatkan Manajemen Mandiri Pasien Diabetes Mellitus

Hema Malini

A. Pendahuluan

Perawat sebagai bagian terbesar dalam sistem pelayanan Kesehatan, selain mempunyai tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, tapi juga mempunyai peran sebagai edukator untuk pasien, keluarga dan masyarakat. Sesuai dengan perkembangan dimasa saat ini, dimana terjadi peningkatan prevalensi pasien dengan penyakit kronis, terutama penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi dan penyakit lainnya, membutuhkan peran perawat dalam memfasilitasi pasien untuk bisa mengelola penyakit dengan baik. Mensikapi juga perkembangan teknologi, terutama penggunaan media sosial, tentu menjadi tantangan tersendiri bagi tenaga kesehatan terutama perawat, untuk secara bijaksana bisa memanfaatkan media sosial dan juga menjadi penyaring informasi, agar tidak terjadi salah pemahaman dari pasien dan masyarakat dalam pengelolaan penyakit.

Pada saat ini peningkatan prevalensi pasien dengan penyakit kronis salah satunya diabetes mellitus menjadi satu masalah kesehatan yang perlu ditangani secara serius. Penelitian yang dilakukan oleh The Global Burden of Disease memberikan estimasi bahwa pada tahun 2021 537 juta orang dewasa (usia 20-79 tahun) hidup dengan diabetes (1 : 10). Jumlah ini diprediksi meningkat menjadi 643 juta pada tahun 2030 dan 783 juta pada tahun 2045, dan mencapai 1,31 Milyar pada tahun 2050. Ada sekitar 3 dari 4 orang dewasa dengan diabetes hidup di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Diabetes menyebabkan setidaknya 966 miliar dolar dalam pengeluaran kesehatan – peningkatan 316% selama 15 tahun terakhir (International Diabetes Federation (IDF), 2021). Diabetes adalah jenis penyakit yang dapat mempengaruhi seluruh tubuh, termasuk sistem kardiovaskular, ginjal, perifer, dan saraf. Mereka yang mengidap diabetes mellitus perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang signifikan dalam mengelola penyakit. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa cara yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan penderita diabetes agar memungkinkan mereka melakukan manajemen diri yang baik adalah melalui

program edukasi kesehatan. Program edukasi diabetes adalah program edukasi yang bertujuan untuk meningkatkan kontrol glikemik penderita diabetes. Kontrol glikemik yang baik mencerminkan perilaku manajemen diri yang baik (Funnell et al., 2011).

Edukasi kesehatan dianggap sebagai instrumen program promosi kesehatan yang dimaksudkan untuk meningkatkan kesehatan populasi (World Health Organization (WHO), 2022). Edukasi kesehatan digambarkan memiliki beberapa fungsi dan tindakan yang dirancang untuk menyampaikan informasi yang berhubungan dengan kesehatan, mencapai pembelajaran yang berhubungan dengan kesehatan, dan mengarah pada pengembangan keterampilan dan modifikasi gaya hidup. Dalam dekade terakhir, edukasi kesehatan telah dianggap serius oleh pemerintah sebagai strategi untuk mengubah perilaku di negara-negara maju seperti Inggris (UK) (Davies et al. 2011, Ellis et al. 2003) dan Amerika Serikat (AS) (ADA 2002, Arnold 2007).

Bagi penderita penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes, informasi kesehatan diperlukan agar dapat mengelola kondisinya dalam jangka panjang. Orang dengan PTM perlu mengatasi dengan cara yang positif dengan kondisi mereka. Diabetes adalah penyakit yang dapat dikelola dengan strategi termasuk diet, olahraga, pengobatan dan manajemen gaya hidup agar pasien diabetes dapat mengelola penyakit mereka, maka mereka perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang signifikan yang dapat diberikan melalui program edukasi Kesehatan. Sehingga, ada kebutuhan yang signifikan untuk melakukan program edukasi kesehatan bagi orang-orang yang memiliki penyakit ini.

B. Upaya Peningkatan Kesehatan dalam Mengatasi Penyakit Kronis

Sudah diketahui bahwa penderita diabetes yang tinggal di negara berkembang cenderung tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dalam manajemen diri diabetes dibandingkan dengan mereka yang hidup di negara barat. Banyak yang belajar tentang diabetes dan manajemen diri dari berbagai sumber dengan kredibilitas yang bervariasi. Sejak tahun 2013, WHO telah membuat rekomendasi untuk adopsi global, salah satunya adalah bahwa negara-negara mengembangkan program kolaboratif edukasi kesehatan untuk penderita diabetes.

Sementara itu, Pemerintah Indonesia menghadapi tiga beban Kesehatan, yaitu: Adanya Penyakit Infeksi New Emerging dan Re-Emerging seperti Covid 19; Penyakit Menular belum teratasi dengan baik dan; Penyakit Tidak Menular (PTM) cenderung naik setiap tahunnya. Akibatnya dapat dilihat dari Porsi pengeluaran kesehatan Indonesia masih berfokus pada upaya kuratif.

Tantangan kesehatan di Indonesia salah satunya adalah terkait dengan Penyakit Tidak Menular (PTM). Gaya hidup dengan pola makan seperti tinggi kalori, rendah serat, tinggi garam, tinggi gula dan tinggi lemak diikuti gaya hidup *sedentary lifestyle*, memilih makanan *junk food/siap saji*, ditambah dengan kurangnya aktivitas fisik, stress dan kurangnya istirahat memicu timbulnya penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes, stroke, penyakit jantung dan ginjal di masyarakat. Pemerintah Indonesia telah melakukan berbagai upaya dalam mencegah laju peningkatan penyakit tidak menular terutama untuk diabetes.

Program pencegahan diabetes melitus yang diusulkan pemerintah Indonesia meliputi penyediaan informasi; mengendalikan faktor risiko; deteksi dini; serta program informasi dan edukasi. Di Indonesia, presentase kejadian penyakit ini meningkat dari 6.9 % pada 2013 menjadi 10.9% pada tahun 2018. Pemerintah Indonesia meluncurkan program untuk pengendalian penyakit diabetes yang diberi nama Program Pengendalian Penyakit Kronis (PROLANIS). Tujuan dari program ini adalah mengendalikan parameter klinis pasien, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Program ini memiliki berbagai kegiatan rutin, antara lain: konsultasi medis; edukasi untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan; SMS gateway untuk mengingatkan kontrol kembali; kunjungan ke rumah untuk pemberian informasi/edukasi kesehatan diri dan lingkungan. Selain itu, pemeriksaan darah rutin dalam rangka untuk mengevaluasi kondisi pasien melalui kadar beberapa parameter dalam darah. Namun dalam pelaksanaannya program ini masih mengalami keterbatasan dalam fasilitas dan pembiayaan kesehatan terutama dalam membantu pasien untuk mencapai kontrol metabolismik yang diinginkan (Alkaff et al., 2021). Selanjutnya faktor yang berkontribusi juga dalam pelaksanaan di lapangan adalah adanya ketidakadekuatan sumber daya baik karena jumlah dan beban kerja, yang mempengaruhi proses edukasi untuk pencegahan dan peningkatan kemampuan pasien mengelola penyakit, dimana dalam melakukan program edukasi diabetes, informasi disampaikan dengan cara tradisional, profesional kesehatan bertemu pasien dan memberikan informasi yang tidak memadai yang sebagian besar berfokus pada kontrol pengobatan. Program edukasi kesehatan yang baik harus memenuhi beberapa kriteria. Salah satu metode yang diusulkan dalam penyampaian informasi kesehatan adalah program edukasi yang terstruktur. Program edukasi kesehatan yang terstruktur dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dan berdampak pada kualitas hidup (NICE 2003).

C. Program Edukasi Kesehatan bagi Pasien Penyakit Kronis

Membahas tentang edukasi Kesehatan yang terstruktur, maka marilah kita melihat bagaimana *World Health Organization* mendefinisikan program edukasi Kesehatan. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan edukasi Kesehatan sebagai: "*consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health*" (WHO 1998 p.4).

Edukasi kesehatan adalah sebuah proses yang dirancang untuk memberikan kesempatan belajar dan juga proses komunikasi untuk meningkatkan literasi Kesehatan, termasuk meningkatkan pengetahuan, mengembangkan keterampilan hidup yang kondusif bagi kesehatan individu dan masyarakat. Bahkan edukasi kesehatan juga bisa didefinisikan sebagai aktivitas yang dilakukan untuk memberikan informasi kepada individu dalam memahami kondisi dan penyebab Kesehatan/penyakit dan bagaimana pada tingkatan individu ada resiko terkait dengan perilaku Kesehatan yang mereka miliki. Edukasi kesehatan

berfokus pada membangun kapasitas individu untuk mengakses dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat dan menjaga kesehatan.

Secara umum, edukasi Kesehatan digambarkan memiliki beberapa fungsi dan mencakup tindakan yang dirancang untuk:

1. memberikan informasi terkait kesehatan yang memengaruhi nilai, keyakinan, sikap, dan motivasi;
2. mencapai pembelajaran yang berhubungan dengan kesehatan atau penyakit melalui perolehan pengetahuan, asimilasi dan diseminasi; dan
3. mengarah pada pengembangan keterampilan dan modifikasi gaya hidup/perilaku.

Edukasi kesehatan dapat dilakukan di setiap tingkat dari individu ke kelompok, dari organisasi formal ke non-formal, dalam tatanan kesehatan ke non-kesehatan. Misalnya, dalam organisasi formal seperti sekolah, edukasi kesehatan dapat dilakukan dengan melatih para guru atau pengajaran di kelas untuk meningkatkan pengetahuan siswa dan guru tentang gaya hidup sehat. Di tempat kerja, informasi tentang gaya hidup sehat dan diet biasanya disajikan melalui media atau selebaran untuk membantu orang memperoleh lebih banyak informasi tentang Kesehatan.

Pergeseran dalam pelaksanaan edukasi kesehatan pada pasien, dimana sebelumnya edukasi kesehatan diidentik dengan kegiatan sementara, kini beralih pada sebuah kegiatan terencana, interaktif yang banyak diberikan pada pasien dengan penyakit diabetes untuk memberdayakan mereka agar mampu mengelola diri. Pendekatan ini dikenal dengan istilah program edukasi terstruktur. Program edukasi terstruktur mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam proses pembelajaran melalui diskusi kelompok, praktik langsung dan teknik penetapan tujuan individu, untuk mempromosikan literasi kesehatan, self-efficacy, dan manajemen diri. Edukasi terstruktur berbeda dengan dengan pendekatan didaktik yang sebelumnya digunakan dalam pengembangan awal program edukasi kesehatan. Dalam pendekatan didaktik, pendidikan pasien hanya didasarkan pada instruksi dari profesional kesehatan kepada pasien, sementara program pendidikan terstruktur mendorong pasien untuk belajar secara aktif.

Program edukasi untuk orang-orang dengan penyakit kronis fokus pada manajemen diri. National Institute for Clinical Excellence (NICE) menyatakan bahwa program edukasi pasien terstruktur meningkatkan kontrol glikemik dan kualitas hidup dan mengurangi komplikasi diabetes (NICE 2003). NICE (2003 p.27) mendefinisikan program edukasi terstruktur sebagai "... program yang direncanakan dan dinilai yang komprehensif dalam ruang lingkup, fleksibel dalam konten, responsif terhadap kebutuhan klinis dan psikologis individu dan dapat beradaptasi dengan latar belakang pendidikan dan budayanya".

NICE (2003) telah mengidentifikasi prinsip-prinsip praktik yang baik untuk merancang program pendidikan terstruktur sebagai berikut: (1) harus didasarkan pada prinsip-prinsip pembelajaran orang dewasa; (2) dilakukan secara kelompok; (3) menggunakan strategi pengajaran yang mempromosikan pembelajaran aktif; dan (4) perlu jaminan kualitas dan diaudit. Program pendidikan terstruktur diperlukan untuk orang-

orang dengan penyakit kronis seperti diabetes, karena orang-orang ini harus mengelola kondisi mereka sendiri setiap hari (Jarvis et al. 2010). Bukti menunjukkan bahwa program pendidikan terstruktur memiliki banyak hasil positif bagi penderita diabetes, termasuk penurunan kadar HbA1c, peningkatan kemandirian dan self-efficacy, dan peningkatan kepuasan pengobatan (Hailu et al., 2019; Wichit et al., 2017).

Program pendidikan terstruktur digunakan secara luas sebagai intervensi dalam uji coba terkontrol secara acak, terutama untuk program pendidikan diabetes. Tiga program pendidikan pasien terstruktur telah menggunakan pedoman NICE dalam mengembangkan program pendidikan (NICE 2003).

Tabel 20.1
Gambaran Umum Program Edukasi Terstruktur: X-PERT, DESMOND, dan DAFNE

NAMA PROGRAM	INTERVENSI	UKURAN HASIL
Pe	Program pendidikan kelompok enam minggu Setiap sesi berlangsung selama 2,5 jam	Peningkatan berat badan dan kontrol diabetes, mengurangi obat diabetes, meningkatkan keterampilan dalam mengelola diabetes, meningkatkan gaya hidup, dan menurunkan tekanan darah dan menurunkan kolesterol
DESMOND	Pendidikan kelompok dalam 3 format: 1 hari, 2 setengah hari, tiga sesi 2 jam Pendidik: campuran ahli diet dan perawat praktik — memiliki pelatihan 2 hari sebelum program	Kualitas Hidup (fisik, fisiologis, sosial dan lingkungan) dan kontrol metabolik (HbA1c) setelah tiga bulan. Poin-poin penting dari langkah-langkah adalah pada penyakit utama dan kepercayaan diri pasien
DAFNE	Pelatihan lima hari: pelatihan berbasis keterampilan tentang cara menyesuaikan injeksi insulin	Harapan pasien terhadap program dan tujuan pribadi yang berkaitan dengan diabetes

Ketiga program pendidikan terstruktur menjadi landasan bagi saya dalam mengembangkan sebuah model edukasi terstruktur bagi pasien diabetes yang telah disesuaikan dengan sistem pelayanan Kesehatan dan juga budaya masyarakat Indonesia. Program edukasi ini disebut dengan Indonesian Group-based Diabetes Education Program (InGDEP) dan menjadi inti selama studi doktoral saya. Sehingga setelah berhasil menyelesaikan studi S3 di akhir tahun 2015, maka selama 7 tahun terakhir, InGDEP telah diujicobakan dalam banyak penelitian baik yang dilakukan secara mandiri atau oleh mahasiswa bimbingan skripsi dan tesis dan kemudian di daftarkan sebagai Hak Kekayaan Intelektual.

Ada beberapa aspek mendasar yang ditawarkan InGDEP sebagai salah satu bentuk edukasi terstruktur bagi pasien diabetes dan juga kemampuan untuk dijalankan oleh tenaga Kesehatan di fasilitas pelayanan Kesehatan.

Aspek pertama: adanya upaya program pelatihan sebagai educator bagi para profesional kesehatan yang terlibat dalam program ini. Karena kurang maksimal keterampilan tenaga Kesehatan dalam memberikan edukasi akan mempengaruhi keadekuatan informasi yang diterima oleh pasien dan keluarga.

Kedua, program edukasi yang diberikan harus merupakan satu kesatuan informasi tentang mengenal, mengatasi, manajemen dan pencegahan komplikasi, dan mengevaluasi atau follow up sehingga diperlukan lebih dari sesi pembelajaran dimana setiap sesi memungkinkan adanya proses interaktif, diskusi dan tanya jawab antara tenaga kesehatan, pasien dan sesama mereka.

Ketiga, bahwa kegiatan edukasi harus dilakukan seperti pembelajaran didalam kelas dengan adanya batasan jumlah anggota didalam kelas atau kelompok, sehingga terdapat proses interaksi antar pasien untuk bisa saling belajar dan memotivasi dalam pengelolaan penyakit. Aspek penting dalam edukasi kesehatan adalah adanya interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien diabetes tipe 2. Adanya interaksi merupakan bentuk nyata adanya dukungan tenaga kesehatan terhadap pasien diabetes tipe 2 dan hal ini sangat dibutuhkan oleh pasien dan keluarga Keempat, materi pendidikan yang digunakan dalam program ini adalah materi lokal yang diadaptasi dan berasal dari konsensus atau sumber resmi yang digunakan tenaga Kesehatan di Indonesia seperti consensus PERKENI (Malini et al., 2017).

D. Perkembangan dan Pemanfaatan Teknologi dalam Program Edukasi Kesehatan

Sampai saat ini, berdasarkan hasil penelitian dan publikasi yang telah kami lakukan, maka program edukasi terstruktur telah mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pengelolaan penyakit dari pasien yang ada di Puskesmas ataupun rumah sakit. Bahkan penerapan edukasi terstruktur juga telah dilakukan sebagai bagian dalam peningkatan kewaspadaan atau *awareness* tentang diabetes pada siswa sekolah menengah (Malini et al., 2018; Malini, Zhahara, et al., 2022; Qifti et al., 2020).

Selanjutnya, seiring dengan perkembangan teknologi, termasuk salah satu fakta bahwa hampir sebagian besar masyarakat Indonesia aktif sebagai pengguna media sosial, dan juga dampak dari pandemic COVID-19, terjadi pergeseran di anggota masyarakat terutama pasien diabetes mellitus dalam mencari informasi Kesehatan. Hasil penelitian yang kami lakukan pada pasien dengan penyakit kronis tahun 2021 menunjukkan bahwa 69.7% pasien dengan penyakit kronis selalu menggunakan media sosial, dengan aplikasi yang biasa dipakai adalah Facebook (35.4%), YouTube (27.4%), dan Instagram (20.7%). Namun, hanya 42.4% yang mendapatkan informasi lengkap dari tatalaksana manajemen diri, 54.5% hanya mengetahui kunci dari penanganan penyakitnya adalah mengatur pola diet (Malini, Lenggogeni, et al., 2022).

Pergeseran ini tentu saja memaksa tenaga perawat untuk bisa beradaptasi dalam memanfaatkan dengan bijak media sosial dalam edukasi Kesehatan. Kita tentu saja telah

mengenal istilah tele medicine, tele nursing yang menunjukkan bahwa sebenarnya teknologi merupakan sesuatu hal yang tidak asing. Namun, menggunakan teknologi dan memanfaatkan media sosial dalam edukasi kesehatan perlu disikapi dengan bijak.

Penggunaan media sosial oleh pasien dengan diabetes, terutama ketika mereka mendapatkan informasi kesehatan yang banyak sekali dari media sosial memunculkan satu stressor baru yaitu *technostress*. *Technostress* adalah stress yang diakibatkan pada penggunaan teknologi/media sosial, dimana pasien merasakan berlebih dalam mendapatkan informasi, kebingungan mana informasi yang benar, merasa dikuasai oleh media sosial yang digunakan, dan mengalami ketidakpastian akan banyaknya informasi yang diterima. Kondisi ini menimbulkan dampak pada fisik biologis dan psikologis pada pasien penyakit tidak menular, yang menjadi sumber stressor baru sehingga mengakibatkan pengelolaan penyakit menjadi tidak efektif (Malini, Lenggogeni, et al., 2022).

Oleh karena itu, perawat dituntut untuk bisa menguasai penggunaan teknologi dan media sosial sehingga bisa menjadi sumber informasi yang valid dan mengurangi resiko *technostress* pada pasien dan keluarga. Selanjutnya, perawat bisa meningkatkan kemampuan dan berinovasi dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien dan keluarga. Begitu juga dengan peran dan tugas pokok sebagai edukator.

Bentuk-bentuk inovasi yang bisa dilakukan perawat untuk mengurangi *technostress* adalah dengan menyaring informasi yang akan diterima oleh pasien dan keluarga. Salah satunya dengan memodifikasi penggunaan media dalam edukasi kesehatan. Media merupakan sarana komunikasi yang digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan. Kelebihan media cetak dapat dibaca berulang-ulang, gambar yang dicetak dengan warna yang menarik dapat memudahkan pasien dalam memahami informasi. Media elektronik juga memiliki kelebihan di mana penyajiannya lebih mudah dan lebih menarik lagi karena melibatkan penglihatan dan pendengaran. Seperti apa yang telah dilakukan oleh kami dalam mengembangkan video edukasi tata cara penyuntikan injeksi pena insulin untuk pasien diabetes yang masih mengalami kendala dalam melakukan injeksi pena insulin. Pembuatan video edukasi yang dilakukan oleh mahasiswa dengan menggunakan sumber yang valid dan sudah diverifikasi oleh dokter penyakit dalam, membuktikan bahwa perawat bisa menjadi kreatif untuk bisa membantu pasien dalam keterampilan manajemen pengobatan penyakitnya (Putri et al., n.d.; Qifti et al., 2020).

Selain itu, adanya keterbatasan dalam kebijakan pemerintah di mana asuransi kesehatan nasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang hanya memberikan waktu perawatan pada pasien diabetes selama lima hari, sehingga diperlukan modifikasi dalam lama pemberian edukasi kesehatan. Jika pasien diabetes pulang sebelum semua materi diberikan sebaiknya dilakukan penyampaian materi melalui kunjungan rumah dan telepon. *Follow up* melalui telepon memudahkan akses monitoring pasien atau tele nursing, dimana telah banyak dikembangkan aplikasi berbasis website, atau pembentukan kelompok pasien melalui whatssApp grup yang sudah dikembangkan oleh perawat. Upaya ini dilakukan untuk memastikan bahwa pasien tetap mendapatkan informasi dan dukungan berkesinambungan dari tenaga Kesehatan, karena sejatinya mereka yang hidup dengan

diabetes atau penyakit kronis akan mengalami masa dimana terjadi up and down dalam manajemen penyakit, sehingga dukungan yang terus menerus dari tenaga Kesehatan terutama perawat akan membuat mereka mampu meningkatkan efikasi dan perawatan diri (Hayati et al., 2021).

E. Penutup

Ada beberapa aspek yang menjadi penting untuk tenaga Kesehatan terutama perawat dalam memandang bahwa telah terjadi shifting paradigm, pergeseran cara berpikir dan menjalankan peran kami sebagai edukator terutama bagi pasien pasien dengan penyakit kronis seperti diabetes mellitus.

Aspek pertama dari shifting paradigm pada peran perawat terutama sebagai edukator adalah bahwa edukasi kesehatan yang selama ini dilakukan sebagai sebuah kegiatan pendidikan yang masih belum direncanakan dengan baik, semestinya saat ini mulai mengacu kepada suatu program yang direncanakan dan didiskusikan dengan baik kepada pasien dan keluarga. Bahwa ketika seorang pasien dengan diabetes mellitus terdiagnosa penyakit tersebut di sistem pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan perlu menyadari bahwa pasien dan keluarga membutuhkan suatu proses edukasi untuk mengetahui penyakit, bagaimana cara mengelola penyakit dengan baik, mengenali komplikasi dan pencegahan pada komplikasi, dimana kebutuhan tersebut perlu di lakukan secara terstruktur. Bahwa edukasi kesehatan yang diberikan di sistem pelayanan merupakan kolaborasi dari semua tenaga kesehatan yang terlibat dimana semua tenaga kesehatan mempunyai peran yang sama yaitu salah satunya sebagai edukator. Perawat sebagai tenaga kesehatan dengan jumlah terbesar dalam sistem pelayanan, bisa menjadi inisiator bagi pelaksanaan edukasi kesehatan secara terstruktur. Sehingga, nantinya setiap pasien dengan penyakit diabetes akan mendapatkan informasi kesehatan yang adekuat, mendapat dukungan dari tenaga kesehatan dalam memotivasi semangat mereka untuk bisa melakukan manajemen penyakitnya dengan baik.

Aspek kedua adalah, perubahan paradigma dalam edukasi kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terutama perawat juga perlu mengadopsi perkembangan teknologi seperti pemanfaatan media sosial ataupun teknologi virtual. Dukungan yang terus menerus dan tersedia melalui berbagai media sosial akan menjadi salah satu sumber informasi yang valid sehingga kesalahpahaman atau mitos dalam penatalaksanaan penyakit diabetes bisa dikurangi. Pasien dan keluarga akan mendapatkan informasi yang jelas dan valid karena sumber informasi berasal dari tenaga kesehatan.

Aspek ketiga adalah, adalah tenaga kesehatan terutama perawat seharusnya tidak memandang peran mereka sebagai edukator hanya sebagai peran sampingan (*side role*), namun peran sebagai edukator menjadi peran yang sama penting seperti sebagai care giver, karena pencegahan terhadap komplikasi atau terhadap peningkatan kasus diabetes berasal dari proses prevensi berupa edukasi dalam meningkatkan awareness dan pengetahuan /keterampilan yang baik. Semua berasal dari sebuah proses pemberian edukasi Kesehatan. Edukasi kesehatan bukan sekedar memberikan informasi kesehatan, tapi merupakan sebuah

proses berkesinambungan, terencana, terstruktur, dan juga dilakukan secara terus menerus sehingga proses untuk membentuk perilaku manajemen diri yang baik akan terbentuk. Sehingga, untuk bisa menjadi sistem pendukung bagi pasien dan keluarga, perawat perlu meningkatkan kemampuan dalam memberikan edukasi kesehatan termasuk juga dalam pemanfaatan teknologi. Oleh karena itu, perlu dukungan dari para pengambil kebijakan agar bisa memberikan perhatian pada upaya dalam meningkatkan kemampuan sumber daya dalam memberikan edukasi Kesehatan.

Selanjutnya, karena edukasi kesehatan merupakan aspek penting dalam mencegah dan menekan angka komplikasi, maka perlu adanya suatu kebijakan yang memberikan apresiasi bagi tenaga kesehatan yang melakukan peran edukasi bisa dilakukan secara kontinuitas. Salah satunya adalah bagaimana memperjuangkan agar pelaksanaan edukasi kesehatan yang dilakukan oleh perawat bisa disetarakan dengan pemberian pelayanan kesehatan dan di berikan reward sebagai jasa pelayanan.

Aspek terakhir adalah bahwa dalam mempersiapkan tenaga perawat dimasa yang akan datang, maka selaku dosen keperawatan, hendaknya mempersiapkan anak didik kita, calon perawat dengan pengembangan kurikulum yang menekankan pada penggunaan media sosial dan juga paradigma untuk bisa menjadikan peran perawat sebagai edukator menjadi peran yang bisa meningkatkan literasi Kesehatan dan keyakinan diri pasien sehingga mampu menampilkan perilaku kesehatan yang diinginkan.

Referensi

- Alkaff, F. F., Illavi, F., Salamah, S., Setiyawati, W., Ramadhani, R., Purwantini, E., & Tahapary, D. L. (2021). The Impact of the Indonesian Chronic Disease Management Program (PROLANIS) on Metabolic Control and Renal Function of Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Primary Care Setting. *Journal of Primary Care and Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/2150132720984409>
- Funnell, M. M., Brown, T. L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hosey, G. M., Jensen, B., Maryniuk, M., Peyrot, M., Piette, J. D., Reader, D., Siminerio, L. M., Weinger, K., & Weiss, M. A. (2011). National standards for diabetes self-management education. In *Diabetes Care* (Vol. 34, Issue SUPPL.1). <https://doi.org/10.2337/dc11-S089>
- Hailu, F. B., Moen, A., & Hjordahl, P. (2019). Diabetes Self-Management Education (DSME) – Effect on Knowledge, Self-Care Behavior, and Self-Efficacy Among Type 2 Diabetes Patients in Ethiopia: A Controlled Clinical Trial. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, Volume 12, 2489–2499. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S223123>
- Hayati, D. S., Malini, H., & Rahman, D. (2021). Implikasi Edukasi Kesehatan di Rawat Inap Meningkatkan Pengetahuan dan Kontrol Glikemik Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2: Systematic Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, Januari.
- International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF_Atlas_10th_Edition_2021*. Diabetesatlas.org

- Malini, H., Copnell, B., & Moss, C. (2017). Considerations in adopting a culturally relevant diabetes health education programme: An Indonesian example. *Collegian*, 24(2), 183–190. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.11.002>
- Malini, H., Lenggogeni, D. P., Windah, A., Qifti, F., Thapa, D. K., West, S., & Cleary, M. (2022). #Stressed: Covid-19, Chronic Illness and Technostress. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 189–192. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1958035>
- Malini, H., Yeni, F., & Saputri, D. E. (2018). The Effect of InGDEP on Type 2 Diabetes Patients' Knowledge and Self-Care. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 6(3). <https://doi.org/10.24198/jkp.v6i3.696>
- Malini, H., Zahara, S., Lenggogeni, D. P., & Putri, Z. M. (2022). Self-Care and Quality of Life People with Type 2 Diabetes Mellitus during the COVID-19: Cross-Sectional Study. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 21(1), 785–790. <https://doi.org/10.1007/s40200-022-01055-7>
- Putri, H. L., Malini, H., & Maisa, E. A. (2023). Utilization of educational videos in increasing knowledge and skills in insulin pen injection in type 2 diabetes mellitus patients: Literature Review. *Jurnal Ners*, 7(1). <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- Qifti, F., Malini, H., & Yetti, H. (2020). Implikasi Pendidikan Kesehatan Berbasis Whatsapp Terhadap Diabetes Awareness Pada Siswa . Universitas Andalas.
- Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., & Johnson, M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013>
- World Health Organization (WHO). (2022). Diabetes. 2022. https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

BAB 21

Optimalisasi Peran Manajerial Keperawatan Dalam Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien Menuju Pelayanan Kesehatan Berkualitas

Hajjul Kamil

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan berkualitas buruk menghambat kemajuan peningkatan kesehatan di negara-negara di semua tingkat pendapatan, menurut laporan bersama oleh *World Health Organization* (WHO), *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) dan *the World Bank Group*. Situasinya paling buruk di negara berpenghasilan rendah dan menengah di mana 10 persen pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami infeksi selama mereka dirawat, dibandingkan dengan tujuh persen di negara berpenghasilan tinggi. Meskipun infeksi yang didapat di rumah sakit mudah dihindari melalui kebersihan yang lebih baik, praktik pengendalian infeksi yang lebih baik, dan penggunaan antimikroba yang tepat. Pada saat yang sama, satu dari sepuluh pasien dirugikan selama perawatan di negara berpenghasilan tinggi (WHO, OECD, & *The World Bank*, 2018)

Penelitian telah menunjukkan bahwa rata-rata satu dari 10 pasien terkena efek samping saat menerima perawatan di rumah sakit di negara berpenghasilan tinggi (Slawomirski, Auroraen & Klazinga, 2017). Perkiraaan untuk negara berpenghasilan rendah dan menengah menunjukkan bahwa hingga satu dari empat pasien dirugikan, dengan 134 juta kejadian buruk terjadi setiap tahun karena perawatan yang tidak aman di rumah sakit, berkontribusi terhadap sekitar 2,6 juta kematian (*National Academies of Sciences et al.*, 2018).

Praktik dan kesalahan pengobatan yang tidak aman – seperti dosis atau infus yang salah, instruksi yang tidak jelas, penggunaan singkatan, dan resep yang tidak tepat atau tidak terbaca – adalah penyebab utama bahaya yang dapat dihindari dalam perawatan kesehatan di seluruh dunia. Secara global, biaya yang terkait dengan kesalahan pengobatan diperkirakan mencapai US\$ 42 miliar per tahun (Aitken & Gorokhovich, 2012), belum termasuk hilangnya upah dan produktivitas atau peningkatan biaya perawatan kesehatan. Ini mewakili hampir 1% dari pengeluaran global untuk kesehatan. Perawatan yang tidak

aman dan berkualitas buruk menyebabkan hilangnya produktivitas senilai US\$ 1,4 triliun hingga 1,6 triliun setiap tahun di negara berpenghasilan rendah dan menengah (*National Academies of Sciences et al.*, 2018).

Bukti yang tersedia memperkirakan biaya langsung dari bahaya, seperti tes dan perawatan tambahan, di lingkungan primer dan rawat jalan sekitar 2,5% dari total pengeluaran kesehatan, meskipun ini mungkin melebihi dari angka yang sebenarnya (Slawomirski, Auroraen, & Klazinga, 2018). Kerugian dalam perawatan primer dan rawat jalan sering mengakibatkan berlanjut kerawat inap. Setiap tahun, ini mungkin mencapai lebih dari 6% dari hari rawatan rawat inap di rumah sakit dan lebih dari 7 juta rawat inap di antara negara-negara anggota *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD). Ini merupakan tambahan dari 15% aktivitas perawatan akut yang disebabkan oleh pelayanan yang tidak berkualitas yang terjadi di rumah sakit (Slawomirski, Auroraen, & Klazinga, 2018). Menurut perkiraan, biaya sosial dari kerugian pasien dapat mencapai US\$ 1 triliun hingga 2 triliun setahun. Pendekatan sumber daya manusia menunjukkan bahwa menghilangkan bahaya dapat mendorong pertumbuhan ekonomi global lebih dari 0,7% per tahun (Slawomirski & Klazinga, 2020).

Paradigma baru pelayanan kesehatan, Rumah Sakit dituntut untuk menjamin keselamatan pasien, yang membuat asuhan pasien lebih aman melalui suatu sistem budaya keselamatan pasien (Kemenkes, RI, 2017). Suatu nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan merupakan produk dari budaya keselamatan organisasi. Budaya keselamatan yang positif dicirikan dengan komunikasi yang didasarkan pada rasa saling percaya, dengan persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, mendukung staf untuk memiliki kepedulian dalam upaya belajar dari Insiden Keselamatan Pasien (Nie *et. al.*, 2013; Kemenkes RI, 2022).

Insiden keselamatan pasien di rumah sakit di Indonesia berdasarkan Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN) Kemenkes RI pada tahun 2019 mencapai 7.465 kasus meningkat sebesar 80,05% dari 1.489 kasus pada tahun 2018. Insiden yang terjadi diantaranya Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 38%, Kejadian Tidak Cedera (KTC) 31%, dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 31% dengan dampak akibat insiden mengakibatkan 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1183 cedera ringan, dan 5659 tanpa cedera (Daud, 2020). Data insiden keselamatan pasien di rumah sakit secara khusus di Provinsi Aceh tidak ditemukan, secara nasional pada tahun 2019 hanya 6,00% rumah sakit yang melaporkan insiden keselamatan pasien dibandingkan dengan jumlah rumah sakit yang ada di Provinsi Aceh (Daud, 2020). Namun, data insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pemerintah Aceh pada tahun 2019 sebanyak 6.029 kasus, terjadi peningkatan tajam dibandingkan secara nasional berdasarkan laporan SP2KPN. Laporan Komite Mutu Keselamatan Pasien (KMKP) RSUD Pemerintah Aceh merincikan insiden keselamatan, yaitu; Kejadian Potensial Cidera (KPC) sebesar 133 kasus (2,2%), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) sebesar 5.434 kasus (90,1%), Kejadian Tidak Cidera (KTC) sebesar 364 kasus (6,1%) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebesar 98 kasus (1,6%) (KMKP, 2019).

B. Manajer Keperawatan

Kepemimpinan dalam keperawatan didefinisikan "seseorang (perawat) berusaha untuk mempengaruhi tingkah laku orang lain secara individu maupun kelompok" (Sullivan, 2012) dan atau "Penggunaan keahlian interpersonal seseorang (perawat) untuk mempengaruhi orang lain dalam mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan". Tujuan tersebut dapat menjadi tujuan individu dan tujuan bersama dan tujuan tersebut bisa atau tidak menjadi bagian dari tujuan organisasi (Weiss, Tappen, & Grimley, 2019).

Manajer keperawatan didefinisikan "Perawat yang dipekerjakan oleh organisasi pelayanan Kesehatan yang bertanggung jawab dalam mencapai tujuan organisasi secara efisien, fokus pada koordinasi dan integrasi sumber-sumber, menggunakan proses manajemen keperawatan; perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengawasan" (Sullivan, 2012; Marguis & Huston, 2017).

Manajer keperawatan bekerja langsung pada area yang spesifik, berfokus membangun tujuan dan integritas kerja unit untuk mencapai visi dan misi organisasi. Secara umum ada tiga tingkatan manajer keperawatan (Gambar-1) dalam keperawatan (Sullivan, 2012);



Gambar 21.1
Tingkatan Manajer Keperawatan
(Sullivan, E. J., 2012)

Top Managers atau *executive level manager* merupakan *top executive (administrators)* seperti Direktur Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan. Tugas utama adalah membangun tujuan organisasi dan strategi perencanaan untuk seluruh divisi keperawatan, mengintegrasikan pekerjaan tiap unit untuk mencapai visi dan misi organisasi, dan sebagai *barriers to entry* pengaruh lingkungan luar pada perawat melalui organisasi.

Middle Managers melakukan supervisi terhadap *first-line manager*. *The middle manager* bertanggung jawab terhadap orang-orang dan aktivitas melalui supervisi pada departemen atau unit keperawatan, dan bertanggung jawab 24 jam untuk hal tersebut. *The middle manager* bertindak sebagai penghubung antara *first-line manager* dengan *top manager*. *The middle manager* dalam keperawatan biasanya perawat yang bertugas sebagai *supervisor, assistant director, atau director associate* untuk keperawatan, kepala Seksi/Sub. Bagian Keperawatan.

First-line managers bertanggung jawab untuk melakukan terhadap pekerjaan personel non-manajerial dan aktivitas hari-hari dari pekerjaan unit-unit spesifik dalam

keperawatan. Tanggung jawabnya terhadap *clinical nursing practice, patient care delivery*, penggunaan tenaga, bahan habis pakai dan sumber lainnya, pengembangan personal, pengaturan, dan standar profesional, perkembangan interdisiplin, hubungan kolaborasi dan strategi perencanaan dengan tanggung jawab utama untuk memotivasi staf dalam mencapai tujuan organisasi. *The first-line managers* 24 jam bertanggung jawab atas manajemen unit melalui organisasi pelayanan kesehatan. Di rumah sakit biasanya *first-line manager* adalah kepala perawat di unit perawatan/ruang rawat inap/rawat jalan/instalasi gawat darurat, dan lain-lain yang setara.

Perspektif kekinian antara kepemimpinan dan manajemen terus menimbulkan beberapa perdebatan, meskipun jelas ada kebutuhan untuk keduanya. Kepemimpinan dipandang sebagai salah satu dari banyak fungsi manajemen, yang lain berpendapat bahwa kepemimpinan membutuhkan keterampilan yang lebih kompleks daripada manajemen dan bahwa manajemen hanyalah salah satu dari peran kepemimpinan. Namun, yang lain menyarankan bahwa manajemen menekankan pada pendekatan peran dan fungsi *planning, organizing, staffing, directing* dan *controlling*, sedangkan kepemimpinan meningkatkan produktivitas dengan memaksimalkan efektivitas pengikut melalui hubungan interpersonal (Marguis & Huston, 2017).

Digna et al. (2012 di kutip dari Marquis & Huston, 2017) menunjukkan bahwa karena perubahan akan pelayanan kesehatan saat ini adalah fitur utama dari lingkungan perawatan kesehatan kontemporer, manajer harus dapat beralih dari fokus tradisional pada penyelesaian tugas operasional ke keterampilan kepemimpinan visi, memotivasi, dan menginspirasi orang lain sebelum hasil yang diinginkan dapat dicapai. MacLeod (2012 di kutip dari Marquis & Huston, 2017) juga menyampaikan pemikiran serupa, bahwa dalam menghadapi perubahan yang signifikan di tatanan pelayanan kesehatan, manajemen yang baik dan keterampilan kepemimpinan yang kuat sangat penting untuk kelangsungan hidup jangka panjang dari organisasi perawatan kesehatan saat ini.

C. Optimalisasi Peran Manajerial Keperawatan dalam Meningkatkan Budaya Keselatan Pasien

Konsep multidimensi budaya keselamatan pasien dapat dipergunakan oleh pembuat kebijakan, manajer rumah sakit dan manajer keperawatan untuk membangun kesadaran staf keperawatan tentang keselamatan pasien. Karakteristik dimensi dari segi perspektif staf keperawatan di rumah sakit terdiri dari kerjasama tim, pengaturan staf, pembelajaran organisasi, respon terhadap kesalahan, dukungan dari *supervisor/clinical leader* terhadap keselamatan pasien, mengkomunikasikan tentang kesalahan, keterbukaan komunikasi, melaporkan kejadian keselamatan pasien, dukungan manajemen rumah sakit dan keperawatan, dan *handoff* (Nie, et al., 2013)

Budaya keselamatan pasien di rumah sakit akan hadir melalui lingkungan kolaboratif yang saling menghargai satu sama lain, dukungan pimpinan dan manajer dengan menciptakan keamanan psikologis bagi staf dan belajar dari insiden keselamatan pasien, melakukan upaya perbaikan untuk mencegah terulang kembali (Kemenkes RI, 2022). Hasil

penelitian Yulizar, Kamil dan Darmawati (2023), menunjukkan bahwa dari 119 responden dengan budaya keselamatan pasien pada kategori kurang baik, 90 responden (75,6%) ada hambatan dalam melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien (*p-value* = 0.000). Budaya keselamatan pasien untuk menjamin keselamatan pasien dan mempengaruhi kinerja individu dalam pelaksanaannya. Rendahnya angka kejadian insiden keselamatan pasien menjadi indikator tentang keselamatan pasien yang sesungguhnya. Perawat diharapkan terbuka dalam melaporkan terjadinya insiden (Anggraeni, Ahsan & Azzuhri, 2016).

Budaya keselamatan pasien akan berjalan jika saling menghargai satu sama lain dalam organisasi. Pelaporan insiden diperlukan untuk keperluan pembelajaran dimasa yang akan datang. Pelaporan insiden keselamatan pasien tidak akan terjadi pada kondisi masih adanya hambatan dalam melaporkan dan kurangnya dukungan manajemen rumah sakit dan keperawatan. Optimalisasi Peran Manajerial Keperawatan pada 10 dimensi budaya keselamatan pasien dalam hubungannya dengan hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien menuju pelayanan Kesehatan berkualitas, sebagai berikut:

Kerjasama Tim. Tim adalah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang bekerja saling ketergantungan menuju tujuan bersama (Sanchez, et al., 2017). Kerjasama tim menggambarkan komitmen emosional staf keperawatan terhadap organisasi yang bertujuan agar terlibat, benar-benar peduli dengan pekerjaan mereka, tidak hanya bekerja untuk gaji atau untuk promosi, tetapi bekerja atas nama tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2017). Hasil studi dengan metode observasi perilaku tim telah mengidentifikasi pola komunikasi, koordinasi, kepemimpinan dan peran manajerial keperawatan yang memberikan dukungan untuk kerja sama tim yang efektif (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Penelitian yang dilakukan di Saudi Arabia, menunjukkan bahwa *teamwork* berada pada tingkat yang baik (85.8%), perawat merasakan adanya dukungan dari manajerial, persatuhan, rasa hormat, dan kerja sama di antara staf keparawatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, aman, efisien, dan segera. Staf keperawatan menganggap hubungan mereka terbuka, aman, saling menghormati, dan fleksibel (Alquwez, et al. 2018). Saling percaya bahwa sesama anggota tim akan menjalankan peran mereka dan melindungi kepentingan tim merupakan ciri tim yang efektif (Sanchez, et al., 2017).

Pengaturan staf. Pengaturan staf adalah fase yang sangat penting dari proses manajemen dalam organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit karena organisasi tersebut padat karya. Tenaga kerja yang cukup harus mencerminkan keseimbangan yang tepat antara para profesional yang sangat terampil, kompeten, dan pekerja pendukung tambahan (Marquis & Huston, 2017). Kecukupan staf keperawatan adalah prediktor terkuat keselamatan pasien, namun analisis dominasi menunjukkan bahwa dukungan manajemen rumah sakit dan manajerial keperawatan adalah prediktor yang paling penting dari pada kecukupan staf keperawatan (Lee, et al., 2019). Staf keperawatan yang merasa terbebani oleh ketidak sesuaian personel dengan aktivitas kerjanya, mempengaruhi perawat secara negatif karena beban kerja yang berat selama berjam-jam dan akan berdampak buruk pada

outcome pasien (Alquwez, *et al.* 2018; Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Peningkatan rasio jumlah pasien yang lebih tinggi dari jumlah perawat di rumah sakit akan berpotensi pada resiko kelalaian yang lebih tinggi (Wagner, *et al.*, 2018). Penelitian lain yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah di Provinsi Aceh, Indonesia, tentang *Relationship of Nursing Unit with Missed Nursing Care* didapatkan hasil bahwa faktor yang paling berhubungan dengan *missed nursing care* adalah rasio satu perawat dengan pasien lebih dari tujuh orang pada setiap shift jaga (*p-value* = 0,000 dan *odds ratio* = 85,110) (Hidayati, Kamil & Darmawati, 2023). Beban kerja yang lebih tinggi dan rasio perawat dan pasien yang tinggi meningkatkan risiko kesalahan pengobatan, komplikasi iatrogenik, morbiditas rumah sakit, dan lama tinggal di rumah sakit serta membahayakan keselamatan pasien (Sharma & Rani, 2020).

Pembelajaran organisasi. Pembelajaran organisasi merupakan fenomena berkelanjutan yang terjadi dalam pembelajaran formal dan informal (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Teori Marilyn Anne Ray membandingkan perubahan dalam organisasi yang kompleks dengan proses kreatif, menantang perawat untuk melangkah maju dan memperbarui persepsi mereka tentang peristiwa sehari-hari, untuk menemukan makna yang tertanam. Hal ini sangat penting selama perubahan organisasi (Alligood, 2017). Teori ini memajukan visi dan misi keperawatan dan organisasi rumah sakit sebagai sesuatu yang kompleks, dinamis, relasional, integral, dan informasional (Smith & Parker, 2016). Pembelajaran organisasi untuk berkembang kearah yang lebih baik menjadi tanggung jawab para pimpinan dan manajer keperawatan untuk dapat mendorong kerja sama tim yang efektif dan menciptakan rasa aman secara psikologis serta anggota tim dapat belajar dari insiden keselamatan pasien (Kemkes RI, 2022). Manajer yang melakukan upaya terus menerus untuk meningkatkan keselamatan pasien dua kali lebih mungkin bagi staf keperawatan untuk melaporkan insiden keselamatan pasien (Lee & Dahinten, 2021). Pembelajaran organisasi menekankan penggunaan proses belajar pada tingkat individu untuk mentransformasikan kedalam organisasi (Mandriani, Hardisman & Yetti, 2019), dan peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien terjadi pada perawat dan petugas kesehatan yang telah diberi kesempatan oleh organisasi untuk mengikuti pelatihan keselamatan pasien (Afaya, Konlan & Kim Do, 2021).

Respon terhadap kesalahan. Budaya keselamatan adalah lingkungan bebas kesalahan di mana anggota staf merasa nyaman melaporkan kesalahan (Murray, 2017). Upaya meminimalkan beban perawat dalam melaporkan kesalahan diperlukan sistem anonim yang efektif, tidak memakan waktu, dan tidak rumit (Afaya, Konlan & Kim Do, 2021). Hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah budaya menyalahkan, staf keperawatan khawatir akan konsekuensi atas kesalahan yang terjadi secara individu dan yang bersedia melapor cenderung perawat yang sama (Kusumawati, Handiyani & Rachmi, 2019). Dalam budaya keselamatan pasien yang kuat, individu merasa nyaman untuk memperhatikan potensi risiko atau kegagalan aktual, tanpa takut akan kecaman dari manajer (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Rasa takut merupakan penghalang yang signifikan untuk melaporkan insiden keselamatan pasien (Aljabari & Kadhim, 2021).

Dukungan dari *supervisor/clinical leader*. Mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memuji dan memberi penghargaan kepada staf karena mengikuti prosedur keselamatan pasien dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien merupakan hal yang penting (Sorra, *et al.*, 2019). *Supervisor/clinical leader* menjadi perencana dan nara sumber bagi staf keperawatan, bertanggung jawab untuk menyediakan kondisi yang diperlukan untuk fungsi tim yang optimal. *Supervisor/clinical leader* juga bertindak sebagai koordinator antar tim sehingga tim dapat bekerja sama dengan baik, untuk mencapai tujuan bersama (Weiss, Tappen & Grimley, 2019). Dukungan *supervisor/clinical leader* diperlukan untuk mempromosikan keselamatan pasien, dan harus memberikan jaminan kerahasiaan kepada perawat yang melaporkan insiden (Kusumawati, Handiyani & Rachmi, 2019). Supervisor harus mengalokasikan waktu dan ruang yang diperlukan untuk mencari masukan dari staf keperawatan dan mengenali kontribusi mereka terhadap keselamatan pasien, serta memberikan pujian dan penghargaan atas kepeduliannya terhadap keselamatan pasien (Jang, Lee & Son, 2021).

Mengkomunikasikan tentang kesalahan. Mengkomunikasikan kesalahan merupakan dimensi budaya keselamatan pasien yang konstruktif yang akan mempengaruhi upaya untuk meningkatkan tindakan yang mempromosikan keselamatan pasien (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Budaya keterbukaan dan kemampuan untuk mengatakan apa yang terjadi sangat berguna dalam memastikan keselamatan pasien. Jika pelaporan insiden kurang memberikan umpan balik kepada perawat yang memberikan laporan, mereka enggan untuk melaporkan kembali (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Kurangnya umpan balik, tindak lanjut, dan pencegahan untuk mencegah terulangnya insiden akan mempengaruhi perawat secara negatif dalam pelaporan insiden. Tidak adanya respon, komunikasi, dan diskusi setelah laporan mungkin membuat perawat enggan untuk melaporkan kejadian di kemudian hari (Kusumawati, Handiyani & Rachmi, 2019). Umpan balik yang diberikan oleh manajer keperawatan kepada staf yang melapor tentang kesalahan akan berdampak kepada peningkatan pelaporan insiden (Aljabari & Kadhim, 2021). Perawat memandang keselamatan pasien sangat baik ketika mereka menerima umpan balik tentang laporan kejadian, mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan berulang, dan merasa bebas untuk membagikan pandangan dan pertanyaan mereka tentang keselamatan pasien dengan pimpinan rumah sakit dan manajernya (Lee & Dahinten, 2021).

Keterbukaan komunikasi. Budaya keterbukaan dan kemampuan untuk mengatakan apa yang terjadi sangat berguna dalam memastikan keselamatan pasien (Kusumawati, Handiyani & Rachmi, 2019). Staf keperawatan berbicara dengan bebas jika mereka melihat sesuatu yang dapat mempengaruhi pasien secara negatif dan merasa bebas untuk bertanya kepada yang memiliki otoritas lebih tinggi (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Perawat lebih mungkin untuk menetapkan tingkat keselamatan pasien yang lebih baik, ketika mereka merasakan tingkat keterbukaan komunikasi yang lebih tinggi dengan manajernya (Jang, Lee & Son, 2021). Organisasi dengan budaya keselamatan pasien yang positif dicirikan oleh komunikasi yang didasarkan pada rasa saling percaya, dengan persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan pasien (Wagner, *et al.*, 2018). Teori Marilyn Anne Ray menyebutkan

kepedulian diekspresikan tidak hanya dalam pola relasional kemanusiaan dan kasih sayang yang lebih interpersonal, tetapi juga dalam struktur resmi birokrasi, dan kedua ekspresi tersebut dimasukkan ke dalam sistem makna profesional (Aligood, 2017).

Melaporkan kejadian keselamatan pasien. Rendahnya tingkat pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit menyebabkan sulitnya identifikasi kesalahan dan melakukan investigasi lebih lanjut (Habibah & Dhamanti, 2021). Pengetahuan, pemahaman, dan akuntabilitas perawat yang ditugaskan dalam tim keselamatan pasien dapat mempengaruhi sikap terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien (Kusumawati, Handiyani & Rachmi, 2019). Hambatan umum yang paling sering dilaporkan berdasarkan hasil *literature review* adalah; ketakutan akan konsekuensi merupakan penghalang yang paling banyak dilaporkan di seluruh dunia. Setiap institusi layanan kesehatan harus mengidentifikasi hambatan lokal untuk melaporkan dan menerapkan solusi potensial. Untuk mengatasi hambatan mungkin memerlukan perubahan dalam strategi manajemen rumah sakit dalam menyelaraskan dan mendorong budaya keselamatan pasien (Aljabari & Kadhim, 2021). Memahami hambatan yang dirasakan terhadap pelaporan kesalahan dari perspektif perawat, juga sangat penting dalam mempromosikan perilaku pelaporan, salah satu hambatan pelaporan insiden adalah formulir yang digunakan untuk melaporkan insiden yang panjang dan memakan waktu dalam menulis (Jang, Lee & Son, 2021; Rutledge, Retrosi & Ostrowski, 2018).

Dukungan manajemen rumah sakit dan keperawatan. Memimpin dan mendukung staf keperawatan merupakan salah satu penerapan dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Sebagai wujud dari tanggung jawab rumah sakit dalam pembentukan sistem pelayanan kesehatan untuk menjamin keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2017). Terlaksananya program keselamatan pasien tidak terlepas dari dukungan manajemen (Mandriani, Hardisman & Yetti, 2019). Manajemen rumah sakit dan keperawatan harus menyediakan iklim kerja yang mengedepankan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). Dukungan manajemen rumah sakit dan keperawatan untuk keselamatan pasien menjadi prediktor yang kuat terhadap keselamatan pasien (Jang, Lee & Son, 2021). Dukungan yang dimaksud terdiri dari ketersediaan sumber daya, kebijakan, dan menciptakan suasana yang mendukung dalam pelaksanaan keselamatan pasien (Wianti, dkk., 2021). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa perawat dengan tingkat dukungan manajemen rumah sakit dan keperawatan yang lebih tinggi, dua kali lebih mungkin melaporkan keselamatan pasien (Jang, Lee & Son, 2021).

Handoff. *Handoff* merupakan dimensi terakhir dari budaya keselamatan pasien. *Handoff* atau serah terima pasien didefinisikan sebagai transfer informasi dan penerimaan tanggung jawab untuk perawatan pasien yang dicapai melalui komunikasi yang efektif (Maharani & Thabraney, 2018). Serah terima yang terdokumentasi secara lengkap, akurat, tepat waktu, dan relevan mampu mempromosikan keselamatan pasien (Bressan, Mio & Palese, 2020). Penelitian Kamil, Rachmah dan Wardani (2018) melalui studi *phenomenology*, menemukan tiga tema utama masalah dokumentasi keperawatan menurut pandangan

perawat di Indonesia, yaitu 1) kurangnya supervisi terhadap perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan, 2) masalah kompetensi dalam melakukan dokumentasi, dan 3) kurangnya percaya diri dan motivasi dalam melakukan pendokumentasian. Dimensi *handoff* termasuk dalam salah satu dimensi yang lemah (36%) dan membutuhkan peningkatan dalam semua studi yang disertakan. *Handoff* ditargetkan dalam upaya peningkatan kualitas dalam organisasi kesehatan karena memiliki risiko insiden keselamatan pasien yang tinggi dan dapat menyebabkan hilangnya informasi penting dan fragmentasi perawatan pasien (Reis, Paiva, & Sousa, 2018). *Handoffs* sangat berkaitan dengan sistem kerjasama dan koordinasi antar petugas kesehatan pada saat pergantian *shift* kerja (Wianti, dkk., 2021). Koordinasi dan komunikasi manajerial keperawatan dengan dan antar staf keperawatan dalam pergantian *shift* sangat diperlukan. Data yang menjadi sumber informasi tentang pasien sering hilang dalam proses pergantian *shift* jaga. Proses pemindahan pasien sudah seharusnya dilakukan secara profesional (Mandriani, Hardisman & Yetti, 2019).

D. Penutup

Peran manajerial keperawatan sesuai dengan tingkatannya pada area yang spesifik berfokus membangun tujuan dan integritas kerja unit untuk mencapai visi dan misi organisasi dengan pendekatan proses manajemen keperawatan. Optimalisasi peran manajerial keperawatan dalam meningkatkan kesadaran akan budaya keselamatan pasien merupakan suatu upaya yang harus dilakukan secara terus menerus ditatatanan pelayanan Kesehatan untuk menciptakan paradigma baru dari pelayanan Kesehatan berkualitas yang berfokus pada rasa aman, efektif, berpusat pada pasien, tepat waktu, efisien, dan adil.

Referensi

- Afaya, A., Konlan, K. D. & Kim Do, H. (2021). Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. *BMC Health Services Research*, Vol. 21, No. 1, p. 1–17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07187-5>
- Aljabari, S. & Kadhim, Z. (2021). Common Barriers to Reporting Medical Errors. *The Scientific World Journal*, Vol. 2021, Article ID 6494889. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/6494889>
- Aitken, M. & Gorokhovich, L. (2012). Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. United States of America: IMS Institute for Healthcare Informatics. (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2222541). (Accessed 6 July 2023).
- Alligood, M. R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work*. 10th Edition, Paperback ISBN: 9780323757027, eBook ISBN: 9780323777988. 3251 Riverport Lane, St. Louis, Missouri 63043: Elsevier.
- Alquwez, N., Cruz, J. P., Almoghairi, A. M., Al-otaibi, R.S., Almutairi, K. O., Alicante, J. G. & Colet, P.C. (2018). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals

- in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 50, Issue 4, p. 422–431. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12394>.
- Anggraeni, D., Ahsan, A. & Azzuhri, M. (2016). Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien terhadap Sikap Melaporkan Insiden pada Perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen. *Jurnal Aplikasi Manajemen*, Vol. 14, No. 2, p. 309–321. DOI: <https://doi.org/10.18202/jam23026332.14.2.13>
- Bressan, V., Mio, M. & Palese, A. (2020). Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *Journal of advanced nursing*, Vol. 76, No. 4, p. 927–938. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14288>
- Daud, W. A., (2020) Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN). Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Habibah, T. & Dhamanti, I. (2021). Faktor yang Menghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Andalas*, Vol. 9, No. 4, p. 449-460. DOI: <https://doi.org/10.25077/jka.v9i4.1460>.
- Hidayati, N., Kamil, H. & Darmawati. (2023). Relationship of Nursing Unit with Missed Nursing Care at the Aceh Government Hospital, Indonesia. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies*. Vol. 3, Issue 1, p. 708-712.
- Jang, S. J., Lee, H. & Son, Y. J. (2021). Perceptions of patient safety culture and medication error reporting among early-and mid-career female nurses in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18, No. 9, p. 48-53. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094853>
- Kamil, H., Rachmah, R., Wardani, E. & Björvell, C. (2020). How to optimize integrated patient progress notes: a multidisciplinary focus group study in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Vol. 13, p. 1-8. DOI: [10.2147/JMDH.S229907](https://doi.org/10.2147/JMDH.S229907)
- Kamil, H., Rachmah, R. & Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Vol. 9, p. 111-114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.09.002>
- Kemenkes, RI., (2022). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor Hk.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes, RI., (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien." Jakarta; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- KMKP., (2019). Laporan Insiden Keselamatan Pasien RSUD dr. Zainoel Abidin Pemerintah Aceh Tahun 2019. Banda Aceh; Komisi Mutu Keselamatan Pasien (KMKP)
- Kusumawati, A. S., Handiyani, H. & Rachmi, S. F. (2019). Patient safety culture and nurses' attitude on incident reporting in Indonesia. *Enfermeria Clinica*, Vol. 29, Supp. 2, p. 47–52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.007>
- Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D., & Park, C. G. (2019). Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*.Vol. 41, No. 2, p. 279–304. DOI: [10.1177/0193945917747416](https://doi.org/10.1177/0193945917747416)
- Lee, S. E. & Dahinten, V. S. (2021). Using dominance analysis to identify the most important dimensions of safety culture for predicting patient safety. *International Journal of*

- Maharani, A. & Thabran, H. (2018). How to Improve Patient Handoff Quality for Ensuring Patient Safety: A Systematic Review, KnE Life Sciences / The 2nd International Conference on Hospital Administration (The 2nd ICHA) , Vol. 4, No. 9, p. 292-304. DOI: <https://doi.org/10.18502/cls.v4i9.3580>
- Mandriani, E., Hardisman, H. & Yetti, H. (2019). Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang. Jurnal Kesehatan Andalas, Vol. 8, No. 1, p. 131-137. DOI: <https://doi.org/10.25077/jka.v8i1.981>.
- Marquis, L. B., & Huston, C. J. (2017). Leadership roles and management functions in nursing; Theory and application. 9th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Murray, E. (2017). Nursing leadership and management for patient safety and quality care. Philadelphia; F.A. Davis Company.
- National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, Health & Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Global Health, Committee on Improving the Quality of Health Care Globally, (2018). Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington (DC): National Academies Press. DOI: <https://doi.org/10.17226/25152> (Accessed 6 July 2023)
- Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., & Li, J. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. BMC Health Service Research, Vol. 13, Article Number: 228. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-228>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan
- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital survey on patient safety culture dimensions. International Journal for Quality in Health Care, Vol. 30, Issue 9, p. 660–677. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Rutledge, D. N., Retrosi, T. & Ostrowski, G. (2018). Barriers to medication error reporting among hospital nurses. Journal of Clinical Nursing. Vol. 27, No. 9-10, p. 1941–1949, 2018, DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14335>
- Sanchez, J. A., Barach, P., Johnson, J. K., & Jacobs, J. P. (2017). Surgical Patient Care: Improving Safety, Quality and Value, pp. 1–909. eBook ISBN978-3-319-44010-1, hcBook ISBN978-3-319-44008-8. Springer Cham. DOI: 10.1007/978-3-319-44010-1.
- Sharma, S. K. & Rani, R. (2020). Nurse-to-patient ratio and nurse staffing norms for hospitals in India: A critical analysis of national benchmarks. Journal of Family Medicine and Primary Care. Vol. 9, Issue 6, p. 2631-2637. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_248_20
- Slawomirski, L., Auraen, A. & Klazinga N. (2017). The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers Number 96, 67 pages. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. DOI: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en> (Accessed 6 July 2023)

- Slawomirski, L., Auroraen, A., & Klazinga, N. (2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. OECD Health Working Papers Number 106, 57 pages, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. DOI: <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en> (Accessed 6 July 2023)
- Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2020). Economics of patient safety: from analysis to action. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. (<http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>). (Accessed 6 July 2023)
- Smith M. C. & Parker, M. E. (2020). Choosing, Evaluating, and Implementing Nursing Theories for Practice. ISBN: 978-0-80-369985-4. Philadelphia; F.A. Davis Company.
- Sorra, J., Yount, N., Famolare, T. & Gray, L. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0 English, Vol. 19, No. 21. 2019 [Online]. Available: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>. (Accessed 6 July 2023)
- Sullivan, E. J., (2012). Effective leadership and management in nursing. 8th Edition. New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.
- Wagner, A., Hammer, A., Manser, T., Martus, P., Sturm, H., and Rieger, M. A. (2018). Do occupational and patient safety culture in hospitals share predictors in the field of psychosocial working conditions? Findings from a cross-sectional study in German university hospitals. International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 15, No. 10, pp. 1-18. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15102131>.
- Weiss, S. A., Tappen, R. M., & Grimley, K. A., (2019). Essentials of Nursing Leadership and Management, 5th. edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- WHO, OECD, & The World Bank, (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. ISBN 978-92-4-151390-6 WHO, ISBN 978-92-64-30030-9 (PDF) OECD, Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wianti, A., Setiawan, A., Murtiningsih, M., Budiman, B. & Rohayani, L. (2021). Karakteristik dan Budaya Keselamatan Pasien terhadap Insiden Keselamatan Pasien. Jurnal Keperawatan Silampari, Vol. 5, No. 1, p. 96–102.
- Yulizar, Kamil, H., & Darmawati. (2023). Patient Safety Culture and Barriers to Reporting Patient Safety Incidents in District General Hospitals in Indonesia. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), Vol. 12, Issue 3 Series 2, p. 23-32. DOI: <https://doi.org/10.979/1959-1203022332>

BAB 22

Perawatan Paliatif “TRISNA” Pada Pasien Kanker Serviks Dengan Pendekatan Nilai-Nilai Budaya Jawa

Rita Benya Adriani

A. Pendahuluan

Salah satu kanker terbanyak yang diderita oleh wanita di seluruh dunia adalah kanker serviks. Angka kejadian kanker serviks di dunia mencapai enam ratus ribu pada Tahun 2020, dimana di Regional Asia, angka kejadian kanker serviks mencapai 58% atau sekitar 351.720 orang. Angka kejadian kanker serviks sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk, artinya hampir 50% penderita kanker serviks berakhir dengan kematian (Kemenkes, 2019).

Kanker serviks atau kanker leher rahim merupakan penyakit keganasan yang paling sering terjadi pada wanita di Indonesia setelah kanker payudara. Angka prevalensi kanker serviks di dunia sebesar 569.847 (6.6%) sedangkan kasus baru kanker serviks di Indonesia sebesar 32.469 (10.69%) (Kemenkes RI, 2017). Pada tahun 2018, prevalensi kanker payudara pada wanita mencapai 30.8% dan kanker serviks mencapai 17.2%. Baik kanker payudara dan kanker serviks pada data tersebut merupakan kejadian setelah kanker lain sebesar 35%. Kanker mulut rahim atau kanker serviks angka kejadiannya sebesar 1.545 kasus (Dinkes Jateng, 2021). Sedangkan pada tahun 2022, angka kejadian kanker serviks menjadi 2.444 kasus. Hal tersebut dapat diartikan bahwa kanker serviks di Jawa Tengah meningkat sebesar 57.9 %.

Kanker menyerang banyak orang dari segala usia, biasanya menyerang mereka yang berusia di atas 65 tahun. Kanker mempengaruhi aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pasien yang hampir meninggal mengalami reaksi emosional yang paling banyak. Ada lima respons emosional yang berbeda: penerimaan, keputusasaan, tawar-menawar, kemarahan, dan penyangkalan (Kubler-Ross, 2003).

Menurut Kepmenkes RI No 812 (2007), yang saat ini sudah diperbaharui oleh Kepmenkes RI tentang pedoman penyelenggaraan paliatif No HK.01.07/MENKES/2180/2023 tertanggal 14 Desember 2023. Kegiatan perawatan paliatif mencakup berbagai layanan, seperti penanganan nyeri, manajemen keluhan fisik, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, sosial, budaya, dan spiritual, serta bantuan dalam masa berduka dan

transisi dari masa dukacita ke kehidupan normal kerluarga. Perawatan yang berkualitas pada pasien kanker meliputi kebutuhan fisik, emosional, sosial, spiritual, dan budaya. Budaya adalah konsep luas yang mencakup pengalaman seorang individu seperti status sosial, ekonomi, ras, etnis, identitas, norma, tradisi, kepercayaan, dan kebiasaan (Cain et al., 2018).

Perawatan paliatif pasien kanker dapat diberikan dengan pelayanan keperawatan secara holistik, salah satunya dengan menggunakan pendekatan budaya. Nilai ajaran Jawa temen, rila, sabar, narima "Trisna" dapat diterapkan bagi perawat (Adriani, 2018). Pelayanan keperawatan pada pasien yang lemah, merasa tidak berdaya, dan membutuhkan pertolongan dapat menerapkan falsafah temen, yang jika dilakukan akan menumbuhkan rasa narima dan kemudian akan timbul rasa sabar. Dengan hati sabar, orang akan rila dalam menjalankan tugasnya. Setelah keempat aspek tersebut berada pada diri seseorang maka orang tersebut disebut budi luhur (Mertowardoyo, 2006).

Pasien kanker menerima perawatan paliatif sebagai upaya untuk mengurangi penderitaan dan rasa sakit, memperpanjang hidup, dan memberikan dukungan bagi keluarga mereka. Pasien diharapkan mendapatkan perawatan paliatif serta menjalani hari-hari mereka dengan gembira dan optimis, terlibat dalam berbagai kegiatan selagi masih mampu melakukannya, dan membantu mereka meningkatkan spiritualitas mereka (Anita, 2016). Gambar pendekatan perawatan paliatif menurut National Consensus Project atau NCP (2009), sebagai berikut:



Gambar 22.1
Palliative Care's Place in the Course of Illness
(NCP, 2009)

B. Perawatan Paliatif "TRISNA" Dalam Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Serviks

Asuhan budaya dalam keperawatan adalah konsep yang menjelaskan pemberian asuhan keperawatan melintasi batas budaya yang meliputi muatan dan proses yang sangat penting dalam pemberian layanan kesehatan yang berkualitas bagi semua pasien (Kozier, 2011). Berbagai varian dan heterogenitas masyarakat Jawa yang muncul di daerah Jawa Tengah, Yogyakarta, dan Jawa Timur merupakan sumber kebudayaan Jawa (Roqib, 2007). Ciri masyarakat Jawa lamban dalam arti tidak mau tergesa-gesa namun segala sesuatunya perlu dipikirkan atau direncanakan terlebih dahulu sehingga dapat menyelesaikan masalah dan mengutamakan keselarasan, keserasian, dan keharmonisan. Sehingga penyelesaian masalah tidak hanya asal selesai.

Masyarakat Jawa menganut gagasan "Rukun agawe santosa" yang artinya bahwa keharmonisan antar umat manusia menjadikan seseorang kuat dan sejahtera, dan bahwa

keharmonisan merupakan fondasi perdamaian dunia (Endraswara, 2003). Manusia menyadari bahwa hidup mati ada di tangan Tuhan keadaan itu yang tetap menjadi rahasia bagiNya, suatu keadaan yang menjamin keselamatan kehidupan manusia. Karena orang Jawa percaya bahwa takdir menentukan abang birune urip (warna kehidupan), mereka menyikapi garis hidup dengan niat hanya menjalankan apa yang sudah Tuhan tentukan (Endraswara, 2003).

Sebagai tanda kedewasaan moral, pendekatan orang Jawa adalah kesabaran: seseorang bergerak maju dengan hati-hati, dan mengambil napas dalam dengan keyakinan bahwa keberuntungan pada akhirnya akan datang. Menerima semua hal yang menimpa kita tanpa mengeluh atau memberontak dikenal sebagai narima. Ini juga merupakan pandangan positif yang memungkinkan orang menanggapi kekecewaan dan kesulitan dengan cara yang wajar—yaitu, tanpa menyerah atau tanpa menentang dengan sia-sia. Pola pikir narima membuat seseorang dapat menahan kemalangan dan tetap bahagia dan peduli bahkan di tengah rasa sakitnya. Kemampuan untuk melepaskan adalah atribut positif yang melibatkan sikap pantang menyerah dan merupakan kemauan untuk melepaskan hak milik, kemampuan, dan hasil pekerjaan seseorang. Ini dikenal sebagai sikap rila. Sikap temen dan jujur mengharuskan seseorang mampu menepati janji dan bertindak adil terhadap orang lain. Budiluhur menunjukkan watak yang sangat mengagumkan terhadap orang lain, serta emosi dan tata krama yang tepat dalam berinteraksi dengan orang lain (Mertowerdoyo dalam Sasangko Jati, 2006).

Selain lima sikap yang disebut sebagai Panca Sila, manusia juga memiliki pedoman sikap hidup yaitu "Tri Sila" meliputi Eling, Percoyo dan Mituhu yang menjadi dasar dalam watak atau tingkah laku yang terpuji dan menjadi pedoman segala gerak dan langkah masyarakat Jawa dalam berbagai aktivitas sehari-hari yang disebut dengan "Panca Sila" antara lain:

1. Temen

Temen atau bersungguh-sungguh dapat berarti jujur, teguh dalam menepati komitmen lisan seseorang, baik yang tertanam dalam hati dan ingatan ataupun yang tidak. Orang yang tidak menghargai emosinya berarti berbohong kepada dirinya sendiri, sedangkan orang yang berbicara dari hati tetapi tidak menindaklanjuti perkataannya berarti tidak jujur kepada orang lain dan disebut sebagai orang munafik.

Arti filosofsi Temen

Temen adalah sikap dan perilaku yang setia dalam pekerjaan selalu berjuang dengan belajar, jujur, memberi pujian dan bersungguh-sungguh, untuk memperluas pengetahuan sehingga ilmu yang diterima dapat untuk memecahkan masalah yang dihadapi dengan tetap melaksanakan kontrol dan waspada (*Wira Wiyata* dalam Sri Mangkunegara IV, 2011). Menurut pendapat penulis *temen* yaitu sebagai manusia kita sebaiknya bertindak dan berperilaku jujur, rasa tulus dan tidak bohong yang akan mendapatkan rasa kebahagiaan sejati yang utuh, menyatu dan adil dipercaya oleh orang lain dengan rasa ketulusan walaupun kejujuran kadangkala dapat membawa kerugian

bukan berarti kita harus menipu, pepatah Jawa mengatakan orang bodoh yang temen lebih baik dari pada orang pandai tetapi penipu.

2. Rila

Rila atau rela adalah ketulusan hati dalam mempercayakan semua hak milik, wewenang atau kekuasaan, dan konsekuensi dari tindakan seseorang kepada Tuhan. Kerelaan adalah pengingat terus-menerus bahwa segala sesuatu berada di bawah kendali Tuhan, tidak memberi ruang bagi sentimentalitas dan keyakinan bahwa seseorang tidak pantas untuk mengharapkan hasil dari tindakannya, apalagi merasa tertekan atau mengeluh tentang semua penderitaannya.

Arti filosofi Rila

Rila adalah dalam bekerja tanpa pamrih, tidak merasaterbebani, dilaksanakan dengan senang hati, empati, tidak ingin perbuatannya dipuji orang lain, berpenampilan tenang, humoris, ramah dan rela untuk berkorban. Menurut buku Sasangka Jati (Mertowardoyo, 2006) Rila atau rela adalah tidak patut mengharap hasil dari perbuatannya, apalgi bila sampai susah atau mengeluh untuk semua yang didapatkan yang biasanya disebut dengan sengsara, fitnah, kehilangan harta, derajat, jiwa atau nyawa dan tidak mempunyai keinginan sama sekali terhadap imbalan dan material apalagi kepemilikan dan puji. Orang rela itu mempunyai watak tidak ada rasa ingin memiliki semua barang yang bisa rusak, dan bukan juga orang yang melalaikan kewajiban yang harus dilaksanakan. Tekad yang terkandung dalam sikap Rila selalu hadir dalam kemauan karena ia mengantisipasi hal-hal yang lebih baik akan datang dan menyerahkan segala sesuatu atau kesukaran kepada Tuhan dengan harapan segala kesukaran akan lenyap karena kita menyerahkan diri kepadaNya.

Rila atau rela menurut penulis adalah orang yang bisa memberikan dalam bentuk apapun dengan ikhlas dalam kondisi apapun yang terjadi atau menimpa dirinya dengan lapang dada tanpa mengeluh, dan menerima dengan hati yang terbuka, dengan pikiran yang jernih tanpa prasangka buruk, tidak mau menyalahkan siapapun.

3. Sabar

Kualitas terpenting yang harus dimiliki setiap orang adalah kesabaran. Menurut semua agama, Tuhan mencintai orang-orang yang sabar karena mereka dapat menanggung segala jenis kesulitan; namun, ini tidak berarti bahwa mereka tidak memiliki harapan; melainkan memiliki iman yang kuat, berpengetahuan yang luas, dan berpikiran secara terbuka, sehingga mereka layak diumpamakan dengan lautan pengetahuan.

Arti filosofi Sabar

Dalam Serat Sabdajati sabar artinya dalam menjalankan tugas harus diselidiki, dilihat, mendengarkan, diteliti, hati-hati, jangan sampai berbuat salah hingga melaksanakan pekerjaan dengan tepat dan pekerjaan harus diterima dengan senang hati, ramah, dalam menanggapi tidak tergesa-gesa atau rileks agar dapat berhasil.

Sabar menurut penulis ialah orang yang berperilaku menjahui sifat suka marah karena orang yang sabar sebetulnya memiliki pengetahuan sangat luas dan dalam memberikan segala tindakan harus berdasarkan prosedur atau aturan sehingga kelihatannya orang tersebut pasif padahal dibalik itu orang sabar berfikir aktif dan kreatif. Sabar merupakan tingkah laku, atau watak yang luar biasa emosinya tidak mudah terpancing segala masalah dihadapi dengan hati dan pikiran yang tenang dan luas pengetahunnya.

4. Narima

Narima atau menerima nasib berhubungan dengan ketentraman dihati jadi bukan berarti pasrah dengan suatu keadaan dan tanpa berupaya. Namun, narima itu juga menerima apa adanya tanpa mengeluh dan perlu disyukuri, tidak marah, tidak iri, berhati lapang, dan andap asor.

Arti filosofi Narima

Narima atau menerima artinya menerima apa adanya tanpa mengeluh, tanpa syarat, dan bersyukur. Hal itu merupakan harta yang tidak ada habisnya maka dari itu bila siapa saja yang ingin menjadi kaya atau sembah usahakan menerima. Orang yang narima itu sungguh merupakan orang yang bahagia di dalam kehidupannya karena dia sebetulnya menang dalam perubahan keadaan sebelumnya, sebab kehidupan di dunia ini tiada orang yang tahu akan nasib diri sendiri.

Narima atau menerima menurut penulis adalah bukan berarti menerima nasib apa adanya tetapi suatu usaha yang kreatif, aktif dan bukan suatu hal yang pasif sehingga jika manusia menerima cobaan diupayakan secara kreatif dan aktif karena segala sesuatu harus diupayakan dengan usaha untuk menyelesaikan masalah dengan hasil yang terbaik atau maksimal, bila mendapatkan suatu kegagalan tidak boleh iri hati serta menggerutu terhadap keberhasilan orang lain tetapi semua itu merupakan pelajaran atau cambuk dikemudian hari dan perlu kita syukuri apa yang kita terima untuk menjaga keseimbangan emosional sehingga tidak terjerumus kedalam perilaku negatif.

5. Budiluhur

Perilaku yang mencerminkan watak kebaikan tanpa merendahkan orang lain dan selalu menjunjung kebaikan misalnya kasih sayang terhadap sesama, pengampunan, tidak membeda-bedakan derajat, pangkat, kasta, dan menjunjung martabat manusia. Pelaksanaan Budiluhur jika menerapkan sikap: temen, rila, sabar dan narima, telah dapat dikuasainya.

Arti Filosofi Budiluhur

Budiluhur manusia diharapkan berperilaku mencontoh sifat ataupun watak dari Tuhan YME, seperti saling menyayangi sesama, tidak membedakan kaya, miskin, besar dan kecil semua itu dianggap atau diperlakukan seperti saudara sendiri tetapi tidak menghilangkan tata cara kesusilaan atau etika.

Budiluhur menurut penulis sifat dari Tuhan maka dari itu kita diharapkan meniru atau mempunyai watak atau sifat yang baik antara lain menerapkan kasih sayang terhadap sesama, adil dalam segala hal, tidak membedakan derajat-pangkat, kaya-miskin, besar- kecil, semuanya dianggap seperti saudara sendiri tetapi tidak meninggalkan etika dan kesusilaan yang ada, senang memberikan pertolongan ataupun perlindungan terhadap sesama dengan tidak mengharapkan imbalan baik benda maupun puji semuanya dijalankan dengan senang hati atau ikhlas walaupun semua itu perlu pengorbanan.

C. Perpaduan Antara Kebutuhan Manusia Menurut Hierarki Maslow Digabungkan dengan Budaya Jawa

Model hirarki Maslow kebutuhan manusia yang digabungkan dengan budaya Jawa "Trisna" dalam memberikan asuhan keperawatan:

Tabel 22.1
Model Hirarki Maslow dan Budaya "TRISNA"

Hierarki Maslow	Pasien	Perawat
Kebutuhan Perwujudan Diri	<ul style="list-style-type: none"> - Menjalankan keseharian - Memiliki tujuan hidup dan makna hidup - Mempunyai kepercayaan diri - Membuat keputusan - Menerima dunia apa adanya - Tidak emosional - Mengenal diri sendiri dengan baik 	<ul style="list-style-type: none"> aktivitas - Bersungguh-sungguh - Sabar - Kebaikan - Keutulusan - Keikhlasan - Menerima semua tugas dan kewajibannya - Kreativitas - Tidak emosional - Percaya diri
Kebutuhan Harga Diri	<ul style="list-style-type: none"> - Perasaan mandiri - Menghargai diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> - Menghargai diri sendiri, teman sejawat, mitra serta pasien - Mempunyai kompetensi sesuai dengan profesi perawat - Profesional dalam bekerja - Tidak tergantung dengan orang lain
Kebutuhan Mencintai dan Memiliki	<ul style="list-style-type: none"> - Menerima kasih sayang dari orang di sekitarnya - Diakui perannya dalam keluarga - Memiliki hubungan yang berarti dengan orang lain 	<ul style="list-style-type: none"> - Persahabatan - Kehangatan - Memberi kasih sayang pada pasien - Pengakuan peran sebagai perawat di dalam lingkungan pekerjaan
Kebutuhan rasa aman	<ul style="list-style-type: none"> - Perlindungan diri dari infeksi - Bebas dari rasat takut dan kecemasan - Bebas dari perasaan terancam 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlindungan terhadap kecelakaan kerja, infeksi nosokomial - Bebas dari rasa takut dan cemas saat bekerja - Bebas dari ancaman saat menjalankan tugas

Kebutuhan fisiologis	- Makanan, Udara - Tempat tinggal - Istirahat, Tidur	- Makanan, Udara - Tempat tinggal - Istirahat, Tidur
----------------------	--	--

Perawat dalam melayani pasien, melalui pendekatan asuhan keperawatan dengan berdasarkan Hirarki Maslow yang dikombinasikan dengan budaya Jawa "Trisna". Supaya perawat dapat memahami hal ini, perawat perlu diberikan pelatihan yang sudah disiapkan dengan modul budaya "Trisna". Diharapkan, perawat dalam melayani dapat memenuhi kebutuhan pasien dengan pendekatan "Trisna".

Kualitas hidup yang telah didukung oleh data kualitatif yang mengungkapkan bahwa setelah dilakukan intervensi Asuhan Keperawatan Paliatif "Trisna" terjadi perubahan yaitu pasien mempunyai teman bertukar pikiran dengan penyintas kanker serviks ataupun pasien kanker lain sehingga apa yang dirasakan teman tersebut dapat meringankan penderitaannya selain diberikan terapi medis dan untuk membantu menumbuhkan semangat hidup agar kuat dalam menghadapi penyakitnya. Selain dukungan dari para perawat dengan pelayanan keperawatan, pasien juga mempunyai keyakinan akan kesembuhan, dengan terus berusaha mencari pengobatan. Hal ini terlihat dari para partisipan yang terus berusaha untuk mengusahakan kesembuhan penyakit mereka agar dapat kembali berkumpul dengan keluarga. Semangat hidup yang tinggi terlihat pada pasien dengan tetap melakukan kegiatan mereka sehari-hari. Pekerjaan rumah yang dilakukan yakni seperti mencuci, menyapu, bahkan masih ada yang berdagang, karena memang mata pencahariannya adalah berdagang. Kegiatan berdoa yang dilakukan oleh pasien kepada Tuhan untuk kesembuhan penyakit mereka juga menjadi sangat penting, keyakinan akan penyakit yang dialami oleh pasien merupakan bentuk ujian dari Tuhan yang Maha Esa.

D. Penutup

Pendekatan budaya merupakan salah satu cara yang bisa dilakukan oleh perawat dalam pemberian perawatan paliatif secara holistik. Trisna, yang mewakili sebagian nilai dalam budaya Jawa, yang terdiri dari Temen, Rila, Sabar dan Narima, berguna untuk memperkuat aspek emosional perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi pasien kanker serviks. Perawat dapat memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi tanpa melanggar nilai-nilai yang diyakini oleh pasien. Pemberian perawatan paliatif dengan menggunakan pendekatan Trisna terbukti dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Penerapan budaya Jawa Trisna dalam perawatan paliatif, perawat dapat memberikan dukungan bagi pasien saat menjalani berbagai macam pengobatan. Disisi lain, pasien kanker serviks juga dapat melakukan aktivitas keseharian sembari berpasrah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Referensi

- Adriani, RB. 2018. Pendekatan Nilai-Nilai Budaya Asuhan Keperawatan Paliatif Pasien Kanker. Jogjakarta: Fitramaya.
- Anita. (2016). Perawatan Palliatif dan Kualita Hidup Penderita kanker. Jurnal Kesehatan, 7(3), 508–513.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2022. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2021 dan 2022. Semarang: Dinkes Jateng.
- Cain C, Surbone A, Elk R, Kagawa-Singer M. 2018. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision-Making, *Journal of Pain and Symptom Management*, doi: 10.1016/j.jpainsympman.2018.01.007.
- Endraswara, S. 2003. *Falsafah Hidup Jawa*. Tangerang: Cakrawala.
- Kementerian Kesehatan, RI. 2019. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementrian Kesehatan RI. 2017. Program Deteksi Dini Kanker Serviks. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Perempuan. Jakarta.
- Kepmenkes RI Nomor: 812/MENKES/SK/VII/2007 Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Kepmenkes RI Nomor: HK.01.07/MENKES/2180/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. 2011. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Kuble-Ross, E. 2003. *On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Scribner.
- Mertowardoyo. 2006. *Sasangka Jati*. Jakarta: Paguyuban Ngesti Tunggal Pusat.
- National Consensus Project. 2009 *Clinical Practice Guidelines Palliative Care*. Second Edition: <http://www.Nationalconsensusproject.org>.
- Roqib, M. 2007. *Harmoni Dalam Budaya Jawa*. Purwokerto. STAIN Purwokerto Press.
- Sri Mangkunegara IV. 2011. *Wira Wiyata*. Diunduh pada tanggal 16 Juni 2023.

BAB 23

Transformasi Pendidikan Keperawatan Era Society 5.0

A. Aziz Alimul Hidayat

A. Pendahuluan

Pendidikan keperawatan adalah pendidikan yang sifatnya akademis dan professional yang menghasilkan perawat atau profesi ners., yang dituntut untuk memiliki kompetensi dalam praktik keperawatan dengan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, penyuluhan dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis dan dalam rangka program pemerintah baik sifatnya delegatif maupun mandate secara tertulis, serta sebagai pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu berdasarkan penugasan pemerintah (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 26 tahun 2019).

Orientasi pendidikan keperawatan harus sejalan dengan perkembangan pelayanan keperawatan, perubahan diberbagai aspek dalam pelayanan keperawatan tentu memberi konsekuensi perubahan dalam proses pendidikan keperawatan, khususnya terkait dengan tututan pada masyarakat terhadap mutu pelayanan keperawatan, yang mana perawat dituntut untuk menjadi professional. Perubahan dalam pelayanan keperawatan di era Society 5.0. Era dimana sebenarnya tidak ada perbedaan yang jauh dengan revolusi Industri 4.0, era society 5.0 lebih menfokuskan pada konteks manusia yang memungkinkan dalam aktivitas menggunakan ilmu pengetahuan berbasis modern (AI, Robot, IoT) untuk kebutuhan agar dapat hidup secara nyaman, manusia sebagai komponen utamanya, sedangkan revolusi Industri 4.0 menggunakan AI sebagai komponen utama. Era Society 5.0 internet tidak hanya digunakan sumber informasi akan tetapi digunakan untuk menjalani kehidupan, termasuk manusia diharapkan mampu menciptakan nilai baru melalui perkembangan teknologi.

Perkembangan teknologi saat ini bukan hal yang baru, jika hadirin dapat melihat sejarah peradaban Islam termasuk yang ada dalam Alquran, sebagai sumber ilmu pengetahuan dan teknologi. Sebagai contoh perkembangan teknologi informasi saat ini sesungguhnya sudah ada sejak zaman Nabi Sulaeman, saat pemindahan singgasana Ratu Bilqis atas perintah Nabi Sulaiman, dimana kerajaan keduanya berjarak lebih dari 2.000 km, namun dapat disatukan hanya dalam sekejap mata.

Surat An-naml 38, dan 40.

قَالَ يَا يَهُا الْمَلَوْا أَيُّكُمْ يَا تِينِي بَعْرِشَهَا قَبْلَ أَنْ يَأْتُونِي مُسْلِمِينَ

Dia (Sulaiman) berkata, "Wahai para pembesar! Siapakah di antara kamu yang sanggup membawa singgasananya kepadaku sebelum mereka datang kepadaku menyerahkan diri?"

قَالَ الَّذِي عِنْدَهُ عِلْمٌ مِّنَ الْكِتَبِ أَنَا أَتَيْكَ بِهِ قَبْلَ أَنْ يَرَتَهُ إِلَيْكَ
طَرْفُكَ فَلَمَّا رَأَهُ مُسْتَقِرًا عِنْدَهُ قَالَ هَذَا مِنْ فَضْلِ رَبِّي لِي بِلُوَّنِي
ءَشْكُرْ أَمْ أَكْفُرْ وَمَنْ شَكَرَ فَإِنَّمَا يَشْكُرْ لِنَفْسِهِ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ رَبَّي
غَنِيٌّ كَرِيمٌ

Seorang yang mempunyai ilmu dari Kitab berkata, "Aku akan membawa singgasana itu kepadamu sebelum matamu berkedip." Maka ketika dia (Sulaiman) melihat singgasana itu terletak di hadapannya, dia pun berkata, "Ini termasuk karunia Tuhan untuk mengujiku, apakah aku bersyukur atau mengingkari (nikmat-Nya). Barangsiapa bersyukur, maka sesungguhnya dia bersyukur untuk (kebaikan) dirinya sendiri, dan barangsiapa ingkar, maka sesungguhnya Tuhan Mahakaya, Maha mulia."

Pemindahan manusia ke tempat lain dalam waktu yang singkat, belakangkan ini dapat kita asumsikan bukan hanya memindahkan secara fisik, namun kehadiran dapat kita artikan dalam wujud fisik dalam dunia maya/digital. Kondisi ini juga terjadi dalam perkembangan teknologi dibidang pelayanan kesehatan maupun keperawatan, melalui pemanfaatan teknologi AI, Robot, dan IoT. Sejak pandemi Covid-19 pemanfaatan teknologi tersebut terus berkembang, hadirnya robot sebagai pengganti perawat, dalam melayani pasien khususnya terkait dengan prosedur teknis, dan berbagai alat kesehatan yang menggunakan teknologi robot, seperti healthcare robot, robotic surgery, robot-assisted thoracic surgery (RATS) sebuah robot untuk bedah thorak yang digunakan perawat untuk program perawatan perioperative (Betriana et al., 2022; Redondo-Sáenz et al., 2023; Sarmanian, 2015), kemudian juga kita dapat melihat perkembangan teknologi IoT dalam pelayanan kesehatan yang digunakan untuk memantau pasien dari jarak jauh, dan sistem monitoring evaluasi jarak jauh untuk pasien lainnya, seperti smart multiple sensorial media (MulSeMedia) systems (Keshta, 2022), Model pemantauan perawatan berdasarkan sistem IoT multi sensor (Baek, 2023), Medical IoT system platform yang digunakan untuk perawatan pemantauan pasien fraktur (Liu & Yao, 2021), Jam tangan pintar, pelacak kebugaran, atau perangkat yang dapat

dikenakan lainnya saat ini digunakan untuk memantau tanda-tanda vital. Perangkat ini termasuk sensor untuk elektromiografi (EMG), akselerometri, elektroensefalografi (EEG), elektrokardiografi (EKG), aktivitas elektrodermal (EDA), suhu kulit, oksigenasi darah, dan lain-lain (Brinkmann et al., 2021; Zovko et al., 2023). A random forest method, yang dapat digunakan untuk menentukan hubungan antara skala nyeri yang dilaporkan sendiri dan pengukuran yang dilakukan menggunakan teknologi yang dapat dipakai, dan lain sebagainya (Zhang et al., 2021; Zovko et al., 2023). Demikian dalam pemanfaatan teknologi artificial intelligent juga banyak penelitian yang sudah dihasilkan, seperti analisis diagnosis keperawatan dengan menggunakan sistem pakar, aplikasi mobile nursing care plan, dan lain-lain (Hidayat & Uliyah, 2018; Hidayat et al., 2023; Hidayat et al., 2018).

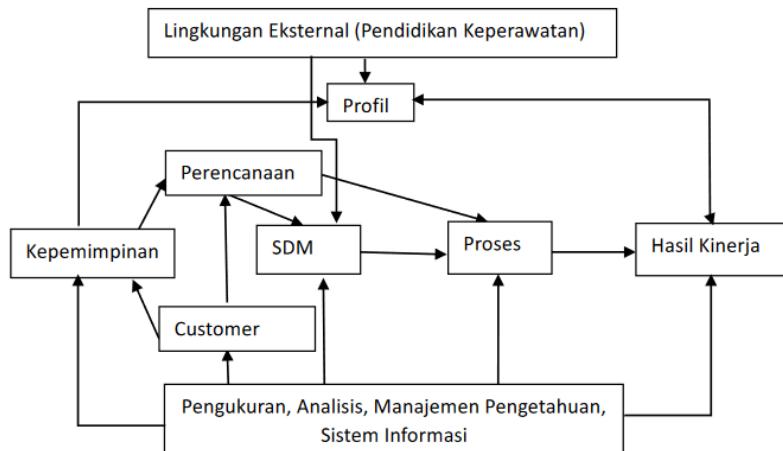
Perkembangan teknologi informasi tentu membuat dampak dalam mutu pelayanan keperawatan, sehingga teknologi informasi dimasukan dalam salah satu indikator yang dapat mempengaruhi dan memiliki peran besar dalam sistem mutu, selain kepemimpinan, perencanaan strategis, fokus pada pasar dan pelanggan, manajemen pengetahuan, SDM, manajemen proses (sistem kerja) (Ana et al., 2016; Hidayat et al., 2015; Hidayat & Uliyah, 2019; Hidayat et al., 2017). Hal ini juga digunakan dalam sistem mutu Malcolm Baldrige, sebuah sistem mutu yang hampir sebagian besar digunakan oleh perusahaan-perusahaan kelas dunia dalam menjamin mutu produksinya. Mutu pelayanan keperawatan selain dipengaruhi oleh faktor internal organisasi juga sangat ditentukan oleh faktor eksternal salah satunya adalah input SDM lulusan pendidikan keperawatan. Untuk itu terdapat korelasi yang kuat perkembangan pelayanan dengan perkembangan institusi pendidikan, Dengan demikian pendidikan keperawatan tentu harus terus merespon secara cepat untuk memenuhi kebutuhan perkembangan pelayanan keperawatan, termasuk dalam pemanfaatan teknologi dalam bidang Kesehatan.

Permasalahan yang mendasar pada pendidikan keperawatan ini adalah masih banyak lulusan yang belum siap bekerja secara professional dengan tuntutan perkembangan teknologi informasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien. Hal ini dapat dilihat persepsi pengguna jasa pelayanan, institusi pelayanan kesehatan, para lulusan perawat sendiri. Belum siapnya lulusan dalam menghadapi perkembangan dunia kerja yang berbasis sistem informasi dapat dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya 1) Kurikulum belum semua PT berorientasi skill abad ke-21, 2) Sistem pembelajaran belum berbasis teknologi informasi, dan 3) Belum teintegrasi pendidikan dan pelayanan dalam pengelolaan pendidikan dan lulusan keperawatan.

Pada kesempatan ini perkenankan saya mengupas 3 (tiga) masalah diatas dan bagaimana mengelola dalam upaya meningkatkan mutu pendidikan dan pelayanan keperawatan terutama dalam aspek sumber daya manusia (perawat baru). Dengan harapan pada lulusan perawat langsung dapat bekerja sesuai dengan bidang keahliannya.

"Bagaimana meningkatkan mutu pendidikan yang berkorelasi dengan kebutuhan mutu pelayanan keperawatan dimasa sekarang dan masa depan?"

Untuk menjawab tersebut, saya telah mengembangkan model sistem mutu yang merupakan pengembangan dan modifikasi dari model sistem mutu Malcolm Baldridge, yang dapat saya gambarkan sebagaimana dalam gambar 18.1.



Gambar 23.1
Pengembangan Model Sistem Mutu Malcolm Baldrige Untuk Pelayanan Kesehatan

Untuk menjelaskan gambar tersebut, saya akan mencoba menjelaskan komponen dalam aspek lingkungan pendidikan yang dapat menjadi prediktor kuat dalam meningkatkan mutu terutama dalam aspek SDM (perawat yang baru lulus), tentunya dengan prinsip yang sama dalam menjalankan proses sistem mutu.

Pertama, upaya rekonstruksi kurikulum yang berorientasi pada OBE (Outcome base education), dengan berbasis skill masa depan perawat (skill pembelajaran abad 21), diantaranya skill komunikasi, berpikir kritis/Kreatif untuk problem solving, yang mana diharapkan memiliki kemampuan dalam analysis, synthesis, evaluation, decision making, dan creative thinking, Colaborasi & Adaptif Thinking(Uliyah, Nurlaela, & Hidayat, 2020), Skill teknologi yang meliputi computer literacy (digital literacy), internet skill, dan mengambil dan mengelola informasi melalui teknologi (nursing data science) dan skill keperawatan itu sendiri, termasuk didalamnya terdapat skill interpersonal, personal, dimana diharapkan lulusan mampu membangun teamwork, membangun hubungan, manajemen konflik, manajemen perubahan, responsiveness, dan perilaku *Caring*.

Kurikulum berbasis OBE (Outcome base education) sebuah kurikulum berbasis luaran dengan menekankan kepada kemampuan apa yang dapat mahasiswa kuasai, demonstrasikan/lakukan atau tentang apa yang mahasiswa/lulusan peroleh dari proses pembelajaran) bukan terkait dengan apa yang dosen ajarkan. Inilah prinsip kurikulum yang perlu dikembangkan untuk Pendidikan keperawatan., bukan hanya sekedar daftar mata kuliah, namun sebuah program yang mampu menjelaskan mahasiswa dari awal hingga lulusan, yang mencakup capaian pembelajaran, materi pembelajaran, proses pembelajaran, dan penilaian serta assessment.

Kedua, Penataan sistem pembelajaran berbasis teknologi Informasi. Penataan system tersebut dengan menggunakan model Blended Learning, dengan pendekatan Contextual Teaching learning, Problem based Learning dan Project based learning.

B. Blended Learning

Blended learning merupakan salah satu bidang kajian teknologi pendidikan. Hal ini dapat dilihat dari pergeseran paradigma pembelajaran dari tatap muka menuju pembelajaran online, dengan menggabungkan dua bentuk menjadi satu bentuk pembelajaran. Pengembangan *blended learning* merupakan bagian dari pengembangan pembelajaran karena didalamnya terdapat proses yang sistematis untuk mencapai tujuan pembelajaran, mulai dari identifikasi masalah, pengembangan strategi dan pengembangan bahan ajar, serta evaluasi bahan ajar (Suparman, 2014). Berdasarkan proses pengembangan tersebut terdapat unsur evaluasi, yaitu melakukan perbaikan atau penyempurnaan dari model pembelajaran.

Berhubungan dengan *blended learning*, maka perlu diketahui terminologi dari *blended learning* itu sendiri dari berbagai pendapat, diantaranya *blended learning* adalah dua hal dicampur dalam istilah pembelajaran, yaitu *classroom* dan *online* (Mosa, 2006; Semler, 2005). Kemudian ada yang mendefinisikan sebagai integrasi program pembelajaran dalam bentuk yang berbeda (Driscoll, 2002). Selanjutnya juga ada yang menyebutkan sebagai integrasi kemajuan inovatif dan teknologi dalam pembelajaran online (Thorne, 2003). Dengan demikian dapat disimpulkan *blended learning* adalah bentuk pembelajaran dengan mengintegrasikan antara pembelajaran tatap muka dengan pembelajaran online.

Kajian *blended learning* ada tiga model pengembangan, diantaranya *web course*, *web enhanced course* dan *web centric course*. *Web course* yaitu pengembangan difokuskan pada pembelajaran yang dikaitkan dengan penggunaan secara internet penuh tanpa tatap muka yang intinya adalah semua pembelajaran murni melalui online atau internet. *Web enhanced course* yaitu pemanfaatan internet dalam menjunjung pembelajaran tatap muka dengan catatan fungsinya difokuskan hanya sebagai pengayaan atau pendalaman materi serta komunikasi, dan model ketiga adalah *web centric course* yaitu model perpaduan dengan pengembangan pembelajaran melalui internet dan pembelajaran dengan tatap muka (Haughey & Anderson, 1998). Dengan demikian fokus kajian dalam pengembangan adalah dengan model *web centric course (WCC)* mengingat Pendidikan keperawatan adalah proses Pendidikan yang membutuhkan kehadiran secara fisik sebagai bagian dari pengembangan *Caring*, yang merupakan inti dari kompetensi perawat.

Kemudian dalam pembelajaran dengan sistem blended learning, dibutuhkan pendekatan atau model yang dapat digunakan untuk disesuaikan dengan kompetensi masa depan profesi perawat/ners, diantaranya contextual teaching learning, problem based learning dan project based learning (Uliyah et al., 2019; Uliyah, Nurlaela, Mustaji, et al., 2020).

C. Pendekatan Pertama, *Contextual Teaching Learning*

Contextual teaching learning (CTL) merupakan pembelajaran dengan menghubungkan materi dalam mata kuliah dalam situasi atau konteks yang nyata atau ada hubungan erat dengan pengalaman sesungguhnya (Johnson, 2002).

Bern & Ericson (2001) juga mengatakan hal yang sama untuk mendefinisikan CTL, yaitu sebuah konsep pengajaran dan pembelajaran yang membantu dosen untuk menghubungkan materi dengan situasi yang nyata dilapangan dan membantu mahasiswa untuk mendapatkan pengetahuan dari kehidupan sehari-hari (Bergs & Erickson, 2001).

Dalam penerapannya CTL memiliki karakteristik, diantaranya 1) konstruktivisme, pembelajaran dengan menekankan pada membangun pengetahuan sendiri, melalui keterlibatan dalam proses pembelajaran atau belajar bersama atau berkelompok, 2) Inkuiri, adanya aktivitas untuk menemukan pengetahuan sendiri melalui observasi, 3) bertanya, menyusun hipotesis, sampai menyimpulkan. 4) Bertanya, adanya aktivitas untuk saling bertanya dalam membangun kemampuan berpikir dan menggali informasi lebih dalam. 5) Masyarakat belajar, aktivitas dalam pembelajaran secara berkelompok dan bertukar pendapat. 6) Pemodelan, aktivitas belajar dengan memodelkan kondisi yang sesungguhnya melalui demonstrasi atau sejenisnya. 7) Refleksi, aktivitas pembelajaran dengan melakukan penguatan atau pengayaan materi. Penilaian autentik, aktivitas dalam pembelajaran dengan melakukan penilaian terhadap hasil proses pembelajaran.

Dengan demikian Blended learning dengan Pendekata CTL dapat dijalankan dalam pendidikan keperawatan dengan tahapan/fase sebagai berikut : Fase 1: fokus pada masalah tugas (tahap ini sifatnya constructivisme), Fase 2: aktivasi, (sifatnya *questioning* dan *inquiry*, Fase 3: *Demonstrasi* (sifatnya *learning community*)). Fase 4: Aplikasi (sifatnya modelling), dan Fase 5: Integrasi (sifatnya *reflection* dan *authentic assessment*)

D. Pendekatan Kedua, *Problem Base Learning*

Problem Based Learning (PBL) yaitu model pembelajaran yang di dalamnya melibatkan mahasiswa untuk berusaha memecahkan masalah dengan beberapa tahap metode ilmiah sehingga mahasiswa diharapkan mampu untuk mempelajari pengetahuan yang berkaitan dengan masalah, dan sekaligus mahasiswa diharapkan mampu memiliki keterampilan dalam memecahkan masalah. PBL dapat melatih untuk berlatih bagaimana cara berpikir kritis dan mendapatkan keterampilan untuk memecahkan masalah (Al-Tabany, 2017).

Yang menarik dari model pembelajaran ini adalah dilibatkannya mahasiswa dalam pembelajaran, mereka diberi oleh dosen berbagai problem kemudian mahasiswa diharapkan menganalisis masalah, mendiagnosis masalah, merumuskan alternatif/strategi pemecahan masalah, menentukan dan menerapkan strategi pemecahan masalah lalu dievaluasi problem tersebut. Tentu hal ini sejalah dengan kompetensi perawat dalam melakukan aktivitas pekerjaan melalui tahapan proses keperawatan yang dimulai dari

kemampuan pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Dalam konteks tersebut John Dewey seorang ahli pendidikan berkebangsaan Amerika. Memberikan solusi tahapan dalam model pembelajaran berbasis masalah dalam enam Langkah, diantaranya : 1) Merumuskan masalah, yang mana dosen membimbing mahasiswa untuk menentukan masalah yang akan dipecahkan dalam proses pembelajaran, 2) Menganalisis masalah, mahasiswa meninjau masalah secara kritis dari berbagai sudut pandang, 3) Merumuskan hipotesis, mahasiswa merumuskan berbagai kemungkinan pemecahan sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki, 4) Mengumpulkan data, mahasiswa mencari dan menggambarkan berbagai informasi yang diperlukan untuk memecahkan masalah, 5) Pengujian hipotesis, mahasiswa dalam merumuskan dan mengambil kesimpulan sesuai dengan penerimaan dan penolakan hipotesis yang diajukan, dan 6) Merumuskan rekomendasi pemecahan masalah, mahasiswa memberi rekomendasi yang dapat dilakukan sesuai rumusan hasil pengujian hipotesis dan rumusan kesimpulan (Dewey, 2022).

Dengan demikian Blended learning dengan Pendekatan PBL dapat dijalankan dalam pendidikan keperawatan dengan tahapan/fase sebagai berikut : Fase 1: pendahuluan (observasi awal) dengan kegiatan membangun kelompok, menganalisis permasalahan dengan pengalaman sebelumnya, Fase 2: perumusan masalah dengan kegiatan mampu mengidentifikasi masalah dengan kegiatan mengamati, bertanya, Fase 3: Fase merumuskan alternatif strategi yang sifat adanya aktivitas menyusun hipotesis Fase 4: Pengumpulan data (menerapkan strategi, dengan aktivitas mencoba/eksperimen, menganalisis data (menalar) Fase 4: Fase Diskusi, (sifatnya adanya kegiatan diskusi, dengan sifat mampu menalar) dan Fase 5: Fase kesimpulan dan evaluasi (sifatnya adanya kegiatan untuk membuat kesimpulan, dengan sifat mampu mengkomunikasikan)

E. Pendekatan Ketiga, *Project Based Learning*

Project based learning (PjBL) adalah merupakan pembelajaran inovatif yang berpusat pada mahasiswa (*student centered*) dan menetapkan dosen sebagai motivator dan fasilitator, dimana mahasiswa diberi peluang bekerja secara otonom mengkonstruksi belajarnya. *Model* pembelajaran ini berupa tugas nyata seperti kerja proyek, berkelompok, dan mendalam untuk mendapatkan pengalaman belajar yang bermakna, yang bertujuan melatih tingkat partisipasi dalam memecahkan masalah, mengasah ketarafilan dalam memanfaatan alat dan bahan, melatih kemampuan inovatif, kolaboratif.

Dalam hal tersebut Barron & Darling (2008) memberi 6 langkah dalam pembelajarannya, diantaranya 1) menentukan pertanyaan yang esensial, 2) Menyusun desain perencanaan aturan penggeraan proyek, 3) membuat jadwal aktivitas, 4) memonitoring perkembangan proyek mahasiswa, 5) Menguji/penilaian hasil kerja mahasiswa dan 6) evaluasi pengalaman belajar mahasiswa (Barron & Darling-Hammond, 2008).

Dengan demikian Blended learning dengan Pendekatan Projet based learning, mampu memberikan solusi kemampuan skill masa depan, diantaranya berpikir kritis, kreatif, adaptif, kolaboratif, dan lainnya.

F. Ketiga, Integrasi Sistem Pendidikan dan Pelayanan Keperawatan

Integrasi system Pendidikan dan pelayanan keperawatan adalah bagian dari link and match dunia industri Kesehatan. Link and Match adalah menghubungkan pendidikan dengan dunia industri sehingga diharapkan ada relevansi atau kesinambungan antara institusi sebagai pencetak lulusan (produk tenaga kerja) dengan industri yang membutuhkan tenaga kerja yang sesuai bidang keahlian. Link and Match saat ini dalam bidang keperawatan, belum berjalan secara maksimal, hal ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya faktor kebijakan pemerintah (belum ada regulasi pemerintah yang sifatnya mengikat), selain itu faktor Lembaga/institusi, baik pendidikan keperawatan maupun pelayanan keperawatan belum memiliki kepercayaan, persepsi, dan visi bersama terkait dengan kualitas lulusan.

Upaya dalam mensinergikan kualitas lulusan dan kebutuhan tenaga kerja pun juga telah dilakukan dengan melalui berbagai program, diantara **pertama**, kebijakan penyusunan kurikulum keperawatan diharuskan melibatkan dunia industri dengan harapan kurikulum yang dibuat sesuai dengan perkembangan dunia kerja serta sesuai dengan perkembangan IPTEKS. **Kedua**, penerapan sistem pembelajaran berbasis project nyata di dunia kerja (project based learning) contextual teaching learning, dan problem based learning) untuk menyesuaikan hard skill, soft skill dan karakter yang dibutuhkan dunia kerja, **Ketiga**, Mendatangkan tenaga praktisi untuk terlibat dalam proses pendidikan dan pengajaran disetiap program keahlian, hal ini untuk melakukan upgrading terkait dengan keterampilan yang up to date di pelayanan kesehatan. **Keempat**, Praktik kerja lapangan/magang/ pendidikan profesi, sebagai bagian dari pendidikan professional baik dalam tingkat pendidikan vokasi maupun profesi, kegiatan praktik dilapangan adalah wajib dijalankan. **Kelima**, Program sertifikasi kompetensi, program ini telah dijalankan berdasarkan UU Keperawatan bahwa pendidikan profesi/vokasi keperawatan wajib lulusannya dalam exit exam lulus uji kompetensi. Selain itu adalah program sertifikasi tambahan yang dibutuhkan oleh dunia kerja, tentunya berdasarkan kebutuhan dunia kerja. **Keenam**, upgrading melalui pelatihan baik pada dosen praktisi maupun akademik, **ketujuh**, membangun riset kolaborasi antara pendidikan dan pelayanan dalam membantu mendukung teaching hospital/teaching health service berdasarkan kebutuhan atau terkait kasus-kasus tertentu, selain itu juga digunakan dalam menciptakan inovasi baru dalam pelayanan keperawatan yang mendukung mutu pelayanan kesehatan, **kedelapan**, Komitmen industri kesehatan dalam penyerapan tenaga kerja lulusan. Dalam mewujudkan komitmen tentunya harus ada keterlibatan pemerintah dalam hal ini kementerian terkait untuk dijadikan syarat dalam berjalannya legalitas pelayanan kesehatan, sehingga upaya link and match dapat berjalan.

Kondisi tersebut tentu ada sudah dijalankan, namun masih terdapat persoalan keterserapan lulusan, maka tentu sangat dibutuhkan data center (pusat data) yang dimiliki oleh pemerintah untuk membantu meregulasi dan mengetahui jumlah lulusan dan kebutuhan tenaga kerja, sehingga baik lulusan maupun kebutuhan tenaga kerja

keperawatan dapat dikendalikan melalui data center tersebut, dengan catatan pengelola institusi wajib melaporkan jumlah lulusannya dan juga pihak pelayanan atau institusi Kesehatan/industri yang ada fasilitas pelayanan Kesehatan juga wajib melaporkan kebutuhan setiap tahunnya.

Berdasarkan ketiga upaya dan solusi dalam menyelesaikan masalah tersebut, perlu digunakan prinsip kerja dengan menggunakan pola ADLI, A=*Approach* (pendekatan), D=*deployment* (penyebarluasan), L=*learning* (pembelajaran) dan I=*integrasi* dalam mengukur, mengevaluasi serta dalam menjalankan upaya tersebut. *Approach* adalah upaya dengan menetapkan metode yang tepat digunakan untuk menyempurnakan atau meningkatkan proses, termasuk efektifitas dari metode tersebut. *Deployment*, adalah upaya menjalankan metode dengan diterapkan secara konsisten, dan menyeluruh pada semua unit kerja. *Learning*, adalah upaya secara terus menerus untuk belajar dengan selalu memberi inovasi dan perubahan kearah yang lebih baik dengan saling berbagi perbaikan dan inovasi pada semua unit kerja. *Integrasi* adalah upaya untuk menselaraskan dan mensinergikan dengan kebutuhan organisasi, saling melengkapi sepanjang proses dan unit kerja, tentu mendukung sasaran lingkup organisasi.

Dengan demikian ketiga upaya tersebut tentu dapat melakukan transformasi pendidikan keperawatan di era Society 5.0 yang dapat memberikan kontribusi pada kualitas perawat-perawat baru yang dihasilkan dari institusi pendidikan keperawatann dan akhirnya dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di tatatan pelayanan kesehatan/industri kesehatan.

G. Penutup

Dengan demikian ketiga upaya tersebut tentu dapat melakukan transformasi pendidikan keperawatan di era Society 5.0 yang dapat memberikan kontribusi pada kualitas perawat-perawat baru yang dihasilkan dari institusi pendidikan keperawatann dan akhirnya dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di tatatan pelayanan kesehatan/industri kesehatan.

Referensi

- Al-Tabany, T. I. B. (2017). *Mendesain model pembelajaran inovatif, progresif, dan kontekstual*. Prenada Media.
- Ana, P., Hidayat, A. A. A., & Ratna, A. (2016). Implementasi Sistem Manajemen Mutu Pelayanan Keperawatan Melalui Kepemimpinan Mutu Kepala Ruangan. *Jurnal Ners*, 11(1), 1-6.
- Baek, J. (2023). Smart predictive analytics care monitoring model based on multi sensor IoT system: Management of diaper and attitude for the bedridden elderly. *Sensors International*, 4, 100213. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sintl.2022.100213>
- Barron, B., & Darling-Hammond, L. (2008). Teaching for Meaningful Learning: A Review of Research on Inquiry-Based and Cooperative Learning. Book Excerpt. *George Lucas Educational Foundation*.
- Berns, R. G., & Erickson, P. M. (2001). Contextual Teaching and Learning: Preparing Students for the New Economy. The Highlight Zone: Research@ Work No. 5.
- Betriana, F., Tanioka, R., Gunawan, J., & Locsin, R. C. (2022). Healthcare robots and human generations: Consequences for nursing and healthcare. *Collegian*, 29(5), 767-773. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.01.008>
- Brinkmann, B. H., Karoly, P. J., Nurse, E. S., Dumanis, S. B., Nasseri, M., Viana, P. F., Schulze-Bonhage, A., Freestone, D. R., Worrell, G., & Richardson, M. P. (2021). Seizure diaries and forecasting with wearables: epilepsy monitoring outside the clinic. *Frontiers in neurology*, 12, 690404.
- Dewey, J. (2022). *The collected works of John Dewey*. DigiCat.
- Driscoll, M. (2002). Blended learning: Let's get beyond the hype. *J E-learning*, 1(4), 1-4.
- Haughey, M., & Anderson, T. (1998). *Networked learning: The pedagogy of the Internet*. Chenelière/McGraw-Hill.
- Hidayat, A. A. A., Supriyanto, S., & Nursalam, N. (2015). Model of quality management system using Malcolm Baldrige criteria in nursing education in Surabaya. *Jurnal Ners*, 10(1), 165-174.
- Hidayat, A. A. A., & Uliyah, M. (2018). Analysis of nursing diagnosis using an expert system in paediatric patients. *International Journal of Civil Engineering and Technology (IJCIET)*, 9(8), 17-26.
- Hidayat, A. A. A., & Uliyah, M. (2019). Analysis of Nursing Education Excellence in Indonesia Using Baldrige Criteria. *Creative nursing*, 25(4), 275-283.
- Hidayat, A. A. A., Uliyah, M., & Haryanti, T. (2023). Mobile nursing care plan information system for nursing service in hospitals. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 27(1), 13-19. https://doi.org/10.26355/eurrev_202301_30848
- Hidayat, A. A. A., Uliyah, M., & Sukadiono, S. (2017). Quality Improvement Model of Nursing Education in Muhammadiyah Universities Toward Competitive Advantage. *Jurnal Ners*, 12(1), 14-18.

- Hidayat, A. A. A., Uliyah, M., Sukadiono, S., & Taufiqurrahman, T. (2018). Information system model of discharge planning based on android in hospital. *International Journal of Civil Engineering and Technology (IJCIET)*, 9(10), 941-948.
- Johnson, E. B. (2002). *Contextual teaching and learning: What it is and why it's here to stay*. Corwin Press.
- Keshta, I. (2022). AI-driven IoT for smart health care: Security and privacy issues. *Informatics in Medicine Unlocked*, 30, 100903. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.100903>
- Liu, W., & Yao, K. (2021). Medical IoT system platform and elderly patients' femoral shaft fracture nursing. *Microprocessors and Microsystems*, 82, 103868. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.micpro.2021.103868>
- Mosa, E. (2006). Puntoedu: a blended e-learning model. *J Current Developments in Technology-Assisted Education*, 6(4), 1744-1749.
- Redondo-Sáenz, D., Cortés-Salas, C., & Parrales-Mora, M. (2023). Perioperative Nursing Role in Robotic Surgery: An Integrative Review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.11.001>
- Sarmanian, J. D. (2015). Robot-Assisted Thoracic Surgery (RATS): Perioperative Nursing Professional Development Program. *AORN Journal*, 102(3), 241-253. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.013>
- Semler, S. (2005). Use Blended Learning to Increase Learner Engagement and Reduce Training Cost. In: Retrieved from http://www.learningsim.com/content/lsnews/blended_learning1
- Suparman. (2014). *Desain Instruksional Modern (Edisi Keempat)* (Vol. Airlangga). Jakarta.
- Thorne, K. (2003). *Blended learning: how to integrate online & traditional learning*. Kogan Page Publishers.
- Uliyah, M., Nurlaela, L., Hidayat, A., & Aziz, A. (2019). Using of Blended Learning in Improving Collaboration Skill of Nursing Students. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(9).
- Uliyah, M., Nurlaela, L., & Hidayat, A. A. A. (2020). Dataset on nurses' perception and practice of inter-professional collaboration at Muhammadiyah hospitals, Indonesia. *Data in Brief*, 31.
- Uliyah, M., Nurlaela, L., Mustaji, M., & Nasrullah, D. (2020). Tutorial guidance through blended learning in improving an ability nursing education competency. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(10).
- Zhang, Z., Sharma, P., Conroy, T. B., Phongtakuel, V., & Kan, E. C. (2021). Objective scoring of physiologically induced dyspnea by non-invasive rf sensors. *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, 69(1), 432-442.
- Zovko, K., Šerić, L., Perković, T., Belani, H., & Šolić, P. (2023). IoT and health monitoring wearable devices as enabling technologies for sustainable enhancement of life quality in smart environments. *Journal of Cleaner Production*, 413, 137506. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2023.137506>

BAB 24

Terapi Untuk Mempercepat Penyembuhan Luka Diabetes

Yunita Sari

A. Pendahuluan

Jumlah penderita Diabetes Melitus (DM) semakin meningkat di seluruh dunia. Pada tahun 1995, jumlah penderita DM adalah sekitar 135 juta orang, dan meningkat menjadi 285 juta pada tahun 2010 (International Diabetes Federation, 2019). Diprediksi jumlah penderita DM akan meningkat sampai dengan 438 juta pada tahun 2030. Di Indonesia, penderita DM juga mengalami peningkatan yang signifikan, yaitu sekitar 8,4 juta jiwa pada tahun 2000, naik menjadi 10,7 juta pada tahun 2017, dan diperkirakan akan mencapai 28,3 juta jiwa pada tahun 2045. Saat ini Indonesia bahkan masuk dalam 7 besar penderita dengan DM terbanyak di dunia (International Diabetes Federation, 2019).

Salah satu komplikasi yang paling sering terjadi dan ditakuti oleh penderita DM adalah terjadinya luka kaki diabetes (Wukich et al., 2017), karena apabila tidak dilakukan perawatan dengan baik dapat berujung pada amputasi kaki (Sari et al., 2022), bahkan kematian (Abbas et al., 2022). Hasil penelitian juga menyatakan bahwa penderita DM memiliki resiko mengalami amputasi 15-40 kali lipat lebih tinggi bila dibandingkan dengan yang tidak menderita DM (Wu et al., 2007). Setelah amputasi pertama, pasien masih beresiko tinggi untuk mengalami amputasi kembali dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun, bahkan 50% pasien yang diamputasi meninggal dalam kurun waktu 5 tahun (Izumi et al., 2006). Mengingat akibat dari luka diabetes, maka perlu adanya terapi yang dapat mempercepat penyembuhan luka diabetes.

Saat ini masih banyak perawat yang berpendapat bahwa luka diabetes yang sudah parah harus dilakukan amputasi. Hal ini tentu semakin membuat pasien dengan luka diabetes menjadi semakin tertekan dengan kondisinya. Menurut para ahli, lebih dari 85% dari amputasi sebenarnya bisa dihindari dengan cara mengaplikasikan rencana perawatan yang benar.

B. Manajemen Luka Diabetes

Perawat dan tenaga kesehatan lainnya perlu mengetahui manajemen luka diabetes yang benar sesuai dengan hasil penelitian terkini agar luka diabetes dapat lebih cepat sembuh dan terhindar dari infeksi serta komplikasi lain. Perawat juga perlu berinovasi dan berkolaborasi dengan profesi yang lain untuk menciptakan terapi-terapi yang dapat mempercepat penyembuhan luka diabetes.

Luka diabetes dibagi menjadi 3 tipe yaitu tipe iskemi, tipe neuropati, dan tipe neuroiskemi (tipe campuran) (Akkus & Sert, 2022; Armstrong et al., 2017; Grunfeld, 1992; Levin, 1993). Diantara tiga tipe luka diabetes, prevalensi terbanyak adalah luka tipe iskemi dan tipe neuropati. Luka diabetes tipe iskemi disebabkan karena adanya penurunan aliran darah pada luka, sedangkan tipe neuropati disebabkan karena adanya kerusakan saraf perifer yang menyebabkan pasien menjadi berkurang sensitivitasnya ketika tertusuk benda tajam di bagian kaki (Oliver & Mutluoglu, 2023). Luka diabetes tipe iskemi disebabkan karena adanya penyakit vaskular perifer yang mengakibatkan aliran darah ke daerah luka menjadi berkurang. Ciri-ciri luka diabetes tipe iskemia adalah luka terjadi di ujung-ujung jari atau tepi-tepi kaki, terasa sakit, dasar luka berwarna hitam, dan kulit dingin, pucat, dan nadi lemah (Yotsu et al., 2014).

C. Pemanfaatan Vibrasi

Sesuai dengan penyebab luka diabetes tipe iskemi, yaitu disebabkan oleh penurunan aliran darah pada luka, maka luka diabetes tipe iskemi membutuhkan terapi yang dapat meningkatkan aliran darah ke daerah luka. Menurut hasil penelitian kami (Sari Y, Hartono, Eman S, 2015), vibrasi frekuensi rendah dibawah 50 Hz dapat digunakan untuk mempercepat penyembuhan luka diabetes tipe iskemi (Sari et al., 2015, 2016, 2017). Vibrasi dibawah 50 Hz dapat mempercepat penyembuhan luka karena mampu menurunkan jaringan mati/jaringan nekrotik, menurunkan inflamasi/peradangan, menurunkan aktivasi matrix metalloproteinase-9 (enzim yang dapat mendegradasi kollagen), dan meningkatkan jaringan yang baru tumbuh/jaringan granulasi (Sari et al., 2015).

Dari hasil penelitian pada hewan coba, tim kami (Sari Y, Hartono, Eman S, 2015) membuat manset vibrator yaitu manset getar yang dapat digunakan untuk penderita luka diabetes untuk meningkatkan aliran darah di daerah luka (Gambar 24.1). Manset vibrator dapat memberikan getaran dibawah 50 Hz yang dapat digunakan untuk meningkatkan aliran darah di daerah luka.



Gambar 24.1
Manset Vibrator untuk Perawatan Luka
(Sari, 2016)

Hasil penelitian pada penderita luka diabetes menunjukkan bahwa manset vibrator dapat mempercepat penyembuhan luka diabetes (gambar 24.2).



Gambar 24.2
Gambar Penyembuhan Luka Diabetes

Bila luka diabetes tipe iskemi disebabkan oleh aliran darah yang berkurang, luka diabetes tipe neuropati disebabkan karena ada kerusakan pada saraf perifer, yang menyebabkan penderita berkurang atau tidak merasakan sakit saat terkena benda tajam (Yotsu et al., 2014). Karakteristik luka diabetes tipe neuropati adalah penderita tidak merasakan sakit walaupun ada luka, ada pembentukan kalus/kapalan disekitar pinggir luka, suhu kaki biasanya tidak berubah (Ndip et al., 2012). Masalah utama yang sering terjadi pada penyembuhan luka tipe neuropati adalah jaringan granulasi yang buruk. Jaringan granulasi adalah jaringan sehat yang baru tumbuh di dasar luka. Untuk menangani luka diabetes tipe neuropati, perlu adanya terapi yang dapat meningkatkan jaringan granulasi pada luka.

Alternatif yang dapat digunakan untuk meningkatkan jaringan granulasi atau jaringan sehat yang baru tumbuh adalah menggunakan salep zinc oxide. Zinc oxide selama ini

banyak digunakan untuk mengatasi sejumlah kondisi dermatologis seperti inflamasi dermatosis, gangguan pigmentasi, dan neoplasia (karsinoma sel basal) (Lin et al., 2017). Meskipun sering digunakan untuk terapi pada gangguan kulit, namun fungsinya untuk mempercepat penyembuhan luka kronis seperti luka diabetes belum jelas.

Hasil penelitian kami menunjukkan bahwa penggunaan zinc oxide mampu menurunkan jaringan nekrotik pada pasien dengan luka diabetes. Masa penyembuhan pada pasien yang dirawat dengan zinc oxide secara signifikan lebih pendek, prosentase jaringan nekrotik (jaringan mati) lebih rendah, dan prosentase jaringan granulasi (jaringan yang baru tumbuh) lebih tinggi pada pasien yang dirawat dengan menggunakan salep zinc oxide dibandingkan dengan luka yang dirawat dengan perawatan standar (hanya kasa dan larutan *normal saline*). Gambar 24.3 dan gambar 24.4 menggambarkan contoh pasien yang dirawat dengan menggunakan salep zinc oxide.



Gambar 24.3

Gambaran Penyembuhan Luka Pada Pasien yang Dirawat dengan Salep Zinc Oxide

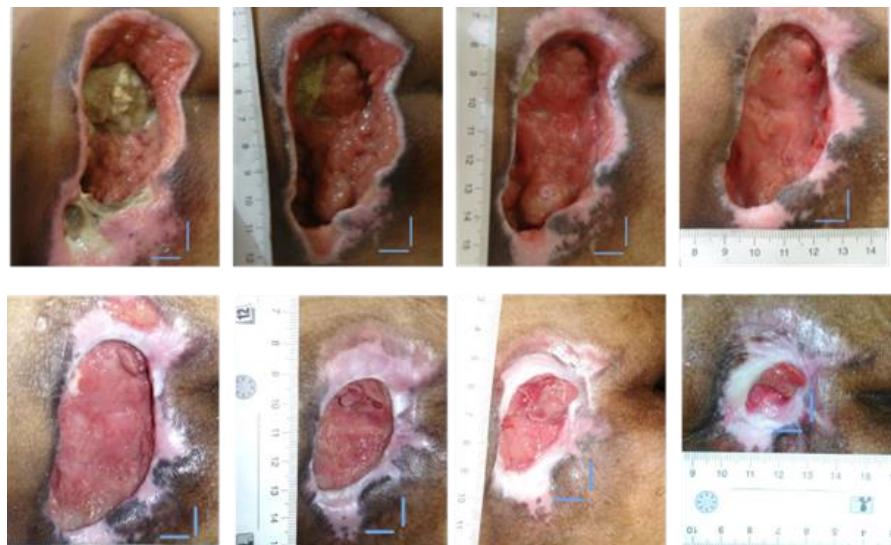


Gambar 24.4

Gambaran Penyembuhan Luka Pada Pasien yang Dirawat dengan Zink Oxide

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa rasa nyeri saat penggantian balutan antara pasien yang dirawat dengan salep zinc oxide lebih rendah bila dibandingkan dengan pasien yang dirawat dengan perawatan standar (dengan kasa dan normal saline).

Hasil penelitian kami pada luka kronis yang lain yaitu luka dekubitus (luka yang sering terjadi pada pasien yang tidak mampu bergerak) juga menunjukkan bahwa terapi topikal zinc oxide mampu mempercepat penyembuhan luka. Pemberian terapi zinc oxide pada pasien dengan luka dekubitus mampu menurunkan jaringan nekrotik, menurunkan inflamasi, meningkatkan jaringan granulasi, dan meningkatkan reepitelisasi (penutupan luka).



Gambar 24.5
Gambaran Penyembuhan Luka Pada Pasien Luka Dekubitus
yang Dirawat dengan Salep Zinc Oxide

Adanya penemuan terapi vibrasi untuk terapi luka diabetes tipe iskemi dan terapi salep zinc oxide untuk terapi luka diabetes tipe neuropati membawa harapan baru pada penderita luka diabetes. Hasil penelitian kami terkait dengan terapi untuk penderita luka diabetes dapat dirangkum dalam tabel 24.1.

Tabel 24.1
Terapi Luka Diabetes Berdasarkan Hasil Penelitian

Tipe luka diabetes	Terapi luka	Efeknya pada luka berdasarkan hasil penelitian
Tipe luka Iskemi	Terapi vibrasi	Menurunkan jaringan mati/jaringan nekrotik, menurunkan inflamasi/peradangan, menurunkan aktivasi matrix metalloproteinase-9 (enzim yang dapat mendegradasi kollagen), dan meningkatkan jaringan yang baru tumbuh/jaringan granulasi
Tipe luka neuropati	Terapi salep Zinc oxide	Menurunkan jaringan nekrotik, menurunkan inflamasi, meningkatkan jaringan granulasi, dan meningkatkan reepitelisasi (penutupan luka).
Tipe luka neuroiskemia	<i>Ongoing research</i>	-

D. Penutup

Tantangan saat ini banyak ditemukan luka tipe neuroiskemi/ campuran, yaitu campuran antara tipe iskemi dan tipe neuropati. Penelitian kedepannya masih perlu untuk dilakukan apakah kombinasi dari vibrasi dan salep zink oxide mampu mempercepat penyembuhan luka diabetes tipe neuroiskemi. Perawat perlu senantiasa berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain atau profesi lain dalam membuat inovasi atau terobosan yang dapat membantu pasien-pasien dengan luka kronis bisa lebih cepat sembuh.

Referensi

- Abbas, Z. G., Chockalingam, N., Lutale, J. K., & Naemi, R. (2022). Predicting the risk of amputation and death in patients with diabetic foot ulcer. A long-term prospective cohort study of patients in Tanzania. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, 5(3), e00336. <https://doi.org/10.1002/edm2.336>
- Akkus, G., & Sert, M. (2022). Diabetic foot ulcers: A devastating complication of diabetes mellitus continues non-stop in spite of new medical treatment modalities. *World Journal of Diabetes*, 13(12), 1106–1121. <https://doi.org/10.4239/wjd.v13.i12.1106>
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M., & Bus, S. A. (2017). Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367–2375. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1615439>
- Grunfeld, C. (1992). Diabetic foot ulcers: etiology, treatment, and prevention. *Advances in Internal Medicine*, 37, 103–132.
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas, 9th edn*. International Diabetes Federation.
- Izumi, Y., Satterfield, K., Lee, S., & Harkless, L. B. (2006). Risk of reamputation in diabetic patients stratified by limb and level of amputation: A 10-year observation. *Diabetes Care*, 29(3), 566–570. <https://doi.org/10.2337/diacare.29.03.06/dc05-1992>
- Levin, M. E. (1993). Diabetic foot ulcers: pathogenesis and management. *Journal of ET Nursing: Official Publication, International Association for Enterostomal Therapy*, 20(5), 191–198.
- Lin, P.-H., Sermersheim, M., Li, H., Lee, P. H. U., Steinberg, S. M., & Ma, J. (2017). Zinc in Wound Healing Modulation. *Nutrients*, 10(1). <https://doi.org/10.3390/nu10010016>
- Ndip, A., Ebah, L., & Mbako, A. (2012). Neuropathic diabetic foot ulcers - evidence-to-practice. *International Journal of General Medicine*, 5, 129–134. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S10328>
- Oliver, T. I., & Mutluoglu, M. (2023). *Diabetic Foot Ulcer*.
- Sari, Y. (2016). *Vibrasi untuk penyembuhan luka diabetes*. Unsoed Press.
- Sari, Y., Sanada, H., Minematsu, T., Nakagami, G., Nagase, T., Huang, L., Noguchi, H., Mori, T., Yoshimura, K., & Sugama, J. (2015). Vibration inhibits deterioration in rat deep-tissue

- injury through HIF1–MMP axis. *Wound Repair and Regeneration*, 23(3), 386–393. <https://doi.org/10.1111/wrr.12286>
- Sari, Y., Saryono, Sutrisna, E., & Hartono. (2017). A Comparative Study on The Effect of Vibration Therapy and Electrical Stimulation Therapy On Accelerating Wound Healing of Diabetic Ulcer (p. Jurnal Ners, 12(2), 253-260).
- Sari, Y., Sutrisna, E., & Hartono. (2016). Pengaruh Frekuensi Vibrasi terhadap Penyembuhan Luka Diabetes The Provision of Different Vibration Frequency to Accelerate Diabetic Wound Healing. *Jurnal Keperawatan Padjajaran*, 4, 117–126.
- Sari, Y., Yusuf, S., Haryanto, H., Sumeru, A., & Saryono, S. (2022). The barriers and facilitators of foot care practices in diabetic patients in Indonesia: A qualitative study. *Nursing Open*, 9(6), 2867–2877. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.993](https://doi.org/10.1002/nop2.993)
- Wu, S. C., Driver, V. R., Wrobel, J. S., & Armstrong, D. G. (2007). Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment. *Vascular Health and Risk Management*, 3(1), 65–76. <https://doi.org/10.3310/hta13540>
- Wukich, D. K., Raspovic, K. M., & Suder, N. C. (2017). Patients With Diabetic Foot Disease Fear Major Lower-Extremity Amputation More Than Death. *Foot & Ankle Specialist*, 11(1), 17–21. <https://doi.org/10.1177/1938640017694722>
- Yotsu, R. R., Pham, N. M., Oe, M., Nagase, T., Sanada, H., Hara, H., Fukuda, S., Fujitani, J., Yamamoto-Honda, R., Kajio, H., Noda, M., & Tamaki, T. (2014). Comparison of characteristics and healing course of diabetic foot ulcers by etiological classification: neuropathic, ischemic, and neuro-ischemic type. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 28(4), 528–535. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.03.013>

BAB 25

Rumah Sakit dan Keperawatan Masa Depan: Manajemen Mutu Layanan Terintegrasi

Nur Hidayah

A. Manajemen Mutu Layanan Kesehatan di Indonesia

Masa Depan layanan Kesehatan yang diimpikan adalah layanan berkualitas yang dapat diakses oleh seluruh Masyarakat dengan pelayanan penuh kasih sayang sepanjang masa. Untuk mencapai visi masa depan keperawatan diperlukan tingkat pendidikan dan kompetensi perawat dalam pengembangan kolaborasi intraprofesional dan interprofesional untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas layanan.

Salah satu sistem manajemen mutu yang diterapkan di Indonesia adalah *Total Quality Management* (TQM). Tren global terhadap penerapan TQM bertujuan untuk terus meningkatkan kualitas layanan kesehatan untuk memenuhi harapan pasien dan memaksimalkan penggunaan sumber daya yang tersedia untuk meningkatkan hasil perawatan. Penerapan TQM di sektor layanan kesehatan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Peningkatan pengelolaan layanan kesehatan, ketergantungan pada teknologi, dan kebutuhan untuk memenuhi standar dan lisensi internasional adalah beberapa kesulitan utama yang dihadapi organisasi kesehatan saat ini, dan memenuhi tuntutan pasien, yang mengharuskan rumah sakit untuk mempertahankan standar layanan yang tinggi (Hidayah dkk, 2022).

Perkembangan dan kemajuan rumah sakit memiliki peran penting dalam peradaban manusia. Dalam perkembangannya, kompleksitas dan variasi pelayanan, pelayanan rumah sakit tidak lagi statis namun dinamis dan *adaptable* baik terhadap perubahan lingkungan maupun kebijakan. Oleh karena itu pengelolaan rumah sakit kedepan menuntut kesiapan dan kemampuan tenaga kesehatan khususnya perawat untuk bergerak cepat dan siap melakukan perubahan. (Maulana, 2022). Salah satu aspek penting yang perlu diubah adalah mental model dan *system thinking*, hal ini penting menjadi perhatian kita bersama dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan nilai utama pelayanan rumah sakit yaitu *clinical effectiveness* dan *customer satisfaction* sebagai target utama dalam pelayanan terhadap *ultimate customer* yakni pasien dan Masyarakat.

Kualitas sumber daya manusia menjadi faktor penting dalam meningkatkan kinerja organisasi atau instansi. Dalam dunia kesehatan, kompetensi tenaga kesehatan menjadi

komponen inti yang mempengaruhi efisiensi rumah sakit dalam memberikan pelayanan. Tuntutan kompetensi perawat pasca pandemic covid-19 pun mengalami pergeseran penting pada kompetensi *nursing informatics* sehingga diperlukan perencanaan strategis tentang peningkatan kompetensi manajemen kepala ruangan khususnya dalam bidang teknologi dan informasi. Lima karakteristik yang membentuk kompetensi, antara lain, (Kurniasih, 2022):

1. Pengetahuan: komponen pengetahuan meliputi kompetensi *analytical thinking (AT)*, *conceptual thinking (CT)*, *technical/professional/managerial expertise (EXP)*
2. Keterampilan: komponen keterampilan meliputi kompetensi *concern for order (CO)*, *initiative (INT)*, *impact and influence (IMP)*, dan *information seeking (INFO)*.
3. Konsep diri dan nilai-nilai: Komponen konsep diri dan nilai-nilai meliputi kompetensi *developing others (DEV)*, *directiveness: assertiveness and use of positional power (DIR)*, *teamwork and cooperation (TW)*, *team leadership (TL)*, *interpersonal understanding (IU)*, dan *customer service orientation (CSO)*.
4. Karakteristik pribadi: Komponen karakteristik pribadi meliputi kompetensi *self control (SCT)*, *self confidence (SCF)*, *flexibility (FLX)*, dan *organizational commitment (OC)*.
5. Motif: Komponen motif meliputi *organizational awareness (OA)*, *relationship building (RB)*, dan *achievement orientation (ACH)*.

B. Strategi Pertumbuhan Profesional: Menyimbangkan Kehidupan Pribadi dan Profesional

Dalam rangka mencapai visi masa depan keperawatan, perawat hanya dapat berkembang dalam lingkungan yang kompleks jika memiliki komitmen untuk belajar sepanjang hayat. Kompetensi bersifat situasional dan dinamis serta memerlukan kinerja pada tingkat yang diharapkan yang mengintegrasikan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan penilaian keperawatan. Kompetensi tidak hanya mempengaruhi keselamatan dan kualitas layanan tetapi juga harga diri, dan kebermaknaan pekerjaan. Perawat di semua tingkatan harus merangkul budaya kompetensi keperawatan, budaya di mana keyakinan, sikap, dan nilai-nilai bersama mendorong hasil pembelajaran seumur hidup dalam lingkungan perawatan yang aman dan berkualitas.

Perawat di semua tingkatan bertanggung jawab untuk memberikan perawatan pasien yang berkualitas tinggi dan aman dalam lingkungan layanan kesehatan yang kompleks. Untuk dapat memenuhi tanggung jawab ini secara konsisten, perawat "harus memiliki kapasitas untuk terlibat dan hadir sepenuhnya dalam praktik dan kehidupan mereka".

Apa yang tidak dipahami oleh banyak perawat adalah bahwa merawat diri sendiri adalah dasar untuk mampu merawat orang lain. Perawat mempunyai kewajiban untuk menjaga kesehatan dan keselamatan mereka sendiri seperti halnya mereka merawat pasiennya, termasuk tanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan dan keselamatan, menjaga keutuhan karakter dan integritas, menjaga kompetensi, dan melanjutkan kehidupan pribadi dan pertumbuhan profesional. Sayangnya, banyak perawat mudah terjebak dalam siklus tidak sehat yang mengutamakan orang lain dan menghabiskan energi

serta waktu untuk perawatan diri. Kelelahan akibat kurangnya perawatan diri dikaitkan dengan peningkatan risiko kesalahan, defisit memori, gangguan mood, miskomunikasi, dan kinerja buruk secara keseluruhan yang dapat membahayakan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan keperawatan.

Menurut ANA (2015), perawat yang sehat adalah "perawat yang secara aktif berfokus pada menciptakan dan memelihara keseimbangan dan sinergi kesejahteraan fisik, intelektual, emosional, sosial, spiritual, pribadi, dan profesional. Menjadi sehat tidak hanya penting bagi perawat, tetapi juga untuk kualitas pelayanan keperawatan menyarankan bahwa perawatan diri harus fokus pada enam bidang (Richards et al., 2014):

1. Perawatan diri secara fisik
2. Perawatan diri secara mental
3. Perawatan diri secara emosional
4. Perawatan diri secara spiritual
5. Perawatan diri dalam hubungan sosial
6. Perawatan diri dengan *selflove*

Pemimpin dan manajer perawat memiliki tanggung jawab etis untuk menumbuhkan keseimbangan dengan mempromosikan gaya hidup sehat dan mendorong perawat meluangkan waktu untuk perawatan diri (ANA, 2015c; Cranick et al., 2015). ANA mengidentifikasi lima konstruksi sehat yang penting untuk menumbuhkan lingkungan kerja yang kondusif untuk mendukung perawat yang sehat (ANA, 2015a, hal. 24):

1. Panggilan untuk peduli: *Caring* adalah persembahan diri yang bersifat interpersonal dan penuh kasih sayang yang digunakan perawat yang sehat untuk membangun hubungan dengan pasien dan keluarganya.
2. Prioritas perawatan diri: Perawatan diri dan lingkungan yang mendukung memungkinkan perawat yang sehat untuk meningkatkan kemampuan mengelola stres fisik dan emosional di lingkungan kerja dan rumah secara efektif.
3. Kesempatan untuk menjadi teladan: Perawat yang sehat dengan percaya diri mengenali dan mengidentifikasi tantangan kesehatan pribadi dalam dirinya dan pasien, sehingga memungkinkan perawat dan pasien untuk mengatasi tantangan ini dengan cara yang kolaboratif dan tidak menuduh.
4. Tanggung jawab untuk mendidik: Dengan menggunakan pendekatan yang tidak menghakimi, dengan mempertimbangkan pola pembelajaran orang dewasa dan kesiapan untuk berubah, perawat yang sehat memberdayakan dirinya sendiri dan orang lain dengan berbagi pengetahuan dan keterampilan, sumber daya, dan sikap tentang kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan.
5. Wewenang untuk melakukan advokasi: Perawat yang sehat diberi wewenang untuk melakukan advokasi di berbagai tingkatan termasuk secara pribadi, antarpribadi, dalam lingkungan kerja dan komunitas, dan di tingkat lokal, negara bagian, dan nasional dalam pengembangan dan advokasi kebijakan.

Pemimpin dan manajer perawat harus menerapkan kebijakan, prosedur, dan strategi berbasis bukti yang mendukung kerja yang sehat, meningkatkan kewaspadaan, dan mencegah perawat bekerja ekstra yang dapat menyebabkan kelelahan.

C. Pelayanan Keperawatan dan Kesehatan Terintegrasi

Pesatnya perkembangan teknologi, informasi dan komunikasi yang terintegrasi hampir di semua tatanan kehidupan termasuk dalam sektor pelayanan keperawatan dan kesehatan. Peningkatan penerapan teknologi kesehatan baik dalam bidang obat-obatan, peralatan diagnostik, *telemedicine* dan peralatan bedah adalah inovasi yang memberikan peluang besar bagi pemerintah, penyedia layanan kesehatan dan pasien untuk menyediakan dan memperoleh kualitas pelayanan terbaik. Pemerintah dituntut untuk menyediakan layanan berkualitas tinggi, inovatif, mengelola sumber daya dan berinvestasi pada layanan terjangkau, efektif, aman, dan berpusat pada pasien.

Saat ini sektor kesehatan Indonesia tengah dihadapkan pada suatu kondisi yang disebut dengan *triple burden*, yakni suatu keadaan yang di dalamnya terdapat masalah penyakit menular dengan jumlah kasus yang tinggi, penyakit tidak menular dengan prevalensi semakin meningkat, dan munculnya kembali penyakit yang sudah berhasil diatasi sebelumnya (Isti Cahyani et al., 2020). Masalah *triple burden* memberikan tantangan untuk pelayanan kesehatan sehingga diperlukan dukungan, solusi, dan jawaban untuk permasalahan yang terjadi di masyarakat (Saunders et al., 2020). Penanganan masalah kesehatan di era globalisasi saat ini memerlukan pengembangan inovasi pelayanan kesehatan yang terus mengikuti perkembangan zaman seiring berjalannya waktu (Sulaiman dkk, 2023).

Kebutuhan inovasi pelayanan yang dikembangkan untuk pelayanan kesehatan dapat menggunakan *big data* dalam pemrosesan, penyimpanan, dan analisis data yang digabung dengan *AI*, *Internet-of-Things* dan *Machine Learning*. Inovasi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kemampuan untuk perbaikan proses dan sistem pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit, meningkatkan derajat kesehatan, dan mengurangi kesenjangan kesehatan dalam masyarakat (Dolley, 2018).

Keterlibatan teknologi baru di bidang kesehatan dan semua konteks sosial merupakan perkembangan pesat di dunia modern saat ini. Salah satu yang paling penting adalah bidang teknologi kesehatan yang saat ini siap menjadi bagian tak terpisahkan dari sistem layanan kesehatan suatu negara, yang mampu memberikan kontribusi besar terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan. Teknologi baru akan membawa revolusi di bidang kesehatan dan layanan kesehatan sekaligus menjamin kelangsungannya di masa depan. Tren layanan terkini di bidang kesehatan serta evolusi sosial menyebabkan peningkatan layanan Kesehatan dalam hal:

1. Meningkatnya prevalensi penyakit kronis dan degenerative sebagai akibat kebiasaan gaya hidup modern termasuk pola makan tertentu.
2. Munculnya penyakit baru yang diturunkan secara sosial.
3. Harapan masyarakat yang terus meningkat terhadap akses layanan yang lebih baik

4. Munculnya teknologi medis baru yang murah memberikan kemungkinan untuk tindakan diagnostik dan terapeutik.
5. Meningkatnya minat masyarakat dalam memainkan peran pengelolaan kesehatan dengan isu-isu yang relevan.
6. Meningkatnya permintaan layanan kesehatan dan sosial.
7. Meningkatnya mobilitas pasien dan professional Kesehatan.

Selain itu, permasalahan yang berkaitan dengan sektor kesehatan seperti meningkatnya biaya layanan kesehatan, kurangnya sumber daya keuangan, pesatnya evolusi teknologi, penuaan demografis dan masalah moral dan sosial saling terkait erat dan mengarah pada layanan kesehatan yang didukung teknologi sebagai faktor penting yang mempengaruhi kebijakan kesehatan.

Rumah Sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai tanggung jawab memberikan pelayanan dan asuhan terintegrasi yang aman. Asuhan terintegrasi sebagai upaya untuk meningkatkan kebutuhan holistik klien dengan pendekatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Asuhan terintegrasi yang diberikan memerlukan professional perawat penanggung jawab asuhan (PPJA) sesuai dengan kompetensi, kewenangan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan strategi penerapan peran interpersonal yang efektif sebagai kunci untuk meningkatkan layanan asuhan terintegrasi (Suharyanto dkk, 2022).

Dalam pelayanan terintegrasi, perawat memainkan peran penting sebagai penghubung antara berbagai departemen dalam suatu sistem perawatan kesehatan. Peran perawat yang utama adalah sebagai pelaku/pemberi asuhan keperawatan baik secara langsung dan tidak langsung kepada klien, menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi: melakukan pengkajian dalam upaya mengumpulkan data dan informasi yang benar, menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data, merencanakan intervensi keperawatan sebagai upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ada dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Selain peran utama, perawat professional juga sebagai pembuat keputusan klinis, advokat klien, manajer kasus, rehabilitator, pemberi kenyamanan, komunikator, penyuluh, kolaborator, *educator*, konsultan, dan pembaharu (Nopriyanti, 2023). Dengan berbagai peran ini, perawat memiliki kontribusi besar secara signifikan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, menyeluruh dan terkoordinasi.

Untuk mendukung transformasi pelayanan kesehatan terintegrasi, rekam medis elektronik yang terintegrasi merupakan salah satu potensi kuat sebagai inovasi layanan. Dari perspektif layanan pasien, akurasi informasi terkait riwayat kesehatan pasien, obat-obat yang pernah dikonsumsi, dan pemeriksaan penunjang penting dalam mendukung pengambilan keputusan klinis pasien (Honavar, 2020). Penerapan rekam medik elektronik di Indonesia juga mentransformasi kesehatan masyarakat melalui *big data*. Hal ini memungkinkan menangkap data klinis dalam jumlah besar sehingga menjadi sumber *big data* yang dapat diolah menjadi pengetahuan baru yang bermanfaat dan dapat digunakan

oleh pihak berwenang untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Saat ini Indonesia telah meluncurkan platform dalam mempersiapkan transformasi yang diberi nama SATU SEHAT (Konny, 2023). Untuk hal ini perawat mengambil peranan penting dengan menjadi bagian dari inventor platform tersebut. Perawat harus mampu bekerja sesuai dengan standar perawat professional melalui asuhan keperawatan yang juga harus terdokumentasi dengan baik sebagai bentuk legal atas tanggungjawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan sebagai salah satu alat yang digunakan dalam berkomunikasi baik antar perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya (Polopadang & Hidayah, 2016).

Berbagai komponen yang dibutuhkan dalam sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi memiliki keterkaitan yang saling mendukung dengan Manajemen Mutu Terpadu (MMT) yang mampu meningkatkan kinerja rumah sakit dan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif. MMT mengarah pada standar pelayanan kesehatan yang lebih tinggi untuk perawatan pasien melalui peningkatan kinerja petugas kesehatan, komitmen organisasi, dan strategi manajemen. Prinsip dasar MMT adalah perbaikan berkelanjutan, komitmen manajemen terhadap kepuasan pelanggan, karyawan dan fokus pelanggan (Hidayah et al, 2022). Manajemen mutu terpadu akan meningkatkan kolaborasi, efisiensi, keamanan pasien, kepuasan pasien serta perbaikan berkelanjutan dalam sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan terintegrasi dan manajemen mutu terpadu akan memastikan bahwa setiap aspek dari pelayanan kesehatan mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan dan pemantauan berjalan secara efisien dan efektif.

D. Rumah Sakit dan Keperawatan Masa Depan

Kebutuhan rumah sakit berubah sesuai dengan situasi dan perkembangan di dunia. Beberapa penyebab utama perubahan kebutuhan rumah sakit di masa depan termasuk pertumbuhan dan penuaan populasi. Populasi global cenderung bertambah dan banyak negara menghadapi peningkatan usia harapan hidup. Ini mengakibatkan peningkatan jumlah orang yang memerlukan perawatan kesehatan jangka panjang dan perawatan yang lebih intensif (Barnett et al., 2012; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2019). Penyakit degenerative seperti diabetes, penyakit jantung, dan kanker menjadi lebih umum. Hal ini meningkatkan permintaan layanan medis yang spesifik untuk kondisi-kondisi ini (World Health Organization, 2019). Kemudian adanya perubahan lingkungan seperti perubahan iklim dan polusi berdampak pada peningkatan kasus penyakit tertentu yang perlu ditangani oleh rumah sakit. Terjadinya krisis kesehatan global seperti pandemi COVID-19 menekankan perlunya kesiapsiagaan rumah sakit dan sistem perawatan kesehatan untuk menangani situasi darurat dan memperkuat kapasitas mereka (Hidayah, 2020; World Health Organization, 2020).

Selain itu, kemajuan dalam teknologi medis termasuk *telemedicine*, robotika bedah dan sistem infomasi kesehatan, dapat mengubah cara rumah sakit dalam memberikan perawatan dan berkomunikasi dengan pasien. Penggunaan kecerdasan buatan dan analitik kesehatan dapat membantu rumah sakit dalam diagnosis yang lebih cepat, perencanaan perawatan yang lebih efisien, dan manajemen sumber daya yang lebih baik (Alotaibi &

Faderico, 2017). Perubahan dalam praktik perawatan, perubahan dalam metode perawatan medis dan fokus pendekatan yang lebih holistik dan pencegahan dapat memengaruhi bagaimana rumah sakit dirancang dan beroperasi (Topol, 2019).

Hal lain yang menyebabkan perubahan kebutuhan rumah sakit di masa depan (DiMasi, Grabowski, & Hansen, 2016; Hibbard & Greene, 2013; Schoen et al., 2010) adalah preferensi pasien yang semakin memiliki peran aktif dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka. Ini dapat mempengaruhi cara rumah sakit memberikan perawatan dan layanan yang disesuaikan dengan kebutuhan individu. Sistem pembiayaan kesehatan yang berubah memengaruhi cara rumah sakit mengelola anggaran dan mengakses sumber daya. Perkembangan obat-obatan baru dan terapi inovatif mengubah cara penyakit diobati dan dirawat. Perubahan yang terjadi menyebabkan perubahan terhadap kebutuhan rumah sakit masa depan. Beberapa kebutuhan utama yang diidentifikasi untuk rumah sakit masa depan adalah sebagai berikut (McKee, Stuckler, & Basu, 2012):

1. *Teknologi Medis Canggih*, rumah sakit masa depan akan memerlukan akses ke teknologi medis terbaru, seperti robotik bedah, kecerdasan buatan, pemodelan 3D untuk perencanaan operasi, dan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi. Teknologi ini dapat membantu meningkatkan presisi diagnosis dan perawatan pasien.
2. *Perawatan Kesehatan Jarak Jauh*: *Telemedicine* dan layanan perawatan kesehatan jarak jauh akan menjadi semakin penting. Rumah sakit masa depan harus memiliki infrastruktur yang kuat untuk mendukung konsultasi medis virtual, pemantauan jarak jauh, dan akses mudah ke rekam medis elektronik (Hidayah et al., 2022).
3. *Desain Rumah Sakit yang Inovatif*. Desain fisik rumah sakit akan berubah untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan efisiensi operasional. Hal ini termasuk penggunaan teknologi untuk mengurangi waktu tunggu, memaksimalkan penggunaan ruangan, dan menciptakan lingkungan yang mendukung keselamatan dan kenyamanan pasien.
4. *Penekanan pada Pencegahan*. Rumah sakit masa depan akan berfokus pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan daripada hanya merawat penyakit yang sudah ada. Ini dapat mencakup program-program pendidikan kesehatan, pemeriksaan berkala, dan layanan dukungan gaya hidup sehat.
5. *Keamanan Data Pasien*. Dalam era digital, perlindungan data pasien akan menjadi perhatian utama. Rumah sakit harus memiliki sistem keamanan data yang kuat untuk melindungi informasi medis pasien dari serangan *cyber*.
6. *Praktik Klinis yang Berbasis Bukti*. Rumah sakit masa depan akan mendasarkan praktik klinis berbasis bukti ilmiah yang kuat. Ini berarti mengadopsi panduan perawatan yang didukung oleh penelitian berkelanjutan mengikuti perkembangan dalam pengetahuan medis.
7. *Pelayanan Multidisiplin*. Perawatan pasien yang efektif seringkali melibatkan kolaborasi antara berbagai spesialis medis dan non-medis. Rumah sakit masa depan harus memfasilitasi kolaborasi yang lebih baik di antara tim perawatan kesehatan.

8. Keberlanjutan Lingkungan: Rumah sakit masa depan perlu memperhatikan keberlanjutan lingkungan dengan mengurangi jejak karbon, meminimalkan limbah medis, dan mengadopsi teknologi yang ramah lingkungan.
9. Keselamatan Pasien yang Lebih Baik: Rumah sakit masa depan harus terus meningkatkan standar keselamatan pasien untuk mengurangi kesalahan medis dan komplikasi yang dapat dicegah (Huriati, Shalahuddin, Hidayah, Suaib, & Arfah, 2022).
10. *Handling conflict*: Sistem penanganan konflik rumah sakit di masa depan menjadi semakin penting dengan pertumbuhan kompleksitas sistem perawatan kesehatan (Hidayah & Ashar, 2020).

Kebutuhan-kebutuhan ini mencerminkan pergeseran menuju perawatan kesehatan yang lebih terintegrasi, efisien, dan berfokus pada pasien. Rumah sakit harus tetap beradaptasi dengan perkembangan dalam ilmu medis dan teknologi untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada Masyarakat.

E. Arah Masa Depan

Mengkonseptualisasikan masa depan bisa jadi sulit dan menuntut. Masa depan yang diinginkan adalah masa depan di mana perawat memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas dalam lingkungan kerja yang sehat dan penyembuhan yang optimal. Lucian Leape Institute (2013) menggambarkan tempat kerja yang sehat dan aman di masa depan: Inovasi, pemikiran kritis, kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan akan menjadi hal yang hakiki tanpa kehilangan rasa kasih sayang dan hubungan.

Manajemen akan menganggap keselamatan dan pengalaman tenaga kerja sebagai persyaratan yang tidak dapat dinegosiasikan. Pasien dan keluarga akan berpartisipasi sebagai mitra dalam perawatan. Mereka akan memasuki rumah sakit dengan perasaan lega dan percaya diri bahwa mereka akan dihormati, diperhatikan, dan aman di tangan tim perawatan yang terinspirasi dan jelas menganggap pekerjaan mereka bermakna.

Pemimpin dan manajer perawat dapat berkontribusi secara signifikan terhadap masa depan yang diinginkan dengan menghormati dan menghargai staf, melindungi keselamatan fisik, psikologis, dan emosional. Budaya hormat menciptakan kegembiraan dan makna di tempat kerja, sehingga menghasilkan layanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Pemimpin dan manajer perawat harus menyadari kemungkinan tren di masa depan sehingga profesinya dapat dipengaruhi secara positif. Idealnya, pemimpin dan manajer perawat akan menjadi kekuatan terdepan dalam menciptakan masa depan pelayanan kesehatan, tidak hanya bereaksi dan beradaptasi terhadap perubahan di masa depan. Agar perawat dapat berkembang dalam lingkungan layanan kesehatan yang semakin kompleks di masa depan, diperlukan hal-hal berikut.

1. Pembelajaran seumur hidup melalui pendidikan formal dan informal.
2. Kemampuan melaksanakan perubahan dengan cepat dan baik.
3. Fokus pada hasil dan perbaikan proses untuk mempengaruhi arah pelayanan kesehatan.
4. Menyadari bahwa pasien dan keluarganya harus menjadi pusat perawatan.

5. Kemitraan dengan profesional layanan kesehatan lainnya dalam meningkatkan perawatan pasien melalui kerja tim dan kolaborasi.

F. Penutup

Perawat di semua tingkatan harus dilibatkan dalam perencanaan dan pengembangan karir berkelanjutan yang mencakup penilaian diri pribadi dan profesional, membayangkan masa depan, dan menetapkan tujuan yang realistik untuk mencapainya. Apapun tujuan yang dikehendaki kuncinya adalah merencanakan untuk memperoleh pengalaman yang diperlukan, pendidikan yang tepat, dan sertifikasi spesialisasi yang sesuai, untuk mengembangkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang akan mempersiapkan perawat untuk karir jangka panjang dalam lingkungan yang dinamis dan kompleks. Kompetensi yang berkelanjutan sangat penting bagi profesi keperawatan serta memastikan asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas. Semua perawat harus mengupayakan keseimbangan antara kehidupan pribadi dan kehidupan profesional. Tidak ada yang bisa memprediksi masa depan. Namun, memvisualisasikan atau membayangkan beberapa kemungkinan dan mengembangkan tujuan untuk masa depan yang lebih baik akan memungkinkan perawat membentuk Rumah Sakit dan Keperawatan Masa Depan.

Referensi

- Alotaibi, Y. K., & Faderico, F. (2017). The Impact Of Health Information Technology On Patient Safety. *Saudi Medical Journal*, 38(12), 1173–1180.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., & Hansen, R. W. (2016). Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs. *Journal of Health Economics*, 47, 20–33. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>
- Hidayah, N., Arbianingsih., & Ilham. (2022). The impact of integrated quality management-based health services on general hospital quality. *Frontiers in Public Health*, 10, 1011396.
- Honavar, S.G. (2020). Electronic medical records – The good, the bad and the ugly. Indian Journal of Ophthalmology, 68(3), pp.417-418. Available at: https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_278_20
- Institute of Medicine of The National Academies (2011), The Future of Nursing, Leading Change, Advancing health, The National Academies Press, Washington D.C
- Kay Edgecombe, Margaret Bowden (2014), Clinical Learning and Teaching Innovation in Nursing: Dedicated Education Units Building a Better Future, Innovation and Change in Professional education Volume 10, Springer Dordrecht Heidelberg New York London.
- Kurniasih, N. (2022). Pengaruh Motivasi Dan Kompetensi Terhadap Kinerja Perawat Di Instalasi Paviliun Tandang Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumedang. *Entrepreneur: Jurnal Bisnis Manajemen Dan Kewirausahaan*, 3(1), 336–352.

<https://doi.org/10.31949/entrepreneur.v3i1.1167>

Konny, L. (2023). Peran Rekam Medis Elektronik dalam Mentransformasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Transformasi Rumah Sakit Indonesia Menuju Era Masyarakat 5.0*, 96.

Naida Grunden and Charles Hagood Foreword by Richard P. Shannon, MD (2012), Lean-Led Hospital Design: Creating the Efficient Hospital of the Future, CRC Press Taylor and Francis Group, London, New York

Maulana, A. (2022). *Rumah Sakit Sebagai Learning Organization & Aplikasi*. Stiletto Book.

Nopriyanti, R. (2023). Peran perawat dalam pelayanan Kesehatan. Babel: Tim Media Dinkes Babel.

Sulaiman, T. W., Fitriansyah, R. B., Alaudin, A. R., & Ratsanjani, M. H. (2023). LITERATURE REVIEW: PENERAPAN BIG DATA DALAM KESEHATAN MASYARAKAT. *SATUKATA: Jurnal Sains, Teknik, dan Studi Kemasyarakatan*, 1(3), 129-138.

Suharyanto, S., Djojo, A., Kapadia, R., Soeli, Y. M., Haryati, R. T. S., & Handiyani, H. (2022). Peningkatan Asuhan Terintegrasi melalui Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan. *Jurnal Keperawatan*, 14(2), 1-8.

Polopadang, V., & Hidayah, N. (2016). Developing Model of Electronic Nursing Record in Andi Makkasau Hospital Pare-Pare. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 29(2), 211-223.

Putri, A. R., Nuha, M. U., Dilicahyani, I. A., Dhany, R., Pratiwi, R., Wahid, U., Semarang, H., Tengah, J., Mental, M., Sistem, B., & Profesional, K. (2021). Peranan Mental Model Dan System Thinking Pada. *Seminar Nasional Dan Call for Papers*, 1-10.

Sheila C Grossman and Theresa M. Valiga (2009), The New leadership Challenge: Creating the Future of Nursing, Third Edition, F.A Davis Company, Philadelphia

Sumiati, S., Dinata, A. S., & Agustina, D. (2023). MANAJEMEN MUTU PELAYANAN KESEHATAN ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(3), 2714-2718. <https://doi.org/10.31004/jkt.v4i3.14880>

Yulianti, A. (2022). Sistem Manajemen Mutu. <https://mutupelayanankesehatan.net/3751-sistem-manajemen-mutu>

<https://www.kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/keselamatan-pasien-lebih-utama-dalam-upaya-peningkatan-mutu-pelayanan-kesehatan>

BAB 26

Desiminasi Perawatan Paliatif Kepada Masyarakat Sebagai Langkah Awal Perawatan Paliatif Berbasis Rumah

Christantie Effendy

A. Pendahuluan

Tak jarang dalam kehidupan sehari-hari kita menghadapi kondisi dimana salah satu anggota keluarga kita yang mengalami penyakit yang serius dan dirawat di rumah sakit dengan kondisi yang makin memburuk dan tidak berespon terhadap pengobatan, berulang kali menyatakan "*aku lelah.....aku mau pulang.....atau berucap wis kesel aku pengin mulih umah*" pernyataan yang sama disampaikan berulang kali dan keluarga menjawabnya "*Ga usah pulang.... Jangan pulang dulu....di rumah ga ada yang merawat....ga ada yang bisa ngurus....takut kalau ada apa-apa nanti bagaimana..*"

Berbagai situasi dan dialog sejenis terkait perawatan pasien yang mengalami penyakit kronis dan atau terminal seperti ini merupakan hal yang perlu disikapi dan menjadi salah satu alasan yang mendasar pentingnya pemahaman tentang perawatan paliatif baik bagi tenaga kesehatan maupun keluarga pasien serta masyarakat.

Pada dasarnya pada saat seseorang telah lelah dengan penyakitnya, mereka ingin kembali ke rumah, dan untuk itu keluarga perlu mempersiapkan diri dengan baik, agar dapat menerima, merawat dan membantu pasien mengatasi masalahnya dan mempertahankan kualitas hidup mereka atau bahkan mendampingi mereka menghadapi akhir hayat dengan kondisi yang bermartabat.

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyampaikan pesan dengan tema "*Compassionate Communities – Together for Palliative Care*" sebagai tema dari *World Hospice and Palliative Day* tahun 2023 – dengan tema ini, diharapkan di seluruh belahan dunia, seluruh masyarakat terlibat dan bersama-sama menjadikan perawatan paliatif dapat di akses bagi setiap individu yang membutuhkan.

Perawatan paliatif membutuhkan kolaborasi dari berbagai bidang keilmuan, kerjasama yang baik interprofesional menjadi kunci dari penerapan perawatan paliatif. (Effendy C et al., 2015; Putranto R et al., 2017)

B. Perawatan Paliatif sebagai *Humanitarian Needs*

Perawatan paliatif merupakan pendekatan terintegrasi yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan masalah yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan mengatasi penderitaan dengan identifikasi dan penilaian dini, penanganan nyeri dan masalah fisik lainnya, dan masalah psikologis, sosial dan spiritual (World Health Organization, 2020).

Perawatan paliatif merupakan *humanitarian need* (kebutuhan manusawi) dan merupakan hak setiap individu yang membutuhkan dengan tidak memandang usia, agama, suku, ras, jenis penyakit maupun status ekonomi. Setiap individu mempunyai hak untuk mendapatkan informasi apa yang dimaksud dengan perawatan paliatif dan dapat mengakses pelayanan paliatif pada saat individu tersebut berada pada situasi dimana tubuh tidak lagi berespon terhadap pengobatan akibat penyakit yang diderita. Hal ini telah ditetapkan dengan sangat jelas, baik pada *Sustainable Development Goal (SDGs)* maupun pada kebijakan perawatan paliatif menurut WHO (World Health Organization, 2020).

Perawatan paliatif paling efektif bila dipertimbangkan pada awal perjalanan penyakit. Perawatan paliatif dini tidak hanya meningkatkan kualitas hidup pasien tetapi juga mengurangi rawat inap yang tidak perlu dan penggunaan layanan Kesehatan (World Health Organization, 2020). Perawatan paliatif membutuhkan kolaborasi dari berbagai bidang keilmuan. Kerjasama Interprofesional yang baik menjadi kunci penerapan perawatan paliatif (Effendy, Vissers, Tejawiñata, Vernooij-Dassen, et al., 2015; Putranto et al., 2017).

C. Implementasi Perawatan Paliatif di Indonesia

Pada tahun 2020, hanya 50 negara yang diklasifikasikan memberikan perawatan paliatif tingkat lanjut. Dalam pemetaan tingkat perawatan paliatif global di akhir kehidupan, sebagian besar negara berkembang, termasuk Indonesia, dikategorikan ke dalam kelompok dengan penyediaan perawatan paliatif yang terisolasi (Worldwide Hospice Palliative care and Alliance, 2020).

Kategori ini ditandai dengan penerapan perawatan paliatif yang cakupannya tidak merata dan belum optimal, sumber pendanaan sering kali sangat bergantung pada donor, ketersediaan morfin terbatas, dan layanan perawatan paliatif sangat terbatas mengingat besarnya populasi yang bersangkutan (Worldwide Hospice Palliative care and Alliance, 2020). Secara umum, hambatan implementasi layanan perawatan paliatif pada kategori ini berkaitan dengan kebijakan, pendidikan, implementasi, dan ketersediaan obat (Kotronoulas et al., 2012; Rochmawati, 2016; Suresh, 2015).

Di Indonesia, perawatan paliatif telah diterapkan sejak tahun 1992 dengan didukung oleh Kepmenkes RI No.604/Menkes/SK/IX/1989 tentang pengendalian kanker dan Kepmenkes RI No.812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan perawatan paliatif dan yang belum lama ini terbit yaitu Kepmenkes RI No. HK. 01.07/Menkes/2180/2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif dan adanya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa perawatan

paliatif dapat dilaksanakan baik di rumah sakit maupun puskesmas.

Menurut WHO, berbagai penyakit yang dapat mengakibatkan seseorang membutuhkan perawatan paliatif selain kanker antara lain: Stroke, Chronic Kidney Disease (CKD) dengan hemodialisa, Demensia, *Cardio Vascular Disease* (CVD), HIV/AIDS, diabetes dan lain-lain (Putranto et al., 2017). Di Indonesia, penerapan perawatan paliatif seringkali masih dianggap hanya dibutuhkan oleh pasien kanker dan dipandang sebagai perawatan yang identik dengan perawatan kanker. Selain itu, masyarakat juga masih menganggap tabu untuk membicarakan tentang akhir hayat. Masyarakat cenderung menghindar dari penggunaan istilah paliatif, selain itu juga banyak anggapan bahwa paliatif identik dengan kematian dan tidak mengijinkan pasien untuk dirawat di rumah sakit.

D. Perawatan Paliatif Berfokus pada Pasien dan Keluarga

Tenaga kesehatan hendaknya memberikan layanan kesehatan termasuk perawatan paliatif dengan berfokus pada pasien. Memandang pasien sebagai makhluk sosial, individu yang unik dan berakal budi yang memiliki latar belakang budaya, nilai dan keyakinan yang berbeda.

Di Indonesia, otonomi tidak sepenuhnya berada di tangan pasien tetapi juga berada di tangan keluarga. Pendekatan perawatan paliatif yang berfokus pada pasien saja belum dapat memfasilitasi konsep otonomi keluarga, sehingga pada perawatan paliatif di Indonesia, pendekatan yang paling ideal adalah perawatan paliatif berfokus pada pasien dan keluarga (Effendy, Vernooij-Dassen, Setiyarini, Kristanti, et al., 2015). Sebagai contoh, pasien dengan kanker payudara mendapatkan penjelasan tentang kondisi penyakitnya dan diminta untuk mengambil keputusan terkait tindakan kemoterapi yang harus dilakukan, maka pasien tidak akan mengambil keputusan sendiri melainkan bergantung juga pada keputusan keluarga. Otonomi keluarga dapat diterapkan dengan baik dan berdampak positif pada pasien jika keluarga memahami prinsip dan tujuan perawatan paliatif. Hal ini hanya dapat terwujud jika masyarakat telah mendapatkan diseminasi dan edukasi tentang perawatan paliatif dengan baik.

E. Masalah dan Kebutuhan Pasien dalam Perawatan Paliatif

Pasien dengan perawatan paliatif pada umumnya memiliki berbagai masalah terkait aspek fisik, psiko-sosial, spiritual dan finansial. Setiap pasien mungkin memiliki kebutuhan yang berbeda meskipun memiliki masalah yang sama (Effendy, Vissers, Osse, Tejawinata, et al., 2015). Perawat dan tenaga lainnya seringkali memberikan perhatian lebih pada masalah fisik, dan masih belum optimal dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah psiko-sosial dan spiritual.

Pemberian perhatian terkait masalah non fisik menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan dalam penerapan perawatan paliatif di Indonesia (Effendy et al., 2014). Lebih dari 54% pasien dengan kanker stadium lanjut di Indonesia menyatakan bahwa mereka masih membutuhkan perhatian dari tenaga kesehatan saat mereka dirawat di rumah sakit terkait

dengan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, kebutuhan terkait masalah nyeri, masalah psikologis, masalah sosial dan spiritual (Effendy et al., 2014).

Tenaga kesehatan di Indonesia perlu meningkatkan perhatian pada masalah non fisik pasien dengan kondisi penyakit terminal. Dengan memahami konsep dan prinsip perawatan paliatif diharapkan tenaga kesehatan dapat membantu pasien dalam meningkatkan kualitas hidup mereka(Kristanti et al., 2017).

Di Indonesia, layanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan fisik dan mental telah diterapkan dengan baik, namun demikian kesehatan sosial (*social health*) masih perlu pemahaman dan peningkatan dalam penerapannya. Dukungan sosial merupakan hal yang sangat penting sebagai bagian dari peningkatan *support system* dalam perawatan paliatif, namun demikian di satu sisi justru seringkali dapat menjadi tantangan karena adanya budaya dan kebiasaan yang tidak sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Sebagai contoh, pada kondisi anggota keluarga yang mengalami kanker, adanya kunjungan dari kerabat, teman dan relasi yang menjenguk pasien yang sakit pada akhirnya dapat mempersulit atau mempengaruhi keputusan terapi bagi pasien. Seringkali keluarga mendapatkan masukan dasar untuk membawa pasien pergi berobat ke orang pintar yang berpraktik di berbagai di indonesia, padahal pasien pada kondisi paliatif dimana tubuh pasien sudah tidak berespon terhadap pengobatan. Keyakinan untuk melakukan ikhtiar sampai akhir menjadikan kondisi yang seringkali justru menghalangi pasien untuk menentukan nasib dan otonomi terhadap dirinya dalam menghadapi pengobatannya dan pada akhirnya tidak memberi kesempatan pada pasien untuk dapat meninggal dengan bermartabat.

F. Peranan Keluarga dalam Perawatan Paliatif

Merawat anggota keluarga yang sakit merupakan kewajiban bagi keluarga (Effendy, Vissers, Tejawiñata, et al., 2015). Kebanyakan pasien dengan penyakit yang membatasi hidup, lebih memilih dirawat dirumah, dibantu oleh keluarganya sebagai *Informal caregiver*(Mayahara et al., 2016). Rasa tanggung jawab dalam merawat anggota keluarga yang sakit, memberikan peluang bagi pasien untuk mendapatkan perawatan di rumah dengan dukungan penuh dari anggota keluarga (Kristanti et al., 2019).

Caregiver keluarga menghabiskan 24 jam sehari untuk merawat dan membantu pasien. Keluarga mempunyai peranan penting dalam mengatasi masalah dan pemenuhan kebutuhan pasien (Effendy, Vernooij-Dassen, Setiyarini, Kristanti, et al., 2015) namun, tidak semua pengasuh keluarga merasa cukup siap menghadapi setiap masalah dalam merawat pasien. Permasalahan rumit yang terjadi pada *caregiver* keluarga biasanya berkaitan dengan kesiapan mereka dalam merawat pasien (Preksha S & Kaur, 2016). Berbagai penyebab ketidaksiapan keluarga antara lain karena belum berpengalaman merawat, kurang pengetahuan, sumber informasi terbatas, dukungan emosional, dan kesiapan lingkungan dan fasilitas di rumah. Hal ini yang sering kali menjadi hambatan dalam penerapan perawatan paliatif bagi pasien di rumah (Mayahara et al., 2016; Rochmawati & Prawitasari, 2021).

Caregiver keluarga yang kurang siap merasa cemas tentang proses pengasuhan,

merasa terbebani, stres, dan mengalami perubahan suasana hati (Sari & Nirmalasari, 2020). Selain itu, kesehatan mereka lebih buruk dibandingkan *Caregiver* yang lebih siap. Sebaliknya, *Caregiver* keluarga yang dipersiapkan dengan baik, memiliki keterampilan dan pengetahuan yang sesuai kebutuhan mereka, membuat mereka merasa lebih percaya diri dalam memberikan perawatan dan mendampingi pasien, serta memiliki harapan dan kesejahteraan baik secara fisik maupun emosional yang lebih baik (Rochmawati & Prawitasari, 2021).

G. Perawatan Paliatif Berbasis Rumah sebagai Tindak Lanjut Perawatan Paliatif di Rumah Sakit

Pasien dengan kondisi kronis atau terminal biasanya membutuhkan perawatan yang melibatkan berbagai level layanan kesehatan, mulai dari rumah, fasilitas kesehatan primer, sekunder, hingga tersier. Oleh karena itu, penting adanya rujukan berkualitas yang menekankan komunikasi efektif antar tenaga kesehatan, sehingga kebutuhan pasien tetap terpenuhi di seluruh tingkatan layanan. Hal ini menggariskan pentingnya ketersediaan perawatan paliatif tidak hanya di tingkat spesialistik, tapi juga di layanan primer dan komunitas. Dengan demikian, pengintegrasian perawatan paliatif secara menyeluruh dalam sistem kesehatan sangat penting untuk memastikan pasien kronis dan terminal mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan di setiap tahapan penyakit mereka termasuk kemudahan mengakses perawatan paliatif di rumah sebagai tindak lanjut perawatan di rumah sakit.

Merawat anggota keluarga yang sakit, seperti memberikan perawatan pribadi, kebutuhan sehari-hari, dan manajemen kesehatan dalam budaya Indonesia, diterima sebagai tugas yang tidak boleh dipertanyakan (Kristanti et al., 2017). Menjadi perawat bagi orang yang dicintainya yang menderita penyakit adalah hal yang wajar. Kondisi ini membuat keluarga caregiver merasa lebih siap dalam menjaga anggota keluarganya sehingga menjadi lebih percaya diri dalam melakukan hal tersebut. (Sari, I. W. W., & Nirmalasari, N. 2020). Rasa tanggung jawab dalam merawat anggota keluarga yang sakit, memberikan peluang bagi pasien untuk mendapatkan perawatan di rumah dengan dukungan penuh dari anggota keluarga.

Perawat sebagai bagian integral dari perawatan pasien hendaknya mampu dan memiliki kompetensi dalam perawatan paliatif. Baik perawat di rumah sakit maupun perawat di puskesmas dituntut untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya untuk dapat merawat pasien dengan baik sehingga pasien dapat mempertahankan kualitas hidup mereka dan atau dapat meninggal dengan bermartabat.

H. Diseminasi Perawatan Paliatif pada Masyarakat

Keberlanjutan perawatan pasien di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit sangat bergantung pada kesiapan keluarga dan perencanaan pasien pulang. Perawat merupakan elemen penting dalam perencanaan perawatan pasien di rumah. Perawat

hendaknya proaktif dalam menilai kesiapan setiap keluarga pengasuh untuk merawat dan mengatasi masalah dan kebutuhan pasien di rumah, dalam upaya meningkatkan kualitas hidup baik pasien itu sendiri maupun keluarga pengasuh (Sari & Nirmalasari, 2020).

Perawat dapat meningkatkan kesiapan keluarga dalam perawatan pasien di rumah dengan cara memberikan diseminasi dan edukasi tentang tujuan dan manfaat perawatan paliatif berbasis rumah bagi pasien terutama dalam mengelola tanda dan gejala yang dialami pasien sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup pasien.

Pemahaman yang dimiliki keluarga dapat membantu keluarga dalam mengurangi kecemasan, meningkatkan coping, mengurangi konflik pengambilan keputusan, meningkatkan otonomi pasien, dan meningkatkan keterampilan dalam mengatasi masalah kesehatanpasien dan kualitas perawatan (Rochmawati & Prawitasari, 2021).

Seorang dokter yang masih muda usia dengan pengalaman 5 tahun sebagai dokter umum yang melakukan *homecare* pada pasien penyakit tidak menular dan mengajak saya berdiskusi tentang bagaimana merawat pasien yang membutuhkan perawatan paliatif di rumah, makin meyakinkan saya bahwa perawatan paliatif berbasis rumah merupakan hal yang perlu dipersiapkan dengan baik, dari berbagai aspek baik sistem layanan, kesiapan sumber daya manusia, fasilitas pendukung layanan dan tidak kalah penting adalah kesiapan masyarakat. Kebutuhan masyarakat akan perawatan paliatif tidak akan ada jika masyarakat belum memahami tujuan dan manfaat perawatan paliatif.

Pemahaman masyarakat terkait perawatan paliatif tentu akan membantu membangun *mindset* yang mendukung integrasi perawatan paliatif, serta memperkuat komunikasi antara berbagai disiplin dalam bidang kesehatan. Dengan merujuk pada Kepmenkes RI No. HK.01.07/Menkes/2180/2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, perawatan paliatif perlu kita dorong sebagai '*new normal*' dalam sistem kesehatan Indonesia dan praktik sehari-hari tenaga kesehatan, terutama dalam menghadapi pasien penyakit tidak menular sejak awal diagnosis hingga kondisi akhir hayat. Hal ini tentunya membutuhkan waktu dan tahapan dalam penerapannya, dan kita sebagai tenaga Kesehatan bisa memulainya sesegera mungkin agar semakin banyak pasien yang dapat mengakses perawatan paliatif lebih awal dan mendapatkan manfaat dari perawatan paliatif.

I. Penutup

Diseminasi perawatan paliatif pada masyarakat diharapkan dapat membantu masyarakat untuk memahami dan memaknai tujuan dan manfaat perawatan paliatif bagi pasien dan keluarga. Dengan demikian pada situasi dimana ada perbedaan pendapat dan keinginan antara pasien dan keluarga, maka keluarga dapat bersikap lebih bijak dalam menyikapi keinginan pasien dari kacamata yang berbeda, dan keluarga dapat melakukan pengambilan keputusan terbaik terkait perawatan pasien dan memahami konsekuensi dari setiap keputusan yang diambil.

Referensi

- Effendy, C., Vernooij-Dassen, M., Setiyarini, S., Kristanti, M. S., Tejawiñata, S., Vissers, K., & Engels, Y. (2015). Family caregivers' involvement in *Caring* for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psycho-Oncology*, 24(5), 585–591. <https://doi.org/10.1002/pon.3701>
- Effendy, C., Vissers, K., Osse, B. H. P., Tejawiñata, S., Vernooij-Dassen, M., & Engels, Y. (2015). Comparison of Problems and Unmet Needs of Patients with Advanced Cancer in a European Country and an Asian Country. *Pain Practice*, 15(5), 433–440. <https://doi.org/10.1111/papr.12196>
- Effendy, C., Vissers, K., Tejawiñata, S., Ecu, P., Vernooij-dassen, M., & Engels, Y. (2015). Dealing with Symptoms and Issues of Hospitalized Patients with Cancer in Indonesia: The Role of Families, Nurses, and Physicians. *Pain Practice*, 15(5), 441–446. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/papr.12203>
- Effendy, C., Vissers, K., Tejawiñata, S., Vernooij-Dassen, M., & Engels, Y. (2015). Dealing with Symptoms and Issues of Hospitalized Patients with Cancer in Indonesia: The Role of Families, Nurses, and Physicians. *Pain Practice*, 15(5), 441–446. <https://doi.org/10.1111/papr.12203>
- Effendy, C., Vissers, K., Woitha, K., van Riet Paap, J., Tejawiñata, S., Vernooij-Dassen, M., & Engels, Y. (2014). Face-validation of quality indicators for the organization of palliative care in hospitals in Indonesia: a contribution to quality improvement. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3301–3310. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2343-8>
- Kotronoulas, G., Wengström, Y., & Kearney, N. (2012). Informal carers: A focus on the real caregivers of people with cancer. *Forum of Clinical Oncology*, 3(3).
- Kristanti, M. S., Effendy, C., Utarini, A., Vernooij-Dassen, M., & Engels, Y. (2019). The experience of family caregivers of patients with cancer in an Asian country: A grounded theory approach. *Palliative Medicine*, 33(6), 676–684. <https://doi.org/10.1177/0269216319833260>
- Kristanti, M. S., Setiyarini, S., & Effendy, C. (2017). Enhancing the quality of life for palliative care cancer patients in Indonesia through family caregivers: A pilot study of basic skills training. *BMC Palliative Care*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0178-4>

- Mayahara, M., Wilbur, J., O'Mahony, S., & Breitenstein, S. (2016). E-Pain Reporter: A Digital Pain and Analgesic Diary for Home Hospice Care. *Western Journal of Nursing Research*, 38(10), 1390–1390. <https://doi.org/10.1177/0193945916658200>
- Preksha S, M., & Kaur, M. R. (2016). Perceived Social Support and Burden among Family Caregivers of Cancer Patients. *International Journal of Health Sciences & Research*, 6(1).
- Putranto, R., Mudjaddid, E., Shatri, H., Adli, M., & Martina, D. (2017). Development and challenges of palliative care in Indonesia: role of psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 11(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0114-8>
- Rochmawati, E. (2016). An Exploration of Palliative Care Services in Two Palliative Care Facilities in Indonesia: An Ethnographic Study [Qualitative]. University of Adelaide.
- Rochmawati, E., & Prawitasari, Y. (2021). Perceived caregiving preparedness and quality of life among Indonesian family caregivers of patients with life-limiting illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(6), 293–301. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.6.293>
- Sari, I. W. W., & Nirmalasari, N. (2020). Preparedness among Family Caregivers of Patients with Non-Communicable Diseases in Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(3), 339–349. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i3.31954>
- Suresh, TM (2015). Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. A report by the Economist Intelligence Unit. <Http://Www.Lienfoundation.Org/Sites/Default/Files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.Pdf>.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
- World Health Organization. (2020). Palliative care. <Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Palliative-Care>.
- Worldwide Hospice Palliative care and Alliance. (2020). Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. <Http://Www.Thewhpca.Org/Resources/Global-Atlas-on-End-of-Life-c>.

BAB 27

Tatakelola Keperawatan Profesional dan Peran Strategis Perawat Manajer Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

Setiawan

A. Pendahuluan

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling besar proporsinya dari seluruh tenaga kesehatan yang ada di Indonesia. Perawat juga menempati proporsi terbesar dari seluruh tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit. Dari 3.042 rumah sakit yang ada di Indonesia, jumlah perawat yang bekerja di rumah sakit berjumlah 334.091 (Kemenkes RI, 2022). Jenis sumber daya manusia keperawatan ini terdiri dari perawat diploma, ners, dan ners spesialis. Perawat di rumah sakit ini menempati berbagai struktur rumah sakit mulai dari bidang keperawatan, supervisor, kepala ruangan, dan lain-lain. Selain itu mereka juga ditugaskan dalam komite-komite yang ada di rumah sakit seperti komite keperawatan, komite mutu, komite PPI dan lain-lain.

Rumah sakit merupakan salah satu institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif (Undang Undang Kesehatan RI No 17 tahun 2023).

Perawat termasuk salah satu tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit adalah berupa pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan kefarmasian dan pelayanan penunjang. Pelayanan keperawatan ini diberikan dalam bentuk pelayanan asuhan keperawatan yang terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan generalis dan pelayanan asuhan keperawatan spesialis.

Secara sistem, pelayanan keperawatan di rumah sakit dilaksanakan selama 24 jam dalam sehari dengan menggunakan 3 shift kerja. Dengan demikian, mutu pelayanan kesehatan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh seberapa baik mutu pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan merupakan parameter terbesar untuk model kepuasan pasien dan hanya meningkatkan atribut pelayanan keperawatan tampaknya menjadi cara yang paling efektif untuk meningkatkan kepuasan pasien di rumah sakit (Otani & Kurz, 2004).

Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan tolok ukur seberapa baik pelayanan kesehatan yang diberikan oleh seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit. Donabedian (1980), seorang pakar mutu pelayanan kesehatan, mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan sebagai jenis pelayanan yang diharapkan dapat memaksimalkan ukuran kesejahteraan pasien yang inklusif, setelah memperhitungkan keseimbangan antara keuntungan dan kerugian yang diharapkan dari proses pelayanan di seluruh bagiannya. Sedangkan *Institute of Medicine* di AS mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan sebagai "sejauh mana layanan kesehatan bagi individu dan populasi meningkatkan kemungkinan hasil kesehatan (*health outcomes*) yang diinginkan dan konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini (IOM, 1990). Sementara WHO (2018) menyatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah terpenuhinya 3 atribut berikut: efektif yaitu memberikan layanan kesehatan berbasis bukti kepada mereka yang membutuhkannya; aman yaitu menghindari bahaya pada orang yang menjadi sasaran perawatan) dan berpusat pada masyarakat (*people-centred*) yaitu memberikan perawatan yang merespons preferensi, kebutuhan, dan nilai individu.

Secara umum, mutu pelayanan sebuah rumah sakit dapat dilihat dari berbagai dimensi. Parasuraman et al. (1988) menyatakan bahwa mutu pelayanan didasarkan pada lima dimensi yaitu *reliability, assurance, tangible, empathy* dan *responsiveness* (RATER). Di negara maju seperti di Amerika, Otani dan Kurz (2004) menyebutkan ada 6 dimensi mutu pelayanan rumah sakit yaitu proses penerimaan, pelayanan dokter, pelayanan keperawatan, kasih sayang kepada keluarga dan teman, kenyamanan lingkungan, dan proses pemulangan pasien.

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan aspek yang sangat penting dalam pemberian pelayanan kesehatan bagi pasien di rumah sakit. Keselamatan pasien adalah prinsip dasar yang dipatuhi selama perawatan pasien. Bagi rumah sakit, keselamatan pasien menjadi faktor penting yang harus selalu dijalankan untuk menjaga keselamatan pasien, dan menghindari kerugian serta cedera (Bartoníčková et al., 2018). Sedangkan bagi pasien, keselamatan yang dijamin oleh rumah sakit akan memberikan rasa aman dari bahaya atau cedera yang mungkin didapat ketika dirawat di rumah sakit.

B. Konsep Tatakelola Keperawatan Profesional

Kata tatakelola secara harfiah memiliki makna memerintah, mengarahkan, atau membimbing. Tatakelola mencakup seluruh rentang struktur dan proses dimana kebijakan (formal dan informal) dihasilkan untuk mencapai tujuan, termasuk legislasi; peraturan dan pengawasan; struktur akuntabilitas; insentif; dan kebijakan untuk ditetapkan dan untuk mempertahankan arah strategis (Hastings et al., 2014). Tatakelola diperlukan agar organisasi atau unit kerja dapat berfungsi dalam level terbaiknya.

Kata tatakelola dapat digunakan diberbagai aspek kehidupan manusia, seperti dalam ekonomi, pemerintahan, politik, pendidikan, kesehatan dan lainnya. Konsep tatakelola yang baik (*good governance*) tidak hanya dapat diterapkan di institusi pemerintahan secara umum, namun juga dapat diterapkan di rumah sakit dan di bidang keperawatan.

Tatakelola keperawatan profesional (*professional nursing governance*) didesain berdasarkan pada asumsi bahwa perawat memiliki kualifikasi untuk menilai dan memutuskan kebutuhan perawatan pasien mengingat bahwa perawat merupakan tenaga kesehatan garda terdepan dan melayani pasien selama 24 jam sehari. Tatakelola keperawatan profesional merupakan struktur yang memberdayakan perawat untuk berkontribusi secara kolaboratif sebagai pengambil keputusan dengan memberikan mereka suara dalam mempertahankan praktik keperawatan (Gallagher, 2022). Tatakelola keperawatan profesional adalah struktur bagi perawat untuk bertanggung jawab atas praktik, mutu keperawatan, dan pengetahuan keperawatan (Baron et al., 2021). Definisi tatakelola keperawatan profesional secara lebih komprehensif disampaikan oleh Hess (2020) yaitu karakteristik organisasi multidimensi yang mencakup struktur dan proses dimana perawat dalam suatu unit atau organisasi mengarahkan, mengendalikan, dan mengatur praktik profesional mereka dalam lingkup unit/organisasi tersebut. Struktur dan proses yang dikembangkan ini mempengaruhi praktik profesional para perawat di rumah sakit.

C. Tipe Tatakelola Keperawatan

Dalam konteks keperawatan, beberapa pakar memberikan pendapat yang berbeda tentang pembagian tipe tatakelola keperawatan di rumah sakit. Stump membedakan 2 tipe tatakelola keperawatan, yaitu model *traditional governance* dan *shared governance* (Stump, 1995). Tatakelola tradisional (birokratis) merupakan bentuk hierarki di mana perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian dilakukan oleh seorang administrator dan kekuasaan pengambilan keputusan berada di puncak organisasi. Sedangkan *shared governance* bersifat partisipatif dan pengambilan keputusan dilakukan di tingkat unit oleh kelompok perawat yang mempertahankan kendali atas praktik, kondisi kerja, dan urusan profesional dengan cara yang sistematis.

Sementara itu, Santos membagi 3 tipe tatakelola keperawatan yaitu *shared governance*, *clinical governance*, dan *public governance* (Santos, 2013). *Shared governance* didefinisikan sebagai model praktik profesional, yang didasarkan pada prinsip-prinsip dasar

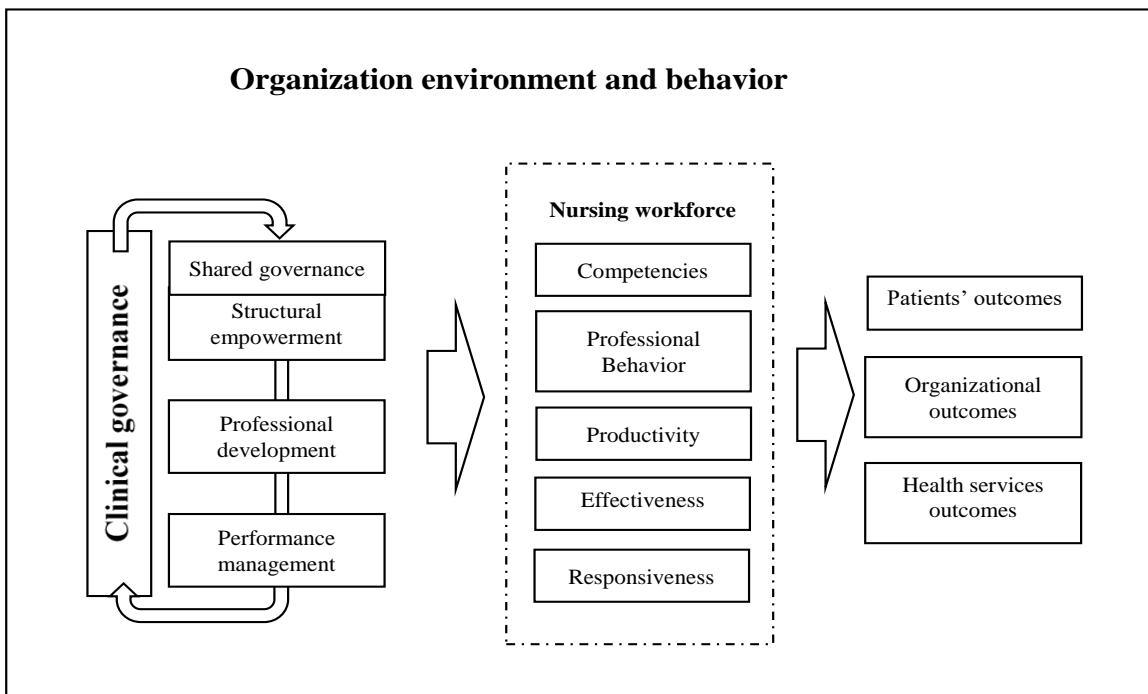
kemitraan, kesetaraan, akuntabilitas, dan kepemilikan yang membentuk kerangka kerja yang sensitif dan memberdayakan secara budaya, memungkinkan pengambilan keputusan yang berkelanjutan dan berbasis akuntabilitas untuk mendukung desain interdisipliner untuk perawatan pasien yang unggul (Porter-O'Grady, 2019). Sedangkan definisi *shared governance* menurut Winslow et al. (2015) adalah model kerja dalam pengambilan keputusan partisipatif dimana perawat dan tim interdisipliner mengikuti proses pengambilan keputusan yang terorganisir tentang standar praktik, peningkatan mutu, pengembangan profesional, dan penelitian yang mengarah pada peningkatan hasil dan kesuksesan bersama. *Shared governance* ditandai dengan manajemen dan staf yang bekerja secara kolaboratif dalam pengambilan keputusan, baik di tingkat unit maupun tingkat organisasi (Bennett et al., 2012). *Shared governance* yang efektif dan berkelanjutan memerlukan prinsip dasar yaitu tatakelola profesional didasarkan pada praktik akuntabilitas perawat, struktur dibangun berdasarkan akuntabilitas profesional dan pengambilan keputusan klinis; dan struktur tatakelola profesional mencerminkan pengambilan keputusan yang distributif (Porter-O'Grady, 2019).

Dalam implementasinya, terdapat 4 jenjang atau konfigurasi *shared governance* (Keane, 2017) yaitu *unit-based model* (model tatakelola disesuaikan dengan unit keperawatan atau ruang rawat); *councilor model* (menggunakan komite/dewan tingkat departemen untuk mengoordinasikan kegiatan klinis dan administratif); *administrative model* (menggunakan komite eksekutif untuk mengoordinasikan kegiatan komite yang lebih kecil); dan *congressional model* (semua perawat pelaksana ditugaskan ke struktur tatakelola dan pekerjaan diarahkan ke setiap struktur untuk diselesaikan).

Tatakelola klinis (*clinical governance*) adalah struktur di mana organisasi dan layanan kesehatan bertanggung jawab atas perbaikan terus-menerus dan pemeliharaan standar tinggi perawatan pasien dalam upaya mencapai tujuan yaitu keunggulan dalam perawatan (Santos et al., 2013). Lebih jauh Santos menegaskan bahwa model tatakelola klinis mencakup empat aspek utama: kinerja profesional (kualitas teknis), penggunaan sumber daya yang adekuat (efisiensi), manajemen risiko (pencegahan dan pengurangan *adverse event* dan *error*), dan kepuasan pengguna terhadap layanan yang diberikan. Dengan demikian, dalam tatakelola klinis ini, perawat secara langsung berperan dalam mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

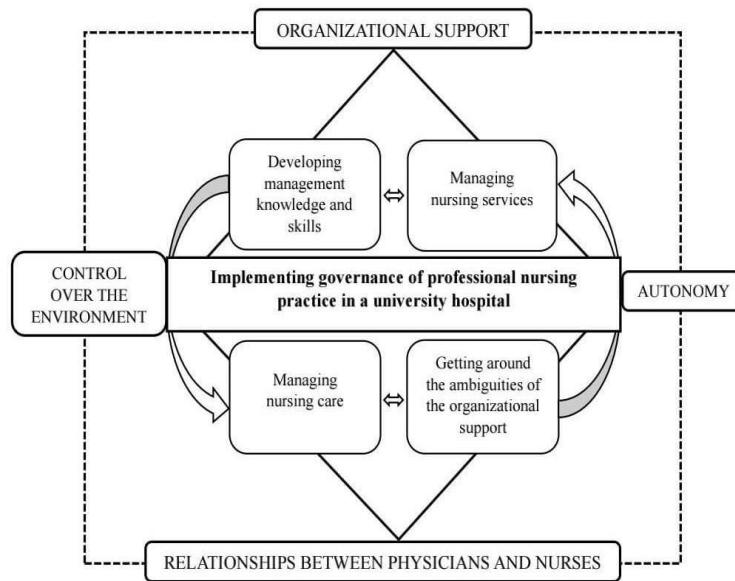
Tatakelola publik (*public governance*) adalah sistem regulasi yang digunakan oleh negara untuk menyelenggarakan layanan kesehatan yang melibatkan koordinasi dan definisi tujuan dan sasaran yang ingin dicapai serta tindak lanjut dan evaluasi tindakan layanan kesehatan (Santos et al., 2013). Tatakelola publik suatu negara bisa berbeda dengan negara lain karena sebuah negara berwenang menetapkan mekanisme tersendiri untuk mengatur dan mengelola pelayanan kesehatan di negara tersebut. Dengan adanya 3 pembagian tata kelola, perawat dapat mengadopsi ketiganya dalam mengimplementasikan tatakelola keperawatan di rumah sakit sehingga bisa menegakan praktik keperawatan profesional.

Selain dua pakar diatas, Haron dan Ariffin (2018) mengajukan kerangka konseptual tatakelola keperawatan profesional (Gambar 27.1) yang mencakup *shared governance*, *structural empowerment*, *professional development*, *performance management*, dan *clinical management*. Kerangka konseptual ini juga menyatakan bahwa kelima strategi tatakelola keperawatan tersebut merupakan komponen kunci yang akan mendorong perubahan pada satuan tugas keperawatan (*nursing workforce*), kinerja perawat, perilaku organisasi dan lingkungan organisasi. Selanjutnya, praktik keperawatan menentukan tatakelola profesional keperawatan dan pelayanan kesehatan yang diberikan. Konsekuensi dari praktik keperawatan yang didasarkan pada tatakelola profesional keperawatan akan menghasilkan dampak yang positif pada *outcome pasien*, *outcome organisasi*, dan *outcome pelayanan kesehatan*.



Gambar 27.1
Kerangka Konseptual Tatakelola Keperawatan Profesional
(Haron & Ariffin, 2018)

Sementara itu, Santos dan Erdman (2015) mengembangkan sebuah model implementasi tatakelola praktik keperawatan profesional di sebuah rumah sakit universitas. Model ini dikembangkan berdasarkan manajemen asuhan keperawatan dan pelayanan yang diberikan oleh perawat. Model implementasi tatakelola ini dapat dilihat pada Gambar 27.2.



Gambar 27.2
Model Implementasi Tatakelola Keperawatan Profesional
di Rumah Sakit Universitas
(Santos & Erdman, 2015)

D. Dampak Tatakelola Keperawatan Profesional

Tatakelola keperawatan profesional dirancang untuk terlaksananya pelayanan keperawatan di rumah sakit yang efektif dan efisien. Pelayanan keperawatan yang dijalankan dengan sistem ini akan memberdayakan semua perawat di setiap level dengan segenap potensinya masing-masing. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan yang diberikan sejatinya akan memberikan dampak bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Ada banyak dampak implementasi model tatakelola keperawatan profesional di rumah sakit. Dampaknya antara lain berupa pemberdayaan, pertumbuhan kepemimpinan, paparan terhadap peningkatan kualitas, penurunan turnover, dan peningkatan kepuasan kerja (Brody et al., 2012; Hastings et al., 2014). Secara umum, dampak atau efek dari penerapan tiap tipe tatakelola keperawatan dapat di lihat pada Tabel 27.1

Tabel 27.1
Efek Penerapan Model Tatakelola Keperawatan
(Santos et al., 2013)

Tipe Tatakelola	Konsep	Efek
Shared governance	Model manajemen yang diproyeksikan untuk meningkatkan kendali perawat terhadap praktik mereka sendiri dan lingkungan di mana tindakan dilakukan	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan mutu layanan • Penciptaan dan pemeliharaan jaringan komunikasi antara manajer dan perawat pelaksana • Promosi kepemimpinan perawat • Lebih banyak otonomi perawat dalam proses pengambilan keputusan • Kepuasan profesional yang tinggi • Pengurangan pergantian perawat • Pengakuan dan visibilitas yang lebih besar • Penurunan biaya perawatan
Clinical governance	Struktur di mana organisasi pelayanan kesehatan nasional bertanggung jawab atas perbaikan berkelanjutan dan pemeliharaan standar tinggi pelayanan pasien, dengan tujuan pelayanan prima	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan mutu layanan • Pengakuan yang lebih besar terhadap perawat
Public governance	Sistem regulasi dimana negara menyelenggarakan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan mutu layanan • Peningkatan relasi antara pelayanan kesehatan. • Otonomi profesional perawat lebih luas

E. Dampak pada Mutu Pelayanan

Tatakelola keperawatan profesional menghasilkan dampak positif pada mutu pelayanan rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Speroni et al. (2021) menunjukkan bahwa pelaksanaan tatakelola keperawatan profesional di 20 rumah sakit dari 4 negara yaitu Amerika Serikat, Saudi Arabia, Uni Emirate Arab, dan Jordania mempunyai efek yang positif terhadap indikator mutu pelayanan kesehatan. Mereka menemukan bahwa di 20 rumah sakit tersebut terjadi perbaikan mutu pelayanan dalam aspek indikator klinis dan indikator manajemen. Perbaikan indikator klinis berupa penurunan angka luka dekubitus (*hospital-acquired pressure injury*) dan penurunan angka infeksi terkait pemasangan selang sentral (*central line-associated blood stream infection*). Sedangkan indikator manajemen berupa peningkatan kepuasan pasien (keramahan dan respek) dan peningkatan kerjasama sesama perawat.

Ta'an et al. (2022) juga menyatakan bahwa ada pengaruh tatakelola profesional pada tingkat kepuasan kerja perawat. Selain itu, Hashish dan Fargally (2018) dalam penelitiannya tentang pengaruh tatakelola keperawatan profesional pada keunggulan keperawatan menemukan bahwa 2 elemen tatakelola keperawatan memiliki korelasi dengan *outcome* mutu empirik (mutu asuhan keperawatan).

Brennan dan Wendt (2021) dalam studi tentang implementasi *shared governance* di rumah sakit komunitas mendapatkan *outcome* mutu yang positif. Mereka menemukan bahwa implementasi *shared governance* dapat meningkatkan kepatuhan organisasi dari 33% menjadi 76% dan beberapa unit mencapai kepatuhan dokumentasi 100% dalam jangka waktu 2 bulan. Mereka juga menemukan angka pasien jatuh menurun dari 2,65 menjadi 1,22 jatuh per 1.000 hari pasien dan tetap berada di bawah rata-rata patokan nasional dan pasien jatuh karena cedera per 1.000 hari pasien juga menurun dan berada di bawah rata-rata nasional. Sementara itu, McKnight dan Moore (2022) menegaskan bahwa penggunaan struktur dan proses *shared governance* dapat meningkatkan indikator mutu keperawatan seperti infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter, luka tekan yang didapat di rumah sakit, jatuh disertai cedera, dan infeksi terkait pemasangan selang sentral.

F. Dampak pada Keselamatan Pasien

Penerapan tatakelola keperawatan profesional di rumah sakit terbukti memiliki dampak nyata pada keselamatan pasien. Kanninen et al. (2019) dalam studi tentang tatakelola keperawatan di rumah sakit di Finlandia menemukan bahwa penerapan tatakelola keperawatan profesional meningkatkan keselamatan pasien dan memfasilitasi rotasi kerja perawat dengan standarisasi praktik keperawatan. Dengan diimplementasikannya tatakelola keperawatan profesional, perawat diberikan berbagai kesempatan pendidikan atau pelatihan dan perawat merasa bahwa tatakelola keperawatan profesional menawarkan cara untuk memberi tahu pemimpin perawat tentang masalah yang ditemukan di samping tempat tidur pasien. Sementara penelitian yang dilakukan oleh Rheingans (2012) mengungkap pengaruh positif implementasi *shared governance* dengan ketepatan identifikasi pasien dan peningkatan pengelolaan obat yang terkait dengan keselamatan pasien.

Kutney-Lee et al. (2016) meneliti keterlibatan perawat dalam tatakelola keperawatan di 425 rumah sakit di 4 negara bagian Amerika Serikat. Mereka menemukan bahwa rumah sakit yang memiliki perawat yang sedikit terlibat dalam pelaksanaan tatakelola keperawatan memiliki skor keselamatan pasien yang buruk. Sebaliknya, rumah sakit yang memiliki perawat yang terlibat aktif dalam pelaksanaan tatakelola keperawatan memiliki skor keselamatan pasien yang tinggi. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa keterlibatan perawat yang lebih besar di tatakelola keperawatan juga dikaitkan dengan hasil positif yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

G. Peran Strategis Perawat Manajer

Perawat manajer memegang peran penting dalam pelaksanaan tatakelola keperawatan profesional di rumah sakit. Peran strategis perawat manajer dalam mengembangkan dan menguatkan tatakelola keperawatan di rumah sakit adalah dengan (1) membangun budaya tatakelola keperawatan profesional, (2) memfasilitasi perubahan tatakelola, (3) mengimplementasikan model tatakelola keperawatan profesional di tingkat unit atau organisasi, dan (4) menjadi role model dalam pelaksanaan tatakelola keperawatan profesional.

Pertama, peran strategis perawat manajer adalah membentuk budaya tatakelola yang baik. Perawat manajer dapat membangun budaya tatakelola keperawatan profesional dengan cara memberikan dukungan dalam pelaksanaan tatakelola dan menjadi narasumber dalam pelatihan-pelatihan yang dirancang untuk memperkuat tatakelola. Perawat manajer juga dapat berperan sebagai mentor bagi perawat yang belum berpengalaman dalam menjalankan tatakelola keperawatan profesional. Selain itu, perawat manajer dapat membantu setiap komite/konsil yang dibentuk agar dapat berjalan dan berfungsi dengan efektif. Sebagai contoh untuk penerapan keselamatan pasien di ruang rawat, perawat manajer dapat membuat suatu strategi seperti ronde keselamatan pasien yang dilakukan secara berkala di setiap ruang rawat (Setiawan et al., 2020). Penerapan strategi ini telah terbukti menjadi alat yang efektif dalam pengembangan budaya keselamatan dan juga menjadi acuan untuk perbaikan organisasi di semua tingkatan. Pendekatan ini memungkinkan anggota tim (mencakup manajemen senior) untuk terlibat dalam percakapan terstruktur (Tucker & Singer, 2015).

Kedua, peran strategis perawat manajer adalah memfasilitasi perubahan tatakelola. Membangun tatakelola keperawatan yang baik memerlukan perubahan-perubahan yang konstruktif. Perubahan ini dapat berupa menciptakan sistem tatakelola yang baru atau revisi tatakelola yang sudah ada. Oleh karena itu, peran perawat manajer dalam memfasilitasi dan mengawal perkembangan perubahan-perubahan ini menjadi krusial. Untuk menghadapi perubahan ini tentunya diperlukan perawat manajer yang partisipatif. Manajer yang partisipatif mengumpulkan ide-ide dari orang lain dan benar-benar memberdayakan orang-orang untuk berkontribusi lebih penuh dan produktif. Ciri-ciri manajer partisipatif adalah memupuk lingkungan terbuka-berbagi informasi, memiliki pola pikir 'kita semua bersama-sama' dengan mengevaluasi orang berdasarkan kontribusi mereka, menangani masalah orang secara langsung, menganggap personel lebih penting dibandingkan sumber daya lainnya, menempatkan pilihan pribadi di samping (bukan di atas) pilihan lainnya, mendukung individualitas, mendukung manajemen yang terdesentralisasi, percaya bahwa sebagian besar kegagalan manajemen di masa lalu penyebabnya adalah manusia (Stump, 1995).

Ketiga, peran strategis perawat manajer adalah mengimplementasikan model tatakelola keperawatan profesional di tingkat unit atau organisasi. Model tatakelola yang telah dipilih oleh unit atau organisasi keperawatan wajib dilaksanakan oleh semua perawat manajer dan perawat pelaksana. Perawat manajer bertanggung jawab untuk menegakkan

standar praktik dan standar asuhan keperawatan di unit atau organisasi tersebut (Keane, 2017).

Terakhir, peran strategis perawat manajer adalah menjadi *role model* dalam pelaksanaan tatakelola keperawatan profesional. Menjadi *role model* bagi perawat lain merupakan tantangan tersendiri bagi seorang perawat manajer. Perawat manajer berkewajiban membantu perawat lain dalam mendorong proses pembelajaran sekaligus menjaga produktivitas kerja. Dalam waktu bersamaan, mereka juga harus memperlihatkan kedua hal ini berhasil dalam diri mereka sendiri agar menjadi inspirasi bagi perawat lain. Oleh karenanya, perawat manajer harus menjadi pemimpin yang dihormati dan dipercaya sehingga dapat menjadi seorang *role model* yang efektif.

H. Penguatan Tatakelola Keperawatan Profesional

Tatakelola keperawatan profesional selalu berkembang secara dinamis sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan, teknologi, kebutuhan pasien, dan kompleksitas pelayanan yang disediakan rumah sakit. Oleh karena itu, tatakelola ini perlu terus diperbaiki dan ditingkatkan untuk menjamin keterlaksanaan operasional pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan bagi pasien di rumah sakit.

Ada banyak strategi atau intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan dan memperkuat tatakelola keperawatan profesional. Ada 2 kategori intervensi penguatan tatakelola keperawatan yaitu intervensi untuk memperkuat pemberdayaan struktural dan intervensi untuk memperkuat kepemimpinan dan kerja sama tim (Kanninen et al., 2021).

Intervensi yang bertujuan untuk memperkuat pemberdayaan struktural yaitu dengan menciptakan struktur tatakelola baru atau dengan mengevaluasi struktur yang sudah ada. Menciptakan struktur baru dilakukan dengan membuat struktur pengambilan keputusan yang baru. Intervensi ini bertujuan lebih kepada penguatan keterlibatan dan pemberdayaan staf perawat serta penguatan kerja komite keperawatan yang sudah ada. Sedangkan mengevaluasi struktur tatakelola yang sudah ada dilakukan dengan pengukuran efektivitas pelaksanaan tatakelola dengan alat ukur terstandar dan membandingkan hasilnya dengan indikator tatakelola keperawatan yang baik.

Strategi penguatan tatakelola keperawatan profesional yang kedua adalah dengan melakukan intervensi untuk memperkuat kepemimpinan dan kerjasama tim. Kepemimpinan keperawatan dapat diperkuat dengan meningkatkan ketrampilan kepemimpinan dengan mempromosikan kepemimpinan transformasional bagi semua perawat manajer. Sedangkan penguatan kerjasama tim dapat dilakukan dengan menciptakan program dukungan mentoring (*mentoring support programme*) bagi perawat senior dan perawat baru dan menciptakan gugus tugas manajemen mentor formal, serta melaksanakan workshop (skenario/video) untuk menguatkan kolaborasi interprofesional dan ketrampilan efisiensi tim (Kanninen et al., 2021).

I. Penutup

Tatakelola keperawatan profesional memegang peranan vital dalam pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit yang mengaplikasikan tatakelola keperawatan profesional akan memastikan bahwa kinerja manajemen dan kinerja klinis keperawatan sebuah rumah sakit berada dalam level memuaskan atau unggul dan secara umum akan mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Dalam upaya implementasi tatakelola keperawatan profesional, peran strategis perawat manajer penting untuk menggerakan seluruh sumber daya manusia keperawatan di rumah sakit agar tatakelola tersebut memberikan dampak yang diharapkan. Peran strategis perawat manajer dalam tatakelola profesional ini antara lain membangun budaya tatakelola yang baik, memfasilitasi perubahan tatakelola, mengimplementasikan model tatakelola keperawatan profesional dan menjadi role model dalam pelaksanaan tatakelola keperawatan profesional. Selain itu, penguatan tatakelola keperawatan profesional perlu juga diperhatikan yaitu dengan melakukan intervensi untuk memperkuat pemberdayaan struktural dan intervensi untuk memperkuat kepemimpinan dan kerja sama tim.

Referensi

- Baron, K., LaBella, E., Parkosewich, J. A., & Hahn, J. M. (2021). Keeping Nurses Engaged in Nursing Professional Governance During the COVID-19 Pandemic: Nursing Professional Governance Structure at Yale New Haven Hospital. *Nurse Leader*, 19(2), 194–197. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.10.007>.
- Bartoníčková D, Kalánková D, Mikšová Z, Žiaková K, Mazalová L (2018). Patient safety culture from a nursing point of view in a broader context. *Kontakt* 21(2): 121–127. DOI: 10.32725/kont.2018.008.
- Bennett, P. N., Ockerby, C., Begbie, J., Chalmers, C., Hess, R. G., Jr, & O'Connell, B. (2012). Professional nursing governance in a large Australian health service. *Contemporary Nurse*, 43(1), 99–106. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.43.1.99>.
- Brennan, D. & Wendt, L. (2021). Increasing quality and patient outcomes with staff engagement and shared governance. *OJIN*. 26(2). Doi: 10.3912/OJIN.Vol26No02PPT23.
- Brody, A. A., Barnes, K., Ruble, C., & Sakowski, J. (2012). Evidence-based practice councils: potential path to staff nurse empowerment and leadership growth. *The Journal of Nursing Administration*, 42(1), 28–33. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31823c17f5>
- Donabedian A (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Gallagher, RM. (2022). Governance: The role of nursing in sustaining global health. Accessed 20 October 2023 at <http://hdl.handle.net/10755/22729>.
- Haron, S., & Ariffin, A. S. (2018). Conceptualizing Nurse Professional Governance to Enhance Performance, Quality and Safety of Health Services. *Journal of Science, Technology and Innovation Policy*, 4(1), 29–39. <https://doi.org/10.11113/jostip.v4n1.30>.
- Hashish, E.A. & Fargally, S.M. (2018). Asssesment of professional nursing governance and hospital magnet components at Alexandria Medical Research Institute, Egypt. *Journal Of Nursing Education And Practice*. 8(3).37-47. Doi: 10.5430/jnep.v8n3p37.
- Hastings, S. E., Armitage, G. D., Mallinson, S., Jackson, K., & Suter, E. (2014). Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 479. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-479>.
- Hess, R. (2020). Shared governance is everywhere! Insight. *J Am Soc Ophthalmic Registered Nurses*. 2020;45(3):37–39. [Google Scholar]
- IOM (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Washington (DC), US: National Academies Press.
- Kanninen, T. H., Häggman-Laitila, A., Tervo-Heikkinen, T., & Kvist, T. (2019). Nursing shared governance at hospitals – it's Finnish future? *Leadership in health services (Bradford, England)*, 32(4), 558–568. <https://doi.org/10.1108/LHS-10-2018-0051>.
- Kanninen, T., Häggman-Laitila, A., Tervo-Heikkinen, T., & Kvist, T. (2021). An integrative review on interventions for strengthening professional governance in nursing. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1398–1409. <https://doi.org/10.1111/jonm.13377>.

- Keane, A.E. (2017). The relationship between nurse manager leadership style and the enculturation of shared governance. Accessed 23 October 2023 at <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/3229>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Profil kesehatan Indonesia Tahun 2021. Accessed 7 October 2023 at <https://www.kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2021>.
- Kutney-Lee, A., Germack, H., Hatfield, L., Kelly, S., Maguire, P., Dierkes, A., Del Guidice, M., & Aiken, L. H. (2016). Nurse Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 46(11), 605–612. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000412>.
- McKnight, H. & Moore, S.M. (2022). Nursing Shared Governance. [Updated 2022 Sep 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549862/>
- Otani, K., & Kurz, R. S. (2004). The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal Of Healthcare Management/American College of Healthcare Executives*, 49(3), 181–197.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1988). SERVQUAL. *J. Retail.* 64(1):12–40. [Google Scholar]
- Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan. Accessed 7 October 2023 at https://jdih.setkab.go.id/PUUdoc/176340/PP_Nomor_47_Tahun_2021.pdf
- Porter-O'Grady T. (2019). Principles for sustaining shared/professional governance in nursing. *Nurs Management*.50(1):36-41.
- Rheingans, J. I. (2012). The alchemy of shared governance: Turning steel (and sweat) into gold. *Nurse Leader*, 10(1), 40-42.
- Santos, J. L., Erdmann, A. L., de Andrade, S. R., de Mello, A. L., de Lima, S. B., & Pestana, A. L. (2013). Governança em enfermagem: revisão integrativa da literatura [Nursing governance: an integrative review of the literature]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1417–1425. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600024>.
- Santos, J. L., & Erdmann, A. L. (2015). Governance of professional nursing practice in a hospital setting: a mixed methods study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(6), 1024–1032. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0482.2645>.
- Setiawan, S., Suza, D.E. & Arrum, D (2020). Development of a patient safety round guideline for nurse managers: Action research study in Indonesia. *Kontakt*, 22, (3), 159-164. DOI: 10.32725/kont.2020.025.
- Speroni, K. G., Wisner, K., Stafford, A., Haines, F., Al-Ruzzieh, M. A., Walters, C., & Budhathoki, C. (2021). Effect of Shared Governance on Nurse-Sensitive Indicator and Satisfaction Outcomes: An International Comparison. *The Journal of Nursing Administration*, 51(5), 287–296. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001014>.
- Stump, L.R. (1995). An analysis of governance model in nursing service. Accessed 19 October 2023 at <http://hdl.handle.net/10755/17308>.

Ta'an, W. F., Al-Hammouri, M. M., & Rababah, J. A. (2022). The predicting effects of professional governance and structural empowerment on job satisfaction among Jordanian nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3013–3021. <https://doi.org/10.1111/jonm.13698>

Tucker, A.L. & Singer, S.J. (2015). The Effectiveness of Management-By-Walking-Around: A Randomized Field Study. *Prod Oper Manag* 24(2): 253–271. DOI: 10.1111/poms.12226.

Undang Undang Republik Indonesia No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Accesed 20 October 2023 at <https://jdih.setneg.go.id/Terbaru>.

Winslow, S., Hougan, A., DeGuzman, P., & Black, A. (2015). The voice of the nurse. What's being said about shared governance?. *Nursing Management*, 46(4), 46–51. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000462366.91153.e2>

WHO (2018). Handbook for national quality policy and strategy – a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization.

BAB 28

Pencegahan Penyakit Tidak Menular Di Keluarga Berbasis Teori Keperawatan Madeleine Leininger

Suprajitno

A. Pendahuluan

Penyakit tidak menular disingkat PTM adalah penyakit bukan infeksi yang cenderung berlangsung lama. Dapat disebut sebagai penyakit kronis, penyakit non infeksi, atau penyakit degeneratif (Tim-Promkes-RSST, 2022; WHO, 2022b). PTM pertama kali menjadi masalah kesehatan di dunia adanya survei pada orang dewasa usia > 18 tahun menghasilkan bahwa 1,9 miliar mengalami kegemukan, 28% kurang beraktivitas, dan 1,3 miliar mengalami hipertensi. Faktor risiko PTM diantaranya kadar gula darah puasa, tekanan darah, kolesterol darah, penggunaan alkohol, kurangnya aktivitas fisik, kegemukan, dan kebiasaan merokok (WHO, 2022b).

Perkembangan teknologi seiring perkembangan industri 5.0 memungkinkan setiap individu terlayani melalui *artificial intelligence* (AI), layanan kebutuhan secara digital melalui gawai, ataupun koneksi antara perangkat rumah tangga dengan gawai. Perkembangan teknologi menjadikan individu cenderung membatasi pergerakan tubuh menuju suatu tempat yang dapat berakibat pada kebugaran tubuh juga menyebabkan perubahan gaya hidup. Dampak bagi kebugaran tubuh meliputi penurunan memori, penurunan kemampuan kognitif, penurunan produktivitas kerja, kelelahan kronis, sakit kepala, dan penurunan tingkat kebugaran (Agustiningsih, 2018).

Data monitor WHO, di Indonesia sebanyak 1.365.000 orang meninggal akibat PTM (73% dari jumlah kematian) dan 26% meninggal di usia dewasa (WHO, 2020). Secara global, kematian akibat PTM sebanyak 17 juta orang yang terjadi sebelum usia 70 tahun yang diperkirakan terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Faktor risiko yang berkontribusi kejadian PTM yaitu pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, paparan asap rokok, konsumsi minuman beralkohol, dan polusi udara yang berbahaya. PTM dapat terjadi pada kelompok usia anak, dewasa, dan lanjut usia (WHO, 2021). Penyakit tidak menular yang diidentifikasi secara global dan di Indonesia adalah (1) Diabetes Mellitus yang dapat diakibatkan perubahan gaya hidup dan kurang aktivitas, (2) Hipertensi akibat konsumsi garam dan pola makan tidak sehat, (3) Penyakit jantung khususnya penyakit

jantung koroner disebabkan pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan kebiasaan merokok, (4) Stroke sebagai bahaya dari hipertensi, (5) Kanker, (6) Gangguan pernafasan kronis yang dapat disebabkan polusi udara dan kebiasaan merokok, (7) Obesitas sebagai akibat pola makan yang buruk dan kurang aktivitas, dan (8) Penyakit ginjal kronis (Kemkes-RI, 2019c; WHO, 2021).

Upaya pencegahan terjadinya PTM dapat dilakukan dengan peningkatan peran keperawatan. Teori keperawatan berkembang sesuai kebutuhan layanan dan sasaran keperawatan. Salah satu teori keperawatan yang dapat diterapkan untuk pencegahan peningkatan PTM yaitu sun rise model. Teori keperawatan sun rise model merupakan teori keperawatan budaya yang dikembangkan oleh Dr. Medeline Leininger. Teori Leininger ini mengakui dan berfokus pentingnya dan peran faktor budaya dalam praktik keperawatan (Ray, 2018).

Teori keperawatan Leininger yang sering disebut keperawatan transkultural (*transcultural nursing*) didefinisikan sebagai praktik keperawatan yang berfokus pada perawatan manusia (*Caring*) yang memiliki keyakinan, nilai-nilai, dan gaya hidup sesuai budaya sehingga saat memberikan layanan kesehatan berfokus pada budaya klien. Tujuan dari keperawatan transkultural agar perawat berpengetahuan, sensitif, kompeten, dan aman selama merawat individu yang memiliki cara hidup, nilai, keyakinan, dan tindakan yang berbeda. Dalam keperawatan transkultural, perawat mendapat hasil pengkajian dari individu, keluarga, kelompok, institusi, dan masyarakat sehingga dapat mengkomparasi dan menilai kesehatan berbasis budaya klien. Hasilnya perawat akan menemukan variasi persamaan dan perbedaan di dalam dan antar budaya (Leininger & McFarland, 2002).

Perilaku masyarakat saat ini cenderung mengalami perubahan. Perubahan perilaku yang dapat diidentifikasi yaitu cepatnya bertambah penyedia makanan dan minuman cepat saji yang memungkinkan individu mendatangi dan mengkonsumsi makanan dan minuman yang disediakan (Pemkot-Blitar, 2020). Perubahan perilaku individu ke arah gaya hidup modern (Kishorbhai & Masharu, 2021) termasuk di Blitar dapat meningkatkan risiko kejadian PTM seperti yang dilansir WHO sebagai faktor risiko yang perlu diwasapadi (WHO, 2022a, 2022b).

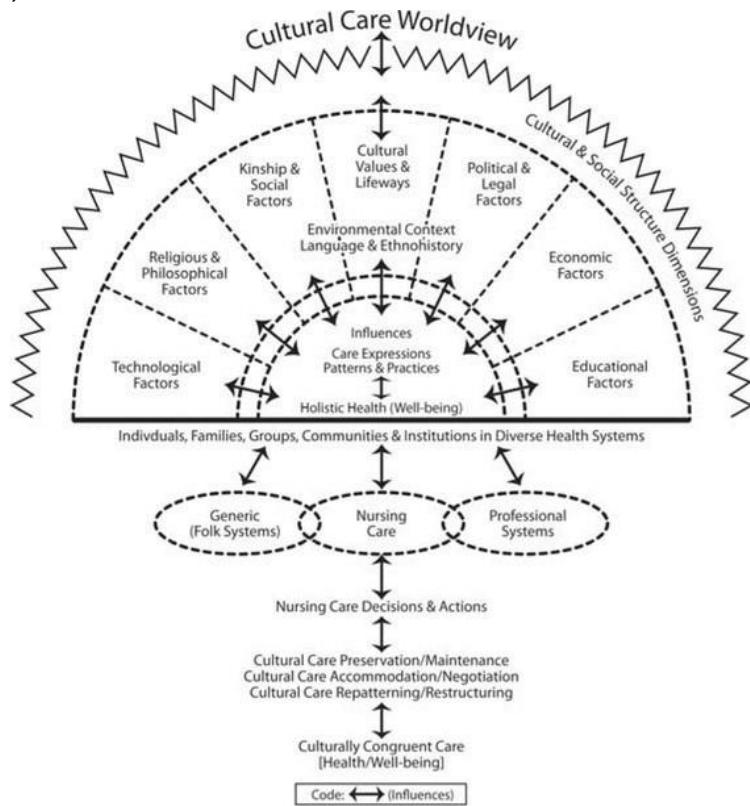
Perubahan perilaku yang terjadi dapat dipengaruhi oleh budaya yang dimiliki individu dan dipengaruhi budaya luar yang dibawa masuk ke lingkungan individu. Sebagai perawat perlu mempertimbangkan teori keperawatan transkultural sebagai upaya preventif mencegah kejadian penyakit tidak menular pada individu.

B. Teori Keperawatan Medeline Leininger

Teori keperawatan transkultural dikembangkan oleh Medeline Leininger pada pertengahan tahun 1950 dengan pemikiran bahwa perlu antisipasi keragaman budaya dan tren menuju globalisasi sehingga perlu keperawatan transkultural (Leininger & McFarland, 2002). Teori Leininger diperkenalkan pertama kali dalam buku *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* tahun 1991.

Keperawatan transkultural merupakan praktik keperawatan yang berfokus pada *Caring* (kepedulian) dengan memperhatikan nilai, keyakinan, dan praktik individu atau individu/kelompok yang berasal dari budaya yang sama atau berbeda. Tujuan keperawatan transkultural adalah untuk memberikan praktik asuhan keperawatan yang spesifik dan universal untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat atau membantu klien menghadapi kondisi manusia yang tidak menguntungkan, penyakit, atau kematian dengan cara yang bermakna secara budaya. Artinya, nilai, keyakinan, dan praktik klien sesuai budaya kehidupan sehari-hari digunakan sebagai dasar memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan.

Teori keperawatan transkultural oleh Leininger seperti gambar 28.1 (Larson, 2014; Leininger, 1997) di bawah ini.



**Gambar 28.1
Leininger's Sunrise Model**

Konsekuensi yang perlu dipelajari perawat dalam penerapan teori Leininger dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yaitu:

1. Perawat perlu mempelajari budaya klien dalam konteks perawatan. Budaya mencakup nilai, keyakinan, norma, praktik, dan tradisi yang mempengaruhi cara individu dan keluarga merespon masalah kesehatan, penyakit, dan perawatan.
2. Perawat harus mampu menyesuaikan sesuai kebutuhan dan preferensi budaya klien. Hal ini menuntut kemampuan perawat melakukan komunikasi dan memahami perilaku klien.
3. Perawat harus mempelajari dan memiliki berbagai budaya klien yang dilayani, agar perawat dapat mengatasi perbedaan budaya klien dengan dirinya dan antar klien. Sehingga keperawatan memiliki kepedulian dengan budaya klien saat memberikan asuhan.

4. Perawat meningkatkan kemampuan empati terhadap pengalaman dan kebutuhan klien dan keluarganya sesuai budaya yang dimiliki.

C. Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular (P2PTM-Kemkes-RI) adalah penyakit kronis (jangka waktu lama) yang tidak menular melalui infeksi atau orang lain tetapi disebabkan perilaku yang tidak sehat (IFRC, 2018). Faktor risiko penyebab PTM yaitu perubahan perilaku individu, metabolism tubuh, dan lingkungan (WHO, 2023). PTM memiliki dampak yang besar terhadap pemberian kesehatan dan perkeonomian masyarakat (Kemkes-RI, 2019a; WHO, 2023). Faktor risiko umum yang dapat dicegah yaitu empat perilaku tertentu (penggunaan tembakau, kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, dan konsumsi minuman beralkohol) yang dapat menyebabkan perubahan metabolismik / fisiologis utama (peningkatan tekanan darah, kelebihan berat badan/obesitas, peningkatan glukosa darah, dan peningkatan kolesterol) (WHO, 2022b).

Sampel Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 sebanyak 300.000 rumah tangga. Penyakit tidak menular yang dilaporkan bahwa prevalensi penyakit Asma sebesar 2,4% yang terjadi di perkotaan sebesar 2,6% dan tingkat kekambuhan sebesar 57,5%; penderita kanker per mil sebesar 1,79% kejadian terbanyak usia 45-64 tahun dengan tindakan pembedahan sebanyak 61,8%; penderita Diabetes Mellitus sebesar 1,5% dengan kejadian pada usia 15-34 tahun sebesar 0,27%; penderita jantung 1,5%; penderita Hipertensi berusia ≥ 18 tahun sebesar 8,36%; penderita stroke sebesar 10,9%; dan penderita Gagal ginjal kronis sebesar 0,38% dengan tindakan hemodialisis sebanyak 19,33% (KemkesRI, 2019).

PTM menjadi perhatian Negara Indonesia dengan dicantumkannya dalam Undang Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dalam pasal 93-95 ("Undang Undang Nomor 17," 2023). Pentingnya PTM dituliskan dalam pasal 93 ayat (2) sebagai berikut penanggulangan penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan berperilaku hidup sehat, dan mencegah terjadinya penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkan untuk menurunkan jumlah yang sakit, disabilitas, dan/ atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit tidak menular. Dipertegas dalam UU tersebut, upaya penanggulangan merupakan tanggung jawab keluarga seperti dalam pasal 96 tentang Kesehatan Keluarga. Pasal 96 ayat (3) tertulis bahwa upaya kesehatan keluarga meliputi aspek: a. proses sosial dan emosional dalam keluarga; b. kebiasaan hidup sehat dalam keluarga; c. sumber daya keluarga untuk hidup sehat; dan d. dukungan sosial eksternal untuk hidup sehat. Berdasarkan pasal yang ada dalam Undang Undang, dapat diartikan betapa pentingnya penyakit tidak menular.

D. Keterkaitan Teori Keperawatan dengan Penyakit Tidak Menular

Berbasis teori keperawatan dan penyakit yang diuraikan di atas, akan diuraikan tentang penerapan teori keperawatan Madeline Leininger dalam pencegahan penyakit tidak menular, khususnya individu yang tinggal dalam keluarga.

PTM merupakan penyakit yang dapat terjadi kapanpun pada individu semua usia yang sangat bergantung pada kondisi fisiologis dan metabolisme, juga perilaku individu. Yang selanjutnya sangat tergantung pada kebiasaan yang berlaku di keluarga. Kebiasaan yang dilakukan secara terus menerus dan dipertahankan dapat disebut sebagai budaya. Individu merupakan bagian keluarga yang tidak terpisahkan satu dengan yang lain. Karena keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya ("Undang Undang Nomor 52," 2009). Keluarga merupakan tempat yang pertama dan utama bagi individu untuk memenuhi seluruh kebutuhan individu termasuk kebutuhan kesehatan. Bahkan keluarga memiliki lima tugas di bidang kesehatan yaitu (1) mengenal masalah kesehatan keluarga, (2) memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga, (3) merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, (4) memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga, dan (5) memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga (Suprajitno, 2004).

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (KTKI, 2020). Pelayanan keperawatan yang diberikan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yaitu rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya. Metode pendekatan asuhan menggunakan proses keperawatan yang memiliki lima tahap kegiatan (1) Pengkajian Keperawatan, (2) Diagnosis Keperawatan, (3) Perencanaan Keperawatan, (4) Implementasi Keperawatan, dan (5) Evaluasi Keperawatan. Agar proses keperawatan dapat memberikan layanan asuhan yang bermartabat perlu berpedoman pada SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia), dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yang disusun oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Pengkajian merupakan langkah awal yang penting bagi keperawatan untuk mendapatkan data yang relevan untuk melakukan diagnosis keperawatan terkait penyakit tidak menular. Penerapan teori keperawatan Leininger dalam pengkajian keperawatan yaitu:

1. Identifikasi budaya klien mencakup nilai-nilai, keyakinan, praktik, norma, dan tradisi budaya klien. Termasuk perawat perlu memperoleh data terkait bahasa keseharian, agama yang dianut keluarga dan individu, etnis keluarga, dan budaya yang dianut keluarga.
2. Identifikasi dan analisis pengalaman atau budaya yang memengaruhi penyakit, masalah kesehatan, atau upaya mengatasi masalah kesehatan yang dilakukan.
3. Evaluasi kemampuan individu atau keluarga menyesuaikan diri saat diberikan asuhan keperawatan dengan budaya yang diyakini. Juga perlu diidentifikasi tentang persepsi

budaya yang mempengaruhi perawatan, potensi masalah, dan kendala yang mungkin dihadapi.

4. Kebutuhan komunikasi bagi individu dan keluarga, sehingga perawat mengetahui dan memahami masalah kesehatan melalui bahasa dan preferensi agar diperoleh komunikasi efektif.
5. Kolaborasi dengan tim kesehatan tentang budaya yang dimiliki klien dan keluarganya agar diperoleh hasil asuhan yang optimal sesuai kebutuhan.

Pengkajian keperawatan berbasis peka budaya klien/individu dapat memastikan bahwa perawat telah menghormati nilai dan keyakinan, membangun hubungan yang kuat, dan menggambarkan kesanggupan perawat memberikan asuhan yang efektif dan holistik sehingga diperoleh hasil perawatan optimal dan kepuasan keluarga. Kelanjutannya, pengkajian kepada klien/keluarga yang terkait dengan PTM adalah:

1. Kebiasaan keluarga menyediakan makanan yang sehat bagi anggota keluarga, misalnya jenis makanan, penggunaan bumbu masak, penggunaan bahan masakan tambahan, dan perilaku konsumsi makanan.
2. Pemenuhan sarana dan kebutuhan aktivitas individu/keluarga sebagai upaya pencegahan PTM.
3. Upaya monitoring yang telah dilakukan individu/keluarga untuk memonitor masalah kesehatan setiap saat atau secara berkala misalnya pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan laboratorium darah, dan pengukuran berat badan.
4. Kemampuan keluarga mengendalikan kebiasaan individu/keluarga menggunakan tembakau dan perilaku saat berkendara.
5. Upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang tidak bertentangan dengan kondisi fisiologis dan metabolisme individu.

Lima pengkajian lanjutan selaras dengan faktor risiko penyebab PTM yaitu perubahan gaya hidup tidak sehat, pola makan sehari-hari, jumlah dan jenis aktivitas fisik, faktor risiko tekanan darah tinggi dan diabetes. Di samping pengkajian perilaku individu, perlu juga dilakukan pengkajian riwayat kesehatan keluarga yang merupakan faktor risiko individu yaitu Diabetes Mellitus, penyakit jantung, asma, kanker, dan Thalasemia (Kemkes-RI, 2014).

Langkah selanjutnya setelah pengkajian yaitu implementasi keperawatan yang bertujuan sebagai upaya promotif, preventif, dan kuratif sesuai profesi keperawatan. Implementasi yang dapat dilakukan perawat kepada klien yaitu:

1. Mengubah menjadi gaya hidup sehat dengan cara (a) pembatasan konsumsi makanan tinggi gula, lemak, dan banyak garam; (b) peningkatan konsumsi buah dan sayur; (c) penghindaran konsumsi minuman beralkohol; dan (d) peningkatan aktivitas fisik melalui kegiatan sehari-hari di rumah.
2. Penghindaran paparan lingkungan yang berbahaya seperti polusi udara akibat pembakaran, kendaraan bermotor, atau penggunaan bahan kimia yang mudah menguap.
3. Meningkatkan pengetahuan klien memahami faktor risiko keluarga (genetik) sebagai faktor risiko individu menderita PTM.

4. Penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat (Posyandu, Posbindu, Klinik) atau pemerintah (Puskesmas) untuk pemantauan kesehatan klien secara dini dan berkala.

Implementasi keperawatan sebagai upaya promotif dan preventif sesuai dengan upaya yang dicanangkan Pemerintah Indonesia yaitu CERDIK (Kemkes-RI, 2019b; KemkesRI, 2018). CERDIK singkatan dari Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan rokok, Rajin berolahraga, Diet sehat seimbang, Istirahat cukup, dan Kelola stress. Upaya pencegahan PTM melalui CERDIK merupakan tugas keluarga khususnya memodifikasi lingkungan untuk memenuhi kesehatan individu anggota keluarga. Modifikasi lingkungan rumah dapat dilakukan sesuai CERDIK dengan cara (1) meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan keluarga melakukan pemeriksaan tekanan darah dan pengukuran laboratorium acak, (2) mencegah adanya perokok di lingkungan rumah atau tempat tinggal terutama jika terdapat ibu hamil, bayi, balita, dan lansia berisiko, (3) menjadikan aktivitas pemeliharaan rumah sebagai pengganti olah raga minimal 30 menit di rumah, (4) menyediakan kecukupan nutrisi dan makanan yang bersumber dari bahan alami dan diolah secara baik memenuhi standar pengolahan makanan sehat, (5) meningkatkan pemahaman perlunya jumlah waktu istirahat dan tidur yang cukup bagi setiap individu sesuai usia, dan (6) meningkatkan keterbukaan antar anggota keluarga dan adanya komunikasi yang efektif pada waktu tertentu.

Namun implementasi keperawatan juga perlu dilakukan bagi penderita PTM. Implementasi keperawatan sebagai penerapan teori Leininger dengan cara melakukan komunikasi efektif berbasis budaya yang dimiliki klien. Implementasi yang perlu dilakukan yaitu:

1. Melakukan pendidikan kesehatan tentang pengurangan risiko dan perlunya berperilaku sehat agar komplikasi atau masalah kesehatan akibat PTM tidak menjadi lebih parah atau membahayakan individu.
2. Melakukan manajemen klien penderita dengan cara pemantauan kesehatan berkala, pemberian obat-obatan, pendampingan dalam mengelola penyakit kronis, serta mengelola komplikasi dan perawatan paliatif jika diperlukan.
3. Memberikan dukungan psikososial dengan cara membantu klien mengatasi stress, depresi, dan kecemasan selama menderita penyakit kronis. Dukungan ini membantu klien mematuhi rencana perawatan.
4. Melatih klien melakukan perawatan mandiri dengan cara mengajarkan pasien keterampilan yang diperlukan untuk mengelola penyakit klien sendiri seperti pengukuran gula darah, pengukuran tekanan darah, ketaatan minum obat, dan pengaturan diet. Kegiatan ini mendorong klien untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan diri sendiri.
5. Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain (dokter, ahli gizi, ahli terapi fisik, dan lainnya) untuk menyusun rencana keperawatan yang komprehensif.
6. Melakukan pemantauan epidemiologis dengan cara berperan dalam penelitian klinis untuk memahami perkembangan penyakit tidak menular dan efektivitas intervensi keperawatan.

7. Melakukan promosi kesehatan di tempat kerja klien dengan cara mengembangkan program kesehatan yang mendukung perilaku atau gaya hidup sehat dan pencegahan PTM.

Keluarga sebagai tempat tinggal individu yang menderita PTM juga memiliki peran dalam pencegahan, manajemen, dan dukungan bagi individu yang menderita PTM. Peran keluarga berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan individu penderita PTM. Peran keluarga yang dapat dilakukan yaitu:

1. Memberikan dukungan emosional dalam bentuk pemberian semangat dan perhatian kepada individu penderita PTM untuk mengatasi stress dan kecemasan.
2. Melakukan perawatan setiap hari di rumah dengan cara mengingatkan periksa atau control rutin, minum obat, melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana, dan merawat luka jika ada.
3. Melakukan pemantauan tentang tanda dan gejala yang dialami individu penderita PTM dan meminta bantuan tenaga kesehatan jika terjadi perubahan yang membahayakan kondisi individu.
4. Pendampingan kepada individu penderita PTM saat melakukan pemeriksaan rutin di sarana pelayanan kesehatan.
5. Memberikan dukungan perubahan perilaku atau gaya hidup sehat yang dilakukan individu penderita PTM agar menjadi budaya hidup sehat.
6. Membuat keputusan yang tepat dan terbaik bagi anggota keluarga atau individu penderita PTM dengan cara komunikasi yang efektif dengan tenaga kesehatan.
7. Melakukan penilaian untuk secara mandiri bagi seluruh individu dalam keluarga untuk menghitung risiko menderita penyakit tidak menular menggunakan aplikasi JITANTI PTM yang dapat diunduh melalui Play Store (Suprajitno & Mugianti, 2020, 2022; Suprajitno et al., 2022)

E. Penutup

Teori keperawatan Leininger yang dikenal dengan *Sunrise Model* merupakan teori keperawatan yang menekankan bahwa perawat perlu memiliki kepedulian terhadap budaya klien. Individu dan keluarga memiliki budaya yang dijadikan sebagai perilaku dalam kehidupan sehari-hari yang dapat menjadi faktor risiko penyebab terjadinya penyakit tidak menular. Sehingga, pengkajian dan intervensi keperawatan pada individu dan keluarga perlu mempertimbangkan budaya (nilai, keyakinan, norma, praktik, dan tradisi) yang dimiliki agar dapat meningkatkan Kesehatan dan kesejahteraan klien.

Referensi

- Agustiningsih, D. (2018). *Pengaruh Gadget Terhadap Kebugaran Tubuh*. Gadjah Mada Medical Center Universitas Gadjah Mada Retrieved 2 Oktober from <https://gmc.ugm.ac.id/2018/11/03/pengaruh-gadget-terhadap-kebugaran-tubuh/>
- IFRC. (2018). *Non-communicable diseases*. The International Red Cross and Red Crescent <https://www.ifrc.org/our-work/health-and-care/community-health/non-communicable-diseases>
- Kemkes-RI. (2014). *Petunjuk Teknis Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Berbasis Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu)*. Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kemkes RI. <https://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/2016/10/Petunjuk-Teknis-Surveilans-Faktor-Risiko-Penyakit-Tidak-Menular-Berbasis-Pos-Pembinaan-Terpadu-Posbindu-2014.pdf>
- Kemkes-RI. (2019a). *Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. <http://p2ptm.kemkes.go.id/dokumen-ptm/buku-pedoman-manajemen-ptm>
- Kemkes-RI. (2019b, 17 September 2019). *CERDIK, Rahasia Masa Muda Sehat dan Masa Tua Nikmat!* Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Retrieved 8 Juni 2022 from <https://promkes.kemkes.go.id/cerdik-rahasia-masa-muda-sehat-dan-masa-tua-nikmat>
- Kemkes-RI. (2019c). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LBP). <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan%20Riskesdas%202018%20Nasional.pdf>
- KemkesRI. (2018). *Ingat CERDIK untuk mencegah risiko dari berbagai penyakit tidak menular*. Dirjen P2 Penyakit. Retrieved 29/12/2021 from <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/ingat-cerdik-untuk-mencegah-risiko-dari-berbagai-penyakit-tidak-menular>
- KemkesRI. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LBP). <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan%20Riskesdas%202018%20Nasional.pdf>
- Kishorbhai, M. P., & Masharu, R. (2021). Modern lifestyle vs health. *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(2), 13. <https://www.rroij.com/open-access/modern-lifestyle-vs-health.php?aid=89138>
- TKKI. (2020). *Standar Profesi Perawat*. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor: HK.01.07/MENKES/425/2020. Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Kementerian Kesehatan R.I. <https://drive.google.com/file/d/1BKZPpfD0be22oNv6VDsxX1KTJKEWMO7c/view>
- Larson, M. (2014). Cultural immersion and compassionate care in a study abroad course: the Greek Connection. *Larson Journal of Compassionate Health Care*, 1, 3. <https://doi.org/10.1186/s40639-014-0008-6>

- Leininger, M. (1997). Overview of the Theory of Culture Care with the Ethnonursing Research Method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2), 22. <https://doi.org/10.1177/104365969700800205>
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* (Second ed.). MsGraw-Hill. <https://library.lol/main/3C97128B03E4B4D5ED08BA506F2563E0>
- P2PTM-Kemkes-RI. (2021, 1 Juli 2021). *Bagaimana Cara Mengukur Indeks Massa Tubuh (IMT) / Berat Badan Normal?* Direktorat P2PTM Kementerian Kesehatan RI. Retrieved 12 Juni 2022 from <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/bagaimana-cara-mengukur-indeks-massa-tubuh-imt-berat-badan-normal>
- Pemkot-Blitar. (2020). *Kedai Kopi Menjamur, Harapan Baru Ekonomi Kota Blitar*. Retrieved 6 November from <https://blitarkota.go.id/id/berita/kedai-kopi-menjamur-harapan-baru-ekonomi-kota-blitar>
- Ray, M. A. (2018). Theory of Bureaucratic *Caring*. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (Fourth ed.). Springer Publishing Company, LLC. <https://lccn.loc.gov/2017053506>
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. CV EGC. https://books.google.co.id/books/about/Asuhan_Keperawatan_Keluarga.html?id=dbPUogtmNkC&redir_esc=y
- Suprajitno, & Mugianti, S. (2020). CERDIK Behavior as a Risk Factor for Individuals with Non-Communicable Diseases. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(10), 350-360. <https://www.sysrevpharm.org/abstract/cerdik-behavior-as-a-risk-factor-for-individuals-with-noncommunicable-diseases-66252.html>
- Suprajitno, & Mugianti, S. (2022). The risk level for individuals to suffering from NCDs based on CERDIK behavior. *International Journal of Public Health Science*, 11(1), 6. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v11i1.20947>
- Suprajitno, Mugianti, S., & Trisnanto, P. Y. (2022). *Hak Cipta Program Komputer Aplikasi Android JITANTI PTM* (Indonesia Patent No. <https://pdki-indonesia.dgip.go.id/detail/EC00202228412?type=copyright&keyword=Diagram+Alir+Aplikasi+Android+JITANTI+PTM>
- Tim-Promkes-RSST. (2022, 31 Juli). *Penyakit Tidak Menular (PTM)*. Dirjen Yankes Kemkes RI. Retrieved 20 September from https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/761/penyakit-tidak-menular-ptm
- Undang Undang Nomor 17, (2023). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/258028/uu-no-17-tahun-2023>
- Undang Undang Nomor 52, (2009). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38852/uu-no-52-tahun-2009>
- WHO. (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000490>

- WHO. (2021, 13 April 2021). *Noncommunicable diseases*. Retrieved 6 July 2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- WHO. (2022a, September 16). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization. Retrieved August 22 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- WHO. (2022b). *Noncommunicable diseases: Risk factors*. Retrieved 8 Juni 2022 from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/noncommunicable-diseases-risk-factors>
- WHO. (2023). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1

BAB 29

Penggunaan mHEALTH Untuk Melakukan Deteksi Dini dan Meningkatkan Derajat Kesehatan Perempuan dan Bayi Baru Lahir

Mekar Dwi Anggraeni

A. Pendahuluan

Kesehatan adalah salah satu hak asasi bagi semua manusia. Definisi sehat menurut (*World Health Organization* (WHO) 2008) adalah keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat. Kesehatan perempuan masih perlu mendapatkan perhatian karena masih kita masih menghadapi banyak masalah kesehatan perempuan. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia saat ini masih tinggi yaitu 207/100.000 kelahiran hidup (SDKI 2022). Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, penyebab terbesar kematian ibu di Indonesia masih tetap sama yaitu perdarahan (30%), pre-eklampsia (25%), dan infeksi (12%) (Kemenkes RI 2022).

Kesehatan perempuan adalah kondisi optimal seorang perempuan dalam mencapai keseimbangan antara kesehatan fisik, psikologis, maupun sosial, dan tidak hanya terbebas dari suatu penyakit dalam tubuhnya (Sihite & Siregar 2022). Setiap perempuan memiliki hak atas kesehatan dirinya dan upaya menjaga kesehatan perempuan sepanjang rentang usia merupakan tanggung jawab bersama karena perempuan merupakan ibu dari generasi penerus bangsa (Emilia, Prabandari & Supriyati 2019). Perawatan kesehatan perempuan dimulai ketika memasuki masa remaja dimana menjaga remaja yang sehat sangat penting karena mempengaruhi periode masa kehamilan, persalinan, dan nifas setelah dewasa (Jannah, Anggraeni & Setiawati 2019). Proses pencegahan kehamilan remaja juga merupakan hal yang sangat penting mengingat remaja belum siap untuk hamil, melahirkan, dan merawat seorang anak. Mengingat AKI di Indonesia yang masih sangat tinggi maka upaya deteksi dini kehamilan risiko tinggi dan pemantauan kesehatan perempuan pada periode perinatal oleh ibu, keluarga, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan menjadi sangat penting (Anggraeni, Setiyani & Setiawati 2019).

Promosi kesehatan pada perempuan sepanjang rentang usia telah mengalami banyak perkembangan jika dibandingkan beberapa dekade sebelumnya (Emilia, Prabandari & Supriyati 2019). Promosi kesehatan terhadap perempuan perlu terus dilakukan dengan

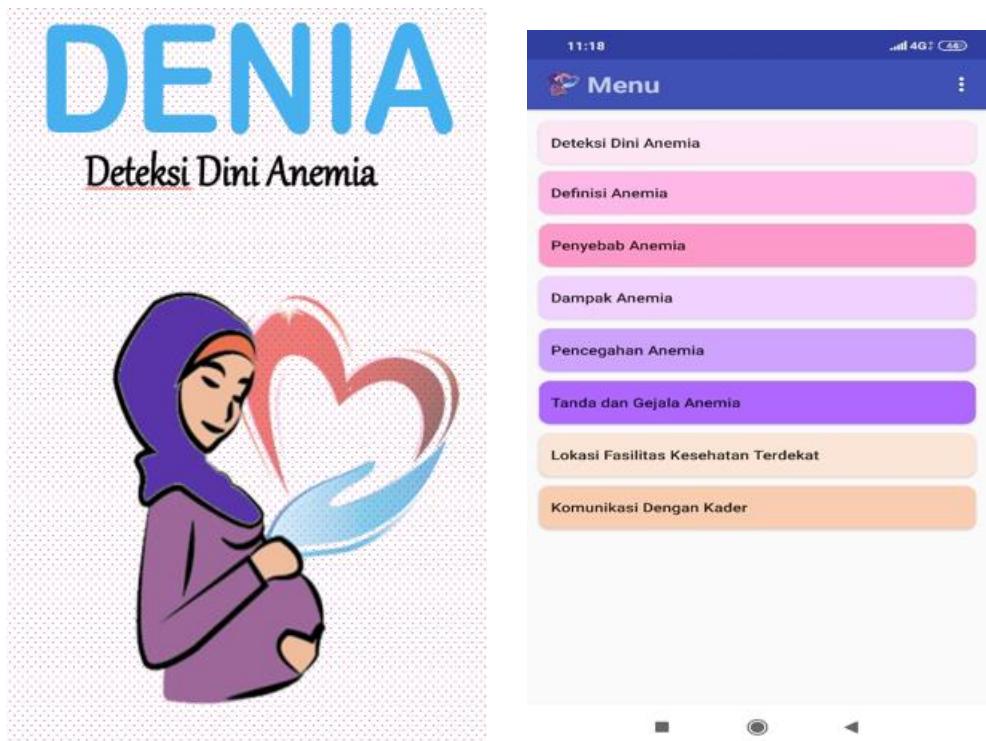
menggunakan berbagai media yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan zaman. Saat ini, sebagian besar perempuan di Indonesia mencari informasi terkait kesehatan secara *online* dengan menggunakan *smartphone* (Anggraeni et al. 2018), namun tidak semua informasi kesehatan yang tersedia di internet merupakan informasi yang benar. Pengembangan *mHealth* sebagai sarana promosi kesehatan perempuan yang dapat diakses menggunakan *smartphone* perlu dilakukan dengan menggunakan metode penelitian yang sesuai agar dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah.

Topik orasi pengukuhan Guru Besar ini merupakan bagian dari bidang ilmu Keperawatan Maternitas yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan perempuan sepanjang rentang usia. Pemanfaatan *mHealth* sebagai media promosi kesehatan perempuan di Indonesia dengan materi yang sesuai dengan *evidence based*, dilakukan validitas isi oleh ekspert di bidang kesehatan maternal, serta dilakukan uji efektifitas belum optimal dilakukan. Ada dua hal yang dipecahkan dalam melakukan penelitian, yang pertama bagaimana mengembangkan *mHealth* sesuai dengan metode ilmiah? Kedua, bagaimana efektivitas *mHealth* yang telah dikembangkan?

B. Pemanfaatan Teknologi

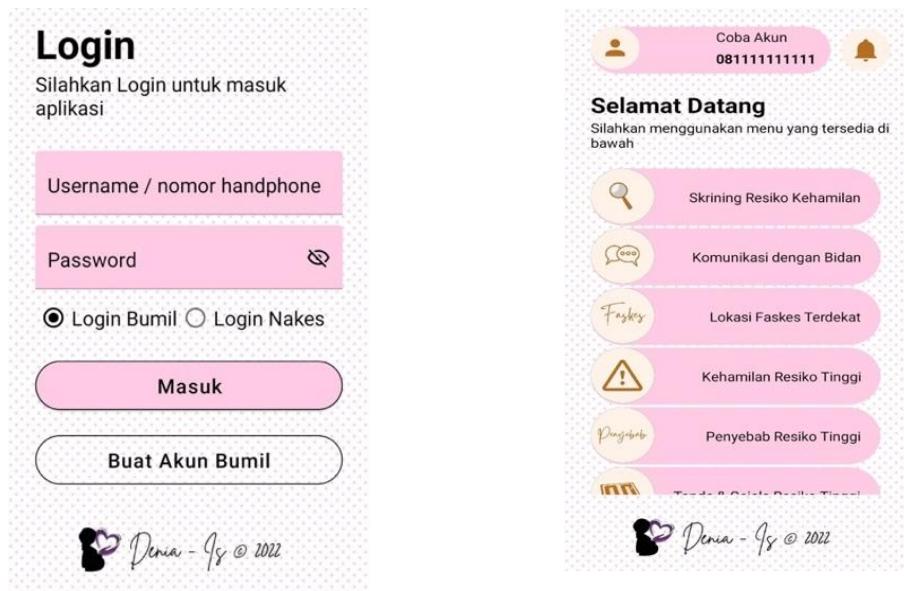
Kesehatan reproduksi remaja merupakan area penelitian yang selalu menarik. Remaja merupakan masa transisi dari anak menuju dewasa sehingga organ reproduksi mulai berkembang namun belum cukup matang. Sebagian besar orang tua tabu mendiskusikan masalah kesehatan reproduksi sementara rasa ingin tahu remaja sedang sangat besar dan mencari informasi melalui internet yang belum tentu benar. Kami membuat aplikasi **Gadget Pintar (GAPIN)** (Turah, Anggraeni & Setiawati 2019) sebagai media yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja terhadap pencegahan perilaku seksual sebelum menikah. Penyusunan aplikasi ini dimulai dengan melakukan *literature review* kemudian dilakukan validitas isi yang diuji oleh tiga ekspert di bidang Keperawatan Maternitas. Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan dan sikap remaja terhadap perilaku seksual pranikah pada kelompok intervensi dibandingkan kontrol (Turah, Anggraeni & Setiawati 2019).

Anemia selama kehamilan masih merupakan masalah kesehatan utama di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa insidensi anemia pada ibu hamil adalah sebanyak 48,9% (Riset Kesehatan Dasar 2018). Hanya 58% ibu hamil yang dilakukan pemeriksaan dini anemia selama kehamilan (UNICEF 2021). Perawat selalu berupaya untuk ikut berkontribusi dalam upaya pencegahan dan deteksi dini anemia pada ibu hamil dengan mengembangkan aplikasi **DENIA (Deteksi Dini Anemia)** untuk melakukan deteksi dini anemia secara non-invasif menggunakan *smartphone* (Anggraeni & Fatoni 2017). Penyusunan aplikasi DENIA melalui *literature review* dan uji validitas isi kepada lima ekspert di bidang Keperawatan Maternitas. Hasil analisa data menunjukkan persamaan regresi adalah $y = 12.258x + 63.695$ dengan koefisien determinasi (R^2) = 0,9901. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa DENIA memiliki potensi untuk digunakan dalam melakukan deteksi dini anemia pada ibu hamil secara non-invasif (Anggraeni & Fatoni 2017).



Gambar 29.1
Antarmuka Aplikasi Denia Halaman Utama
dan Halaman yang Terlihat Ketika Sudah Login
(Anggraeni, Setiyani, Setiawati, & Fatoni, 2019).

Sebagian besar penyebab AKI di Indonesia sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan deteksi dini kehamilan resiko tinggi oleh ibu hamil, keluarga, dibantu oleh kader kesehatan dan tenaga kesehatan. Kami mengembangkan **DENIA-IS (Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi-Integrated System)** untuk melakukan deteksi dini kehamilan risiko tinggi dan bisa diintregasikan ke dalam sistem Puskesmas untuk melakukan deteksi dini kehamilan resiko tinggi oleh ibu hamil dan terdapat fitur konsultasi dengan tenaga kesehatan secara *real time*. Penyusunan aplikasi dilakukan melalui *literature review* dan uji validitas isi oleh lima ekspert di bidang *Obstetric Gynecology* dan Keperawatan Maternitas. Perancangan integrasi Denia-IS dalam sistem informasi yang digunakan tenaga kesehatan di Puskesmas dilakukan melalui diskusi dan menyesuaikan dengan kebutuhan dari Puskesmas yang akan menggunakan *software* ini.



A

B

Gambar 29.2

Antarmuka Aplikasi Mobile Denia-IS Halaman Utama (A) dan Halaman yang Terlihat Ketika Sudah Login (B)
(Anggraeni, Setiyani, Triyanto, Iskandar, Nani, & Fatoni, 2022).

Masalah kesehatan lain yang dihadapi perempuan pada usia reproduksi adalah berbagai masalah menyusui. Pengembangan aplikasi **MASI (Masalah Menyusui)** bertujuan untuk memberikan edukasi tentang cara melakukan pencegahan dan penanganan berbagai masalah ketika menyusui (Ependi, Anggraeni & Kartikasari 2022). MASI disusun melalui *literature review* dan uji validitas isi oleh tiga ekspert. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tentang pencegahan masalah menyusui pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol.



Gambar 29.3
Aplikasi MASI yang Dikembangkan Dalam Penelitian
(Ependi, Anggraeni & Kartikasari 2022).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara (Raditya, 2015). Salah satu penyebab tingginya AKB di Indonesia adalah hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir. Hampir separuh (48%) bayi baru lahir mengalami hyperbilirubinemia (Sari, Memy, & Ghanie, 2015). Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan untuk menilai kadar bilirubin dalam darah memberikan hasil akurat namun harga alat mahal, reagen mahal, dan membutuhkan keahlian khusus. Dibutuhkan suatu metode yang bisa digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mengkaji hiperbilirubinemia pada bayi tanpa tindakan invasif, memberikan hasil akurat, *real time*, mudah, dan murah karena sebagian besar bayi dilahirkan di fasilitas kesehatan tingkat 1.



Gambar 29.4
Antarmuka Aplikasi DIANING Halaman Utama
(Anggraeni, Fatoni, & Rahmawati, 2022)

Hasil prediksi kadar bilirubin yang diperoleh menggunakan aplikasi DIANING dibandingkan dengan metode standar laboratorium. Nilai prediksi antara kadar bilirubin darah dan warna kulit dahi yaitu $y = -4.9535x + 160.45$, untuk dada yaitu $y = -4.9679x + 165.97$, dan untuk lengan yaitu $y = -4.6602x + 162.84$. Hal ini menunjukkan terdapat potensi DIANING untuk melakukan deteksi dini bayi dengan hiperbilirubinemia.

C. Penutup

m-Health merupakan suatu metode penggunaan teknologi seluler seperti ponsel untuk mendukung kesehatan masyarakat dan perawatan klinis yang bisa digunakan pada sebagai upaya pencegahan dan penanganan penyakit menular dan tidak menular. Teknologi penggunaan telepon seluler tersedia secara luas dan memainkan peran penting dalam perawatan kesehatan di tingkat regional, komunitas, dan individu. Aplikasi *mHealth* merupakan aplikasi kesehatan berbasis *mobile* yang memberikan informasi dan layanan seputar kesehatan melalui perangkat portabel. Aplikasi *mHealth* telah memperluas akses perawatan kesehatan (Qureshi, Xiong & Deitenbeck 2019). Aplikasi *mHealth* bermanfaat

dalam peningkatan akses informasi kesehatan, komunikasi tenaga kesehatan dan pasien, pembuatan janji konsultasi, pemantauan dan manajemen perawatan dari efek samping pengobatan, stabilisasi aktivitas fungsional harian, pengiriman hasil pemeriksaan laboratorium, dan pembayaran biaya layanan medis (Harahap & Tutik 2021).

Aplikasi *mHealth* merupakan media yang bisa digunakan oleh tenaga kesehatan untuk melakukan perawatan yang berpusat pada pasien sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan dan kekhawatiran mereka mengenai proses perawatan, proses pemulihan lebih baik, kesehatan emosional lebih baik, meminimalkan tes diagnostik dan rujukan serta secara signifikan dapat mengurangi biaya perawatan. Aplikasi *mHealth* juga berpotensi menjembatani kesenjangan antara masyarakat pedesaan dan terpencil (Qureshi, Xiong & Deitenbeck 2019).

Tenaga kesehatan selalu berusaha untuk turut serta berkontribusi dalam upaya peningkatan kesehatan perempuan dan bayi baru lahir. Oleh karena itu, kita harus memiliki keinginan yang kuat untuk melakukan upaya pencegahan dan deteksi dini berbagai masalah kesehatan perempuan dan bayi baru lahir yang masih tinggi di Indonesia. Perawat memiliki peran strategis untuk memberikan edukasi kesehatan kepada klien melalui berbagai media yang menarik dan sesuai dengan perkembangan zaman agar bisa mudah diakses dan diterima oleh masyarakat.

Referensi

- Anggraeni, M.D., Aji, B., Setiyani, R., Kartikasari, A. & Rahmawati, E. 2018, How do modern parents deal with cultural beliefs about breastfeeding? A qualitative study, *British Journal of Midwifery*, (26)9, pp. 605–13.
- Anggraeni, M.D. & Fatoni, A. 2017, Non-invasive self-care anemia detection during pregnancy using a smartphone camera, *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, vol. 172, IOP Publishing, p. 12030.
- Anggraeni, M.D., Fatoni, A., & Rahmawati, E., 2022. *Metode Deteksi Hiperbilirubinemia Menggunakan Smartphone*. Laporan penelitian tidak dipublikasikan, LPPM. Universitas Jenderal Soedirman.
- Anggraeni, M.D., Punthmatharith, B. & Petpitchetian, W. 2020, A causal model of breastfeeding duration among working muslim mothers in Semarang City, Central Java Province, Indonesia, *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, (17)9, pp. 1010–23.
- Anggraeni, M.D., Setiyani, R. & Setiawati, N. 2019, Post-partum Hemorrhage and Anemia as its Modifiable Risk Factor: A Literature Review, *Jurnal Keperawatan Soedirman*, (14)3.
- Anggraeni, M.D., Fatoni, A., & Rahmawati, E. (2022). Prediction of bilirubin concentration using neonatal forehead images. *AIP Conference Proceedings* (Vol. 2553, p. 20026). AIP Publishing LLC.
- Anggraeni, M.D., Setiyani, R., Triyanto, E., Iskandar, A., Nani, D., & Fatoni, A. (2022). *Pengembangan Deteksi Dini Anemia pada Ibu Hamil Terintegrasi pada SIMPUS*. Laporan penelitian tidak dipublikasikan, LPPM. Universitas Jenderal Soedirman.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2020, *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah*.
- Emilia, O., Prabandari, Y.S. & Supriyati 2019, *Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Ependi, K.R., Anggraeni, M.D. & Kartikasari, A. 2022, Health Education Using Mobilephone Application To Prevent Breastfeeding Problems, *Jurnal Keperawatan Global*, pp. 109–17.
- Fauzia, H.Y., Anggraeni, M.D. & Setiawati, N. 2022, Impact Of Nutsi-Smartphone Application On Nutritional Knowledge Among Breastfeeding Mothers: A Quasy-Experimental Study, *(JKG) Jurnal Keperawatan Global*, pp. 64–73.
- Hadiati, L.N., Anggraeni, M.D., & Kartikasari, A. 2020, Pengaruh Aplikasi "Teknik Menyusui" Terhadap pengetahuan Ibu Tentang Teknik Menyusui Pada Ibu Menyusui Bayi 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Purwokerto Utara II, *Skripsi*, Universitas Jenderal Soedirman.
- Harahap, N. & Tutik, R. 2021, Mobile Health Application (mHEALTH) Versi Bahasa Daerah Dalam Peningkatan Literasi Kesehatan Pasien Kanker dan Cargiver: Tinjauan Literatur, *JIKP Jurnal Ilmiah Kesehatan PENCERAH*, (10)2, pp. 250–61.
- Jannah, R.N., Anggraeni, M.D. & Setiawati, N. 2019, The effect of audiovisual media on adolescents' knowledge and attitude about teenage pregnancy, *Annals Tropical Medicine and Public Health*, (22)11.
- Kemenkes RI. 2022, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Latifah, L. & Anggraeni, M.D. 2013, Hubungan kehamilan pada usia remaja dengan kejadian prematuritas, berat bayi lahir rendah dan asfiksia, *Kesmas Indonesia*, (6)1, pp. 26–34.
- Mekuria, G. & Edris, M. 2015, Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study, *International Breastfeeding Journal*, vol. 10, pp. 1–7.
- Qureshi, S., Xiong, J. & Deitenbeck, B. 2019, *The effect of mobile health and social inequalities on human development and health outcomes: mHealth for health equity*. Thesis. University of Nebraska.
- Riset Kesehatan Dasar 2018, *Riset Kesehatan Dasar*, Kementerian kesehatan Republik indonesia. Jakarta.
- Saptandari, P. 2013, Beberapa pemikiran tentang perempuan dalam tubuh dan eksistensi', *Biokultural*, (2)1, pp. 53–71.
- Sari, D.S. & Sugiyarto, K.H. 2015, Pengembangan multimedia berbasis masalah untuk meningkatkan motivasi belajar dan kemampuan berpikir kritis siswa, *Jurnal Inovasi Pendidikan IPA*, (1)2, pp. 153–66.
- SDKI 2022, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sihite, H. & Siregar, N. 2022, *Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*, Penerbit NEM.
- Turah, S., Anggraeni, M.D., & Setiawati, N. 2019, *Pengaruh Aplikasi Gapin (Gadget Pintar) Tentang Seks Pranikah Terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja SMA*, Skripsi. Universitas Jenderal Soedirman.
- UNICEF 2021, *Improving Child Nutrition*, The achievable imperative for global. Retrieved from: <https://data.unicef.org/resources/improving-child-nutrition-the-achievable-imperative-for-global-progress/>
- World Health Organization (WHO) 2008, *Children are not Little Adults*. World Health Organization, USA.
- Widyawati, W., Jans, S., Utomo, S., van Dillen, J. & Janssen, A.L.M. 2015, A qualitative study on barriers in the prevention of anaemia during pregnancy in public health centres: perceptions of Indonesian nurse-midwives, *BMC Pregnancy and Childbirth*, (15)1, pp. 1–8.
- Yusuf, A., Iskandar, H.P., Sairi Ab Hadi, I. & Lean Keng, S. 2022, Breast awareness mobile apps for health education and promotion for breast cancer, *Frontiers in Public Health*, p. 3641.

BIODATA PENULIS UTAMA

Keanggotaan:

1. Orcid ID : 0000-0002-9685-9869
2. Researcher ID/WOS : H-3264-2016
3. Scopus Author ID : 57191591437
4. SINTA ID : 55184
5. Google Scholars : MwVCSFEAAAAJ
6. PubMed ID : tantut@orcid
7. Researchgate :
<https://www.researchgate.net/profile/Tantut-Susanto>



Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Prof. Ns. Tantut Susanto, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ph.D
2	Jenis Kelamin	Laki-Laki
3	Jabatan Fungsional	Guru Besar
4	NIP/NIK/Identitas Lainnya	198001052006041004
5	NIDN	0005018003
6	Tempat dan tanggal Lahir	Boyolali, 5 Januari 1980
7	Alamat Rumah	Jalan Nangka Blok 4 No. 4 Patrang, Jember, Jawa Timur 68111
8	Nomor Telpon/Fax/HP	081336932902
9	Institusi	Fakultas Keperawatan, Universitas Jember
10	Nomor Telpon/Fax	0331-323450
11	Alamat Email	tantut_s.psik@unej.ac.id / stantut@gmail.com
12	Alamat	Jl. Kalimantan 37 Jember, Jawa Timur 68121
13	Mata Kuliah yang Diampu	a. Keperawatan Keluarga (S1) b. Pendidikan dan Promosi Kesehatan (S1) c. Keperawatan Agregat Komunitas (S1) d. Keperawatan Gerontik (S1) e. Epidemiologi (S2) f. Agronursing (S2) g. Pelayanan Agronursing Rural dan Urban (S2)
14	Kelompok Riset	Center of Agronursing for Community, Family & Elderly Health Studies
15	No. SK Guru Besar dan tanggal	SK Kemdikbudristek No. 834/E4/KP/GB/2022 Tanggal 8 November 2022

Riwayat Pendidikan

	S1	S2	Spesialis	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Gadjah Mada	Universitas Indonesia	Universitas Indonesia	Kanazawa University
Bidang Ilmu	Keperawatan	Keperawatan Komunitas	Keperawatan Komunitas	Development Health Nursing
Tahun Masuk – Lulus	2002-2005	2008-2010	2010-2011	2014-2017

Spesialisasi Bidang Keilmuan:

Profesor Ilmu Keperawatan Komunitas yang menekankan kajian pada asuhan keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas.

Topik Bidang Penelitian dan Pengabdian Masyarakat:

Topik kajian penelitian menekankan pada siklus tahap perkembangan keluarga dengan menekankan strukturisasi struktur keluarga dan fungsionalisasi fungsi keluarga. Prevensi, promosi dan proteksi kesehatan komunitas dengan menekankan pada pemenuhan kebutuhan pada setiap aggregate di komunitas, baik pada populasi risiko maupun rentan permasalahan kesehatan. Kajian mendalam ditekankan pada permasalahan kesehatan reproduksi remaja, kesehatan sekolah, kesehatan ibu dan anak, perawatan kesehatan kerja, dan kusta sebagai bentuk interaksi sistem di keluarga dan komunitas. Intervensi ditekankan pada prevensi primer, sekunder, dan tersier dengan menggunakan pendekatan pendidikan kesehatan, proses kelompok, pemberdayaan, dan kerja sama baik pada level individu, keluarga, kelompok, dan komunitas. Berbagai Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) difungsionalisasikan dalam upaya menunjang penyelesaian masalah kesehatan di masyarakat terutama pada area pertanian dan perkebunan dalam perspektif agricultural health nursing (agronursing), terutama stunting, hipertensi, dan kusta.

BIODATA EDITOR

Identitas Diri

1. Nama Lengkap (dengan gelar)	Ns. Vigo Agustilano Salim, S.Kep.
2. Jenis Kelamin	Laki-Laki
3. Tempat dan Tanggal Lahir	Jember, 23 Agustus 1999
4. Institusi	Fakultas Keperawatan, Universitas Jember
5. Alamat Email	5vigoagustilano@gmail.com
6. Alamat Kantor	Jl. Kalimantan 37 Jember, Jawa Timur 68121



Riwayat Pendidikan

	S1	NERS
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Jember	Universitas Jember
Bidang Ilmu	Keperawatan	Keperawatan
Tahun Masuk – Lulus	2018-2022	2022-2023

Identitas Diri

1. Nama Lengkap (dengan gelar)	Dhimas Rizky Handoko
2. Jenis Kelamin	Laki-Laki
3. Tempat dan Tanggal Lahir	Jember, 03 Juni 2003
4. Institusi	Fakultas Keperawatan, Universitas Jember
5. Alamat Email	dhimasss.rizky@gmail.com
6. Alamat Kantor	Jl. Kalimantan 37 Jember, Jawa Timur 68121



Riwayat Pendidikan

	S1
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Jember
Bidang Ilmu	Keperawatan
Tahun Masuk	2021- sekarang

SINOPSIS
TEORI INOVASI DAN MODEL DALAM KEPERAWATAN
GAGASAN PARA GURU BESAR KEPERAWATAN INDONESIA

Buku ini menghadirkan konsep teoritis dan inovasi dalam ilmu keperawatan yang dirumuskan oleh 28 guru besar keperawatan di Indonesia hingga tahun 2024. Buku ini berisi berbagai model dan teori yang telah diimplementasikan di bidang keperawatan komunitas, keluarga, jiwa, medikal bedah, anak, dan maternitas. Selain sebagai apresiasi terhadap perkembangan ilmu keperawatan, buku ini juga menawarkan panduan tentang cara-cara inovatif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan kualitas hidup klien.

Buku ini dirancang tidak hanya untuk mahasiswa tingkat awal yang ingin memperdalam ilmu keperawatan, tetapi juga sebagai sumber referensi bagi mahasiswa pascasarjana dalam menyusun tesis dan disertasi. Ditujukan pula bagi praktisi kesehatan, buku ini membahas berbagai isu dan tren dalam dunia keperawatan seperti penanganan penyakit katastropik, pendekatan holistik pada perawatan jiwa, hingga optimalisasi teknologi dalam pelayanan keperawatan. Dengan demikian, buku ini memberikan kontribusi signifikan bagi perkembangan pendidikan keperawatan di Indonesia.

Buku ini disusun dengan harapan dapat memberikan banyak nilai manfaat tidak hanya rekan-rekan sejawat di bidang keperawatan, namun juga masyarakat umum dari segala kalangan usia dalam mengakselerasi taraf kesehatan bangsa Indonesia.

Buku ini menghadirkan konsep teoritis dan inovasi dalam ilmu keperawatan yang dirumuskan oleh 28 guru besar keperawatan di Indonesia hingga tahun 2024. Buku ini berisi berbagai model dan teori yang telah diimplementasikan di bidang keperawatan komunitas, keluarga, jiwa, medikal bedah, anak, dan maternitas. Selain sebagai apresiasi terhadap perkembangan ilmu keperawatan, buku ini juga menawarkan panduan tentang cara-cara inovatif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan kualitas hidup klien.

Buku ini dirancang tidak hanya untuk mahasiswa tingkat awal yang ingin memperdalam ilmu keperawatan, tetapi juga sebagai sumber referensi bagi mahasiswa pascasarjana dalam menyusun tesis dan disertasi. Ditujukan pula bagi praktisi kesehatan, buku ini membahas berbagai isu dan tren dalam dunia keperawatan seperti penanganan penyakit katastropik, pendekatan holistik pada perawatan jiwa, hingga optimalisasi teknologi dalam pelayanan keperawatan. Dengan demikian, buku ini memberikan kontribusi signifikan bagi perkembangan pendidikan keperawatan di Indonesia.

Buku ini disusun dengan harapan dapat memberikan banyak nilai manfaat tidak hanya rekan-rekan sejawat di bidang keperawatan, namun juga masyarakat umum dari segala kalangan usia dalam mengakselerasi taraf kesehatan bangsa Indonesia



ISBN 978-623-8775-65-1



9 786238 775651

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919