



KEPERAWATAN HOLISTIK

Melva Epy Mardiana **Manurung** • Henrianto Karolus **Siregar**
Rosnancy Renolita **Sinaga** • Siti Utami **Dewi** • Anita **Apriliawati**
Annisa Fitrah **Umara** • Popy **Irawati** • Rugaya M. **Pandawa**
Andria **Pragholapati** • Upik **Rahmi** • Yeni **Yulistanti**



KEPERAWATAN HOLISTIK

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Perfilman dan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

Keperawatan Holistik

Melva Epy Mardiana Manurung, Henrianto Karolus Siregar
Rosnancy Renolita Sinaga, Siti Utami Dewi, Anita Apriliaawati
Annisa Fitrah Umara, Popy Irawati, Rugaya M. Pandawa
Andria Praghlapati, Upik Rahmi, Yeni Yulistanti



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Holistik

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Melva Epy Mardiana Manurung, Henrianto Karolus Siregar
Rosnancy Renolita Sinaga, Siti Utami Dewi, Anita Apriliawati
Annisa Fitrah Umara, Popy Irawati, Rugaya M. Pandawa
Andria Praghlapati, Upik Rahmi, Yeni Yulistanti

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Melva Epy Mardiana Manurung., dkk.

Keperawatan Holistik

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv; 136 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-702-9

Cetakan 1, Januari 2023

I. Keperawatan Holistik

II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa

Izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala Puji syukur bagi Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya yang sudah diberikan sehingga kami bias menyelesaikan buku “Keperawatan Holistik” dengan tepat waktu. Tujuan penulisan buku ini untuk membantu para mahasiswa, Dosen untuk mendapat informasi dan pengetahuan tentang keperawatan holistik.

Buku ini juga akan memberikan informasi secara lengkap mengenai materi keperawatan holistik yang berasal dari berbagai sumber terpercaya yang berguna sebagai tambahan wawasan pembaca.

Buku ini terdiri dari sebelas bab :

Bab 1 Konsep Keperawatan Holistik

Bab 2 Proses Keperawatan Dalam Keperawatan Holistik

Bab 3 Dimensi Keperawatan Holistik

Bab 4 Manajemen Holistik

Bab 5 Komunikasi Efektif Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan

Bab 6 Program Self Management Untuk Klien

Bab 7 Aplikasi Prinsip Legal Etik Dalam Terapi Tradisional dan Komplementer-Alternatif

Bab 8 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik

Bab 9 Critical Thinking Dalam Fenomena Keperawatan Holistik

Bab 10 Pengambilan Keputusan Dalam Fenomena

Keperawatan Holistik

Bab 11 Evidence Based Practice Dalam Fenomena

Keperawatan Holistik

Kami sadar bahwa penulisan buku ini bukan merupakan hasil kerja keras kami sendiri, ada banyak pihak yang sudah berjasa dalam membantu kami dalam menyelesaikan buku ini. Maka dari itu kami mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu

memberikan wawasan dan bimbingan kepada kami sebelum maupun ketika menulis buku panduan ini.

Kami juga sadar bahwa buku yang kami buat masih tidak belum bisa dikatakan sempurna. Oleh karena itu, kami meminta dukungan dan masukan dari para pembaca, agar kedepannya kami bisa lebih baik lagi di dalam menulis sebuah buku.

Medan, Januari 2023

Penulis

Daftar Isi

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

Bab 1 Konsep Keperawatan Holistik

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Nilai Utama Keperawatan Holistik	3

Bab 2 Proses Keperawatan Dalam Keperawatan Holistik

2.1 Pendahuluan.....	5
2.2 Proses Keperawatan Holistik.....	7
2.3 Penerapan Proses Keperawatan.....	12

Bab 3 Dimensi Keperawatan Holistik

3.1 Pendahuluan.....	15
3.2 Tujuh Dimensi Keperawatan Holistik	18

Bab 4 Manajemen Holistik

4.1 Pendahuluan.....	25
4.2 Teori Keperawatan Holistik.....	28
4.3 Proses Perawatan Holistik.....	30
4.4 Dimensi Perawatan Holistik	32

Bab 5 Komunikasi Efektif Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan

5.1 Pendahuluan.....	35
5.2 Komunikasi.....	36
5.3 Komunikasi Dalam Pelayanan Keperawatan.....	38
5.3.1 Komunikasi Efektif	38

5.3.2 Keterampilan Komunikasi Efektif Perawat.....	39
5.3.3 Prinsip-Prinsip Komunikasi Efektif	45
Bab 6 Program Self Management Untuk Klien	
6.1 Pendahuluan.....	51
6.2 Program Self-Management.....	53
6.2.1 Program Pendidikan	54
6.2.2 Tahap Self-Management.....	57
6.2.3 Program Self-Management Pada Penyakit Kronis	58
Bab 7 Aplikasi Prinsip Legal Etik Dalam Terapi Tradisional dan Komplementer-Alternatif	
7.1 Pendahuluan.....	63
7.2 Legalitas Terapi Tradisional Dan Komplementer-Alternatif.....	65
7.3 Legalitas Terapi Tradisional dan Komplementer/Alternatif di Indonesia.....	68
7.4 Aplikasi Pelayanan Terapi Komplementer-Alternatif Keperawatan.....	75
Bab 8 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik	
8.1 Pendahuluan.....	77
8.2 Interprofesional Kolaborasi	79
8.2.1 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik Dalam Pendidikan	79
8.2.2 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik Dalam Praktik	82
8.2.3 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik Dalam Penelitian	86
Bab 9 Critical Thinking Dalam Fenomena Keperawatan Holistik	
9.1 Pendahuluan.....	89
9.2 Berpikir Kritis Keperawatan.....	94
9.3 Kontribusi Berpikir Kritis Holistik Terhadap Bidang Keperawatan	98
Bab 10 Pengambilan Keputusan Dalam Fenomena Keperawatan Holistik	
10.1 Pendahuluan.....	101
10.2 Analytic Hierarchy Process	104

**Bab 11 Evidence Based Practice Dalam Fenomena
Keperawatan Holistik**

11.1 Pendahuluan.....	107
11.2 Evidence Based Practice (EBP) Dalam Keperawatan Holistik	109
11.3 Model Konseptual Dalam EBP Pada Keperawatan Holistik.....	110
11.4 Tahapan Evidence Based Practice Pada Keperawatan Holistik	111
11.5 Penerapan EBP Dalam Keperawatan Holistik.....	117
Daftar Pustaka	119
Biodata Penulis	129

x

Keperawatan Holistik

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Pendekatan Keperawatan Holistik.....	3
Gambar 3.1: Tujuh Dimensi Keperawatan Holistik.....	18
Gambar 5.1: Effective Communication Skills for Nurses	40
Gambar 5.2: Ilustrasi Hambatan Dalam Komunikasi Yang Efektif Dalam Praktik Keperawatan.....	49
Gambar 6.1: Model Self-Care Klien Penyakit Kronis	52
Gambar 8.1: Model Menghubungkan Pendidikan Interprofessional dan Praktik Kolaboratif seperti yang disajikan oleh WHO	82
Gambar 10.1: Model Bio-Psiko-Sosial-Spiritual	102
Gambar 10.2: Lima Nilai Inti Yang Diwujudkan Dalam Asosiasi Perawat Holistik Amerika (AHNA) Standar Praktik Keperawatan Holistik.....	102

Daftar Tabel

Tabel 2.1: Intervensi Keperawatan: Terapi Musik	14
Tabel 6.1: Program Self-Management Untuk Klien Dengan Penyakit Kronis	58
Tabel 9.1: Konsep Berpikir Kritis	95
Tabel 11.1: Perbedaan Antara Penelitian, Evidence Based Practice, dan Peningkatan Mutu.....	109

Bab 1

Konsep Keperawatan Holistik

1.1 Pendahuluan

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dan landasan dalam pemberian asuhan keperawatan yang diberikan pada individu, keluarga maupun masyarakat. Falsafah keperawatan memandang individu secara holistik sebagai satu kesatuan yang utuh dan kompleks, yang memiliki dimensi biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual (Asmadi, 2005).

Dimensi yang ada saling berkaitan satu dengan yang lainnya. Kelima dimensi tersebut merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi. Kegagalan pemenuhan salah satu dimensi memengaruhi pemenuhan kebutuhan di keempat dimensi yang lain (Barry, 2002).

Pengertian

Keperawatan holistik adalah pemberian asuhan keperawatan untuk kesejahteraan biopsikososial dan spiritual individu, keluarga dan masyarakat. Keperawatan holistik berasal dari praktik perawatan kesehatan Barat dan tradisional serta pengalaman perawat dan pasien, emosi, keyakinan terhadap kesehatan dan nilai-nilai pasien. Penyembuhan adalah pusat untuk keperawatan holistik dengan mengurangi ketidaknyamanan dan meningkatkan makna kehidupan seumur hidup dan potensi pribadi (Cowling, 2000).

Konsep keperawatan holistik ini juga diperkuat dengan pernyataan WHO yang menyatakan sehat adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial tidak hanya terbebas dari penyakit ataupun kelemahan (Jacob, 2003). Perawatan kesehatan holistik adalah perawatan pasien lengkap atau total, yang mempertimbangkan kebutuhan fisik, emosional, sosial, ekonomi, dan spiritual pada orang tersebut, responsnya terhadap penyakit, dan pengaruh penyakit terhadap kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.

Untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan secara holistik terdapat lima dimensi yang harus diperhatikan:

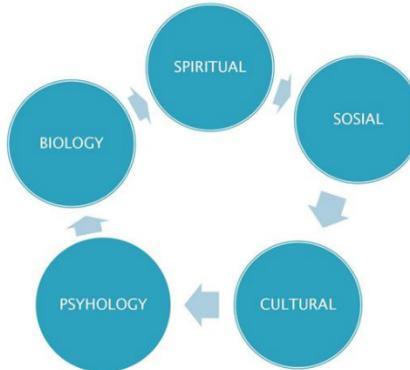
1. Dimensi fisik - Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara umum melakukan kebiasaan hidup positif.
2. Dimensi sosial - Melakukan kegiatan sosial dan mampu berinteraksi dengan orang lain.
3. Dimensi emosional - Mengekspresikan emosi dan mengendalikan stres.
4. Dimensi intelektual - Kemampuan kognitif untuk belajar.
5. Dimensi spiritual - Terkait dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti alam, ilmu, agama atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan, meliputi moral, nilai, dan etik yang dimiliki seseorang (Salbiah, 2006).

Holistik dalam keperawatan memerlukan perubahan cara berpikir dan jenis pelayanan kesehatan yang ada di dalamnya. Di dalam pelayanan pada klinik holistik care didasarkan pada konsep keperawatan holistik yang meyakini bahwa penyakit yang dialami oleh seseorang bukan hanya masalah mencakup fisik tapi mencakup kehidupan jasmani, mental, sosial dan spiritual yang saling mempengaruhi.

Konsep holistik harus dipahami oleh perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien oleh karena itu perawat harus memiliki pengetahuan sehingga dapat menjadi pedoman dalam memfasilitasi proses penyembuhan klien dan salah satu komponen penyembuh (Dossey, 2005).

Perawat holistik akan berperan sebagai role model kesehatan yang mengintegrasikan perawatan diri dalam kehidupan dan dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Untuk dapat memenuhi kebutuhan secara holistik dan

unik diperlukan pendekatan yang komprehensif dan bersifat individual bagi tiap klien yaitu pendekatan biopsikososial dan spiritual (Dossey, 2008). Pendekatan holistik seperti terlihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1.1: Pendekatan Keperawatan Holistik (Dossey, 2008).

1.2 Nilai Utama Keperawatan Holistik

Pendekatan holistik merupakan pendekatan yang menyeluruh, di mana semua pihak dilibatkan dan juga cara penyajiannya menggunakan berbagai cara yang dapat saling menunjang. Karakteristik holistik adalah bisa menghasilkan manusia seutuhnya di kehidupan masyarakat, menghasilkan materi tentang kesatuan hingga kecerdasan intelektual hingga emosi dan tercapainya perkembangan ilmu pengetahuan dan perilaku keterampilan.

Nilai utama perawatan holistik dijabarkan sebagai berikut:

1. Filosofi dan Pendidikan - Menekankan bahwa asuhan yang holistik didasarkan pada suatu kerangka filosofi dan pengetahuan.
2. Holistik Etik, Teori Keperawatan dan Riset - Menekankan bahwa asuhan yang profesional didasarkan pada teori, diinformasikan oleh penelitian dan didasarkan oleh prinsip etik sebagai petunjuk praktik yang kompeten.
3. Holistik Nurse Save Care - Keyakinan bahwa perawat harus terlibat dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan kesadaran

pribadi sehingga perawat dapat melayani orang lain sebagai suatu alat sebagai proses penyembuhan seseorang.

4. Holistic Communication, Therapeutic Environment and Cultural Competency - Menekankan pada perkembangan untuk memanfaatkan pengkajian dan asuhan terapeutik yang mengacu pada pola, masalah dan kebutuhan klien dan suatu lingkungan yang mendukung proses penyembuhan pasien.
5. Holistic caring process - Menekankan pada perkembangan untuk memanfaatkan pengkajian dan asuhan terapeutik yang mengacu pada pola, masalah, dan kebutuhan klien dan suatu lingkungan yang mendukung proses penyembuhan pasien (Hudak & Gallo, 2010).

Bab 2

Proses Keperawatan Dalam Keperawatan Holistik

2.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan suatu pelayanan keperawatan profesional yang diberikan kepada individu dan menjadi suatu bagian dalam memberikan pelayanan kesehatan. Masalah kesehatan di dunia secara global pada saat ini membutuhkan keperawatan holistik, karena adanya berbagai permasalahan kesehatan yang dialami pasien. Beberapa permasalahan tersebut bisa dilihat seperti resisten antibiotik mikroba meningkat, faktor ekonomi, faktor lingkungan, dan faktor sosial yang dapat memengaruhi kesehatan (Siregar, 2022).

Keperawatan holistik pada penyakit kronis di dunia secara global belum dikembangkan. Jika dilihat dari permasalahan kesehatan, keperawatan holistik sangat diperlukan dalam pelayanan yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh pasien yaitu keadaan fisik, psikososial dan spiritual juga perlu ditangani dengan serius.

Keperawatan holistik merupakan suatu teori keperawatan yang dipandang secara komprehensif atau menyeluruh yang terdiri dari *body to body, mind to mind and spirit to spirit* atau bisa diartikan sebagai bio, psiko, sosial, dan

cultural. Keperawatan holistik juga diartikan sebagai suatu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat secara komprehensif atau menyeluruh yang terdiri dari beberapa masalah kesehatan dan memengaruhi persepsi tentang sakit (Dwiyanti et al., 2015).

Secara holistik dalam keperawatan diperlukan adanya suatu perubahan dengan merubah cara dan pola pikir individu tentang jenis-jenis pelayanan kesehatan yang muncul di dalamnya. Karena perubahan itu merupakan suatu proses peralihan dari status tetap dan bersifat dinamis. Artinya dapat menyesuaikan diri dari lingkungan yang ada untuk mencapai kesehatan yang optimal.

Perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara berkualitas sehingga individu akan merasa didukung dan diperhatikan dalam meningkatkan kesehatan. Di samping itu dalam memberikan asuhan keperawatan perlu menerapkan prinsip-prinsip perubahan perawat harus menerapkannya secara bersama-sama, tidak membeda-bedakan, dan harus merawat pasien secara menyeluruh (holistik) (Ema Waliyanti, Wulan Noviana, Syahru Ramdhani, 2016).

Teori dan praktik keperawatan profesional secara global di dunia selalu melihat bahwa pasien sebagai individu secara menyeluruh (holistik). Pandangan secara holistik tersebut mencakup beberapa dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual yang sudah mencakup semua aspek. Apabila salah satu aspek ini terganggu maka akan memengaruhi dimensi lainnya.

Sebagai seorang perawat profesional dalam memberikan asuhan keperawatan diperlukan untuk melihat, memandang pasien tersebut adalah utuh dilihat dari berbagai aspek fisik, emosional, sosial, kultural, dan spiritual guna meningkatkan kebutuhan pasien secara holistik. Dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif perlu mempertimbangkan respons pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan melihat dari respons kemampuan pasien dalam melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan dirinya (Suhartini Ismail., 2018).

Pemenuhan aspek kebutuhan spiritual pada pasien merupakan bagian yang diperlukan dari perawatan secara komprehensif yang mudah dilakukan dalam asuhan keperawatan. Dimulai dari proses keperawatan yang terdiri pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Kebutuhan dan perawatan spiritual ini

sudah terbukti dan membantu dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien baik secara fisiologis, praktis, maupun spiritual (Dwiyanti et al., 2015).

2.2 Proses Keperawatan Holistik

Proses keperawatan holistik merupakan suatu pendekatan keperawatan yang bertujuan untuk memecahkan masalah yang mendukung kemampuan perawat dalam mengatur dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif atau menyeluruh.

Dalam proses keperawatan terdapat beberapa tahap yang dilakukan, lalu tahapan tersebut memiliki sifat yang akan memengaruhi hasil dari proses keperawatan. Penerapan proses keperawatan pada pasien yang membutuhkan perawatan perlu dilakukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan kebutuhan. Asuhan keperawatan merupakan kegiatan praktik keperawatan yang dilakukan secara langsung pada pasien yang dilaksanakan berdasarkan kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan (Siregar, 2021).

Proses keperawatan holistik dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Berikut akan diuraikan proses keperawatan holistik, yaitu:

Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan suatu kegiatan awal dalam proses keperawatan yang termasuk dalam mengumpulkan data, verifikasi data, pengorganisasian data, menguji data yang dikaji, dan melakukan pencatatan atau dokumentasi yang dilakukan oleh perawat profesional.

Pengkajian keperawatan ini akan berhasil jika perawat benar melakukan pengumpulan data yang mendukung untuk melakukan dan membuat intervensi keperawatan. Tindakan keperawatan dan keputusan yang tidak tepat terhadap pasien yang dirawat merupakan akibat dari pengkajian yang tidak lengkap dan data yang dikumpulkan tidak akurat. Ketepatan dan kelengkapan data yang telah dilakukan perawat dalam mengambil keputusan (Hadinata, Dian & Abdillah, 2018).

Pengkajian dapat berpengaruh terhadap proses pengumpulan data dan analisa data yang nantinya digunakan dalam menentukan atau merumuskan diagnosa keperawatan, mengidentifikasi tujuan, merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan guna mengatasi masalah keperawatan yang sudah ditetapkan.

Tujuan dilakukan pengkajian keperawatan adalah untuk mengumpulkan berbagai sumber data yang berisi tentang kesehatan pasien yang terdiri dari fisik, psikososial, respons terhadap emosional, dan mengidentifikasi perilaku pasien terhadap pencegahan dan promosi kesehatan baik terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial. Selain itu tujuan dilakukan pengkajian keperawatan yaitu perawat diharapkan mampu melihat sejauh mana kemampuan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya, dan diharapkan juga bisa membangun hubungan emosional antara pasien dan perawat.

Setelah perawat melakukan pengkajian keperawatan dapat sumber data untuk dapat menentukan diagnosa apa yang akan diangkat dalam merumuskan masalah kesehatan pasien (Ema Waliyanti, Wulan Noviana, Syahru Ramdhani, 2016).

Berikut beberapa tahapan pengkajian keperawatan dalam pelaksanaannya, yaitu pengumpulan data, melakukan verifikasi data, pengorganisasian data, interpretasi data, dan melakukan pendokumentasian hasil pengkajian yang dilakukan (Siregar, 2021).

1. Pengumpulan data

Dalam melakukan pengkajian hal yang perlu dilakukan perawat adalah melakukan pengumpulan data. Data yang dikumpulkan akan dipengaruhi oleh jenis data, sumber data, dan metode dalam pengumpulan data. Hal ini penting karena data yang dikumpulkan merupakan data dalam merumuskan masalah keperawatan dan intervensi keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut.

Ada dua jenis data dalam pengkajian keperawatan, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif merupakan data yang didapatkan berdasarkan pandangan, pendapat, perasaan, dan persepsi dari pasien, sehingga data yang dilakukan ini tidak bisa secara mudah ditambahkan oleh yang melakukan pengkajian. Data objektif

merupakan data yang didapatkan berdasarkan dari observasi, diagnosa medis, hasil pemeriksaan diagnostik, hasil pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium.

Beberapa data dalam pengkajian keperawatan didapatkan berdasarkan data primer dan data sekunder. Sumber data primer bersumber dari pasien itu sendiri yang didapatkan langsung dari pasien tersebut. Sedangkan data sekunder merupakan data yang bersumber dari luar pasien seperti keluarga, tenaga kesehatan, rekam medis, hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium.

2. Verifikasi data

Verifikasi data merupakan suatu cara yang dilakukan untuk melihat dan mengecek kembali apakah data yang sudah didapatkan sudah sesuai dan benar. Penyesuaian data ini dilakukan dari pengumpulan antara data subjektif dan data objektif. Jika data yang ditemukan tidak sesuai maka yang perlu dilakukan kembali proses pengumpulan data guna mendapatkan hasil yang lebih baik.

3. Pengorganisasian data

Dalam proses ini yang perlu dilakukan adalah melakukan pengelompokan data. Setelah perawat melakukan pengumpulan data lalu memverifikasi data, langkah selanjutnya yang perlu dilakukan perawat adalah mengelompokkan data berdasarkan jenis data dan masalah yang terjadi. Pengelompokan data yang dilakukan juga bergantung pada model pengkajian yang digunakan seperti pengkajian pola kesehatan Gordon, pengkajian pola respons manusia (*human response patterns*), pengkajian pola *theory of self care*, dan pengkajian pola model adaptasi Roy.

4. Interpretasi data

Interpretasi data digunakan sebagai bahan dalam mengidentifikasi masalah keperawatan. Data yang telah dikumpulkan langkah selanjutnya dilakukan pengelompokan data sesuai model, dan dilakukan interpretasi data dalam menentukan masalah dan keluhan pasien.

5. Dokumentasi data

Data yang telah dikumpulkan digunakan untuk berbagai informasi mengenai pasien kepada petugas kesehatan lainnya. Dokumentasi yang telah dilakukan terhadap seluruh hasil pengkajian harus dilaksanakan dengan akurat dan spesifik.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan proses penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial yang membutuhkan tindakan dan manajemen keperawatan). Diagnosa keperawatan juga diartikan sebagai penilaian keperawatan yang mengacu pada kondisi perawat berdasarkan pendidikan, pengalaman, dan keahliannya memiliki kewenangan untuk merawat.

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi individu, kelompok atau komunitas dalam merespons proses kesehatan baik masalah kesehatan yang aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan terdiri dari dua atau tiga komponen yaitu masalah (problem), etiologi/faktor terkait (berhubungan dengan), tanda dan gejala (sign and symptoms). Dalam merumuskan diagnosa keperawatan perlu mengidentifikasi masalah dan kemungkinan penyebab masalah itu terjadi.

Beberapa tipe diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan aktual merupakan diagnosa yang ditemukan berdasarkan masalah nyata saat ini. Pada diagnosa keperawatan ini batasan karakteristiknya adalah tanda dan gejala jika dilihat dalam waktu yang sama. Dalam diagnosa keperawatan aktual terdapat tanda gejala minor dan gejala mayor.
2. Diagnosa keperawatan risiko merupakan keputusan klinis yang dicek berdasarkan faktor risiko, dan tidak terdapat tanda dan gejala mayor.
3. Diagnosa keperawatan potensial merupakan diagnosa yang ditemukan berdasarkan kondisi sehat pasien untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi.
4. Diagnosa keperawatan kemungkinan merupakan pernyataan tentang masalah yang diduga akan terjadi, dan masih memerlukan data tambahan.

5. Diagnosa keperawatan sindrom merupakan sekelompok atau kumpulan dari beberapa diagnosa keperawatan secara bersamaan yang memiliki penyebab tunggal (Siregar, 2021).

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan suatu proses dalam melakukan pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu yang akan dilakukan berdasarkan dari semua tindakan keperawatan. Perencanaan keperawatan juga diartikan sebagai tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan keperawatan, dan kemajuan pasien secara spesifik.

Perencanaan keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman dalam menentukan tindakan keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan yaitu untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada pasien atau kelompok, untuk membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya, dan menyediakan suatu kriteria yang digunakan dalam melakukan evaluasi keperawatan (Siregar, 2021).

Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien untuk mencapai suatu tujuan perawatan yang cepat dan akurat. Pedoman implementasi keperawatan yaitu tindakan yang dilakukan secara konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah melihat rencana tersebut. Keterampilan interpersonal juga sebagai intelektual dan teknis yang dilakukan dengan kompeten dan efisien.

Sebagai seorang perawat harus memiliki kompetensi dan mampu melaksanakan keterampilan ini secara efisien yang berguna untuk keberhasilan rencana keperawatan. Pendokumentasian dalam catatan keperawatan terdiri dari deskripsi tindakan yang diimplementasikan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang tidak diimplementasikan juga disertai alasan (Siregar, 2021).

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses mengkaji respons pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji secara menyeluruh asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan juga diartikan sebagai

kegiatan yang secara terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dilakukan.

Penilaian evaluasi keperawatan ini merupakan tahap yang menentukan apakah tujuan keperawatan tercapai. Evaluasi keperawatan ini selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai maka perlu dicari penyebabnya (Siregar, 2021).

2.3 Penerapan Proses Keperawatan

Menurut Ema Waliyanti, Wulan Noviana, dan Syahru Ramdhani (2016) menguraikan contoh penerapan proses keperawatan holistik terhadap tindakan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, pola/pengalaman atau kebutuhan, intervensi keperawatan yaitu:

Pengkajian Keperawatan

Persiapan intervensi terapi musik, perawat perlu melakukan pengkajian keperawatan sebagai parameter dalam melakukan asuhan keperawatan, sebagai berikut:

1. Identifikasi riwayat musik yang disukai pasien dan tipe musik yang disukai dapat dipilih oleh pasien (klasik, pop, country, rock, dangdut, langgam, jazz, blues dll).
2. Identifikasi kemampuan pasien dalam menentukan dan memilih tipe musik yang dapat membuat pasien bahagia, sedih, bersemangat, dan lebuh tenang.
3. Identifikasi kemampuan pasien terkait tipe musik yang tidak disukai atau tipe musik yang membuat pasien tertekan.
4. Identifikasi kesadaran pasien terkait pentingnya musik dalam kehidupan. Apakah musik dimainkan di rumah? Di mobil? Saat bekerja? Untuk relaksasi? Untuk mencari kesenangan? Dilema waktu stres?
5. Identifikasi frekuensi pasien mendengarkan musik (per hari atau per minggu).
6. Identifikasi kesukaan pasien dalam mendengarkan musik (melalui radio, kaset, cd, audio, dan platform musik).

7. Identifikasi partisipasi pasien dalam melakukan teknik relaksasi sebelumnya yang dapat dikombinasikan dengan musik (berapa lama? dan berapa sering?).
8. Identifikasi penggunaan tipe musik untuk tujuan relaksasi: jika tidak perlu tanyakan pada pasien tentang deskripsi respons tubuh dan pikirannya yang dapat membangkitkan semangat dalam mendengarkan musik.
9. Identifikasi daya tilik diri pasien dalam menggunakan musik untuk menghasilkan perubahan respons psikologis tubuh.
10. Identifikasi *mood* pasien dalam menentukan tipe musik yang akan dipilih dan tujuan yang akan dicapai dalam sesi tersebut.

Pola/Pengalaman/Kebutuhan

Pola/pengalaman/kebutuhan akan intervensi terapi musik yang sesuai dengan 13 domain dalam taksonomi II antara lain:

1. social isolation;
2. loneliness;
3. spiritual distress;
4. ineffective individual coping;
5. impaired adjustment;
6. noncompliance;
7. sleep pattern disturbance;
8. sleep deprivation;
9. fatigue;
10. adult failure to thrive;
11. disorganized infant behavior;
12. body image disturbance;
13. self esteem disturbance;
14. hopelessness;
15. powerlessness;
16. confusion;
17. altered thought process;
18. pain;
19. nausea;
20. chronic sorrow;

21. risk of violence;
22. post trauma syndrome;
23. anxiety;
24. death anxiety;
25. fear.

Panduan untuk outcome/hasil pada intervensi keperawatan terapi musik sebagai berikut:

Tabel 2.1: Intervensi Keperawatan: Terapi Musik

Outcome/Hasil	Intervensi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Pasien akan memilih jenis musik yang disukai dan akan berpartisipasi dalam sesi terapi musik untuk mencapai respons yang tenang dan dapat mempercepat penyembuhan.	<ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan berbagai jenis pilihan tipe musik dalam memfasilitasi musik yang akan dipilih. • Ajarkan pasien dalam melakukan sesi latihan terapi musik dan bantu pasien untuk mendengarkan musik satu atau dua kali sehari. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien memilih musik untuk didengarkan dan melaporkan perasaan senang dengan musik yang didengar.
Pasien akan menunjukkan hasil respons positif secara fisiologis dalam sesi terapi musik, seperti: <ul style="list-style-type: none"> • Menurunkan frekuensi pernapasan • Menurunkan denyut jantung • Menurunkan tekanan darah • Menurunkan ketegangan otot 	<ul style="list-style-type: none"> Kaji respons fisiologis pasien terhadap terapi musik sebelum dan setelah dilakukan, lakukan evaluasi: <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi pernapasan dalam batas normal • Denyut jantung • Tekanan darah • Ketegangan otot • Level kelelahan 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien menunjukkan: • Menurunkan frekuensi pernapasan • Menurunkan denyut jantung • Menurunkan tekanan darah • Menurunkan ketegangan otot • Menurunkan kelelahan
Pasien akan mendemonstrasikan respons fisiologis tubuh untuk terapi musik, seperti: <ul style="list-style-type: none"> • Respons emosi positif dan perasaan lebih tenang • Menurunkan kelelahan dan agitasi • Menurunkan kecemasan/depresi • Meningkatkan motivasi • Meningkatkan energi positif • Menurunkan isolasi 	<ul style="list-style-type: none"> Kaji respons fisiologis pasien terhadap terapi musik sebelum dan setelah sesi selesai dilakukan, lakukan evaluasi: <ul style="list-style-type: none"> • Emosi dan level relaksasi • Level kelelahan dan agitasi • Level kecemasan/depresi • Level motivasi • Tipe pengalaman imagery • Level isolasi sosial 	<ul style="list-style-type: none"> Respons pasien menunjukkan secara verbal: • Emosi positif dan perasaan tenang yang berlebih • Penurunan kelelahan dan agitasi • Penurunan level kecemasan/depresi • Peningkatan motivasi untuk menjalani tugas harian dalam kehidupan • Peningkatan positif imagery • Penurunan perasaan isolasi sosial.

Bab 3

Dimensi Keperawatan Holistik

3.1 Pendahuluan

Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik yang meliputi biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural. Hal tersebut menjadi prinsip dalam ilmu keperawatan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien harus memperhatikan semua aspek tersebut. Klien yang dirawat di rumah sakit harus mendapat perhatian penuh, perhatian bukan hanya pada aspek biologis semata, tetapi juga aspek-aspek yang lain juga harus mendapat perhatian dengan serius.

Perawatan holistik adalah konsep kompleks yang menentang definisi yang tepat (Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S, 2007). Perawatan holistik memberikan pemahaman mendalam tentang pasien dan berbagai kebutuhan mereka akan perawatan dan memiliki konsekuensi penting dalam sistem perawatan kesehatan dan telah disebut sebagai jantung dari ilmu keperawatan (Filej B, Kaucic BM, 2013).

Perawatan holistik dapat berkontribusi pada kepuasan pasien dengan perawatan kesehatan dan membantu mereka untuk menerima dan memikul tanggung jawab diri (Selimen D, Andsoy II, 2011). Ini juga akan menghasilkan pemahaman yang lebih baik tentang efek penyakit pada respons

pasien dan kebutuhan mereka yang sebenarnya (Thompson EA, Quinn T, Paterson C, Cooke H, McQuigan D, Butters G, 2008).

Selama sakit, kebutuhan psikologis, sosial dan budaya yang kompleks mengganggu keseimbangan pasien (Selimen D, Andsoy II, 2011) dan berdampak buruk pada kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Newshan G, 2004). Perawatan holistik, dengan menangani kebutuhan fisik, emosional, sosial dan spiritual pasien, mengembalikan keseimbangan mereka dan memungkinkan mereka untuk menangani penyakit mereka, akibatnya meningkatkan kehidupan mereka (Tjale AA, Bruce J, 2007).

Industri pelayanan kesehatan sedang mengalami perubahan luas yang didorong oleh efek Covid-19, menyebabkan meningkatnya kebutuhan akan layanan kesehatan yang holistik. Selain tantangan akibat Covid-19, penyakit kronis adalah penyebab utama kematian dan kecacatan di banyak negara di dunia yang menyebabkan meningkatnya biaya perawatan kesehatan setiap tahun, hal ini juga memerlukan layanan kesehatan holistik.

Perawatan holistik dalam keperawatan adalah penting karena mampu meningkatkan kualitas perawatan untuk semua individu. Penyedia layanan kesehatan dan para peneliti telah belajar dari aplikasi historis pelayanan kesehatan dan mengembangkan berbagai model komprehensif untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan populasi.

Florence Nightingale telah memperkenalkan aspek holistik pada keperawatan. Dia percaya bahwa lingkungan pasien memiliki efek pada kesehatan pasien. Oleh karena itu, perawat harus menyadari bahwa seorang pasien lebih dari sekadar penyakit mereka.

American Nurses Association (ANA) mendirikan keperawatan holistik sebagai spesialisasi pada tahun 2007. Keperawatan holistik adalah pendekatan komprehensif untuk perawatan pasien. Menurut *American Holistic Nurses Association* (AHNA), keperawatan holistik adalah praktik "menyembuhkan seluruh orang." Ini berarti bahwa perawat harus mempertimbangkan tubuh, pikiran, jiwa, budaya, latar belakang sosial ekonomi dan lingkungan pasien ketika memberikan perawatan. AHNA mendukung pendekatan holistik untuk semua praktik keperawatan (Northeastern State University, 2017).

Dalam keperawatan holistik, perawat membina hubungan dengan pasien mereka untuk mempromosikan penyembuhan dan kesehatan. Keperawatan holistik didasarkan pada prinsip bahwa aspek biologis, sosial, psikologis dan spiritual pasien saling berhubungan. Aspek-aspek ini cocok bersama untuk

membentuk orang yang unik. Dengan demikian, keperawatan holistik berfokus pada perawatan individu dengan memahami beragam kebutuhan setiap pasien (Northeastern State University, 2017).

Seorang perawat holistik memiliki tanggung jawab untuk menerapkan prinsip-prinsip keperawatan holistik kepada pasien dalam praktik mereka. Seorang perawat holistik dapat memberikan layanan pelayanan kesehatan yang sama dengan perawat tradisional, tetapi mereka berbeda dalam metode pemberian pelayanan mereka.

Perawat holistik memberikan perawatan dengan cara-cara berikut:

1. Welas asih - Perawat holistik penuh perhatian, hadir, dan penuh kasih sayang terhadap pasien.
2. Komprehensif - Perawat holistik mengakui pikiran, tubuh dan jiwa dengan merawat seluruh aspek pasien daripada mengobati satu gejala.
3. Rasa ingin tahu - Perawat holistik percaya bahwa berbagai faktor memengaruhi kesehatan, dari pengaruh lingkungan hingga pilihan makanan. Akibatnya, mereka mengajukan pertanyaan kepada pasien mereka tentang gaya hidup mereka secara keseluruhan.

Meskipun banyak pasien menghadapi kebutuhan fisik yang signifikan, pikiran dan jiwa mereka mungkin juga sakit. Tiga aspek penting yang membentuk individu yaitu fisik, mental, dan spiritual. Untuk memberikan perawatan holistik yang optimal, perawat secara kritis harus mempertimbangkan masing-masing dari ketiga aspek ini.

Dengan bertambahnya studi tentang keperawatan holistik, maka dimensi atau aspek keperawatan holistik tidak hanya meliputi dimensi fisik, mental, dan spiritual, dimensi penting lain telah ditambahkan.

Untuk mencapai potensi maksimal, perawat harus merawat pasien secara utuh di beberapa dimensi kesehatan holistik seperti kesehatan fisik, emosional, sosial, spiritual, lingkungan, kerja dan intelektual. Peneliti lain menambahkan dimensi keuangan sebagai salah satu dimensi penting dalam kesehatan atau kesejahteraan holistik. Perawat harus terus meningkatkan kesadaran diri untuk mengenali kekuatan, kelemahan, dan peluang untuk memperbaiki mutu kehidupan pasien. Perawat harus berusaha untuk mengganti kebiasaan negatif

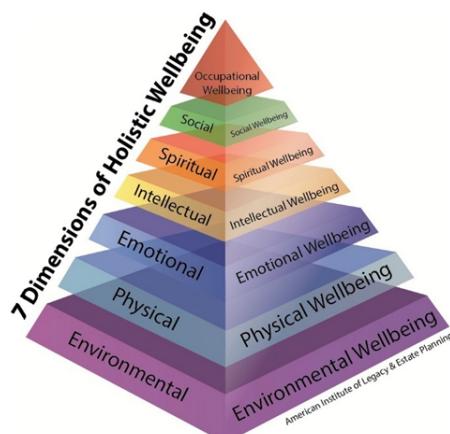
pasien dengan kebiasaan yang akan bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraannya.

"Dengan sekitar 40 persen dari perilaku sehari-hari individu yang diulang dalam bentuk kebiasaan, mereka membentuk keberadaan individu, dan pada akhirnya, masa depannya," menurut sebuah studi tentang dimensi kesehatan. "Untuk lebih baik atau lebih buruk, kebiasaan sangat memengaruhi kesehatan, kesejahteraan, dan kualitas hidup."

Perawat hendaknya berusaha menjelaskan kepada pasien tentang dimensi kesehatan holistik sehingga pasien dapat hidup secara otentik di masing-masing dimensi kesehatan holistik ini. Pasien dapat menjadi individu yang lebih baik.

3.2 Tujuh Dimensi Keperawatan Holistik

Kesejahteraan holistik adalah inti dari keperawatan holistik. Kesejahteraan holistik inilah yang harus diperhatikan oleh perawat holistik. Perawat memiliki tanggung jawab untuk menerapkan perawatan holistik kepada pasien dalam praktik keperawatan. Kesejahteraan holistik dipandang memiliki tujuh dimensi yaitu dimensi kesejahteraan lingkungan, kesejahteraan fisik, kesejahteraan emosional, kesejahteraan intelektual, kesejahteraan spiritual, kesejahteraan sosial, dan kesejahteraan kerja (Don West, Jr, 2018).



Gambar 3.1: Tujuh Dimensi Keperawatan Holistik (Don West, Jr, 2018)

Setiap dimensi berkontribusi pada rasa kesejahteraan atau kualitas hidup individu dan masing-masing memengaruhi dan tumpang tindih dengan yang lain. Terkadang satu dimensi mungkin lebih menonjol daripada yang lain, tetapi pengabaian satu dimensi untuk jangka waktu yang lama mungkin memiliki efek buruk pada kesehatan secara keseluruhan dan sering kali merupakan penyebab "penyakit."

Dimensi Kesejahteraan Lingkungan

Banyak orang fokus pada skala lingkungan yang lebih besar ketika membahas dimensi khusus ini yang berfokus pada udara, lautan, dan upaya konservasi yang lebih bersih. Tiap individu dapat memikirkan dan mendefinisikannya dalam arti yang jauh lebih pribadi. Individu dapat mendefinisikan lingkungan sebagai tempat di mana individu menghabiskan waktunya. Ini memang termasuk lautan dan alam bebas yang luar biasa, tetapi lebih langsung individu dapat melihatnya sebagai kamar tidur, rumah, kantor, mobil, dll. Ini adalah lingkungan pribadi individu.

Dimensi ini membahas tentang kemampuan untuk mengenali dan menangani tanggung jawab kita sendiri atas kualitas udara, air, dan tanah di sekitar kita – kemampuan untuk membuat dampak positif pada kualitas lingkungan kita, baik itu rumah kita, komunitas kita, atau planet kita.

Kesejahteraan lingkungan adalah kesadaran akan keadaan keseimbangan yang tidak stabil di rumah dan komunitas individu serta di seluruh bumi dan dampak dari kebiasaan sehari-hari individu terhadap lingkungan fisik. Ini terdiri dari mempertahankan cara hidup yang memaksimalkan keharmonisan di dalam rumah dan di seluruh bumi dan meminimalkan kerusakan lingkungan. Termasuk terlibat dalam kegiatan yang bertanggung jawab secara sosial untuk melindungi lingkungan. Ini dimulai akan membersihkan dan mengatur tempat tinggal pribadi individu.

Kiat dan saran untuk kesejahteraan lingkungan yang optimal:

1. jelajahi prinsip-prinsip untuk kesejahteraan lingkungan, rumah dan/atau kantor;
2. bersihkan dan atur tempat individu menghabiskan sebagian besar waktu;
3. menghentikan email sampah;
4. menghemat air dan sumber daya lainnya;

5. minimalkan penggunaan bahan kimia;
6. mengurangi, menggunakan kembali, mendaur ulang;
7. perbarui hubungan dengan bumi.

Dimensi Kesejahteraan Fisik

Kesejahteraan fisik mencakup kemampuan untuk mempertahankan hidup sehat yang memungkinkan kita untuk melewati kegiatan sehari-hari kita tanpa kelelahan yang tidak semestinya atau stres fisik dan termasuk berbagai perilaku sehat seperti olahraga yang memadai, nutrisi yang tepat dan menjauhkan diri dari kebiasaan berbahaya seperti penggunaan narkoba dan penyalahgunaan alkohol.

Ini berarti mempelajari dan mengidentifikasi gejala penyakit, melakukan pemeriksaan kesehatan secara teratur, dan melindungi diri dari cedera dan bahaya. Mengembangkan kebiasaan sehat setiap hari, yang dapat menambah tahun dalam hidup dan akan meningkatkan kesejahteraan dan kualitas tahun-tahun itu.

Kiat untuk kesejahteraan fisik yang optimal:

1. berolahraga setiap hari;
2. istirahat yang cukup;
3. gunakan sabuk pengaman, helm, dan peralatan pelindung lainnya;
4. belajar mengenali tanda-tanda awal penyakit;
5. makan berbagai makanan sehat;
6. kontrol porsi makan;
7. berhenti merokok dan lindungi diri dari asap rokok bekas;
8. gunakan alkohol dalam jumlah sedang, atau tidak sama sekali.

Dimensi Kesejahteraan Emosional

Kesejahteraan emosional adalah keadaan dinamis yang sering berfluktiasi dengan enam dimensi kesehatan yang lain. Menjadi baik secara emosional biasanya didefinisikan sebagai memiliki kemampuan untuk memahami diri kita sendiri dengan kesadaran diri yang lebih besar, dan dengan demikian lebih baik mengatasi tantangan yang dapat dibawa oleh kehidupan, mampu untuk merasakan dan mengekspresikan emosi manusia seperti kebahagiaan, kesedihan, dan kemarahan.

Individu dapat menemukan kesejahteraan dalam dimensi ini lebih dapat dicapai ketika individu menyadari bahwa mereka adalah pengamat pikiran, perasaan, dan emosi mereka sendiri.

Memiliki kesadaran bahwa diri individu bukanlah hal-hal ini dan terpisah akan dapat meningkatkan kesejahteraan. Itu berarti memiliki kemampuan untuk mencintai dan dicintai dan mencapai rasa kepuasan dalam hidup. Kesejahteraan emosional mencakup optimisme, harga diri, penerimaan diri, dan kemampuan untuk berbagi perasaan.

Kiat untuk kesejahteraan emosional yang optimal:

1. sesuaikan dengan pikiran dan perasaan;
2. tanamkan sikap optimis;
3. mencari dan memberikan dukungan;
4. pelajari keterampilan manajemen waktu;
5. praktik teknik manajemen stres;
6. terima dan maafkan diri sendiri.

Dimensi Kesejahteraan Intelektual

Kesejahteraan intelektual adalah kemampuan untuk membuka pikiran kepada ide-ide baru dan pengalaman-pengalaman baru. Termasuk dalam hal ini adalah keinginan untuk belajar konsep-konsep baru, memperbaiki keterampilan baru, dan mencari tantangan dalam mengejar pembelajaran seumur hidup yang dapat memperbaiki kesejahteraan intelektual.

Dimensi intelektual mendorong kegiatan mental yang kreatif dan merangsang. Pikiran individu perlu terus-menerus diilhami dan dijalankan sama seperti tubuh. Orang yang memiliki tingkat kesehatan intelektual yang tinggi memiliki pikiran yang aktif dan terus belajar. Orang yang baik secara intelektual menggunakan sumber daya yang tersedia untuk memperluas pengetahuannya dan meningkatkan keterampilan. Tetap *up to date* pada peristiwa terkini dan berpartisipasi dalam kegiatan yang membangkitkan pikiran kita juga penting.

Kiat dan saran untuk kesejahteraan intelektual yang optimal meliputi:

1. ikuti kursus atau lokakarya pendidikan berkelanjutan;
2. belajar (atau menyempurnakan) bahasa asing;
3. carilah orang-orang yang menantang diri secara intelektual;
4. baca, baca, baca;

5. belajar menghargai seni dalam segala bentuknya.

Dimensi Kesejahteraan Spiritual

Kesejahteraan rohani melibatkan memiliki seperangkat keyakinan, prinsip, atau nilai-nilai yang membimbing yang membantu memberikan arahan bagi kehidupan seseorang. Ini mencakup tingkat iman, harapan, dan komitmen yang tinggi terhadap kepercayaan individu yang memberikan rasa makna dan tujuan. Ini adalah kesediaan untuk mencari makna dan tujuan dalam keberadaan manusia, untuk mempertanyakan segala sesuatu dan untuk menghargai hal-hal yang tidak dapat dengan mudah dijelaskan atau dipahami.

Orang yang baik secara spiritual mencari keselarasan antara apa yang ada di dalam maupun kekuatan di luar. Tetapi yang paling penting, perawat harus menyadari bahwa perawatan spiritual dimulai dengan diri sendiri. Spiritualitas adalah salah satu bidang perawatan pasien yang, ketika ditangani, dapat menuai manfaat positif bagi klien dan penyedia layanan kesehatan.

Spiritualitas memiliki konsep dasar yang luas dengan banyak sudut pandang. Pencarian identitas biasanya melibatkan nilai-nilai spiritualitas dalam arti luas. Secara subyektif, spiritualitas sangat sulit untuk didefinisikan. Spiritualitas adalah pengalaman pribadi setiap manusia yang secara tidak langsung membantai kita semua. Pengalaman spiritual digambarkan sebagai sesuatu yang sakral dan transenden yang memiliki esensi yang mendalam. Budaya, latar belakang etnis, agama, tingkat pendidikan, dan pengalaman klinis adalah faktor yang membentuk spiritualitas individu (Sinaga, R., Muntu, D., Simbolon, S., Susanty, S, 2021).

Persepsi perawat tentang spiritualitas dan perawatan spiritual sangat memengaruhi kemampuan mereka untuk memberikan perawatan spiritual, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan berkualitas yang konsisten.

Dengan demikian, keberadaan perawatan spiritual adalah kegiatan dan prosedur yang digunakan sebagai peningkatan kesejahteraan spiritual pasien. Hal ini dilakukan secara konstruktif hubungan perawatan profesional antara perawat dan pasien, strategi membangun hubungan profesional ini dilakukan dengan membangun hubungan interpersonal antara perawat dan pasien (Sinaga, R., Muntu, D., Simbolon, S., Susanty, S, 2021).

Kiat dan saran untuk kesejahteraan spiritual yang optimal:

1. jelajahi inti spiritual diri;
2. habiskan waktu sendirian/bermeditasi secara teratur;
3. jadilah ingin tahu dan ingin tahu;
4. hadir sepenuhnya dalam segala hal yang dilakukan;
5. dengarkan dengan hati dan jalani asas-asas diri;
6. biarkan diri dan orang-orang di sekitar memiliki kebebasan untuk menjadi diri mereka sendiri;
7. lihat peluang untuk pertumbuhan dalam tantangan yang diberikan kehidupan kepada diri.

Dimensi Kesejahteraan Sosial

Kesejahteraan sosial mengacu pada kemampuan kita untuk berinteraksi dengan sukses dengan komunitas global dan untuk memenuhi harapan dan tuntutan peran pribadi individu. Ini berarti mempelajari keterampilan komunikasi yang baik, mengembangkan keintiman dengan orang lain, dan menciptakan jaringan dukungan teman dan anggota keluarga.

Kesehatan sosial termasuk menunjukkan rasa hormat kepada orang lain dan diri sendiri. Ketika melihat orang-orang yang berinteraksi dengan kita sebagai cermin dari diri kita sendiri, kita memiliki kesempatan untuk tumbuh dan mengembangkan pemahaman yang lebih dalam melalui apa yang kita lihat. Berkontribusi pada komunitas di sekeliling dan dunia, akan membangun rasa memiliki.

Kiat dan saran untuk kesejahteraan sosial yang optimal meliputi:

1. kembangkan hubungan yang sehat;
2. terlibat;
3. berkontribusi pada komunitas;
4. bagikan bakat dan keterampilan;
5. komunikasikan pikiran, perasaan, dan ide.

Dimensi Kesejahteraan Kerja

Kesejahteraan kerja adalah kemampuan untuk mencari pekerjaan yang bermakna dan beberapa pemenuhan pribadi dari pekerjaan kita atau bidang karir yang dipilih individu, sambil tetap menjaga keseimbangan dalam hidup

individu. Keinginan individu untuk berkontribusi melalui kariernya, untuk membuat dampak positif pada organisasi tempat di mana individu bekerja dan kepada masyarakat secara keseluruhan, mengarah pada rasa pekerjaan yang bermakna.

Kesejahteraan kerja melibatkan mempersiapkan dan memanfaatkan talenta keterampilan, dan bakat untuk mendapatkan tujuan, kebahagiaan, dan pengayaan dalam hidup. Perawat dapat menginstruksikan individu untuk berusaha menemukan kebahagiaan, hal yang membawa kita sukacita, dan kemudian berusaha menemukan cara untuk menghasilkan uang atau menghasilkan uang apa pun yang memberi individu mengalami sukacita.

Pengembangan kepuasan dan kesejahteraan kerja terkait dengan sikap individu tentang pekerjaannya. Mencapai kesejahteraan kerja yang optimal memungkinkan individu untuk mempertahankan sikap positif dan mengalami kepuasan / kesenangan dalam pekerjaan. Kesejahteraan kerja berarti berhasil mengintegrasikan komitmen terhadap pekerjaan ke dalam gaya hidup total yang memuaskan dan bermanfaat.

Kiat dan saran untuk kesejahteraan kerja yang optimal meliputi:

1. tanyakan pada diri apakah anda akan melakukan sesuatu tanpa Batasan;
2. pertimbangkan apa yang telah dipersiapkan oleh perjalanan hidup untuk itu adalah unik;
3. ciptakan visi untuk masa depan;
4. pilih karier yang sesuai dengan kepribadian, minat, dan bakat anda;
5. terbuka untuk berubah dan belajar keterampilan baru.

Sekarang setelah individu meninjau ketujuh dimensi kesejahteraan holistik, apakah hal pertama yang terlintas dalam pikiran? Apa yang akan individu lakukan secara berbeda dalam hidup untuk mencapai lebih banyak keseimbangan dan kesejahteraan? Apakah individu memiliki pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana segala sesuatu di seluruh dunia ini berdampak pada kesejahteraan holistik individu?

Bab 4

Manajemen Holistik

4.1 Pendahuluan

Kemajuan bidang kesehatan dalam proses pemulihan dari penyakit mulai mendapat perhatian khusus karena kepercayaan bahwa tanda dan gejala penyakit seseorang mencerminkan keseimbangan biopsikososial individu itu sendiri (Dossey, Keegan and Guzzetta, 2013).

Nilai perawatan tradisional kini mulai ditonjolkan pada dimensi yang lebih luas dan terintegrasi secara holistik. Pendekatan holistik mengacu pada manifestasi fisik dan mental dari penyakit, karena manusia tidak hanya melihat proses penyembuhan fisik, tetapi juga secara psikologis. Oleh karena itu, perawatan holistik dapat dianggap perawatan yang berfokus pada kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Papathanasiou, 2013).

Pengobatan holistik bukanlah pendekatan medis, melainkan pendekatan kesehatan yang berada di bawah payung keperawatan. Pendekatan holistik melihat manusia sebagai satu kesatuan, karena setiap manusia terdiri dari tubuh, pikiran dan jiwa dan merupakan satu kesatuan yang tak terpisahkan, juga tidak dapat dianggap sebagai bagian yang terpisah satu sama lain. Perubahan dalam segala aspek kehidupan seseorang juga akan membawa perubahan dan kualitas seseorang.

Perawatan holistik adalah penyediaan perawatan untuk pasien Individu, keluarga dan biopsikososial dan kesehatan mental terdaftar. Perawatan holistik berasal dari praktik perawatan kesehatan Barat dan tradisional serta pengalaman perawat dan pasien, emosi, Percaya pada kesehatan dan nilai-nilai pasien. Konsep pengobatan Ini adalah pusat perawatan holistik, pengurangan penyembuhan secara keseluruhan ketidaknyamanan dan meningkatkan makna hidup dan potensi pribadi (Cowling, 2000).

Keperawatan dengan pendekatan holistik memiliki beberapa prinsip dalam pelaksanaannya yaitu: perawat menstimulasi setiap individu untuk dapat meningkatkan pengetahuannya dan keterampilan individu sebagai upaya dalam memperbaiki dan mengubah perilaku dan lingkungan sekitarnya kearah yang lebih baik. Hal ini ditekankan agar seseorang dapat bertahap dan secara alami menjalankan hidup sehat serta mampu bertanggung jawab pada status kesehatan utamanya pada proses pemulihan.

Fokus utama dari upaya pemulihan pada prinsip holistik ini adalah individu merupakan pengambil keputusan dari segala hal yang terjadi pada dirinya. Dengan begini maka akan terjalin hubungan yang profesional antara perawat dan pasien. Interaksi yang muncul pada proses pemulihan suatu Kerja sama dalam timbal balik yang baik antara perawat dan pasien (McEvoy and Duffy, 2008).

Ciri dari pelaksanaan holistik digaungkan sebagai asuhan yang harus dilaksanakan secara menyeluruh, pengkajian secara global tanpa melihat latar belakang pasien, karena semua pasien berhak mendapatkan perawatan yang layak dalam layanan kesehatan.

Bila ditinjau lebih lanjut proses perawatan pada pasien dengan kondisi kronis selain berlangsung lama juga tidak menentu dapat pula dipengaruhi oleh motivasi intrinsik dan ekstrinsik dalam menjalani proses rehabilitasi sehingga kajian holistik dalam sudut pandang budaya dan spiritual sangat diperlukan agar pasien tidak mengalami kejemuhan ataupun penurunan kualitas hidup karena harus menjalani pengobatan pada jangka waktu yang panjang (Alfons, Endojowatiningsih and Rohi, 2020).

Dukungan perawatan yang bersifat holistik yakni secara utuh dan melibatkan orang terdekat pasien menjadi salah satu strategi yang dapat digunakan untuk menghindari perburukan kondisi dan situasi yang dialami oleh pasien. Menstimulus pasien agar tetap semangat dalam menjalani proses pengobatan agar dapat mencapai pemulihan yang optimal serta mampu melaksanakan

manajemen diri yang baik untuk mengelola sakit yang diderita (Zulfitri et al., 2017).

Peran perawat dalam pelayanan keperawatan holistik tidak hanya mengutamakan aspek biologis tetapi juga harus mampu melibatkan aspek psikologis, sosial, kultural, serta spiritual. Perawat dituntut untuk siap menemani dan mengobservasi perkembangan kesehatan yang dialami oleh pasien dan mampu menyikapi segala kemungkinan yang terjadi pada pasien dalam proses pengobatan.

Proses inilah kompetensi seorang perawat diuji, jika perawat tersebut terdidik secara profesional maka akan dapat menuntaskan asuhan keperawatan secara komprehensif. Menyadari bahwa dalam perawatan pasien tidak hanya memberikan asuhan dari sisi perawat tetapi bisa melibatkan pasien untuk mengambil keputusan dalam pengobatan yang dijalannya sebagai hak otonomi pasien itu sendiri. Permasalahannya saat ini belum semua perawat Indonesia mampu melaksanakan sistem perawatan secara holistik ataupun melakukan pengkajian secara global dari berbagai aspek yang terkait dengan kebutuhan pasien secara holistik (Dewi and Puspawati, 2022)

Prinsip sehat dan sakit yang dipegang selama ini lebih menonjolkan pemulihan fisik saja, tanpa disadari kebutuhan psikologis juga sangat penting, bahkan dari beberapa penelitian yang ada kondisi psikologis dapat menstimulasi terjadinya keluhan fisik pasien.

Selain itu kondisi psikologis yang buruk akan menghambat pemulihan dari pasien itu sendiri sehingga berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien. Pentingnya manajemen holistik dalam pemberian pelayanan keperawatan holistik yang merupakan bentuk pelayanan keperawatan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual dalam rangka meningkatkan kesehatan pasien.

4.2 Teori Keperawatan Holistik

Pemberian asuhan keperawatan holistik dilandasi oleh beberapa teori, di mana masing-masing teori berfokus pada aspek yang spesifik dari hubungan antara manusia dengan dunia luar serta dalam perawatnya. Adapun beberapa teori tersebut antara lain (Alligood, 2017):

Model Adaptasi

Berdasarkan pandangan Callista Roy manusia merupakan makhluk biopsikososial yang menjalani interaksi konstan dengan lingkungan yang selalu berubah. Kondisi yang dinamis ini menempatkan individu untuk senantiasa siap berinteraksi menggunakan mekanisme biologis, psikologis dan sosial. Roy mengedepankan proses adaptasi sebagai kunci reaksi positif seseorang terhadap perubahan lingkungan. Tingkat adaptasi seseorang, akan memengaruhi suatu reaksi, indikasi rentang stimulus, yang mengganggu keseimbangan serta adanya kebutuhan adaptasi baru.

Menurut Model Roy, perilaku manusia mewakili adaptasi terhadap kekuatan lingkungan dan organik. Secara keseluruhan resultan dari reaksi individu mewakili bagian akhir dari organisme. Menurut Roy, tujuan keperawatan adalah untuk membantu orang tersebut saat dia beradaptasi dengan perubahan yang terjadi, utamanya kebutuhan biologis dan persepsi dirinya.

Hal tersebut dapat dicapai melalui enam langkah proses keperawatan yakni: pengkajian perilaku, pengkajian stimulus, diagnosis keperawatan, penetapan tujuan, intervensi, dan evaluasi. Intervensi keperawatan berfokus pada pengelolaan stimulus lingkungan dengan mengubah, meningkatkan, menurunkan, memindahkan, atau mempertahankan stimulus lingkungan tersebut.

Theories Based on Integrative Process

Perawatan secara berkelompok dan pendekatan disiplin interdisipliner diberikan, tidak serta merta dapat dilaksanakan dalam asuhan keperawatan. Bahkan dari beberapa abad pasien diperlakukan sebagai objek yang berbeda dari pandangan seorang dokter dan dari pandangan seorang perawat.

Sebagian besar tenaga profesional kesehatan dianggap bekerja tanpa berkomunikasi antara tenaga kesehatan yang satu dengan yang lainnya, sehingga mereka fokus terhadap jalur profesinya masing-masing tanpa memperhatikan kebutuhan pasien yang sesungguhnya. Sehingga diharapkan

ada proses integratif tenaga kesehatan yang satu dengan yang lainnya sebagai upaya pemberian perawatan optimal dengan mengedepankan kebutuhan pasien.

Intersistem Model

Intersistem model menjadikan suatu teori keperawatan yang didasarkan pada proses interaktif. Adapun kajian teori ini berfokus pada filsafat humanistik. Berdasarkan hal tersebut, ditekankan bahwa setiap orang adalah makhluk seragam yang memiliki energi positif maupun negatif dari semesta. Pernyataan bahwa manusia sebagai makhluk holistik, yang berinteraksi dan beradaptasi dengan situasi yang dia hadapi merupakan gambaran dari mekanisme teori ini.

Manusia juga dinyatakan penting untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. Sehingga, kesehatan menjadi konteks yang terus berkembang demi memperoleh kesejahteraan setinggi-tingginya, utamanya pada kondisi pasien kronis dapat menjalani kehidupan dengan puas walaupun tidak terlepas dari kondisi mereka.

Parse's Theory (Human Becoming)

Menurut Parse (2012), manusia dipandang sebagai makhluk dari kehendaknya sendiri, yang secara aktif berpartisipasi di dalam dunia. Manusia juga secara utuh dan terbuka bebas untuk memilih caranya berproses dalam kehidupan. Parse memiliki pandangan kompleks tentang kesehatan, Parse memiliki pandangan kompleks tentang kesehatan, karena menganggap bahwa status kesehatan adalah cerminan bagaimana seseorang menjalani hidupnya di dunia.

Proses keperawatan dalam teori ini diyakini dapat membimbing individu untuk menemukan cara baru dalam menjalani hidup, salah satunya memilih cara untuk menjaga kesehatan pribadinya dan untuk menjalani kehidupan sehari-harinya. Perawatan holistik dalam hal ini diyakini sebagai perawatan akhir dari keseluruhan faktor yang terkait dengan kondisi pasien, lingkungan, perawat, dan tujuan kesehatan yang saling berhubungan, dan berfokus pada perawatan.

Health Care System

Neuman menjelaskan bahwa keperawatan bertumpu pada sistem perawatan kesehatan, di mana seseorang diperlukan sebagai suatu kesatuan sistem yang berkaitan antara yang satu dengan yang lainnya. Setiap individu memiliki stresor tersendiri, tetapi juga memiliki resistensi dan fleksibel yang membantu mereka mempertahankan diri terhadap faktor stres yang dihadapinya, dalam

model Neuman ini keperawatan diarahkan untuk mengenali standar seseorang dalam interaksi dengan lingkungan, dan menerima interaksi itu sebagai proses pengembangan kesadaran.

Berbagai macam penyakit dapat mengganggu hubungan seseorang dalam proses pemulihan. Kesehatan mengacu pada kemampuan seseorang berinteraksi dengan lingkungannya dan mengintegrasikan pemikiran, perasaan dan penerimaan dalam proses informasi yang ada. Kesehatan dinyatakan identik dengan kesadaran seseorang. Kesehatan dialami sebagai eksistensi dinamis dari kesehatan yang dilihat secara tradisional dan penyakit yang dilihat berdasarkan kebiasaan hidup atau tradisi yang dimiliki.

Betty Neuman mengubah istilah holistik menjadi holistik yang makna dan pengertiannya sama yaitu dengan memandang manusia sebagai suatu keseluruhan yang bagian-bagiannya saling memengaruhi dan berinteraksi secara dinamis. Bagian-bagian tersebut meliputi: fisiologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual. Perubahan istilah tersebut untuk meningkatkan pemahaman terhadap manusia secara keseluruhan.

Rogers's Theory

Rogers mengemukakan bahwa manusia merupakan suatu “sistem energi seragam”, yang dalam melaksanakan interaksi terdapat hubungan timbal balik dengan sistem energi dalam semesta. Hal inilah yang memengaruhi seorang perawat dalam memberikan asuhan kepada pasien dapat menangani seseorang secara keseluruhan selama menjalani proses keperawatan.

Menurut Rogers, praktik keperawatan bertujuan untuk menyampaikan interaksi yang harmonis antara manusia dengan lingkungannya, dan memperkuat kohesi serta keutuhan medan energi seseorang demi terwujudnya potensi kesehatan yang optimal.

4.3 Proses Perawatan Holistik

Keperawatan holistik meliputi proses pengkajian, penilaian, diagnosis, dan hasil, rencana terapeutik perawatan, implementasi dan evaluasi. Adapun bagian dari perawatan holistik antara lain (Dewi and Puspawati, 2022):

Komunikasi Secara Holistik

Komunikasi holistik merupakan suatu seni berbagi dalam melakukan komunikasi. Di mana dalam komunikasi ini melibatkan pasien sebagai objek dan kehadiran perawat sebagai pemberi perhatian yang tulus, tidak menghakimi, penuh kasih dan berdiskusi dengan cara menghargai sudut pandang pasien.

Dapat ditunjukkan melalui komunikasi nonverbal misalnya menjaga kontak mata dan wajah yang menyiratkan ekspresi dan kesediaan perawat untuk mendengarkan sudut pandang pasien. “mendengarkan secara aktif” adalah bentuk dasar komunikasi holistik, ini merupakan tindakan mendengarkan apa yang akan dikatakan pasien dan memberikan umpan balik ke pasien.

Tujuannya adalah untuk mendengarkan apa yang disampaikan oleh pasien secara empati, karena cara ini dapat membantu pasien merasa didengar dan dipahami.

Holistic Nurse Self-care

Perawatan yang holistik membutuhkan integrasi perawatan diri. Penting bagi perawat holistik untuk menyadari bahwa mereka tidak dapat memfasilitasi proses pemulihan pada pasien apabila perawat tersebut tidak mampu berada dalam proses penyembuhan diri.

Hal ini dilandasi berdasarkan pengetahuan dan keterampilan serta pengalaman profesional yang dimiliki perawat tersebut. Seorang perawat holistik harus mampu menghargai diri mereka sendiri dan memobilisasi sumber daya yang diperlukan untuk merawat diri mereka sendiri. Perawat holistik akan berusaha mengintegrasikan kesadaran diri, perawatan diri, dan penyembuhan diri dengan terlibat dalam praktik seperti penilaian diri, meditasi, yoga, menjaga nutrisi yang baik.

Perawat holistik berupaya mencapai keseimbangan dan harmoni dalam kehidupan mereka sendiri dan membantu orang lain melakukan hal sama.

Spiritual dan Healing

Pasien pada umumnya menginginkan perawatan spiritual, di mana dalam hal ini perawat perlu memahami sifat dan pentingnya spiritualitas dan kebutuhan untuk memberikan perawatan spiritual. Kajian dan kepercayaan individu terhadap lingkup spiritual memiliki pandangan yang berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya.

Oleh karena itu, penting bagi perawat saat ini untuk memahami konsep spiritualitas agar dapat menawarkan esensi keperawatan holistik. Spiritualitas dan penyembuhan didefinisikan sebagai komponen penting dari keutuhan individu yang dilakukan sepanjang hidup mereka. Spiritualitas dinyatakan sebagai agama dan melibatkan ritual tertentu dan perilaku yang unik pada kehidupan mereka. Sebagian orang beranggapan bahwa spiritualitas memiliki makna yang lebih luas dari agama dan tidak dapat didefinisikan dengan Tindakan belaka. Karena makna spiritual didasari oleh kepercayaan terhadap hubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, kekuatan kreatif, makhluk ilahi atau sumber energi yang tak terbatas.

Perawat holistik percaya pada efektivitas perawatan spiritual dan menggunakan spiritual dalam intervensi ketika pasien mengalami situasi emosional yang kompleks dan serius. Ketika perawatan spiritual diberikan, pasien dapat mengalami kedamaian batin, relaksasi fisik dan penurunan rasa sakit fisik dalam proses penyembuhan.

4.4 Dimensi Perawatan Holistik

Holistik sangat terkait dengan kesejahteraan (Dossey, Keegan, and Guzzetta, 2013), yang diyakini mempunyai dampak pada status kesehatan seseorang. Untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan secara holistik terdapat lima dimensi yang harus diperhatikan:

1. Dimensi fisik - Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara umum melakukan kebiasaan hidup positif.
2. Dimensi sosial - Melakukan kegiatan sosial dan mampu berinteraksi dengan orang lain.
3. Dimensi emosional - Mengekspresikan emosi dan mengendalikan stres.
4. Dimensi intelektual - Kemampuan kognitif untuk belajar.
5. Dimensi spiritual - Terkait dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti; alam, ilmu, agama, atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan. Meliputi; moral, nilai, dan etik yang dimiliki seseorang.

Pendekatan holistik keperawatan mencakup intervensi yang berfokus pada respons pasien yang menyembuhkan orang secara menyeluruh dan membantu adanya keseimbangan, terapi, dan seni penyembuhan yang dilakukan sendiri bukanlah esensi dari holisme dan kesehatan. Perawat holistik membantu pasien untuk bertanggung jawab pada kesehatan pribadi dengan berperan sebagai role model kesehatan yang mengintegrasikan perawatan diri dalam kehidupan dan dilakukan pada kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan *American Holistic Nurses Association*, hal ini akan membantu pasien mengatasi stres dan memberi banyak energi untuk membantu pasien dengan membentuk keseimbangan antara apa yang diberikan kepada diri sendiri dan apa yang diberikan kepada orang lain (Dwidiyanti et al., 2017).

Pendekatan holistik terlihat menekankan pada pasien secara komprehensif memperhatikan nilai manusia, yang mempunyai nilai individu yang memiliki keyakinan, perasaan dan kemampuan berpikir dan mengambil keputusan. Pada pelayanan holistik hanya bisa dilakukan oleh perawat yang mempunyai perilaku caring yaitu menggunakan hati, kognitif dan *touch*.

Caring sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian memengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Sikap caring diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. Caring menolong pasien meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial. Bersikap caring untuk pasien dan bekerja bersama dengan pasien dari berbagai lingkungan merupakan esensi keperawatan (Watson, 2009).

Bab 5

Komunikasi Efektif Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan

5.1 Pendahuluan

Perawat sebagai tenaga kesehatan garis terdepan diharuskan memiliki komunikasi yang baik dalam semua aspek pekerjaannya. Perawat harus menguasai teknik komunikasi yang efektif baik verbal, nonverbal dan komunikasi tertulis sehingga dapat membina hubungan saling percaya dengan rekan kerja, pasien dan keluarga pasien. Komunikasi yang baik antara perawat dan pasien sangat penting untuk keberhasilan hasil asuhan keperawatan individu dari setiap pasien (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Komunikasi interpersonal juga dapat memengaruhi kualitas keputusan yang dibuat, serta tingkat motivasi pasien untuk mengikuti protokol pengobatan dan mencapai hasil klinis yang diinginkan. Disisi lain, komunikasi yang buruk dapat menyebabkan kesulitan memahami informasi, kegagalan mengikuti protokol pengobatan, gangguan alur kerja tim, dan kesalahan dalam pelayanan kesehatan lainnya. Hasil studi menyebutkan bahwa, komunikasi yang buruk dalam perawatan berkontribusi 80% dalam kesalahan medis yang serius.

Keperawatan sebagai bagian ilmu kesehatan, berfokus melayani kebutuhan manusia sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual. Dalam praktiknya perawat tidak hanya membutuhkan pengetahuan ilmiah, tetapi juga kemampuan dan keterampilan komunikasi interpersonal, intelektual serta kemampuan dan keterampilan teknis.

Komunikasi merupakan elemen vital dalam keperawatan di semua intervensi seperti pada tahap pencegahan, pengobatan, terapi, rehabilitasi, pendidikan dan promosi kesehatan. Proses keperawatan pendekatan ilmiah dicapai melalui dialog, melalui lingkungan interpersonal dan dengan keterampilan khusus komunikasi verbal (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

5.2 Komunikasi

Kata komunikasi berasal dari bahasa latin “*communication*” yang artinya pemberitahuan atau pertukaran pikiran. Komunikasi dikatakan berlangsung apabila pesan, pikiran dan perasaan yang disampaikan oleh seseorang kepada orang lain dapat dimengerti dan sebaliknya dikatakan komunikasi jika terjadi jika saat seseorang sedang berbicara atau mengirim pesan tetapi tidak didengarkan atau pesan tidak diterima.

Komunikasi adalah sarana untuk melakukan pertukaran pikiran, ide, dan perasaan atau keterangan untuk mewujudkan saling mengerti, saling mengerti dan saling percaya. Hal ini memiliki peran yang besar dalam mewujudkan hubungan yang baik terutama bagi petugas kesehatan atau perawat termasuk saat memberikan asuhan keperawatan (Yusuf, 2017).

Komunikasi merupakan suatu proses yang memiliki 4 tahapan yaitu (Yusuf, 2017):

Penyampaian (Sending)

Pada tahap penyampaian ini, mulut atau sistem wicara memiliki peran yang besar. Apabila mulut atau sistem wicara terganggu maka akan berdampak pada komunikasi verbal seseorang. Gigi, bibir dan pita suara akan berkontribusi pada artikulasi kata yang terbentuk. Seseorang yang memiliki gangguan pita suara, *labiopalatoschisis* atau bibir sumbing, gigi yang ompong atau kelumpuhan saraf *fasialis* akan berdampak pada pembentukan kata yang diucapkan menjadi tidak jelas.

Hal lain yang memengaruhi tahap penyampaian ini adalah faktor lingkungan. Seseorang akan lebih merasa nyaman berbicara menyampaikan pesan pada lingkungan yang tenang, tidak gaduh, suhu ruangan yang tidak terlalu panas atau dingin. Pada saat kita sedang menyampaikan informasi dalam sebuah presentasi akan terganggu konsentrasi jika situasi sekitar berisik atau tiba-tiba ada yang menyela pembicaraan.

Penangkapan (Receiving)

Mata dan telinga merupakan dua hal yang sangat terlibat dalam tahap penangkapan ini. Mata kita dapat menangkap informasi dari perubahan raut wajah, bahasa isyarat dan bahasa tubuh, atau dengan kata lain mata menguatkan kita menangkap informasi nonverbal. Intonasi dan suara lain dapat kita terima melalui telinga kita atau menangkap informasi yang bersifat verbal.

Faktor lingkungan juga turut berperan dalam tahapan ini. Situasi yang gaduh, banyak orang lalu lalang dan tidak nyaman dapat memecahkan konsentrasi. Seseorang akan kesulitan menangkap pesan jika konsentrasi terpecah karena adanya orang yang keluar masuk ruangan.

Pengertian (Understand)

Otak merupakan organ penting dalam tahapan ini. Tahapan pertumbuhan otak sesuai usia dan gangguan pada otak dapat memengaruhi kemampuan mengartikan pesan. Seorang anak kecil di mana kapasitas otak masih dalam masa pertumbuhan juga memiliki kemampuan mengartikan pesan yang masih belum optimal. Diperlukan kemampuan perawat dalam menggunakan kalimat yang sederhana dan mudah dipahami oleh anak sesuai dengan usia perkembangannya. Seorang pasien dengan retardasi mental juga memiliki kemampuan memahami pesan yang terbatas.

Selain dari kemampuan otak, tahap ini juga dipengaruhi oleh psikologis atau mental seseorang. Perilaku acuh tak acuh atau tidak tertarik saat bicara, adanya prasangka buruk terhadap lawan bicara serta kata-kata emosional dapat memengaruhi proses penguraian dari suatu pesan. Seseorang yang sudah memiliki prasangka buruk pada orang lain atau ada rasa tidak suka, dapat mengartikan pesan yang positif menjadi negatif.

Oleh sebab itu, agar pesan dapat diartikan seobjektif mungkin maka pada saat menjalin komunikasi harus hilangkan semua perasaan negatif, bersikap jujur,

serta tidak secara langsung menilai penampilan seseorang dari luar atau penampillannya saja.

Penerimaan (Accepting)

Pada tahap ini, yang memiliki peran terpenting adalah perasaan atau intuisi. Setelah pesan dimengerti dan dipahami, tahap yang terakhir adalah pesan tersebut diterima atau tidak, disetujui atau tidak, atau menganggap pesan tersebut tidak penting atau masa bodoh.

5.3 Komunikasi Dalam Pelayanan Keperawatan

Komunikasi dalam pelayanan keperawatan merupakan salah satu komponen keterampilan utama yang harus dimiliki oleh seorang perawat, selain keterampilan intelektual dan teknikal. Menjadi seorang perawat dituntut tidak hanya pandai dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar ketika pasien sakit. Perawat dituntut juga terampil dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dan berperilaku adaptif dalam membangun hubungan interpersonal saat melakukan asuhan keperawatan. Keterampilan interpersonal ini menjadi ciri khas utama yang dapat membedakan antara perawat satu dengan yang lainnya.

Hal ini penting diperhatikan karena pasien yang dirawat adalah manusia yang memiliki perasaan dan harga diri. Karakteristik interpersonal yang baik lainnya adalah Ketika bertemu pasien, perawat harus selalu senyum, sapa dan salam. Ketika akan melakukan tindakan, perawat harus melakukan komunikasi verbal walaupun hanya sekedar menanyakan kondisi terkini pasien. Demikian juga setelah menyelesaikan tindakan, berpamitan kepada pasien, dan sertakan doa kesembuhan untuk pasien (Yusuf, 2017).

5.3.1 Komunikasi Efektif

Sifat intrinsik manusia salah satunya adalah melakukan komunikasi, namun tidak semua komunikasi yang dilakukan berjalan efektif. Komunikasi efektif harus memiliki isi dan nilai, dan dalam dialognya harus berjalan dua arah. Komunikasi dua arah ini terlaksana saling mendengarkan, tanpa menyela, keduanya dapat mengajukan pertanyaan, mengungkapkan pendapat, bertukar

informasi dan keduanya dapat sepenuhnya memahami satu sama lain (Boykins, 2014). Dalam komunikasi efektif, terjadi interaksi di mana setiap pengirim pesan bertindak juga sebagai penerima; dan sebaliknya (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Komunikasi dapat didefinisikan sebagai pertukaran informasi, pikiran, dan perasaan di antara manusia dengan menggunakan ucapan atau cara lain. Praktik terapeutik melibatkan komunikasi verbal petugas kesehatan dan pasien secara dua arah. Pasien menyampaikan ketakutan dan kekhawatiran mereka kepada perawat dan informasi yang disampaikan pasien membantu perawat membuat diagnosa keperawatan yang benar.

Perawat juga akan mengirimkan informasi lain kepada pasien dengan keleluasaan dan kehati-hatian mengenai sifat penyakit, menyarankan pengobatan dan rencana rehabilitasi untuk promosi kesehatan ataupun informasi lainnya. Dalam penerapan komunikasi yang efektif dibutuhkan pemahaman perawat untuk memahami tentang apa yang sering diungkapkan oleh pasien dan meyakinkan pasien juga memahami informasi yang disampaikan oleh perawat (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Komunikasi efektif merupakan pengembangan hubungan tenaga kesehatan dengan pasien secara efektif dalam kontak sosial yang berlangsung secara baik, menghargai kemampuan dan keunikan masing-masing pihak dalam upaya menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien secara Bersama. Pengembangan hubungan ini berkaitan erat dengan kepercayaan, dilandasi keterbukaan, kejujuran, saling menghargai serta memahami kebutuhan dan harapan masing-masing.

Dengan terjalannya hubungan saling percaya, pasien akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap berkaitan dengan kondisinya sehingga membantu dokter dalam mendiagnosis dan memberikan terapi yang tepat dan bagi perawat pun akan memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan. Dengan membina hubungan saling percaya akan memberikan manfaat bagi pasien dan perawat. Sejak pasien berinteraksi dengan perawat atau dokter, saat menjalani perawatan hingga pasien dinyatakan sembuh, komunikasi efektif harus tetap digunakan (Yusuf, 2017).

5.3.2 Keterampilan Komunikasi Efektif Perawat

Bagi perawat, komunikasi yang baik dalam pelayanan kesehatan akan digunakan di setiap interaksi pasien dengan maksud untuk memahami

kekhawatiran, pengalaman, dan pendapat pasien. Keterampilan komunikasi ini meliputi komunikasi verbal dan nonverbal, mendengarkan aktif dan teknik pengajaran balik yang sabar. Berikut ini adalah 10 keterampilan komunikasi yang penting bagi perawat (USAHS, 2020).



Gambar 5.1: Effective Communication Skills for Nurses

1. Komunikasi verbal (verbal communication)

Komunikasi verbal yang baik merupakan kunci utama dalam berkomunikasi. Biasakan perawat berbicara dengan jelas, akurat, dan jujur. Perawat juga harus memahami karakteristik audiens berdasarkan karakteristik usia, budaya dan level pengetahuannya. Berikut adalah contoh yang dapat dilakukan:

- a. dorong pasien untuk berkomunikasi dengan bertanya “bisakah anda ceritakan lebih banyak lagi tentang itu?”
- b. panggil pasien dengan nama depan atau panggilan kesukaannya;
- c. berbicara dengan jelas, kalimat yang lengkap dan hindari penggunaan jargon.

2. Komunikasi nonverbal (nonverbal communication)

Dalam komunikasi ini kita bisa menggunakan elemen nonverbal seperti ekspresi muka, kontak mata, Bahasa tubuh, gerak tubuh, postur tubuh, nada suara serta senyuman.

Komunikasi nonverbal bisa ditunjukkan dengan:

- a. tunjukkan *interest* (minat) terhadap apa yang dikatakan pasien dengan mempertahankan kontak mata dan menganggukkan kepala;
 - b. tersenyumlah tetapi tidak menatap.
3. Mendengarkan aktif (active listening)

“Mendengarkan aktif” adalah mendengarkan untuk memahami pengalaman orang lain. Di dalam mendengar aktif dibutuhkan perhatian dan keterlibatan penuh. Keterampilan ini sangat penting tidak hanya untuk perawat tetapi juga tim kesehatan lainnya sebagai alat untuk membangun kepercayaan dan komitmen sesama staf. Mendengarkan aktif mencakup keterampilan komunikasi verbal dan nonverbal. Beberapa contoh teknik mendengar aktif:

- a. mengangguk, tetapi jangan pernah menyela;
 - b. condongkan tubuh ke depan dan pertahankan kontak mata;
 - c. sertakan penggunaan verbal minimal seperti “saya mengerti” atau “lanjutkan”.
4. Komunikasi tertulis (written communication)
- Komunikasi tertulis juga sangat penting untuk komunikasi yang efektif antar perawat. Perawat akan bertanggung jawab untuk membuat dan memperbarui rekam medis pasien. Rekam medis harus akurat dan terkini. Perawat juga harus tetap melindungi kerahasiaan pasien. Beberapa tips dalam komunikasi tertulis:
- a. perawat membuat catatan segera setelah perawatan pasien agar tidak ada yang terlupakan;
 - b. menulis dengan jelas dan menggunakan bahasa yang sederhana;
 - c. memastikan mencatat tanggal dan waktu yang akurat.
5. Keterampilan presentasi (presentation skill)

Keterampilan presentasi efektif sering digunakan saat *handover* atau Ketika serah terima perawatan pasien kepada perawat lain atau tim kesehatan lainnya. Keterampilan ini juga membantu pengetahuan perawat atau kepakaran seperti saat konferensi, penyampaian laporan

kasus kepada dokter atau yang lainnya. Beberapa hal yang dapat diterapkan dalam presentasi:

- a. rencanakan presentasi dan berlatih;
 - b. perhatikan komunikasi verbal dan bahasa tubuh;
 - c. tambahkan visual saat presentasi untuk penjelasan yang lebih baik;
 - d. pahami audiens dan ketahui apa yang audien inginkan dan butuh kan dari apa yang dipresentasikan.
6. Pendidikan kepada pasien (patient teach-back)
- Perawat bertanggung jawab dalam memberikan informasi tentang kondisi kesehatan, diagnosis, rencana perawatan dan protokol pengobatan. Ketrampilan ini sangat penting bagi perawat dalam memberikan konseling dan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga. Perawat bisa meminta pasien untuk mengulang kembali informasi yang telah diberikan. Metode ini dapat meningkatkan pemahaman pasien dan mendorong kepatuhan terhadap instruksi. Pemahaman pasien yang buruk dapat menyebabkan pasien dan keluarga merasa cemas dan defensif. Berikut beberapa contoh komunikasi yang bisa diterapkan:
- a. “kita telah membahas banyak informasi, sekarang saya ingin anda mengulanginya kembali kepada saya untuk memastikan anda dapat mengingat semuanya”;
 - b. “bisakah anda mengulangi instruksi untuk membawa obat ini kembali kepada saya?”;
 - c. “mari kita tinjau apa yang baru saja kita diskusikan. bisakah anda menjelaskan kepada sayang dengan kata-kata anda sendiri?”.

7. Membuat koneksi pribadi (making personal connection)

Perawat bisa mengenal latar belakang pasien untuk dapat memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien sehingga dapat meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan hubungan saling percaya dengan pasien.

8. Mempercayai (trust)

Pemberi pelayanan kesehatan yang profesional harus membangun kepercayaan dengan pasien dengan menjadi pendengar aktif dan

menanggapi setiap keluhan dan kekhawatiran pasien. Suasana pelayanan kesehatan mungkin menyeramkan bagi pasien dan penting bagi perawat membuat pasien senyaman mungkin. Perawat harus jujur, mengatakan yang sebenarnya dan bersedia mengakui kesalahan.

9. Kesadaran budaya (cultural awareness)

Perawat mungkin akan bertemu dengan pasien dan rekan kerja dengan berbagai latar belakang yang berbeda baik status sosial, budaya dan pendidikan. Setiap pasien memiliki keunikan sehingga perawat harus waspada dan peka

10. Kasih sayang (compassion)

Penyampaian kasih sayang merupakan keterampilan komunikasi yang penting dalam perawatan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa kasih sayang dapat membantu mempercepat pemulihan penyakit akut, meningkatkan pengelolaan penyakit kronis dan menghilangkan kecemasan. Asuhan keperawatan yang penuh kasih sayang dapat dilakukan dengan menempatkan diri pada posisi pasien dan memahami kebutuhan serta harapan pasien.

Terdapat empat faktor sebagai sarana untuk mengintegrasikan komunikasi yang efektif yaitu: komunikasi terapeutik, perawatan yang berpusat pada pasien, menjaga batasan dan intervensi keperawatan (Bello, 2017). Komunikasi terapeutik merupakan sarana komunikasi efektif yang menurunkan tingkat kecemasan dan depresi pasien. Ketulusan, empati, kepercayaan, kasih sayang, dan mendengarkan adalah aspek keterampilan komunikasi terapeutik yang meningkatkan komunikasi yang efektif.

Perawat yang melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien dengan menggunakan strategi komunikasi dan keterampilan interpersonal merupakan sarana inti untuk membangun komunikasi yang lebih kuat dan efektif dalam praktik keperawatan. Perawatan yang berpusat pada pasien merupakan bagian integral dalam proses keperawatan, Seorang perawat yang menerapkan perawatan berpusat pada pasien ini akan mendapat informasi dan dapat menafsirkan informasi dari komunikasi verbal dan nonverbal pasien dengan benar, dan merespons dengan tepat.

Perawat harus cukup cerdas secara emosional untuk secara profesional menetapkan dan mempertahankan batasan hubungan terapeutik dengan pasien untuk mencapai komunikasi yang efektif. Ketegasan dan penetapan batasan yang tepat merupakan hal yang harus dimiliki oleh perawat. Intervensi keperawatan digunakan perawat sebagai sarana untuk meningkatkan komunikasi yang efektif dalam keperawatan.

Sebelum melakukan komunikasi efektif, petugas kesehatan harus memperhatikan beberapa hal di bawah ini (Yusuf, 2017):

Menciptakan Lingkungan Yang Kondusif

Hubungan profesional dengan pasien dapat terbina dengan menyediakan lingkungan yang nyaman. Lingkungan yang kondusif adalah lingkungan yang tidak gaduh, bersih dan privasi yang terjaga. Pasien tidak akan leluasa membicarakan masalah yang dihadapi ketika situasi tidak tenang dan terdapat orang lain yang mendengarkan pembicaraannya.

Hal ini sering terjadi di tempat perawatan dengan kapasitas besar. Petugas kesehatan harus mampu dan peka terhadap kebutuhan pasien dan sedapat mungkin meminimalkan hambatan komunikasi dari faktor lingkungan tersebut.

Hargai Penampilan dan Harga Diri Pasien

Bagaimanapun buruknya penampilan pasien, petugas kesehatan baik dokter maupun perawat sama sekali tidak diperkenankan untuk menganggap bahwa kepribadian pasien juga buruk. Penampilan tersebut hendaknya tidak menghalangi untuk mengangkat harga diri pasien dan memberikan pelayanan kesehatan sebaik mungkin.

Ketika kita menemui di mana kondisi sakitnya menyebabkan penampilannya menjadi bau dan tampak kotor, kita sebagai perawat tidak boleh memperlihatkan respons baik secara verbal maupun nonverbal yang dapat perasaan atau harga diri pasien. Perawat tidak boleh merendahkan harga diri pasien meskipun tidak di depan umum. Pasien akan mengakhiri hubungan dan tidak mau berinteraksi dengan komunikasi efektif lagi ketika petugas kesehatan tidak memperhatikan ini.

Menyamakan Tujuan Perlunya Komunikasi Langsung

Sebelum komunikasi berlangsung, petugas kesehatan dan pasien harus sama-sama meyakinkan diri bahwa mereka menghendaki komunikasi tersebut harus

berlangsung sehingga mereka merasa perlu untuk menjalin suatu hubungan. Masing-masing pribadi mempersiapkan diri untuk memulai suatu hubungan yang baik dengan tetap menghargai keunikan masing-masing.

Perawat akan merasa menjalin hubungan baik dengan pasien dengan harapan dapat memperoleh informasi yang berkaitan dengan penyakit pasien selengkap mungkin, timbul kepercayaan terhadap petugas kesehatan, pasien kooperatif dalam semua tindakan yang dilaksanakan serta mau menjalankan saran-saran yang diberikan oleh dokter untuk mengatasi permasalahan kesehatannya.

Posisi Petugas Kesehatan-Pasien

Dalam komunikasi efektif, posisi petugas kesehatan dengan pasien hendaknya sejajar, saling berhadapan, dengan jarak personal (1,5-4 meter). Apabila kedua belah pihak-pihak dalam posisi yang sama, maka sifat hubungannya menjadi “kami/kita”, tidak ada pihak yang lebih tinggi atau rendah. Posisi seseorang dalam berkomunikasi menjadi hal yang penting dan dapat berdampak pada interaksi selanjutnya.

Pasien akan merasa tidak nyaman apabila posisi antara petugas kesehatan dan pasien tidak sejajar. Jika saat berinteraksi, pasien dalam posisi duduk sedangkan petugas kesehatan berdiri akan membuat situasi ini tidak menyenangkan, pasien akan merasa berada diposisi yang lebih rendah, timbul perasaan digurui atau dihakimi. Keberadaan psikologis antara kedua belah pihak sangat berbeda dan sifat hubungan ini terbentuk antara “aku dan dia”.

Sebaliknya, apabila petugas kesehatan duduk sedangkan pasien berdiri, maka pasien akan merasa tidak nyaman, apakah kehadirannya tidak dikehendaki sehingga pasien akan membatasi komunikasi atau tidak berani terbuka.

5.3.3 Prinsip-Prinsip Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif dalam asuhan keperawatan sangat bermanfaat bagi perawat dan pasien. Efektifnya komunikasi akan memberikan kenyamanan bagi kedua belah pihak.

Berikut ini adalah beberapa prinsip-prinsip komunikasi efektif dalam asuhan keperawatan adalah (Yusuf, 2017):

1. Keterbukaan - Petugas kesehatan hendaknya membuka diri kepada orang lain termasuk kepada pasien, bereaksi secara spontan yang didasari dengan ketulusan. Ketulusan merupakan hal yang pertama

akan dilihat oleh pasien sebagai bukti apakah perawat atau petugas kesehatan membuka diri atas kehadirannya. Hubungan akan berlanjut jika terdapat keterbukaan baik secara fisik maupun psikologis.

2. Respect atau peduli - Memberikan rasa hormat dan saling menghargai adalah hal penting dan kunci saat berkomunikasi efektif dengan orang lain sebagai bukti petugas kesehatan peduli. Pada prinsipnya semua manusia ingin dihargai dan diakui keberadaanya. Apabila perawat atau dokter peduli kepada pasien, dengan sendirinya pasien akan merasa dihormati dan dihargai.
3. Empati - Empati adalah kemampuan untuk menempatkan diri pada situasi atau kondisi yang dihadapi oleh orang lain atau merasakan perasaan orang lain. Perasaan empati sangat merasakan penderitaan pasien tanpa harus hanyut dalam permasalahan pasien. Rasa empati dapat dikembangkan apabila tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat memiliki keterampilan mendengarkan, merasakan (feeling) dan berbicara. Empati harus dipelajari dan dilatih secara terus menerus untuk melatih kepekaan terhadap permasalahan.
4. Care - Care atau perhatian merupakan kemampuan untuk memberikan perhatian kepada orang lain. Seseorang akan merasa senang apabila dirinya diperhatikan senang diperhatikan maka harga diri individu akan meningkat. Pasien akan merasa seorang diri, disisihkan dan tersinggung apabila tidak diperhatikan oleh petugas kesehatan. Secara psikologis pasien akan merasa asing dengan lingkungan baru rumah sakit, kondisi ini akan diperparah apabila petugas kesehatan tidak care terhadap kebutuhan pasien. Semua pasien akan merasa senang apabila petugas kesehatan memberikan perhatian yang tulus.
5. Sikap positif (positiveness) - Dokter atau perawat diharapkan menunjukkan sikap positif atau kebesaran jiwa, baik kepada pasien, diri sendiri dan lingkungan. Apapun yang dilakukan oleh pasien dan dikomunikasikan baik secara verbal maupun nonverbal, dokter atau perawat harus tetap memberikan penilaian yang positif. Kepribadian atau karakter setiap pasien berbeda, ada yang memiliki temperamen suka marah, ada yang cuek dan ada juga yang kooperatif dan mudah

diajak kerja sama. Apabila ada pasien yang berbicara keras/kasar, perawat harus profesional, tidak boleh membala-balasnya, tetapi menerima kondisi pasien apa adanya, mendengarkan dengan penuh kasih sayang, dengan tetap memegang konsep bahwa pasien adalah individu yang sedang sakit. Kondisi sakit didefinisikan dengan situasi yang tidak seimbang baik fisik, psikologis, sosial maupun spiritual

6. Sikap mendukung (supportiveness) - Komunikasi akan efektif apabila kedua belah pihak saling memberikan dukungan terhadap pesan yang disampaikan. Dokter atau perawat akan memberikan dukungan kepada pasien guna menyelesaikan masalah kesehatannya, sebaliknya pasien memberikan dukungan kepada dokter atau perawat dengan memberikan informasi yang berkaitan dengan penyakitnya secara jelas dan kooperatif dalam setiap tindakan medis. Sikap saling mendukung ini akan memberikan perasaan nyaman bagi kedua belah pihak selama proses hubungan berlangsung.
7. Rendah hati - Apapun kondisi pasien, apakah pasien kaya atau miskin, berpendidikan atau tidak, pintar atau bodoh semua harus dilayani dengan rendah hati dan kasih sayang. Terkadang karena kondisi penyakitnya, pasien akan mengalami kecemasan atau gangguan psikologis. Pasien menjadi mudah marah, cerewet dan minta dilayani. Jika tenaga kesehatan tidak memahami kondisi pasien maka akan timbul situasi yang tidak kondusif dan komunikasi menjadi tidak efektif lagi. Dokter atau perawat bisa jengkel karena ulah pasien dan dapat memengaruhi kualitas pelayanan profesional. Diperlukan pengembangan rasa rendah hati yang terus dilakukan oleh tenaga kesehatan sehingga timbul rasa kasih sayang terhadap pasien, apapun keadaan pasien saat ini.

Manfaat Komunikasi Efektif

Komunikasi yang efektif dalam pemberian layanan kesehatan memiliki dampak langsung pada pasien maupun perawat. Dampak ini meliputi kepuasan kerja perawat, kepuasan pasien, ketiaatan pasien menjalani perawatan dan keamanan pasien selama dirawat.

Perawat yang memiliki keterampilan komunikasi dan interpersonal yang efektif kemungkinan besar juga memiliki kualitas hidup dan kepuasan kerja yang lebih tinggi. Kepuasan kerja perawat ini timbul karena merasa lebih dipercaya oleh pasien dan tingkat stres yang rendah (Bello, 2017).

Efek Komunikasi Yang Buruk

1. Kepuasan pasien - Komunikasi dengan pasien yang buruk akan berdampak pada kepuasan pelayanan kesehatan. Hasil studi menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi perawat-pasien dengan kepuasan asuhan keperawatan. Penelitian ini menyatakan pada komunikasi yang buruk, 80% pasien tidak mengetahui siapa perawat yang memberikan pelayanan kesehatan (Lotfi et al., 2019).
2. Hasil penelitian lain menyatakan bahwa keterampilan komunikasi perawat yang buruk telah menjadi penyebab dalam pemberian obat yang salah kepada pasien yang dalam beberapa kasus menyebabkan kematian. Bukti lebih lanjut didapat bahwa, akibat kurangnya komunikasi yang efektif dari penyedia layanan kesehatan menyebabkan kunjungan berulang pasien ke rumah sakit (Bello, 2017).

Cara Mengatasi Hambatan Komunikasi Dalam Keperawatan

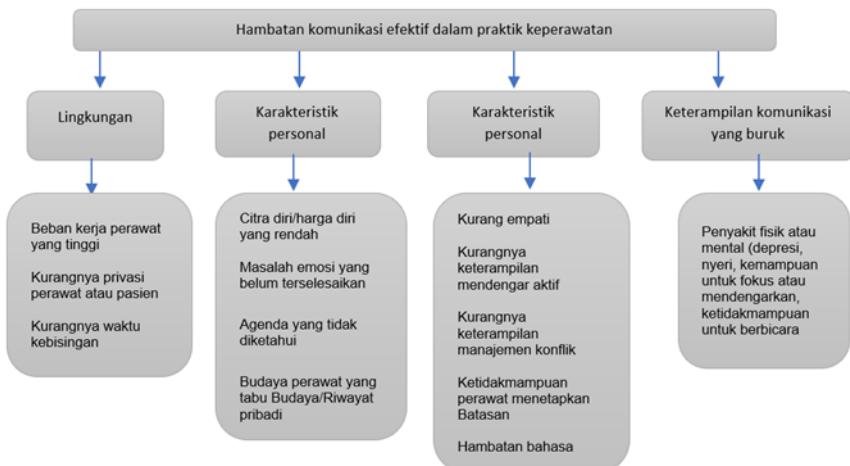
Pesan yang dikirim perawat dalam berkomunikasi kadang tidak selalu diterima seperti apa yang diinginkan. Hambatan ini dapat mengakibatkan lemahnya interaksi dan hubungan pasien dengan perawat. Untuk mengatasi hal ini, perawat harus memahami jenis hambatan dalam berkomunikasi.

Hambatan dalam komunikasi umum dalam keperawatan meliputi hambatan fisik, sosial dan psikologis (USAHS, 2020).

1. Hambatan fisik - Hambatan fisik ini dapat berupa lingkungan yang kurang mendukung seperti suasana yang sibuk dan suara yang keras dapat meningkatkan stres pasien. Untuk menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, kita dapat menutup pintu, membuka tirai dan mengurangi kebisingan dari luar.

2. Hambatan sosial - Hambatan sosial meliputi perbedaan bahasa, agama, usia dan adat istiadat. Memahami latar belakang budaya setiap pasien dapat membantu perawat menghindari prasangka dan berkomunikasi dengan jelas. Strategi komunikasi juga harus memperhatikan usia pasien. Seorang anak usia 12 tahun dan 70 tahun akan memiliki pendapat yang berbeda tentang makna kesehatan dan perawatan bagi mereka.
3. Hambatan psikologis - Banyak pasien yang melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan sudah menimbulkan kecemasan tersendiri. Kecemasan merupakan hambatan psikologis dalam berkomunikasi. Untuk mengatasi hambatan ini perawat harus mampu berempati, menjadi pendengar aktif, meluangkan waktu khusus dan memberikan dukungan kepada pasien. Pendekatan psikososial seperti ini terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien

Sedangkan studi lain juga menyebutkan bahwa hambatan dalam komunikasi efektif meliputi hambatan lingkungan, karakteristik personal, keterampilan komunikasi yang buruk dan kesehatan (Bello, 2017).



Gambar 5.2: Ilustrasi Hambatan Dalam Komunikasi Yang Efektif Dalam Praktik Keperawatan (Bello, 2017)

Berdasarkan gambar diatas dijelaskan bahwa hambatan komunikasi dari faktor lingkungan dapat dikategorikan menjadi kebisingan, privasi, air, cahaya, beban kerja, waktu dan dukungan staf. Adanya kebisingan dan kurangnya privasi; dan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar (air, makanan dan cahaya) menghalangi pasien untuk mengungkapkan seluruh kebutuhan perawatan kesehatan mereka kepada perawat, sehingga diagnosis perawat menjadi kurang akurat.

Faktor lingkungan lain seperti: beban kerja yang tinggi, kurangnya waktu dan dukungan staf, kekurangan sumber daya berharga seperti komputer dan internet untuk dokumentasi yang tepat, air dan cahaya, kurangnya privasi dan dukungan staf yang rendah dapat menimbulkan tekanan pada perawat dan menghalangi perawat untuk mempraktikkan keterampilan komunikasi yang efektif.

Citra diri / harga diri perawat atau pasien, ketakutan, kecemasan, masalah emosional yang belum terselesaikan, agenda tersembunyi yang diketahui atau tidak diketahui, tabu budaya perawat tentang komunikasi, riwayat dan latar belakang pribadi, faktor keuangan dan budaya dikatakan dapat menghambat komunikasi.

Berdasarkan karakteristik personal diketahui bahwa kurangnya teknik komunikasi seperti empati atau pemahaman orang lain, keterampilan mendengarkan aktif, keterampilan manajemen konflik, kemampuan perawat untuk menetapkan batasan, dan kelancaran bahasa dapat menyebabkan komunikasi perawat pasien menjadi tidak efektif. Penyakit fisik atau mental seperti rasa sakit, depresi, kemampuan untuk fokus atau mendengarkan, ketidakmampuan berbicara dapat berdampak buruk pada komunikasi yang efektif.

Bab 6

Program Self Management Untuk Klien

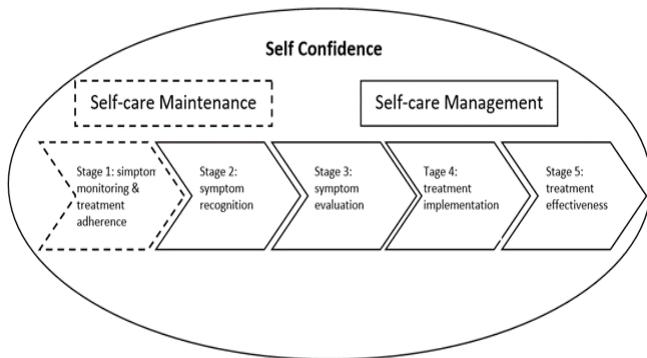
6.1 Pendahuluan

Penyakit kronis yang dialami oleh klien dengan usia lanjut dapat mengakibatkan ketidakmandirian pada klien. Perawatan dan manajemen klien dengan penyakit kronis menjadi beban dan tantangan bagi sistem pelayanan kesehatan di semua tingkat (Slama-Chaudhry and Golay, 2019). Kebutuhan perawatan harian sangat tinggi pada klien dengan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, obesitas, penyakit mental dan lainnya terutama pada klien dengan usia lanjut.

Sehingga, keterlibatan klien sangat dibutuhkan dan menjadi hal yang sangat penting untuk mendukung perawatan diri (self-care). Perawatan yang berpusat pada pasien juga menjadi prioritas sistem perawatan pada pasien dengan penyakit kronis.

Self-care diartikan sebagai proses pengambilan keputusan alami atau sehari-hari yang melibatkan pemilihan perilaku dalam rangka menjaga stabilitas fisiologis (self-care maintenance) dan respons ketika suatu gejala terjadi (self-care management) yang dipengaruhi oleh kepercayaan diri (self-confidence) (Riegel and Carlson, 2004).

Self-care maintenance dan *self-care management* terhubung melalui proses pemantauan gejala, yang merupakan prasyarat untuk pengenalan gejala dan langkah selanjutnya dalam proses *self-care management* (Riegel, Dickson and Lee, 2018).



Gambar 6.1: Model Self-Care Klien Penyakit Kronis (Riegel and Carlson, 2004).

Gambar 6.1 memvisualisasikan bagaimana proses *self-care*. Melalui gambar tersebut, *self-care* didefinisikan sebagai proses menjaga kesehatan melalui kepatuhan pengobatan dan pemantauan gejala yang dipengaruhi oleh kepercayaan diri terhadap kemampuan seseorang (Riegel, Dickson and Lee, 2018).

Ketika tanda dan gejala suatu penyakit muncul, pengambilan keputusan *self-care management* diperlukan. Secara ringkas, *self-care maintenance* diartikan sebagai perilaku yang digunakan untuk menjaga stabilitas fisik dan emosional, *self-care monitoring* mengacu pada proses mengamati diri sendiri terhadap perubahan tanda dan gejala, sedangkan *self-care management* didefinisikan sebagai respons klien terhadap tanda dan gejala ketika terjadi (Riegel, 2023).

Konsep *self-management* merupakan bagian integral dari pemeliharaan kesehatan dan manajemen penyakit (Grady and Gough, 2018). *Self-management* penyakit kronis termasuk manajemen pengobatan, pengujian diri, kesadaran diri, manajemen emosi dan peran, keterampilan memecahkan masalah serta keterlibatan kolaboratif klien dalam menetapkan tujuan untuk mengelola penyakitnya (BJN, 2022).

Pada dasarnya, istilah *self-management* pertama kali digunakan oleh Thomas Creer dan telah dipertimbangkan lebih dari 40 tahun untuk menyarankan klien

sebagai peserta aktif dalam perawatan mereka sendiri (Lorig, Holman and Med, 2003). *Self-management* atau manajemen diri mengacu pada respons seseorang dalam mengambil keputusan terhadap tanda dan gejala yang muncul pada penyakit kronis yang dialami dirinya (Riegel et al., 2009).

Self-management digambarkan sebagai kemampuan klien untuk mengidentifikasi kegagalan fungsi organ tubuh dan intervensi untuk mencapai kondisi stabil. Istilah lain yang sering digunakan untuk menggambarkan kemampuan manajemen diri seperti *self-care* (perawatan diri), *self monitoring* (pemantauan diri), *self-regulation*, *patient education*, dan *patient counseling*.

6.2 Program Self-Management

Menurut Slama-Chaudhry dan Golay, (2019), agar tujuan *self-management* tercapai terdapat tiga hal yang perlu diperhatikan yaitu:

1. Konten pendidikan dalam program self-management harus disesuaikan dengan kebutuhan medis atau pengobatan individu klien.
2. Menetapkan tujuan bersama antara tim penyedia perawatan dan klien.
3. Metode edukasi yang digunakan disesuaikan dengan tingkat pendidikan klien, budaya dan preferensi gaya belajar.

Adapun tujuan keseluruhan dari program *self-management* adalah untuk mengubah pengajaran atau pelatihan menjadi pendidikan terapeutik. Sedangkan dasar keberhasilan *self-management* adalah terwujudnya hubungan antara klien dan penyedia layanan kesehatan terutama perawat, teman dan komunitas, serta anggota keluarga (Grady and Gough, 2018).

Self-Management Education (SME) programs atau program pendidikan *self-management* mengajarkan strategi untuk membantu orang dewasa mengelola kondisi penyakit kronis dan menjalani hidup yang lebih sehat (CDC, 2019b). Program *self-management* yang paling terkenal dan ternama untuk klien dengan penyakit kronis adalah *The Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP) dari *Self-Management Resource Center* (NCOA, 2021).

CDSMP adalah lokakarya untuk orang dewasa dengan setidaknya satu kondisi penyakit kronis (CDC, 2019a). Fokus CDSMP pada keterampilan manajemen penyakit termasuk pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan

perencanaan tindakan. Topik meliputi manajemen nyeri, nutrisi, olahraga, penggunaan obat, emosi, dan komunikasi dengan dokter (NCOA, 2021). Tujuan CDSMP yaitu untuk meningkatkan kepercayaan diri, kesejahteraan fisik dan psikologis, pengetahuan tentang cara mengelola kondisi kronis, dan motivasi untuk mengelola tantangan yang terkait dengan penyakit kronis (CDC, 2019a).

Self-management pada klien dengan penyakit kronis menunjukkan berbagai manfaat dan dampak positif. Di antara manfaat *self-management* pada klien yaitu mengurangi ketergantungan pada sistem pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas hidup, pemberdayaan individu dan pengurangan beban yang terkait dengan penyakit kronis (BJN, 2022). Hasil studi menunjukkan manfaat dari program *self-management* yaitu peningkatan kualitas hidup dan *self efficacy* pada pasien stroke yang tinggal di masyarakat (Fryer et al., 2016).

Layanan *self-management* seperti *Diabetes Self-Management Education And Support* (DSMES) untuk klien diabetes terbukti dapat menurunkan berat badan, dan memperbaiki kadar A1C, tekanan darah, serta kadar kolesterol (CDC, 2019b). *Self-management* pada klien diabetes juga dapat mengurangi risiko komplikasi dan rawat inap. Selain itu, program *self-management* pada klien Penyakit Jantung Koroner (PJK) dapat meningkatkan niat dan tingkat kepatuhan pengobatan (Mufarokhah, Putra and Dewi, 2016).

Namun, pelaksanaan *self-management* sendiri tidak selalu berjalan sesuai rencana. Beberapa faktor dapat memengaruhi kemampuan klien untuk menerapkan *self-management* seperti literasi kesehatan, kesulitan kesehatan mental, dan faktor sosial ekonomi (BJN, 2022). Sedangkan hal yang mendukung *self-management* yaitu berupa penyediaan struktur, layanan dan program untuk mendukung dan meningkatkan keterampilan klien dalam mengelola kondisi mereka sendiri.

6.2.1 Program Pendidikan

Program pendidikan *self-management* atau SME mengajarkan strategi untuk membantu klien dalam mengelola kondisi penyakit kronis dan menjalani hidup yang lebih sehat (CDC, 2019b). Beberapa program pendidikan *self-management* untuk mengelola penyakit kronis seperti pada kondisi artritis, asma, kanker, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK), nyeri kronis, depresi, diabetes, kondisi terkait disabilitas, epilepsi, penyakit jantung, dan lupus. Program pendidikan yang diberikan dapat berbeda, tetapi memiliki tujuan yang

sama agar dapat membantu klien mengembangkan strategi untuk mengelola kesehatannya sehingga dapat melakukan hal-hal yang ingin klien lakukan.

Program pendidikan terapeutik didasarkan pada *Therapeutic Education Framework* (Slama-Chaudhry and Golay, 2019). Program pendidikan meliputi penilaian terhadap kebutuhan pendidikan medis, penyusunan program sesuai kebutuhan, dan evaluasi.

Penilaian Kebutuhan

Program pendidikan dimulai dengan melakukan penilaian terhadap kebutuhan pendidikan medis. Penilaian dilakukan dalam sesi diskusi antara klien dengan dokter, tim perawatan seperti ahli gizi, perawat, dan psikolog. Dengan melibatkan petugas kesehatan interdisipliner, klien diharapkan mendapat informasi dan program yang lebih baik dan holistik.

Pada tahap penilaian, klien menjelaskan masalah kesehatan utama yang dialami. Penyedia layanan akan membimbing klien dalam menangani masalah yang dihadapi klien. Penilaian kebutuhan juga membahas tentang keterampilan yang harus diperoleh dan menjadi dasar untuk menetapkan dan menyepakati target pembelajaran antara klien dan tim penyedia layanan.

Selain menilai kebutuhan pendidikan klien, penting untuk mengidentifikasi karakteristik kemampuan klien dalam menerapkan *self-management* sebelum merencanakan dan mengevaluasi intervensi (BJN, 2022).

Menurut Health Service Executive (2017) dalam (BJN, 2022), klien perlu memiliki kemampuan dalam menerapkan self-management yaitu:

1. Partisipasi aktif, khususnya pada klien yang berusia lebih tua dalam pengambilan keputusan tentang Kesehatan.
2. Kesesuaian dengan rencana perawatan yang disepakati bersama dengan profesional kesehatan.
3. Manajemen dampak penyakit kronis pada kesejahteraan psikososial dan emosional.
4. Pilihan gaya hidup yang mempromosikan kesehatan.
5. Akses ke layanan dukungan dengan keyakinan untuk menggunakannya.

Membuat Program

Langkah selanjutnya setelah penilaian yaitu menyesuaikan program dengan kebutuhan khusus klien. Klien bersama dengan penyedia layanan akan membuat program bersama dan menjalankan proyek pendidikan secara bersama. Metode edukatif yang digunakan disesuaikan dengan klien sehingga memungkinkan tujuan perawatan tercapai. Program pendidikan terapeutik juga dapat dilaksanakan terdiri dari sesi individu dan kelompok.

Sesi individu dilakukan untuk melakukan tindak lanjut pengobatan dan memberikan dukungan terapi psikologis. Sedangkan sesi kelompok dilakukan untuk berbagi pengalaman klien tentang program pendidikan terapeutik. *Self-management* dapat berupa intervensi dukungan sosial yang mencakup pendampingan sebaya, dukungan sebaya, dan bersosialisasi atau berteman dengan orang lain dengan penyakit kronis yang sama (BJN, 2022).

Sesi kelompok dipandu oleh seorang spesialis untuk meringkas pengetahuan dan keterampilan yang dipelajari, serta membangun motivasi kelompok (Slama-Chaudhry and Golay, 2019). Contoh kegiatan berbasis komunitas atau kelompok dengan beranggota 10 hingga 16 peserta berdurasi selama dua jam, seminggu sekali, selama enam minggu (CDC, 2019a). Namun, pada dasarnya program terstruktur dapat berlangsung selama setengah hari, satu hari atau lima hari, tergantung pada pilihan klien dan ketersediaan program.

Kegiatan utama CDSMP meliputi kegiatan pendidikan interaktif seperti diskusi, brainstorming, praktik perencanaan tindakan dan umpan balik, pemodelan perilaku, teknik pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan (CDC, 2019a). Selain itu, terdapat kegiatan aktivitas manajemen gejala seperti olahraga, relaksasi, komunikasi, makan sehat, manajemen pengobatan, dan mengelola kelelahan.

Evaluasi Keberhasilan

Langkah terakhir merupakan proses evaluasi untuk mengukur keberhasilan program yang dilaksanakan. Lingkungan yang mendukung perlu diciptakan untuk mendorong klien dalam menerapkan dan mengejar pengetahuan serta mencapai keterampilan yang diharapkan selama program.

Pada dasarnya, program *self-management* dapat berbeda tergantung dari penyakit yang diderita dan berbeda dari satu klien dengan klien lainnya. Contoh program *self management* pada klien PJK dapat berupa penerapan program berbasis pada perubahan sumber daya mandiri dengan memberikan

pelatihan keterampilan untuk memodifikasi faktor risiko kesehatan seperti merokok, aktivitas fisik, gaya hidup, dan asupan makanan yang dikonsumsi (Mufarokhah, Putra and Dewi, 2016). Oleh karena itu, evaluasi ketercapaian mengacu dari program *self-management* setiap penyakit dan masing-masing program yang telah dibuat oleh klien bersama penyedia layanan pendidikan.

6.2.2 Tahap Self-Management

Manajemen diri dibagi menjadi empat tahapan yaitu mengenali perubahan pada tubuh atau tanda dan gejala seperti munculnya edema; mengkaji derajat keparahan atau mengevaluasi perubahan; melakukan penatalaksanaan seperti pengobatan atau menerapkan strategi pengobatan; dan mengevaluasi penatalaksanaan atau pengobatan (Riegel et al., 2009; Riegel, Dickson and Lee, 2018).

Pada tahap mengenali perubahan tubuh, klien diharapkan mampu mengenali gejala yang muncul pada ke kambuhan misalnya berupa masalah pernapasan atau bengkak pada tungkai sebagai gejala gagal jantung. Klien yang mengenali tanda-tanda awal ke kambuhan misalnya penambahan berat badan dan gejala seperti sesak napas, mengetahui bahwa perubahan ini tidak normal, dan melakukan sesuatu untuk mengatasinya dengan menghubungi dokter atau minum diuretik ekstra kemungkinan besar dapat menghindari klien dari rawat inap (Riegel, Dickson and Lee, 2018).

Kurang percaya diri terhadap kemampuan untuk mengelola gejala berulang kali diidentifikasi sebagai penghalang keberhasilan pengobatan. Dengan demikian, kepercayaan diri menjadi faktor penting yang memengaruhi kemampuan self-management (Riegel, Dickson and Lee, 2018).

Tahap berikutnya dengan melakukan evaluasi terhadap perubahan. Dalam tahap ini sebagai contoh munculnya edema tungkai pada klien gagal jantung. Klien dapat melakukan evaluasi terlebih dahulu apa penyebab edema tungkai yang terjadi, bagaimana klien menjalankan diet pembatasan cairan dan natrium sebelumnya.

Tahap berikutnya, klien menerapkan strategi pengobatan yang sesuai. Implementasi tindakan yang diukur meliputi mengurangi garam dalam program diet, mengurangi asupan cairan, meminum obat diuretik, dan menghubungi dokter atau perawat. Setiap elemen pendekatan intervensi pada *self-management* berfokus pada membantu klien dengan penyakit kronis untuk

merawat diri mereka sendiri dengan lebih baik (Riegel, Dickson and Lee, 2018).

Tahap terakhir, klien melakukan evaluasi terhadap pengobatan. Misal setelah membatasi asupan cairan dan garam apakah edema pada tungkai masih terjadi. Bagaimana respons setelah klien mendapatkan terapi diuretik sesuai dengan anjuran dokter. Pada tindakan evaluasi klien menggambarkan keyakinan klien dalam mengatasi masalah yang muncul.

6.2.3 Program Self-Management Pada Penyakit Kronis

Self-care merupakan bagian integral dari manajemen penyakit kronis yang memerlukan pemeliharaan diri dan manajemen diri (Andrikopoulou, Abbate and Whellan, 2014). Program pendidikan *self-management* yang diberikan kepada klien dengan penyakit kronis dapat berbeda. Berikut ini beberapa topik program *self-management* berdasarkan penyakit menurut *Centers Disease Control and Prevention* (CDC).

Tabel 6.1: Program Self-Management Untuk Klien Dengan Penyakit Kronis (CDC, 2019b)

Penyakit	Topik Self-Management
Arthritis, Asma, PPOK, Nyeri kronis, Depresi, Penyakit jantung, Lupus	<ul style="list-style-type: none"> Teknik untuk mengatasi masalah seperti frustrasi, kelelahan, rasa sakit, dan isolasi. Latihan yang tepat untuk mempertahankan dan meningkatkan kekuatan, fleksibilitas, dan daya tahan. Penggunaan obat yang tepat. Berkomunikasi secara efektif dengan keluarga, teman, dan profesional kesehatan. Mengelola depresi. Teknik pernapasan yang lebih baik. Teknik relaksasi. Kebiasaan makan yang sehat. Membuat keputusan yang baik tentang kesehatan diri. Bagaimana mengevaluasi pengobatan baru.
Kanker	<ul style="list-style-type: none"> Teknik untuk mengatasi masalah seperti frustrasi, kelelahan, rasa sakit, isolasi, kurang tidur dan hidup dengan ketidakpastian. Latihan yang tepat untuk mendapatkan kembali dan mempertahankan fleksibilitas dan daya tahan. Membuat keputusan tentang pengobatan dan terapi komplementer. Berkomunikasi secara efektif dengan keluarga, teman, dan profesional kesehatan. Nutrisi.

Penyakit	Topik Self-Management
	<ul style="list-style-type: none"> Menetapkan prioritas. Hubungan.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Memahami diabetes dan pengobatan diabetes. Makan sehat. Menjadi aktif secara fisik. Minum obat. Memeriksa gula darah Anda. Mengurangi risiko Anda untuk masalah kesehatan lainnya. <p>Belajar mengatasi stres, depresi, dan kekhawatiran lainnya.</p>
Epilepsi	<p>Home Based Self-management and Cognitive Training Changes Lives (HOBSOTCH)</p> <ul style="list-style-type: none"> Pelatihan kesadaran diri yang mengajarkan peserta apa yang memengaruhi memori dan perhatian. Pelatihan keterampilan untuk meningkatkan daya ingat dan perhatian. Terapi pemecahan masalah untuk mempelajari cara bekerja melalui masalah yang berhubungan dengan memori. <p><i>Program for Active Consumer Engagement in Epilepsy Self-Management (PACES)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Belajar tentang epilepsi dan masalah medis terkait. Berurusan dengan stres. Meningkatkan daya ingat dan berpikir. Mengelola perawatan epilepsi. Berkomunikasi dengan teman dan keluarga tentang epilepsi Anda.
Disabilitas	<p><i>Promoting Amputee Life Skills (PALS):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Mempelajari keterampilan manajemen diri. Mengelola kesehatan dan aktivitas fisik Anda. Mengelola emosi. Berkomunikasi secara efektif dengan keluarga dan teman dan menjaga hubungan dalam situasi sulit. Mengidentifikasi tanda-tanda peringatan kemunduran dan keterampilan belajar untuk membantu Anda mengatasi beberapa hambatan ini. Hidup sehat dengan disabilitas: Penetapan tujuan. Penyelesaian masalah. Mempertahankan pandangan positif. Mengelola depresi. Aktivitas fisik. Makan dengan baik untuk hidup dengan baik. Komunikasi yang sehat. Pencarian informasi dan advokasi. Mempertahankan perubahan positif.

Beberapa program praktik *self-care* yang dapat dilakukan pada klien dengan penyakit kronis seperti mematuhi program diet, memantau berat badan, berhenti merokok dan membatasi konsumsi alkohol, melakukan aktivitas fisik dan olahraga, serta mematuhi pengobatan.

1. Mematuhi program diet

Mayoritas *self-management* pada penyakit kronis membutuhkan program diet. Beberapa program diet yang dibutuhkan seperti pembatasan garam. Klien perlu berlatih untuk tidak menambahkan garam saat memasak, tidak meletakkan garam di meja makan, dan mengonsumsi makanan yang mengandung sedikit garam. Klien juga perlu mampu membaca label kemasan dan mengenali komposisi makanan serta menghindari makanan kemasan atau ber pengawet yang mengandung natrium.

Pada klien dengan penyakit kronis seperti diabetes tipe 2, klien perlu memahami bagaimana *self-management*. Kemampuan mengelola makanan merupakan hal yang penting dilakukan agar kadar gula darah tetap stabil. Klien perlu memahami bagaimana membuat rencana makan sehat yang spesifik untuk kebutuhan kesehatan, gaya hidup, kepercayaan, selera, dan budaya (CDC, 2022).

2. Memantau berat badan

Berat badan berlebih dan obesitas sering kali menjadi faktor risiko berbagai penyakit kronis seperti diabetes dan penyakit jantung. Selain itu, kenaikan berat badan secara drastis dalam waktu singkat juga dapat menjadi tanda bahwa terjadi penumpukan cairan di dalam tubuh. Oleh karena itu, pemantauan terhadap tanda dan gejala yang timbul seperti dengan mengukur berat badan harian menjadi salah satu tindakan yang penting untuk dilakukan.

3. Berhenti merokok dan membatasi konsumsi alkohol

Rokok dan alkohol menjadi salah satu faktor risiko penyebab terjadinya penyakit kronis seperti gangguan jantung. Konsumsi alkohol dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan meluasnya *kardiomiopati*. Merokok juga meningkatkan risiko kematian dan rawat inap pada klien dengan gangguan jantung. Oleh karena itu, klien yang terbiasa merokok dan konsumsi alkohol sangat

dianjurkan untuk merubah gaya hidup lebih sehat. Berbagai studi telah menunjukkan bahwa manfaat berhenti merokok dapat mencegah kerusakan lebih lanjut pada paru-paru, mengurangi risiko serangan jantung dan stroke (Sekarsari, 2012a). Selain itu, berhenti merokok dapat meningkatkan energi, membantu tidur lebih nyenyak, memperbaiki sirkulasi darah dan kadar oksigen serta memelihara kondisi kesehatan.

4. Melakukan aktivitas fisik dan olahraga

Aktivitas fisik dan olahraga juga tetap dibutuhkan pada klien dengan penyakit kronis. Aktivitas fisik pada klien diabetes dapat membantu mengontrol kadar gula darah dan menurunkan risiko terkena komplikasi diabetes (CDC, 2019b). Beberapa manfaat lainnya menjaga tubuh tetap aktif yaitu dapat meningkatkan energi dan mengurangi kelelahan, mempertahankan kebugaran, menjaga sendi tetap lentur, memperbaiki pernapasan, serta menjaga fisik dan mental tetap baik (Sekarsari, 2012a).

5. Mematuhi pengobatan

Kepatuhan minum obat menjadi salah satu hal penting dalam *self-management*. Klien perlu memahami cara meminum obat dengan benar dan pada waktu yang tepat. Selain itu, klien juga perlu mengetahui efek samping dari obat yang dikonsumsi. Tiga langkah yang perlu klien ketahui agar berhasil mengelola obat-obatan yaitu dengan mengetahui obat apa yang sedang dikonsumsi, mengetahui efek terapeutik obat, dan mengambil obat dengan benar (Sekarsari, 2012b).

Bab 7

Aplikasi Prinsip Legal Etik Dalam Terapi Tradisional dan Komplementer-Alternatif

7.1 Pendahuluan

Istilah terapi komplementer, terapi alternatif dan terapi tradisional memiliki berbagai pengertian yang didefinisikan oleh beberapa pihak, namun secara umum dapat dipahami sebagai berikut: Terapi tradisional merupakan terapi yang didapatkan dari hasil budaya masyarakat setempat dalam melakukan pengobatan terhadap anggota masyarakat itu sendiri sedangkan pengobatan komplementer adalah terapi yang berakar dari budaya yang dimiliki oleh daerah/negara lain yang digunakan di masyarakat, terapi alternatif adalah terapi lain yang digunakan sebagai pengganti atau pendamping dari terapi medis.

Pada dasarnya ketiga istilah itu memiliki pengertian yang hampir sama yaitu pengobatan non medis yang menjadi pilihan bagi masyarakat dalam melakukan upaya penyembuhan penyakit baik disertai terapi medis maupun dilaksanakan secara mandiri.

Pengertian dari terapi tradisional dan terapi komplementer menurut TCI (WHO) dalam Buku *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023* definisi terapi tradisional merupakan terapi yang memiliki sejarah panjang, yang merupakan pengetahuan, keterampilan dan praktik berdasarkan pengalaman, teori, kepercayaan yang didapatkan dari budaya yang bisa di percaya ataupun sulit untuk dipercaya dan terapi ini digunakan masyarakat dalam melakukan pencegahan, dan pengobatan pada penyakit fisik dan mental.

Sedangkan pengertian terapi komplementer adalah Istilah "pengobatan pelengkap" atau "pengobatan alternatif" mengacu pada serangkaian luas praktik perawatan kesehatan yang bukan merupakan bagian dari tradisi negara itu sendiri atau pengobatan konvensional dan tidak sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem perawatan kesehatan yang dominan. Mereka digunakan secara bergantian dengan obat tradisional di beberapa negara (WHO, 2013).

Pengertian lain yang di definisikan pemerintah Indonesia dalam Undang – Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang pelayanan pengobatan tradisional Komplementer ; pelayanan pengobatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Sedangkan yang dimaksud dengan pengobatan tradisional komplementer adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah (RI, 2018).

Di dalam pengertiannya WHO menyamakan istilah komplementer dan alternatif yang merupakan pengobatan tradisional yang berasal dari luar wilayah pengguna pengobatan. Sedangkan komplementer yang didefinisikan oleh pemerintah Indonesia adalah pengobatan tradisional yang telah memanfaatkan keilmuan modern dalam penggunaannya, walaupun terdapat perbedaan pengertian namun pada dasarnya keduanya memiliki pemahaman yang sama tentang terapi yang dimiliki masyarakat dan dapat dikembangkan secara ilmiah dan modern.

Terapi tersebut biasanya diambil menjadi pilihan dari masyarakat untuk melakukan pengobatan, digunakan juga sebagai pendamping pengobatan medis ketika dirasa pengobatan medis tidak cukup untuk menyembuhkan

penyakit yang di rasakan atau di lakukan karena terapi medis tidak lagi dapat memberikan harapan untuk kesembuhan seperti pada pasien-pasien paliatif.

Pada perkembangannya terapi tradisional Komplementer menjadi perhatian masyarakat kesehatan untuk dijadikan sebagai terapi alternatif dalam ikhtiar menyembuhkan orang yang sakit, selain daripada pengobatan konvensional atau pengobatan medis. Penelitian dan penelaahan terhadap terapi-terapi tradisional yang ada di masyarakat membantu terapi ini menjadi terapi yang memiliki bukti ilmiah sehingga dapat digunakan dengan aman dan dibenarkan secara hukum.

7.2 Legalitas Terapi Tradisional Dan Komplementer-Alternatif

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memiliki perhatian terhadap perkembangan terapi tradisional, komplementer dan integrasinya dengan pengobatan medis, pada saat ini dapat dilihat dari terbentuknya TCI. TCI (Traditional, Complementary, and Integrative Medicine) merupakan unit yang berkoordinasi secara global untuk memanfaatkan potensi kontribusi pengobatan tradisional, komplementer dan integratif untuk pelayanan kesehatan terpadu, cakupan kesehatan universal dan tujuan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

Unit inilah yang fokus dalam mendukung adanya penggunaan terapi tradisional, komplementer yang ada di berbagai negara menjadi terapi yang aman, berkualitas dan dapat di pertanggung jawabkan.

Unit TCI Telah memiliki beberapa tugas berfokus pada Strategi pengobatan tradisional WHO 2014-2023 yaitu:

1. Global Foods/Muatan global
 - a. mengembangkan dokumen teknis dan alat untuk meningkatkan kualitas, keamanan dan efektivitas TCI;
 - b. mengembangkan terminologi internasional dan klasifikasi TCI seperti panduan kebijakan, alat informasi dan alat digital TCI;

2. Country support/dukungan terhadap negara-negara
 - a. memberikan dukungan teknis kepada negara-negara dan membantu pembangunan kapasitas mereka di bidang TCI;
 - b. membentuk agenda penelitian dan diseminasi keilmuan tentang TCI di negara-negara;
 - c. mendorong terciptanya kebijakan tentang penelaahan TCI berbasis bukti agar TCI membawa dampak nyata bagi negara.
3. Kepemimpinan
 - a. memimpin dan terlibat dalam kemitraan untuk menerapkan strategi pengobatan tradisional WHO;
 - b. memantau dan menilai tren TCI melalui survei global (WHO, 2023).

Secara umum WHO telah memberikan legalisasi kepada negara-negara anggota dalam menentukan kebijakan dan standar hukum dalam penyelenggaraan pengobatan tradisional dan komplementer di negara tersebut. WHO juga telah mengeluarkan standar Internasional tentang pengobatan komplementer beberapa negara diantaranya standar Internasional terminologi pengobatan *Shidda*, *ayurveda*, pengobatan Yunani/Yunani medicine, pengobatan China/Chinese medicine yang dipublikasikan pada tahun 2022 dan 2023.

Dengan demikian maka terapi tradisional dan komplementer-alternatif dengan berbagai persyaratan telah memiliki legalitas yang telah disepakati oleh negara-negara anggota Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Pelayanan terapi Komplementer alternatif harus memperhatikan beberapa hal terkait aspek legal yaitu:

1. Licensi - Merupakan bukti perizinan yang harus dimiliki oleh pemberi layanan terapi komplementer alternatif yang dikeluarkan oleh negara sebagai persyaratan utama dalam menyelenggarakan layanan tersebut.
2. Lingkup praktik - Yaitu lingkup pelayanan yang dapat diberikan harus disesuaikan dengan kebijakan yang telah diatur oleh negara atau pengelola wilayah seperti menetapkan lingkup pengobatan apa

saja yang boleh diberikan pada pemberi layanan terapi komplementer alternatif sesuai hasil telaah yang telah dilakukan secara resmi.

3. Malpraktek - Batasan kewenangan harus jelas dan tertulis dalam kebijakan yang ditetapkan sehingga tidak terjadi tumpang tindih kewenangan, terutama antara pengobatan konvensional dan pengobatan komplementer alternatif. Begitu pula sanksi hukum yang ditetapkan dalam meminimalisasi terjadinya malpraktek dalam pelayanan terapi komplementer alternatif.
4. Disiplin profesional - Kewenangan profesional penting untuk ditetapkan oleh organisasi profesi, dengan tujuan memberikan kewenangan sesuai kompetensi, pada pelayanan terapi komplementer terintegrasi pengobatan konvensional di padukan dengan pengobatan komplementer perlu diatur proporsi kedua pengobatan tersebut disesuaikan dengan tujuan pengobatan.
5. Hak pasien untuk mendapatkan pengobatan
Pengetahuan masyarakat tentang haknya sebagai pasien dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap pemberi layanan dalam memberikan pengobatannya sehingga meminimalisasi terjadinya malpraktek.
6. Asuransi kesehatan - Jaminan kesehatan pada pelayanan terapi komplementer menjadi hal yang penting untuk membangun kepercayaan masyarakat dan membatasi terapi tradisional, hanya yang benar-benar terbukti melalui kajian ilmiah yang dapat dijadikan terapi pengobatan pada masyarakat.
7. Penipuan - Terapi tradisional merupakan terapi yang tercipta dengan latar belakang budaya sehingga pemahaman masyarakat beragam dan memiliki persepsi yang berbeda beda, hal tersebut dapat dijadikan umpan bagi orang yang tidak bertanggung jawab, maka penting untuk disosialisasikan kepada masyarakat tentang terapi komplementer alternatif yang aman dan dapat dipercaya (Cohen, 2002).

7.3 Legalitas Terapi Tradisional dan Komplementer/Alternatif di Indonesia

Terminologi Terapi Tradisional dan Terapi Komplementer-Alternatif Di Indonesia

Terminologi yang terdapat di dalam kebijakan yang mengatur tentang terapi Tradisional dan terapi komplementer-alternatif:

1. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggung jawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat (RI, 2009).
2. Pelayanan kesehatan tradisional empiris adalah penerapan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya terbukti secara empiris (RI, 2014).
3. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah (RI, 2014).
4. Pelayanan kesehatan tradisional integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional komplementer, baik bersifat sebagai pelengkap atau pengganti (RI, 2014).
5. Pelayanan kesehatan tradisional integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional komplementer, baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu (RI, 2017).
6. Pelayanan kesehatan konvensional adalah suatu sistem pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan/atau tenaga kesehatan lainnya berupa mengobati gejala dan penyakit dengan menggunakan obat, pembedahan, dan/atau radiasi (RI, 2017).

Aspek Legal Etik Pelayanan Terapi Tradisional dan Komplementer Keperawatan Di Indonesia

Dasar hukum penyelenggaraan pelayanan terapi tradisional dan terapi komplementer-alternatif di Indonesia diantaranya adalah:

1. Undang-undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-undang No. 34 tahun 2014 tentang Keperawatan.
3. PP No.103 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional.
4. Permenkes No. 90 tahun 2013 tentang SP3T.
5. Permenkes No. 8 tahun 2014 tentang SPA
6. Permenkes No. 9 tahun 2016 tentang Upaya Pengembangan Kesehatan Tradisional Melalui Asuhan Mandiri Pemanfaatan TOGA dan keterampilan.
7. Permenkes No. 61 tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris.
8. Permenkes No. 37 tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi.
9. Permenkes No. 15 tahun 2018 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
10. PMK No. 34 tahun 2018 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Akupunktur Terapis.

Jenis Terapi Tradisional dan Komplementer Indonesia

Beberapa jenis terapi yang telah dilegalisasi oleh pemerintah dan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan yang di tetapkan (Bambang Siswanto, Sri Setiawati, Ontran Sumantri Riyanto, 2022) yaitu:

1. Pengobatan komplementer

Pengobatan yang didasarkan pada ilmu biomedis yang telah diterima oleh pengobatan konvensional yang dilakukan oleh Dokter, Dokter gigi dan tenaga kesehatan lainnya yang memiliki sertifikat kompetensi dan kemampuan khusus dalam pengobatan komplementer. Pelayanan ini bukan merupakan pelayanan utama melainkan merupakan pelayan pelengkap yang tidak boleh diberikan secara terus menerus.

Syarat-syarat yang harus dipenuhi untuk melakukan terapi medis komplementer di fasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

- a. Memiliki sertifikat pendidikan tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, perawat, dll)
- b. Dapatkan rekomendasi dari organisasi profesional.
- c. Memiliki sertifikasi dan telah lulus uji kompetensi untuk keahlian tertentu dalam bidang pengobatan komplementer.
- d. Memiliki SBR-TPKA (Bukti Pendaftaran Pelengkap-Alternatif Tenaga medis).
- e. Memiliki ST-TPKA (Surat Tugas Pelengkap-Alternatif).

Sedangkan penentuan terapi komplementer yang dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Di Indonesia ada adalah 3 jenis teknik pengobatan komplementer yang telah terintegrasi pelayanan medis konvensional, yaitu:

- a. Akupunktur medis adalah metode pengobatan alternatif yang telah adab berbasis ilmu biomedis dan bersinergi dengan konvensional obat. Disebut pengobatan komplementer- alternatif karena akupunktur adalah obat tradisional Cina yang digunakan di Indonesia. Akupunktur bermanfaat dalam mengobati kondisi kesehatan tertentu dan juga sebagai analgesik (peredea nyeri).
- b. Terapi hiperbarik, yaitu suatu metode terapi di mana pasien masuk ke ruangan dan diberi tekanan oksigen murni. Terapi ini banyak digunakan pada pasien dengan *gangren* untuk mencegah amputasi.
- c. Terapi herbal medis, yaitu terapi dengan menggunakan obat-obatan alami, baik dalam bentuk jamu terstandar hasil penelitian atau hasil *fitofarmaka*.

Terapi dengan menggunakan jamu diatur lebih lanjut dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 121/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Medis Herbal.

Beberapa persyaratan harus dipenuhi, yaitu:

- a. Memiliki sertifikasi kompetensi di bidang herbal dan telah diterima otoritas dari Ikatan Dokter Indonesia Organisasi Pengembang Seminar Kesehatan Tradisional timur.
 - b. Standar tenaga kerja adalah dokter dan atau dokter gigi yang sudah memiliki kompetensi.
 - c. Bahan yang digunakan harus standar (obat jadi) tetapi jika membuat sendiri, dokter pelaksana harus didampingi oleh asisten apoteker.
 - d. Rumah Sakit yang dapat memberikan pelayanan pengobatan herbal harus mendapatkan izin dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
2. Tradisional komplementer-alternatif

Dengan Peraturan Menteri Kesehatan, definisi pengobatan komplementer tradisional alternatif adalah pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk perbaikan derajat kesehatan masyarakat yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan upaya rehabilitatif yang diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan mutu, keamanan, dan efektivitas berdasarkan ilmu biomedis tetapi belum diterima di dalam pengobatan konvensional.

Dalam implementasinya harus sinergis dan terintegrasi dengan pelayanan medis konvensional dengan dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lainnya memiliki pendidikan di bidang pengobatan komplementer tradisional alternatif.

Jenis pengobatan ini diatur dalam peraturan menteri peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 15 tahun 2018 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional komplementer. Pasal 4 mengatur tentang kriteria pelayanan kesehatan tradisional yaitu:

- a. Dapat dipertanggungjawabkan keamanan dan manfaatnya mengikuti kaidah-kaidah ilmiah bermutu dan digunakan secara rasional dan tidak bertentangan dengan norma agama dan norma yang berlaku di masyarakat.

- b. Tidak membahayakan kesehatan klien.
- c. Memperhatikan kepentingan terbaik klien.
- d. Memiliki potensi pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, penyembuhan, pemulihan kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup klien secara fisik, mental, dan sosial.

Selain itu tidak boleh bertentangan dengan norma agama seperti pelayanan dalam bentuk mistik/klenik, dan/atau menggunakan pertolongan makhluk gaib, serta tidak bertentangan dengan norma yang berlaku di masyarakat seperti melanggar nilai-nilai kesusilaan, kesopanan, hukum dan budaya. Jenis pelayanan tradisional komplementer didasarkan pada 3 cara pengobatan yaitu:

- a. Keterampilan yaitu teknik manual, teknik energi dan teknik olah pikir.
- b. Ramuan, dengan menggunakan obat tradisional.
- c. Kombinasi ramuan dan keterampilan, merupakan kombinasi Pelayanan Kesehatan Tradisional yang memiliki kesamaan, keharmonisan, dan kecocokan yang merupakan satu kesatuan sistem keilmuan kesehatan tradisional.

Pelayanan pengobatan tradisional komplementer dilaksanakan oleh tenaga kesehatan tradisional yang telah menempuh pendidikan formal setara pendidikan tinggi yang terbagi 2 kualifikasi yaitu tenaga Kesehatan Tradisional profesi; minimal memiliki pendidikan profesi dan tenaga Kesehatan Tradisional vokasi minimal memiliki pendidikan Diploma III bidang kesehatan tradisional (RI, 2018).

3. Tradisional komplementer alternatif integrasi

Tradisional Komplementer alternatif Integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer, baik bersifat sebagai pelengkap atau pengganti (Yogyakarta, 2022). Pelayanan terapi ini dilaksanakan di Rumah sakit dan Puskesmas (RI, 2017) yang dengan mengikuti beberapa aspek seperti:

- a. pendekatan holistik dengan menelaah dimensi fisik, mental, spiritual, sosial, dan budaya pari pasien;
- b. mengutamakan hubungan dan komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien;
- c. diberikan secara rasional;
- d. diselenggarakan atas persetujuan pasien (informed consent);
- e. mengutamakan pendekatan alamiah;
- f. meningkatkan kemampuan penyembuhan sendiri.

Peraturan penyelenggaraan pelayanan terapi tradisional komplementer alternatif terintegrasi yang dilaksanakan di Rumah Sakit harus mengikuti beberapa aturan seperti yang tercantum dalam Permenkes No. 37 tahun 2017 yaitu:

- a. Pelayanan dilaksanakan oleh tim kesehatan tradisional yang dipimpin oleh dokter yang memahami tentang pengobatan tradisional komplementer, tim ini bersifat *adhoc*.
- b. Keanggotaan tim ini terdiri dari dokter yang memahami konsep pengobatan integratif sebagai koordinator (case manager); tenaga kesehatan tradisional profesi; dan dokter yang memberikan terapi pelayanan kesehatan konvensional pada pasien sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
- c. Pelayanan kesehatan tradisional integrasi pada Rumah Sakit dilakukan sesuai dengan alur pelayanan kesehatan tradisional integrasi yang merupakan bagian dari alur Pelayanan Kesehatan Konvensional.

Kebijakan pelayanan yang dilaksanakan di Puskesmas juga memiliki beberapa aturan di antaranya:

- a. Penetapan pelayanan kesehatan tradisional integrasi pada puskesmas dilakukan oleh kepala puskesmas, setelah mendapatkan rekomendasi dari tim yang dibentuk oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.
- b. Tim terdiri atas unsur dinas kesehatan kabupaten/kota, organisasi profesi terkait, dan praktisi bidang terkait juga pakar bidang

kesehatan tradisional komplementer atau orang yang memiliki pengetahuan di bidang kesehatan tradisional.

- c. Pelayanan pelaksana pelayanan terdiri dari tim kesehatan tradisional yang di pimpin oleh dokter yang memahami pengobatan tradisional komplementer dengan anggota dokter dan tenaga kesehatan tradisional.
- d. Pelayanan kesehatan tradisional integrasi pada puskesmas dilakukan sesuai dengan alur pelayanan kesehatan tradisional integrasi yang merupakan bagian dari alur pelayanan kesehatan konvensional.

Ketentuan lain yang perlu diperhatikan oleh pemberi layanan kesehatan tradisional komplementer adalah:

- a. Setiap tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan tradisional integrasi di fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala kepada dinas kesehatan kabupaten/kota.
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan peraturan yang berlaku akan diberikan sanksi administratif oleh menteri, kepala dinas kesehatan provinsi, dan kepala dinas kabupaten/kota.
- c. Sanksi yang diberikan dapat berupa teguran lisan; teguran tertulis; penghentian sementara pelayanan kesehatan tradisional komplementer; rekomendasi pencabutan STR; dan/atau pencabutan SIP.

7.4 Aplikasi Pelayanan Terapi Komplementer-Alternatif Keperawatan

Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan merupakan tenaga yang memiliki kewenangan dalam melaksanakan pengobatan Komplementer seperti yang tercantum pada Undang-Undang No. 34 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 22 (RI, 2019) yang menyatakan bahwa:

1. Perawat yang memiliki kewenangan dalam memberikan terapi komplementer dan alternatif adalah perawat yang memiliki kompetensi keperawatan komplementer dan alternatif yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan atau pelatihan.
2. Pelaksanaan kewenangan keperawatan komplementer dan alternatif tidak menjadi pelayanan keperawatan yang utama dan tidak dilakukan secara terus menerus.
3. Pelaksanaan kewenangan keperawatan komplementer dan alternatif berfungsi sebagai pelengkap.
4. Kewenangan keperawatan komplementer dan alternatif yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan selain tempat praktik mandiri perawat hanya dapat dilaksanakan setelah dilakukan *kredensialing* oleh fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Kewenangan keperawatan komplementer dan alternatif yang dilakukan di tempat praktik mandiri perawat dilaksanakan setelah dilakukan *kredensialing* oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat dengan mengacu pada kurikulum pendidikan keperawatan komplementer dan alternatif dan/atau modul pelatihan komplementer.

Terapi Komplementer yang telah diadopsi ke dalam Intervensi keperawatan di Indonesia (PPNI, 2018) diantaranya:

1. Terapi akupresure (kode I.06209) - Yaitu teknik menggunakan titik tertentu untuk mengurangi nyeri, meningkatkan relaksasi, mencegah atau mengurangi mual.
2. Terapi Akupunktur (kode I.06210) - Menggunakan metode penusukan jarum pada titik-titik tertentu yang tepat di permukaan tubuh.

3. Terapi Bekam (kode I.02085) - Menggunakan penyedotan kulit dengan tekanan negatif pada bagian-bagian tertentu untuk mengeluarkan racun atau oksidan dalam tubuh.
4. Terapi Biofeedback (kode I.09318) - Memfasilitasi kemampuan mengendalikan diri atas respon fisiologis dengan menggunakan monitor biofeedback.
5. Terapi Lintah (kode I.02087) - Menggunakan lintah untuk menghilangkan kelebihan jaringan yang ditanam yang bercampur dengan darah merah.
6. Terapi Murattal (kode I. 08249) - Menggunakan media Alquran (baik mendengarkan ataupun membaca) untuk membantu meningkatkan perubahan yang spesifik dalam tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis.
7. Terapi Sentuhan (kode I. 09329) - Menggunakan tangan ke tubuh tertentu untuk memfokuskan, mengarahkan dan memodulasi medan energi dalam upaya penyembuhan.

Bab 8

Interprofesional Kolaborasi Yang Baik

8.1 Pendahuluan

Tempat pelayanan kesehatan warga semacam rumah sakit maupun puskesmas adalah tempat berkumpulnya bermacam berbagai tenaga kesehatan yang melaksanakan profesi dalam pelayanan kesehatan. Profesi kesehatan ini bukan cuma terfokus pada dokter, tetapi pula handal dari bermacam disiplin ilmu kesehatan antara lain perawat, bidan, farmasi, pakar gizi, sanitarian, terapis serta yang lain yang berupaya sediakan pelayanan bermutu untuk penderita.

Bergesernya konsep pelayanan kesehatan dari *profession center* jadi *patient centered* mendesak penerapan aplikasi kerja sama interprofesional. Konsekuensi dari konsep *patient centered* merupakan tersedianya tenaga kesehatan yang sanggup melaksanakan tugas perannya secara optimal, baik dalam satu profesi kesehatan (intraprofesional) ataupun antar profesi kesehatan (interprofesional).

Ada pula upaya buat mengganti profesionalisme orang jadi profesionalisme kelompok, hingga diperlukan komunikasi, kerja sama, kemitraan, koordinasi, serta pengambilan keputusan bersama. Tujuannya supaya bisa tingkatkan

derajat kesehatan warga, kepuasan klien, keselamatan klien, serta kurangi bayaran perawatan.

Semenjak diperkenalkannya kerja sama interprofesional oleh *World Health Organization*, institusi pembelajaran serta pelayanan kesehatan mulai meningkatkan serta mempraktikkan konsep kerja sama interprofesional. Pada institusi pembelajaran kesehatan diketahui selaku *Interprofessional Education* (IPE) sebaliknya pada institusi pelayanan kesehatan diketahui selaku aplikasi kerja sama interprofesional.

Konsep ini terpisah tetapi senantiasa berkaitan, sebab institusi pelayanan kesehatan jadi fasilitas pelaksanaan IPE untuk partisipan didik buat tingkatan aplikasi profesi. Tahapan pembelajaran vokasi ataupun profesi yang dilaksanakan dalam bentuk pembelajaran klinik serta pendidikan komunitas ataupun lapangan memakai bermacam tingkatan pelayanan kesehatan nyata yang penuhi persyaratan selaku tempat aplikasi.

Kerja sama Interprofesi ataupun *Interprofessional Collaboration* (IPC) ialah ikatan dari bermacam jenis tenaga kesehatan yang silih bekerja sama serta berkolaborasi buat membagikan perawatan untuk klien/ penderita dan berbagi data yang berhubungan dengan catatan pertumbuhan terintegrasi penderita yang bertujuan buat tingkatkan keselamatan penderita serta mutu pelayanan rumah sakit.

Tenaga kesehatan wajib melaksanakan aplikasi kolaboratif yang baik serta tidak melaksanakan pelayanan kesehatan sendiri- sendiri, perihal ini bertujuan supaya keselamatan penderita lebih terpelihara di rumah sakit. Regu pelayanan interdisipliner menekankan pada pendekatan holistik, bekerja secara interdependen, memakai komunikasi secara efisien buat membenarkan kalau bermacam kebutuhan klien hendak pelayanan kesehatan ditangani serta dilayani secara terpadu. Kerja sama interprofessional ini ialah kompetensi bawah untuk *caregiver* adalah dokter, perawat, farmasi, gizi, fisioterapi, serta tenaga kesehatan yang lain dalam memberikan perawatan klien (Sullivan et al., 2015).

Dalam kerangka kerja *World Health Organization*, aplikasi kolaboratif terjalin kala banyak petugas kesehatan dari bermacam latar balik handal bekerja sama dengan penderita, keluarga, perawat, serta warga buat membagikan perawatan penderita dengan mutu paling tinggi. Perihal ini terjalin sebab pemberian layanan perawatan terbaik diberikan oleh penyedia ataupun pemberi asuhan dengan bermacam pengalaman, pembelajaran, serta pelatihan. Setelah itu

seluruhnya bekerja sama, bertukar pemikiran serta data satu dengan yang lain serta berdedikasi besar buat tingkatkan kesehatan serta kesejahteraan klien. Oleh sebab itu pada penyusunan ini hendak dibahas interprofesional kerja sama yang baik dalam pembelajaran, aplikasi, serta riset.

8.2 Interprofesional Kolaborasi

8.2.1 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik Dalam Pendidikan

Interprofessional Education, atau disebut IPE, menurut WHO adalah strategi pembelajaran inovatif yang menekankan pada kerja sama antar profesi (WHO, 2010). Lebih jauh WHO menjelaskan bahwa kerja sama antar profesi merupakan kemampuan yang harus selalu dipelajari dan dilatih melalui IPE.

Kemampuan kerja sama antar profesi yang baik dapat dilihat dari kemampuan peserta didik untuk menjadi *team leader* dan mampu mengatasi hambatan dalam kerja sama antar profesi. Pengalaman pembelajaran IPE, mahasiswa akan dapat saling bertukar pengalaman tentang keterampilan terkait tugas masing-masing profesi sehingga akan muncul sikap saling menghargai antar profesi yang nantinya akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

IPE merupakan proses pembelajaran di tingkat akademis tentang berusaha saling mengerti dan saling menghargai antar profesi kesehatan dalam berinteraksi antar profesi yang berbeda (*learning about, from and each other*). Hal ini merupakan kondisi yang akan ditemui dalam kehidupan profesional sehari hari.

Proses IPE terjadi di kelas yang sama dengan materi yang sama dan saling belajar dalam bentuk interaksi antar profesi. Interaksi antar profesi dalam proses pembelajaran merupakan hal yang mutlak dan tidak dapat ditawar lagi. Proses pembelajaran kolaboratif dilaksanakan oleh semua profesi yang berkaitan dalam memberikan asuhan kesehatan yang berpusat kepada klien (*patient centred care*).

Melalui IPE diharapkan mahasiswa dari berbagai profesi kesehatan dapat menumbuhkan kemampuan nilai dan etik antar profesi, peran dan tanggung jawab, komunikasi antar profesi dan kerja sama tim. IPE diharapkan dapat

meningkatkan kemampuan praktik kolaborasi antar profesi guna meningkatkan pelayanan kesehatan individu, keluarga maupun masyarakat.

Tujuan IPE adalah mempersiapkan mahasiswa lebih mengenal peran profesi kesehatan lain untuk meningkatkan kemampuan berkolaborasi antar profesi sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Tujuan penyelenggaraan IPE sebagai berikut:

1. Meningkatkan pemahaman proses pembelajaran mahasiswa.
2. Memperkenalkan sistem kolaborasi/bekerja sama dengan klien dan anggota tim antar profesi dalam pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
3. Memperkenalkan perbedaan budaya individu yang dimiliki oleh klien dan tim antar profesi.
4. Menghargai keunikan budaya, nilai, peran dan tanggung jawab serta keahlian anggota tim antar profesi.
5. Mengidentifikasi kebutuhan klien dalam pemberian pelayanan kesehatan.
6. Mengidentifikasi karakteristik klien dan tim antar profesi.
7. Meningkatkan mutu pembelajaran.

Berdasarkan *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (Godden-Webster & Murphy, 2014), manfaat dari IPE adalah membantu mempersiapkan mahasiswa pendidikan kesehatan agar mampu secara aktif memecahkan masalah kesehatan, meningkatkan pemahaman tentang pengetahuan dan keterampilan yang memerlukan kerja secara kolaborasi.

Profesi kesehatan yang dilahirkan melalui IPE diharapkan dapat menjunjung tinggi nilai profesional yang berbasis kolaborasi. Di sisi lain, IPE tidak akan berjalan lancar jika tidak didukung oleh SDM pendidik, sistem kurikulum, fasilitas dan antusias mahasiswa.

Beberapa fungsi dari IPE adalah:

1. Bekerja dengan orang lain dari berbagai profesi kesehatan.
2. Tanggung jawab sebagai individu dan sebagai anggota tim sesuai kewenangan dan etika terhadap klien perseorangan ataupun komunitas.
3. Berperan sebagai bagian dari sebuah tim dalam berbagai situasi.

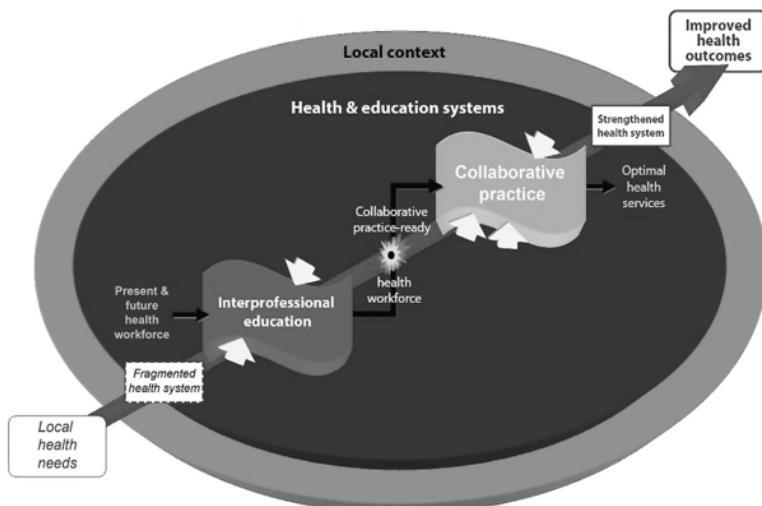
4. Mengidentifikasi kekuatan anggota tim.
5. Melatih, membina dan memberikan umpan balik.

Domain pembelajaran IPE meliputi:

1. Domain 1 - Nilai/etik untuk praktik interprofessional
Domain kompetensi ini menempatkan kepentingan pasien dan keluarga, menghormati martabat dan privasi klien sewaktu memberikan pelayanan, bekerja sama dengan klien, tenaga kesehatan dan profesi lain.
2. Domain 2 - Peran dan Tanggung jawab
Memaparkan peran dan tanggung jawab antar profesi, memahami batasan dalam pengetahuan dan keterampilan, berkomunikasi dengan anggota tim untuk mengklarifikasi masing-masing peran dan tanggung-jawab dalam melaksanakan bagian pelayanan.
3. Domain 3 - Komunikasi Interprofessional
Kompetensi komunikasi membantu profesi menyiapkan praktik kolaborasi. Komunikasi sebagai persiapan sebelum memulai kolaborasi antar profesi yang efektif. Komunikasi interprofesional terjadi ketika profesional kesehatan berkomunikasi satu sama lain, dengan pasien dan keluarga mereka, dan dengan komunitas yang lebih luas secara transparan, kolaboratif dan bertanggung jawab. Tipe komunikasi ini mempromosikan kepercayaan, hubungan saling menghormati di antara pasien, keluarga mereka, dan penyedia perawatan kesehatan. Beberapa contoh kompetensi dalam domain ini yaitu:
 - a. memilih cara dan teknik berkomunikasi yang efektif meliputi sistem informasi dan teknologi komunikasi untuk memfasilitasi diskusi dan interaksi dalam meningkatkan kemampuan tim;
 - b. mengatur dan mengkomunikasikan informasi dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya untuk membentuk pengertian bersama.

4. Domain 4 - Team dan Teamwork

Belajar untuk menjadi interprofesi berarti belajar untuk menjadi anggota tim yang baik. Kerja sama tim diperlakukan dalam berbagai keadaan di mana profesi kesehatan berinteraksi untuk berbagi tujuan bersama dalam menangani pasien. Kerja sama tim ini termasuk kerja sama dalam sistem yang berfokus kepada pasien, mengkoordinasikan pelayanan seseorang dengan profesi lain sehingga ketidakiringinan, jarak dan kesalahan itu dapat dihindari. Kompetensi yang terdapat dalam domain ini beberapa di antaranya adalah menjelaskan perkembangan tim, peran dan praktik tim yang efektif, mengaplikasikan praktik kepemimpinan yang mendukung praktik kolaborasi dan keefektifan tim.



Gambar 8.1: Model Menghubungkan Pendidikan Interprofessional dan Praktik Kolaboratif seperti yang disajikan oleh WHO (Kerangka Aksi Pendidikan Interprofessional dan Praktik Kolaborasi; 2010)

8.2.2 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik Dalam Praktik

Petugas kesehatan yang telah siap praktik kolaboratif adalah seseorang yang telah belajar bagaimana bekerja dengan baik dalam tim interprofesional dan kompeten untuk melakukannya. Praktik kolaboratif terjadi ketika banyak

petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesional bekerja sama dengan pasien, keluarga, perawat, dan masyarakat untuk memberikan asuhan perawatan yang berkualitas.

Hal ini memungkinkan petugas kesehatan untuk melibatkan diri setiap individu yang keterampilannya dapat membantu mencapai tujuan peningkatan kesehatan. Pendidikan interprofesional merupakan langkah penting dalam mempersiapkan tenaga kesehatan agar lebih siap dalam layanan kesehatan di berbagai tempat.

Salah satunya adalah rumah sakit umum atau pendidikan, digunakan institusi pendidikan kesehatan sebagai sarana untuk mencapai kompetensi peserta didiknya. Rumah sakit ini memiliki fungsi pelayanan juga pendidikan, selain mengembangkan kompetensi interprofesional juga membentuk karakter profesional bagi peserta didik.

Dikala melaksanakan guna pembelajaran tersebut diharapkan IPE bisa diterapkan dalam bentuk IPC dengan baik selaku role model untuk partisipan didik. Idealnya rumah sakit selaku lahan pembelajaran ini mempraktikkan aplikasi kerja sama interprofesional, sebab IPE dilaksanakan mulai dari sesi akademik sampai sesi profesi, dengan tujuan menghubungkan teori yang didapatkan serta aplikasi yang dijalankan di rumah sakit maupun puskesmas serta tempat layanan kesehatan yang lain.

Rumah sakit butuh melaksanakan bermacam inovasi dalam rangka menciptakan pelayanan bermutu untuk penderita serta salah satu inovasi yang bisa dicoba merupakan melakukan kolaborasi antar tenaga kesehatan semacam IPC.

Pelaksanaan IPC pada fasilitas aplikasi klinik bisa mengalami tantangan, sebab bisa berbeda-beda pada masing-masing institusi pelayanan kesehatan. Perihal ini dipengaruhi oleh ciri sosial budaya dalam sesuatu institusi ataupun konsep kerja sama yang diresmikan tiap-tiap organisasi profesi. IPC bisa lebih gampang diterapkan pada sarana kesehatan primer, sebab skala perawatan kesehatan lebih kecil dibanding dengan rumah sakit.

Komunikasi serta kebersamaan antar tenaga kesehatan jadi aspek yang menunjang, sebaliknya terbatasnya personil serta beban tugas yang tidak *balance* jadi penghambat di sarana kesehatan primer. ICP digunakan buat menggapai tujuan serta berikan khasiat bersama untuk seluruh tenaga kesehatan yang ikut serta.

Kerja sama serta komunikasi diperlukan agar tidak terjalin kesalahan dan dapat terjalin ikatan kerja sama yang baik. Bagi informasi Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization), dari 421 juta rawat inap di seluruh dunia tiap tahun, dekat 42, 7 juta peristiwa kurang baik terjalin sebab diakibatkan oleh kesalahan kedokteran serta penindakan penderita yang tidak pas.

Salah satu penghambat dalam penerapan kerja sama antar tenaga kesehatan merupakan minimnya komunikasi antar profesi, semacam minimnya komunikasi antara dokter, perawat, serta apoteker yang berujung pada kesalahan dalam meracik obat kepada penderita. Sebagian hasil riset ini yang menerangkan kalau komunikasi adalah aspek berarti dari kerja sama antar profesional (Godden-webster & Murphy, 2014; Ita Kalista, Pramana Yoga, 2021; Samuriwo, 2022).

Meskipun banyak prinsip yang sama, namun ada beberapa hal unik dari kelompok interprofesional yang dapat mempengaruhi dinamika tim, di antaranya:

1. Penggunaan bahasa atau jargon khusus profesi.
2. Kurangnya pengetahuan tentang peran dan ruang lingkup praktik profesi lain.
3. Area tumpang tindih dalam peran atau ruang lingkup praktik.
4. Hierarki yang dirasakan.
5. Keahlian yang berbeda.
6. Asumsi atau stereotip tentang profesi yang berbeda.
7. Kurangnya relevansi topik/kasus/diskusi dengan profesi atau kelompok mahasiswa.
8. Peserta pada tingkat atau tahapan yang berbeda dalam program pendidikan mereka.

Fasilitator di tempat pelayanan kesehatan dapat meningkatkan pembelajaran praktik interprofesional kolaborasi yang baik dengan cara (Godden-webster & Murphy, 2014):

1. Memberikan kesempatan bagi anggota tim untuk menjelaskan peran mereka.
2. Memastikan bahwa semua perspektif profesional didengar.
3. Memberikan kesempatan untuk diskusi tentang isu-isu yang dihadapi oleh tim interprofesional.

4. Mendorong eksplorasi bagaimana konflik terkait dengan isu-isu ini dapat dikelola.
5. Memandu diskusi mengenai hubungan antara kolaborasi interprofesional dan perawatan pasien/klien masyarakat yang terpusat atau pasien center.

Mengingat elemen inti kolaborasi diantaranya adalah tenaga kesehatan dari budaya yang berbeda, interaksi tingkat tinggi, otoritas timbal balik, berbagi sumber daya, hal ini memiliki potensi masalah. Apa yang akan dimulainya sebagai upaya yang bermaksud baik dapat menyebabkan konflik. Namun, pengelolaan konflik apapun untuk mendapatkan manfaat bagi konsumen merupakan langkah penting untuk membangun kolaborasi yang efektif.

IPC pada dasarnya adalah wadah peleburan profesi dan setiap profesi memiliki sejarah, budaya, sikap, nilai, adat istiadat, dan kepercayaan yang unik. Bagaimana profesional dalam kolaborasi memahami dan menghargai nuansa ini dapat menimbulkan tantangan. Misalnya satu profesi mungkin melihat profesi lain sebagai saingan atau sebagai orang luar dan tidak mau melibatkan profesi ini dalam kolaborasi atau kerja sama.

Kerja sama dalam tim kesehatan ini bertujuan untuk memberikan pelayanan yang tepat, dilaksanakan oleh profesi yang tepat, dan dilakukan di tempat yang tepat. Membangun dan menjaga kerja sama tim kesehatan sangat diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dan profesional kepada pasien serta meningkatkan keselamatan pasien.

Berkolaborasi biasanya menyediakan sarana bagi profesi, organisasi, lembaga, atau institusi untuk mencapai lebih dari yang dapat mereka lakukan sendiri. Umumnya diyakini bahwa upaya kolaboratif menghasilkan layanan prima dan hasil kesehatan yang lebih baik untuk masyarakat yang dilayani. Kolaborasi mengarah pada peningkatan efisiensi, peningkatan keterampilan, tingkat respons yang lebih tinggi, layanan yang lebih holistik, inovasi dan kreativitas, dan praktik yang lebih berpusat pada pengguna jasa (Fathy A. Nurul, Effendy Christantie, 2021; Reeves & Reeves, 2002; WHO, 2010).

WHO telah mengaitkan IPC dengan hasil yang lebih baik dalam kesehatan keluarga, penyakit menular, kegiatan kemanusiaan, respons terhadap pandemik, dan penyakit tidak menular. Indikator pentingnya adalah keselamatan, perawatan klien dan lingkungan perawatan, seperti tingkat

komplikasi, lama dirawat, tingkat kematian, semuanya telah terbukti menurun dalam lingkungan perawatan kolaboratif interprofesional.

Ada juga kekhawatiran bahwa IPC dapat menyebabkan hilangnya keunikan suatu profesi atau identitas profesi. Namun, ketika peserta fokus pada tujuan tim dan pelanggan yang mereka layani, maka perbedaan antar profesi dapat dilihat sebagai peluang unik untuk membawa sudut pandang atau skill yang berharga dan berbeda ke dalam kolaborasi. Direkomendasikan agar kelompok kolaboratif memiliki metode yang disepakati untuk menyelesaikan konflik dalam praktik, dimulai dengan resolusi pada tingkat individu dan bekerja menuju tingkat organisasi yang lebih besar.

8.2.3 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik Dalam Penelitian

Bidang penelitian, pendidikan, dan praktik klinik saling terkait. Penelitian menginformasikan pendidikan, yang pada gilirannya memengaruhi praktik klinik dan perawatan klien. Jika ingin berhasil meningkatkan hasil bagi peserta didik, praktisi, pasien, dan populasi masyarakat, maka perlu dipertimbangkan untuk bekerja sama dalam lingkungan ini melalui kolaborasi.

Sains dan pengetahuan merupakan dasar bagi keberadaan profesi kesehatan/perawatan dan penelitian adalah salah satu cara untuk mencapai persyaratan ini. Masalah yang harus diselesaikan di era modern ini sangat kompleks, dan solusinya mungkin tidak ada jika bekerja sendiri. Kolaborasi interprofesional atau interdisipliner dapat menawarkan solusi dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Kolaborasi penelitian ini terjadi ketika peneliti terdiri dari lebih dari satu profesi yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama dalam menghasilkan pengetahuan ilmiah baru.

Pihak yang berkolaborasi mendapatkan keuntungan tidak hanya dalam menyelesaikan studi penelitian, tetapi juga di bidang lain. IPC di kalangan peneliti dapat membantu membangun jaringan informasi, mendorong cara berpikir yang berbeda, dan merangsang solusi baru atau kebaruan untuk masalah yang ada. Setiap komunitas riset profesi menghadapi kendala, seperti keterbatasan tenaga kerja lapangan, sumber daya, dan keahlian. Bagi peneliti yang bekerja dalam isolasi profesinya sendiri, ada batasan dan risiko jika tidak berkolaborasi. Akhirnya, tanpa kolaborasi beberapa penelitian dapat menghasilkan studi berkualitas rendah.

Kolaborasi dapat menjadi katalisator yang signifikan untuk kemajuan positif dalam penelitian karena memungkinkan akses ke sumber daya sehingga meneliti lebih kompleks dan mungkin lebih bermakna, dapat dilakukan. Penelitian yang mungkin tidak dapat dilakukan oleh hanya satu profesi, dapat dilakukan jika dilakukan dengan bekerja sama dengan profesi lain. Hasil penelitian mungkin memiliki peluang yang lebih baik untuk diimplementasikan jika ada banyak profesi untuk menyebarluaskan temuan riset tersebut. Hal ini pun sangat penting jika hasilnya memiliki aplikasi langsung ke praktik klinis (Fathy A. Nurul, Effendy Christantie, 2021).

Kepercayaan merupakan faktor penting untuk kolaborasi dalam penelitian. Para ilmuwan dari berbagai profesi harus bersaing untuk mendapatkan pendanaan, berbagi ide baru dapat berisiko bahwa proyek yang didanai dapat diambil, baik sengaja maupun tidak disengaja.

Oleh karenanya, kepercayaan dan rasa hormat dari orang lain dalam suatu kolaborasi diperlukan untuk mencegah adanya pemotongan biaya bantuan atau ide gagasan peneliti. Mungkin juga ada keuntungan atau kelebihan pendanaan untuk berpartisipasi dalam penelitian kolaborasi. Pendanaan yang lebih baik dapat menjadi stimulus yang memotivasi para peneliti.

Setelah penelitian kolaborasi, komunikasi antar peneliti kemungkinan akan berlanjut. Pengetahuan, keterampilan dan cara berpikir yang dimiliki bersama antara anggota kelompok interdisiplin dapat memiliki efek jangka panjang dan berkelanjutan.

Bab 9

Critical Thinking Dalam Fenomena Keperawatan Holistik

9.1 Pendahuluan

Pemikiran kritis/critical thinking adalah Proses kognitif yang aktif, terarah, terorganisir yang melibatkan kreativitas, refleksi, pemecahan masalah, penilaian rasional dan intuitif, sikap penyelidikan, dan orientasi filosofis terhadap pemikiran tentang pemikiran (Dossey, 2013).

Perawat holistik (HNs) mengenali pengalaman kesehatan manusia sebagai hubungan yang rumit dan dinamis antara kesehatan, penyakit, dan kesejahteraan, dan mereka menghargai penyembuhan sebagai hasil yang diinginkan dari praktik keperawatan. Praktik mereka didasarkan pada landasan ilmiah (teori, penelitian, praktik berbasis bukti, pemikiran kritis, refleksi) dan seni (hubungan, komunikasi, kreativitas, kehadiran, kepedulian).

Keperawatan holistik didasarkan pada pengetahuan dan keterampilan keperawatan dan dipandu oleh teori keperawatan. Tulisan Florence Nightingale sering dirujuk sebagai pendahulu yang signifikan dari

perkembangan keperawatan holistik. Meskipun setiap perawat holistik memilih teori keperawatan mana yang akan diterapkan dalam setiap kasus individu, teori keperawatan Jean Watson (Teori Kepedulian Manusia), Martha Rogers (Ilmu Kesatuan Manusia), Margaret Newman (Kesehatan sebagai Perluasan Kesadaran), Madeleine Leininger (Teori Perawatan Budaya), Rosemarie Rizzo Parse (Teori Menjadi Manusia), Josephine Paterson dan Loretta Zderad (Teori Keperawatan Humanistik), dan Helen Erickson (Pemodelan dan Pemodelan Peran) paling sering digunakan untuk mendukung praktik keperawatan holistik (Dossey, 2013).

Fenomena Keperawatan Holistik (Dossey, 2013):

1. Hubungan caring-healing.
2. Pengalaman subjektif dan makna yang diberikan pada kesehatan, penyakit, kesejahteraan, penyembuhan, kelahiran, pertumbuhan dan perkembangan, dan kematian.
3. Nilai budaya dan keyakinan dan praktik rakyat tentang kesehatan, penyakit, dan penyembuhan.
4. Spiritualitas dalam asuhan keperawatan.
5. Evaluasi modalitas komplementer/alternatif yang digunakan dalam praktik keperawatan.
6. Promosi kesehatan yang komprehensif dan pencegahan penyakit.
7. Proses perawatan diri.
8. Fisik, mental, emosional, dan spiritual kenyamanan, ketidaknyamanan, dan rasa sakit.
9. Pemberdayaan, pengambilan keputusan, dan kemampuan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi.
10. Kebijakan sosial dan ekonomi dan pengaruhnya terhadap kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat.
11. Sistem perawatan kesehatan alternatif dan beragam dan hubungannya dengan akses dan kualitas perawatan kesehatan.
12. Lingkungan dan pencegahannya penyakit.

Definisi Berpikir Kritis

Berpikir kritis adalah analisis data yang sistematis, dengan semangat keterbukaan dan toleransi, untuk tujuan mengidentifikasi beberapa tindakan. Berpikir kritis melibatkan pertimbangan solusi alternatif yang diikuti dengan pemilihan tindakan atau solusi yang cermat yang paling mungkin menghasilkan hasil yang diinginkan (Thurmond, 2001).

Berpikir kritis dapat didefinisikan sebagai berpikir jernih dan rasional, yang terdiri dari klarifikasi, penyederhanaan, dan organisasi. Secara khusus, pemikiran jernih adalah kemampuan untuk berpikir secara tepat, sistematis, dan terstruktur, yang dapat membantu menghindari jebakan linguistik dan karenanya, membangun argumen logis. Berpikir rasional meliputi penalaran ilmiah, pemikiran strategis dan logika yang memungkinkan siswa memprediksi, menjelaskan dan memengaruhi fenomena empiris. Ini memungkinkan seseorang untuk memverifikasi apakah premis argumen itu benar, relevan, dan dapat diterima sebelum mengevaluasi kekuatan penalaran (Bangun and Praghlapati, 2021).

Definisi berpikir kritis masih diperdebatkan apakah kemampuan, sikap, atau keterampilan. Berpikir kritis adalah sebuah proses, tidak pernah berakhir karena sifat dari pertumbuhan yang berkelanjutan dan ketidakpastian. Definisi pemikiran kritis yang lain adalah "sebagai penalaran tingkat tinggi yang digunakan dalam mencapai penilaian yang diinformasikan secara profesional dalam taruhan tinggi, waktu terbatas, dan, sering kali, situasi masalah baru".

Dalam buku Critical Thinking in Nursing, "Berpikir kritis didefinisikan dalam teks ini sebagai pemeriksaan rasional terhadap ide, kesimpulan, asumsi, prinsip, argumen, kesimpulan, isu, pernyataan, keyakinan, dan tindakan." Pemikiran kritis dari perspektif sistem, menekankan penerapannya pada pembelajaran sehari-hari. Sangatlah penting untuk memahami bahwa berpikir kritis lebih dari sekedar "pemecahan masalah yang baik". Imitasi melampaui pemecahan masalah untuk mencakup keinginan untuk meningkatkan efisiensi dan kemanjuran dalam praktik — mengintegrasikan penelitian, proses keperawatan, dan temuan berbasis klinis untuk menentukan solusi terbaik.

Berpikir kritis mendorong skeptisme dan toleransi terhadap ambiguitas saat menggunakan fakta, abstraksi, teori, deduksi, dan interpretasi. Definisi ini menekankan bahwa keunikan situasi—tidak dihafal dengan baik, solusi hafalan—harus dipertimbangkan saat terlibat dalam pemecahan masalah pasien. Elemen berpikir kritis yaitu mengetahui bagaimana menyiratkan proses

berpikir yang menerapkan, menganalisis, dan menyintesis pengetahuan dan informasi secara efektif. Ini lebih dari sekadar mempelajari fakta (Niedringhaus, 2001).

Meskipun definisi berpikir kritis berbeda-beda, komponen berpikir kritis diidentifikasi sebagai komponen:

1. mengumpulkan dan mencari informasi;
2. bertanya dan menyelidiki;
3. analisis, evaluasi, dan kesimpulan, dan;
4. pemecahan masalah dan aplikasi.

Teori proses-proses ini dapat memberikan kesempatan kepada siswa untuk berhasil (Bangun and Praghlapati, 2021). Konsep berpikir kritis dijelaskan dalam tujuh ciri yaitu; rasa ingin tahu, keterbukaan pikiran, sistematis, analitik, pencarian kebenaran, percaya diri dalam berpikir kritis, dan kedewasaan.

Uraian ini menunjukkan bahwa pengaruh watak terhadap pemikiran memiliki banyak aspek:

1. Minat atau kesenangan dalam berpikir merupakan prasyarat untuk keterlibatan aktif dalam berpikir (rasa ingin tahu, kebutuhan akan kognisi).
2. Keterbukaan mendasari kesediaan untuk mempertimbangkan berbagai sudut pandang dan pilihan sebelum sampai pada kesimpulan (open mindedness, flexibility).
3. Pendekatan berpikir yang hati-hati pasti akan berkontribusi pada pengambilan keputusan dan pemecahan masalah yang efektif (kesadaran, sistematis).
4. Nilai-nilai seperti menegakkan keadilan dan kebenaran memicu upaya penilaian yang sehat dan tidak memihak (mencari kebenaran, pemikiran yang adil).
5. Dimensi disposisi berpikir ini menekankan berbagai aspek respons individu terhadap situasi yang membutuhkan pemikiran (Bangun and Praghlapati, 2021).

Berpikir kritis merupakan keterampilan penting dalam merawat, mengajar dan memperkenalkan mahasiswa keperawatan berpikir kritis diperlukan dan harus dimulai sejak dini, ketika keterampilan berkembang melalui pengalaman dan praktik. Tiga kemampuan dalam berpikir kritis adalah analisis, evaluasi dan kesimpulan.

Oleh karena itu, selain mencari informasi, siswa juga harus mempelajari kemampuan menelaah informasi dan konteks, mempertimbangkan semua aspek, memahami dan membedakan data, serta menghubungkan informasi bersama untuk menyintesiskan keputusan yang tepat atau memecahkan suatu masalah.

Terakhir, siswa juga dianggap sebagai pemikir kritis ketika mampu mempraktikkan pengetahuan/teori, mempertimbangkan gambaran yang lebih besar, memahami proses berpikir, reflektif dan peka, memprediksi situasi masa depan dan mengetahui apa yang harus dilakukan selanjutnya (Bangun and Praghlopatti, 2021).

Pentingnya Berpikir Kritis

Pemikiran kritis akan membantu perawat untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang subjek tertentu dan, sebagai hasilnya, membuat keputusan yang lebih baik tentang perawatan pasien mereka. Untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam mengambil keputusan sendiri dalam keperawatan, berpikir kritis sangat penting. Meskipun banyak definisi berpikir kritis telah diusulkan, semua orang setuju bahwa itu melibatkan pengambilan keputusan. Berpikir kritis adalah proses yang mengarah pada pengambilan keputusan.

Namun demikian, hasil korelasi antara pengambilan keputusan klinis dengan pemikiran kritis bertentangan satu sama lain. Beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan dan jelas antara kedua subjek ini, sedangkan yang lain gagal untuk menggambarkan dua konsep dalam keperawatan atau menemukan hubungan antara keduanya.

Perawat menggunakan pemikiran kritis dan kreativitas untuk memecahkan masalah pasien serta membuat keputusan yang berdampak lebih besar. Untuk memberikan intervensi keperawatan yang aman, efisien, dan kompeten, perlu dilakukan prosedur ini.

Berpikir kritis adalah prosedur mental aktif bersama dengan persepsi halus, sintesis, analisis, dan penilaian informasi yang diperoleh atau dihasilkan melalui observasi, penalaran, refleksi, pengalaman, atau komunikasi yang mengarah pada keyakinan untuk bertindak.

Dalam praktik klinis, perawat terus-menerus membuat penilaian serta keputusan yang didasarkan pada evaluasi dan diagnosis kebutuhan, kondisi, atau masalah pasiennya. Penilaian klinis terutama merupakan keterampilan yang kompleks untuk dikembangkan karena didasarkan pada pemikiran kritis. Kegiatan keperawatan didasarkan pada penilaian klinis dan berorientasi pada memperoleh hasil kesehatan yang diinginkan.

Beberapa kebiasaan pikiran telah diidentifikasi sebagai ciri pemikiran kritis oleh perawat. Kebiasaan pikiran ini meliputi keyakinan, keterbukaan pikiran, refleksi, fleksibilitas, ketekunan, perspektif kontekstual, integritas intelektual, keingintahuan, kreativitas, dan keyakinan. Penilaian klinis tidak boleh terlalu bergantung pada teknologi dan bahwa insentif ekonomi untuk menggunakan teknologi tidak boleh mengorbankan pemikiran dan penalaran kritis manusia dalam kasus tertentu, menekankan kebutuhan akan keahlian ahli dan penilaian holistik.

Mengajarkan berpikir kritis kepada mahasiswa keperawatan memiliki dampak yang baik pada kemampuan pengambilan keputusan dan harga diri mereka, sesuai dengan temuan mereka. Akibatnya, ini dapat ditentukan bahwa pendidikan berpikir kritis adalah alat yang signifikan untuk mengembangkan, menumbuhkan, dan meningkatkan keterampilan pengambilan keputusan dalam Keperawatan.

9.2 Berpikir Kritis Keperawatan

Agar pemikiran kritis terjadi, perspektif holistik tentang diri dan situasi harus digunakan. Penulis mendefinisikan pemikiran kritis sebagai suatu proses yang mencakup perspektif holistik dari seluruh pribadi—terdiri dari keterampilan, kemampuan, keyakinan, sikap, tujuan, emosi, dan pengalaman. Selain itu, berpikir kritis melibatkan kemampuan untuk melihat situasi dari perspektif holistik.

Tabel 9.1: Konsep Berpikir Kritis

Definisi:	Berpikir kritis sebuah proses yang meliputi perspektif holistik dari seluruh orang terdiri dari keterampilan, kemampuan, keyakinan, sikap, tujuan, emosi, dan pengalaman. Selain itu, berpikir kritis melibatkan kemampuan untuk melihat situasi dari perspektif holistik.
Faktor Pencetus (Anteseden)	Identifikasi situasi yang membutuhkan pemikiran kritis.
Elemen Klasik (Mendefinisikan Atribut)	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengenali situasi unik yang memerlukan evaluasi lebih lanjut; 2. penilaian dan evaluasi situasi yang beralasan, mengenali asumsi dan bias pribadi; 3. tetap berpikiran terbuka dan fleksibel; 4. melihat situasi dengan sengaja dari semua sudut yang memungkinkan; 5. pemilihan solusi terbaik berdasarkan pengetahuan dan tingkat pengalaman, dengan kesejahteraan pasien sebagai fokus utama; 6. kemauan untuk mengambil risiko dan mengimplementasikan keputusan; 7. kepercayaan diri dalam penerapan solusi yang dipilih; 8. kesediaan untuk mengubah pendapat saat baru fakta disajikan; 9. berkomitmen untuk unggul demi hasil yang lebih baik.
Konsekuensi	Keputusan dibuat untuk menguntungkan kesejahteraan individu secara keseluruhan.

Menggabungkan Penggunaan Diri Holistik Dengan Perspektif Holistik

Berpikir kritis adalah proses pengambilan keputusan yang harus berangkat dari sikap holistik sambil melihat situasi dari perspektif holistik. Pemikir kritis dapat secara efektif memanfaatkan seluruh diri mereka — untuk memasukkan semua pengalaman, keyakinan, dan pengetahuan masa lalu — dan menerapkannya pada suatu situasi.

Penekanan pada “semua” dimaksudkan untuk menyoroti fakta bahwa pemikir kritis seharusnya tidak hanya mengandalkan informasi dan pengalaman terkait yang berdampak pada situasi saat ini; sebaliknya, mereka harus memahami bahwa mereka dapat memanfaatkan akumulasi pengetahuan dan pengalaman mereka dari berbagai aktivitas masa lalu dan menggunakan untuk melihat situasi.

Dengan demikian, ada kalanya pengetahuan dan keterampilan dari satu aktivitas dapat digunakan secara efektif untuk berpikir kritis melalui situasi yang tidak berhubungan.

Komponen kunci kedua untuk berpikir kritis adalah kemampuan untuk melihat situasi dari perspektif holistik, sehingga mengeksplorasi berbagai alternatif dan sudut pandang. Ini adalah pendekatan yang jauh berbeda dari ketika perawat diajarkan untuk mengandalkan apa yang telah mereka pelajari dan alami hanya dalam bidang keperawatan, sering kali hanya melihat situasi secara linier untuk sampai pada solusi. Perspektif holistik dalam pemikiran kritis mengamanatkan bahwa perawat harus menggunakan lensa 360 derajat untuk melihat situasi sebelum mengambil keputusan.

Akibatnya, ini mungkin mengharuskan perawat untuk menggunakan beberapa pengetahuan atau pengalaman yang diperoleh dari area di luar keperawatan

Kesimpulan dan Implikasi Untuk Praktik

Literatur yang luas tentang berpikir kritis menunjukkan bahwa berpikir kritis itu penting; Namun, tidak ada konsensus tentang definisi berpikir kritis. Akibatnya, berpikir kritis tidak didefinisikan dengan baik. Pemikiran kritis telah ditujukan sebagai komponen kunci dalam mencapai keputusan yang mempromosikan kesejahteraan pasien. Upaya terpenting dalam pendidikan keperawatan adalah pengajaran berpikir kritis.

Namun, sebelum pengajaran ini dapat terjadi secara efektif, lembaga pendidikan harus menyepakati definisi pemikiran kritis yang jelas dan dapat diterapkan; garis dasar ini diperlukan agar instruktur memiliki garis besar untuk menyusun kursus. Salah satu kunci untuk menjelaskan pemikiran kritis adalah mendefinisikannya dari pendekatan holistik.

Perawat harus memahami bahwa untuk terlibat secara efektif dalam berpikir kritis, mereka harus mampu secara kompeten menggunakan bagian yang sesuai dari kemampuan, pengetahuan, pengalaman, perasaan, dan keyakinan mereka dan menghubungkannya dengan situasi tertentu. Ini memerlukan kemampuan untuk menarik komponen yang sesuai dari diri mereka dan menerapkan komponen ini untuk sampai pada suatu keputusan.

Berpikir kritis melibatkan mengetahui bagian mana dari diri yang harus diterapkan dan digunakan untuk memilih tindakan. Selain itu, mereka harus menggabungkan komponen holistik pasien—termasuk keluarga, lingkungan, sosial, dan implikasi politik—untuk mencapai solusi optimal. Menggunakan diri holistik saat melihat situasi memungkinkan eksplorasi lebih banyak alternatif daripada hanya menggunakan satu aspek pengetahuan, perasaan, keyakinan, atau keterampilan perawat.

Dengan menggunakan definisi ini, perawat kemudian dapat mengenali situasi sebagai multidimensi, bukan linier. Harus ada kesepakatan tentang definisi operasional dari konsep ini, sehingga dapat diukur untuk menentukan apakah siswa benar-benar mempelajari keterampilan ini.

Metode penilaian harus secara khusus berfokus pada pengukuran kemampuan individu untuk menggunakan pemikiran kritis, bukan hanya pada hasil; sayangnya, bahkan dengan pemikiran kritis, hasil yang merugikan memang terjadi. Meskipun kematian pasien mungkin merupakan hasil negatif, saat meninjau situasi untuk berpikir kritis, penekanan harus ditempatkan pada penilaian parameter pemikiran kritis untuk menentukan apakah memang pemikiran kritis digunakan untuk sampai pada keputusan. Penilaian tentang apakah pemikiran kritis digunakan atau tidak seharusnya hanya didasarkan pada hasil negatif atau positif, melainkan proses pemikiran kritis harus ditinjau.

Namun, ketika hasil negatif muncul, fokusnya harus pada bagaimana mencegah hasil tersebut di masa depan, mengembangkan pemikiran kritis bahkan lebih. Dalam setting klinis, hal ini memerlukan metode untuk menilai proses berpikir untuk sampai pada suatu keputusan. Hal ini dapat dicapai melalui studi kasus, skenario klinis, dan pertanyaan terbuka. Jika perawat belajar dan dievaluasi tentang pemikiran kritis, pertama-tama mereka harus memahami maknanya dengan jelas. Karena jika definisi konsep ini tetap kabur, maka kemampuan untuk secara efektif terlibat dalam pemikiran kritis akan sama kaburnya.

Antarmuka Berpikir Kritis Holistik Dalam Pengajaran Proses Diagnostik Keperawatan Menurut Teori Watson

NDP merupakan elemen fundamental untuk pengambilan keputusan perawat, karena ini membuktikan kondisi kesehatan aktual individu, memungkinkan identifikasi diagnosa keperawatan prioritas, termasuk diagnosa keperawatan yang tepat. intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Berpikir kritis adalah bakat penting dalam NDP dan didefinisikan sebagai penilaian yang disengaja yang menghasilkan interpretasi, analisis, evaluasi dan inferensi, serta penjelasan bukti yang mendasari penilaian tersebut.

Tindakan tersebut membutuhkan keterampilan yang digerakkan oleh alasan, kebiasaan mental dan aspek emosional yang melibatkan hubungan manusia menghadapi kebutuhan untuk membuat keputusan klinis segera, yang memengaruhi kualitas perawatan yang diberikan. Mengenai pengajaran NDP, teori perawatan manusia memungkinkan perawat untuk mempertimbangkan

lintasan hidup dan pengalaman pasien, termasuk etika, estetika dan konteks pribadi. Oleh karena itu, perawat harus belajar mendiagnosis.

Landasan teoritis Watson membantu dalam pengembangan keterampilan dan kebiasaan pikiran yang penting bagi pemikir kritis holistik yang baik, seperti: pemahaman, kepercayaan, kreativitas, intuisi, perspektif kontekstual, dan refleksi, yang mengarahkan pemikir ini untuk mempertimbangkan bio-psiko-sosial historis. konteks dan konteks budaya pasien, secara holistik melihat manusia di bawah asuhannya.

Jadi, siswa merasa lebih sukses dan mengungkapkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Dalam konteks ini dapat dipahami bahwa teori human care dapat mengisi kekosongan formasi perawat holistik, karena dalam pendidikan keperawatan masih terdapat kekurangan terutama dalam penerapan dimensi holistik dan spiritual. (Reji R K and Sushma K Saini, 2022)

9.3 Kontribusi Berpikir Kritis Holistik Terhadap Bidang Keperawatan

Mengingat sifat keperawatan, yang ditandai sebagai disiplin sosial dan humanistik yang menggabungkan ilmu dan perawatan individu dengan masalah yang kompleks, perawat dan mahasiswa keperawatan perlu diperkenalkan dalam berpikir kritis holistik pada aplikasi proses diagnostik. Ini menganggap sangat penting karena diagnosis dan intervensi keperawatan harus diarahkan pada manusia secara keseluruhan.

Pemikiran kritis holistik dapat didefinisikan sebagai pemikiran berkualitas, yaitu tentang proses penilaian yang berpusat pada memutuskan apa yang harus dipercaya atau apa yang harus dilakukan; untuk ini, pemikir kritis tidak boleh negatif atau sinis, tetapi reflektif dan seimbang, menuntut orang untuk mengungkapkan alasan atau dasar dari apa yang mereka katakan.

Facione mengklaim bahwa penerapan HCT membutuhkan pengetahuan, pengalaman, dan pemikiran kritis, dikombinasikan dengan karakteristik kognitif dan perilaku. Di antara karakteristik ini, kita harus menyoroti: analisis, penerapan standar, penegasan, penjelasan, inferensi, interpretasi, prediksi, transformasi pengetahuan, kepercayaan diri, keterbukaan pikiran, penelitian dan kebiasaan pikiran seperti intuisi, pemahaman, kepercayaan diri, kreativitas,

keingintahuan, integritas intelektual, ketekunan, perspektif dan refleksi kontekstual, serta keterampilan emosional dan relasional lainnya. Jadi, kami mengamati bahwa pendekatan holistik berkontribusi pada pengembangan pemikiran kritis.

Oleh karena itu, perubahan paradigma dominan, mengenai pemikiran linier, dapat mewakili antarmuka dalam bidang keperawatan, baik dalam perawatan/bantuan maupun dalam pengajaran dan penelitian, memenuhi syarat garis tindakan perawat yang berbeda, untuk menyelesaikan dimensi manusia yang melibatkan keberadaan dan perbuatan. dalam keperawatan

Kemampuan untuk menggunakan kebiasaan pikiran ini akan sangat menentukan dalam implementasi NDP, karena kebiasaan tersebut dapat mempertimbangkan keseluruhan perawatan dengan pandangan yang lebih luas tentang realitas dan keunikan individu. Membawa diskusi ini ke lapangan praktis, berarti bahwa, dalam perawatan sehari-hari, individu akan dibantu dengan tulus, memenuhi semua kebutuhannya, termasuk dimensi kemanusiaan dan spiritual.

CT dapat dianggap sebagai penilaian yang disengaja dan mengatur diri sendiri yang dihasilkan dari interpretasi, analisis, evaluasi dan inferensi, serta penjelasan bukti, pertimbangan atau kriteria konseptual, metodologis dan kontekstual, yang menjadi dasar penilaian (Riegel et al., 2018).

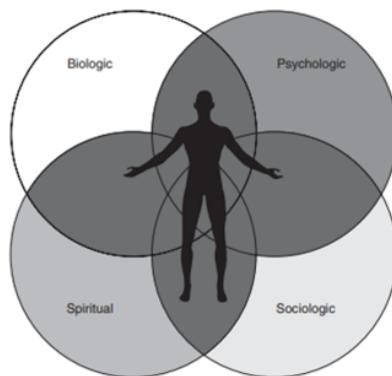
Bab 10

Pengambilan Keputusan Dalam Fenomena Keperawatan Holistik

10.1 Pendahuluan

Dua tantangan utama dalam keperawatan yang muncul pada abad kedua puluh satu. Pertama adalah mengintegrasikan konsep teknologi, pikiran, dan jiwa ke dalam praktik keperawatan; yang kedua adalah menciptakan dan mengintegrasikan model perawatan kesehatan yang memandu penyembuhan dari diri sendiri dan orang lain. Keperawatan holistik adalah cara paling lengkap untuk membuat konsep dan mempraktikkan keperawatan profesional (Dossey, Keegan, & Guzzetta, 2005).

Keperawatan holistik adalah praktik keperawatan yang berfokus pada penyembuhan seluruh orang. Praktik ini mengakui bahwa seseorang bukan sekadar penyakitnya. Penyembuhan holistik membahas keterkaitan antara pikiran, tubuh, jiwa, sosial/budaya, emosi, hubungan, konteks, dan lingkungan. Semua aspek ini bergabung untuk membuat seseorang menjadi sembuh, perawat holistik melihat semua aspek dan bagaimana mereka dapat memengaruhi kesehatan pasien(Dossey et al., 2005).



Gambar 10.1: Model Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

Standar Keperawatan Holistik AHNA tahun 2003, mencerminkan lima nilai-nilai inti keperawatan holistik, masing-masing yang memiliki deskripsi yang menyertainya dan pernyataan tindakan standar praktik. Standar harus digunakan bersama dengan Asosiasi Perawat Keperawatan Amerika (ANA); ruang lingkup dan standar praktik dan standar spesialisasi tertentu di mana perawat holistik berlatih.

Mereka diterapkan dalam kehidupan pribadi seseorang, praktik klinis dan swasta, pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat. Bergantung pada pengaturan atau bidang praktik, bagaimanapun, perawat holistik mungkin atau tidak menggunakan semua pernyataan tindakan.



Gambar 10.2: Lima Nilai Inti Yang Diwujudkan Dalam Asosiasi Perawat Holistik Amerika (AHNA) Standar Praktik Keperawatan Holistik

Standar menggambarkan keragaman kegiatan keperawatan di mana perawat holistik telah terikat. Mereka didasarkan pada filosofi bahwa keperawatan adalah seni dan ilmu yang tujuan utamanya adalah untuk menyediakan layanan individu, keluarga, dan masyarakat yang memungkinkan, untuk mencapai keutuhan.

Konsep yang terkandung dalam Standar menggabungkan keseimbangan sensitif antara seni dan sains, keterampilan intuitif dan analitik, dan kemampuan untuk memahami keterkaitan dari tubuh, pikiran, dan roh. Standar digunakan oleh perawat dengan peran praktik diperluas yang tidak memegang gelar sarjana, serta perawat holistik lainnya yang berpraktik di tingkat pendidikan sarjana.

Konsep keperawatan holistik secara signifikan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang dicapai oleh perawat praktisi. Juga, pendidikan tinggi berkorelasi dengan tugas yang dilakukan oleh perawat yang mempraktikkan perawatan holistik. Keperawatan adalah berbasis praktik dan akademis, oleh karena itu dalam rangka menciptakan pendekatan baru untuk praktik, pengetahuan adalah penting.

Ruang lingkup perawatan yang berpusat pada pasien harus terlebih dahulu dinegosiasi dan konsepnya jelas, bersama dengan semua dimensinya yang berkaitan dengan lingkungan sosial kita dan kompetensi perawat praktisi. Berpusat pada keperawatan pasien sebagai konsep harus tepat diperkenalkan ke sarjana (siklus pertama) program keperawatan, dan diteliti lebih lanjut di program pascasarjana (siklus kedua).

Juga, perawatan kesehatan profesional dengan hasil praktik berbasis bukti dicapai dengan mempraktikkan perawatan yang berpusat pada pasien. Setelah hasil didefinisikan dengan jelas, elemen penting dari kualitas asuhan keperawatan, kepuasan pasien, akan menjadi terlihat (Filej B, 2006).

Perawat holistik menggunakan keduanya "*doing*" dan terapi "*being*". Melakukan terapi mencakup hampir semua bentuk pengobatan modern, seperti pengobatan, prosedur, manipulasi diet, radiasi, dan akupunktur. Sebaliknya, terapi *being* tidak menggunakan benda, melainkan menggunakan kesadaran kondisi. Termasuk perumpamaan, doa, meditasi, dan kontemplasi yang tenang, serta kehadiran dan niat perawat.

Teknik-teknik ini bersifat terapeutik karena kekuatan jiwa untuk memengaruhi tubuh. Mereka mungkin diarahkan atau tidak diarahkan. Seseorang yang

menggunakan strategi mental terarah melampirkan hasil tertentu pada citra, seperti penyakit atau normalisasi tekanan darah. Sebuah pendekatan tidak terarah, citra orang-orang tersebut membayangkan hasil terbaik untuk situasi tersebut, tetapi melakukannya tidak mencoba mengarahkan situasi atau menugaskan hasil spesifik dari strategi. Hal ini mengandalkan kecerdasan yang melekat di dalam diri seseorang untuk tampil mengakui kebijaksanaan intrinsik dan kemampuan mengoreksi diri dari dalam (Benfer, 2000).

Pendekatan holistik dalam proses pengambilan keputusan dengan tidak mempertimbangkan secara independen sudut pandang masing-masing pembuat keputusan. Didasarkan pada gagasan "segala sesuatu yang memengaruhi segalanya," yang menghasilkan kompleksitas untuk mengintegrasikan pendapat semuanya untuk menghasilkan ide bersama (Huggins, Deb, Claudio, & Velazquez, 2013).

Dalam sistem pelayanan kesehatan ada beberapa departemen yang menghadapi masalah tunggal. Namun, mereka memiliki pandangan yang berbeda untuk memecahkan masalah, berdasarkan kepentingan yang berbeda antar departemen.

Pendekatan holistik dan terpadu memperlakukan seluruh bidang pelayanan kesehatan dan sebagai hasilnya, umpan balik dari semua departemen yang terlibat dianggap pencapaian penilaian yang terintegrasi dan holistik membutuhkan pengetahuan dari sudut pandang yang berbeda, menuntut informasi yang lebih (Huggins et al., 2013).

10.2 Analytic Hierarchy Process

Analytic Hierarchy Process (AHP) yang dikembangkan oleh T. Saaty (Kinchin, 2022) merupakan metode pengambilan keputusan yang mengintegrasikan umpan balik dari pengambil keputusan dan memberikan skema prioritas alternatif. AHP menggunakan perbandingan berpasangan untuk menetapkan prioritas masing-masing kriteria.

Hal ini meningkatkan pengambilan keputusan bersama dengan menciptakan kerangka kerja yang digunakan untuk mendefinisikan keputusan, meringkas informasi yang tersedia, memprioritaskan kebutuhan informasi, memperoleh preferensi dan nilai-nilai, dan mendorong komunikasi yang bermakna di antara para pemangku kepentingan keputusan (Huggins et al., 2013).

Banyak situasi pengambilan keputusan memicu respons emosional yang kuat. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa emosi dapat memengaruhi pengambilan keputusan dan terkadang menyebabkan pembuat keputusan membuat pilihan yang tidak sesuai dengan nilai dan preferensi mereka. Penggunaan AHP dapat membantu mengurangi efek buruk dari emosi pada pengambilan keputusan secara eksplisit (Dolan, 2008).

Pendekatan saat ini membantu menganalisis masalah secara global berdasarkan sudut pandang yang terlihat secara sistem holistik dan membantu merancang kemungkinan solusi yang akan mendukung kebutuhan semua pihak yang terlibat. Studi kasus di klinik kanker rawat jalan menunjukkan bahwa untuk mengintegrasikan sudut pandang yang berbeda pada departemen manajemen, keperawatan dan farmasi. Solusinya menetapkan tempat kerja sebagai faktor utama yang memengaruhi beban kerja, sumber daya manusia di area pemasangan infus. Faktor ini pada awalnya tidak dipertimbangkan oleh dua dari tiga orang departemen. Pendekatan ini memungkinkan faktor penambahan yang akhirnya paling penting (Huggins et al., 2013).

Nursing Practise (NP) berada pada posisi untuk meningkatkan pemberian perawatan kesehatan primer yang memfasilitasi penyembuhan dalam kemitraan dengan pasien, dan menghormati "manusia seutuhnya" dalam memberikan perawatan, sehingga dimasukkannya nilai-nilai keperawatan holistik ini dalam NP sangat penting untuk pemberian perawatan yang berpusat pada pasien dan komprehensif.

NP terus memberikan perawatan yang aman, hemat biaya, dan komprehensif dan menjadi anggota tim perawatan kesehatan, namun cara NP menggabungkan nilai-nilai keperawatan holistik, termasuk SDM, dalam model perawatan. NP memasukkan nilai-nilai keperawatan holistik, termasuk SDM, dalam perawatan mereka, tetapi usia, lamanya waktu dalam praktik, tingkat pencapaian pendidikan, dan spesialisasi praktik dan pengaturan terkait dengan tingkat inklusi.

NP menggabungkan nilai-nilai keperawatan holistik dalam perawatan mereka, terutama dalam transisi dari generalis ke perawat praktik lanjutan. Eksplorasi transisi dari generalis ke perawat praktik lanjutan menunjukkan bahwa NP pemula mengalami perubahan dalam identitas profesional (bahkan "kebingungan identitas") (Kinchen, 2022).

Dalam lingkungan perawatan kesehatan, kualitas pengambilan keputusan bergantung pada kualitas dan ketersediaan data yang mendasarinya. Integrasi

data dapat membantu meningkatkan kualitas pengambilan keputusan berbasis data, terutama dalam skenario di mana pembuat keputusan klinis menghadapi banyak hambatan dan tantangan di sepanjang jalur pasien.

Dalam keperawatan, pengambilan keputusan memiliki tujuan yang jelas: menguntungkan pasien. Pencapaian tujuan ini semakin bergantung pada penggunaan data secara cerdas. Tentu saja, tidak semua keputusan medis selalu sulit.

Dalam beberapa situasi perawatan kesehatan yang tidak rumit, pengetahuan medis profesional sudah cukup untuk menemukan solusi yang bijaksana, sehingga keputusan menjadi mudah. Namun pengambilan keputusan menjadi lebih kompleks karena jumlah diagnosis dan pilihan pengobatan dan perawatan meningkat, seiring dengan jumlah data pasien yang relevan dan risiko komplikasi.

Kisaran data kesehatan multidimensi yang terus berkembang dari rekam medis, basis data gambar, dan sering terfragmentasi lainnya menjadi semakin penting untuk membuat keputusan terkini yang berorientasi pada pasien dan merancang proses perawatan yang sesuai. Tantangan dalam kasus yang kompleks adalah mengintegrasikan berbagai macam data dari berbagai sumber.

Informasi klinis, radiologi, dan laboratorium; temuan genetik dan patologis; dan wawasan tentang kondisi perilaku dan sosial harus berkontribusi pada keputusan yang memenuhi standar setinggi mungkin dan mempertimbangkan situasi dan preferensi pribadi pasien. Keputusan medis terjadi sepanjang rangkaian perawatan, dari kontak klinis awal hingga tindak lanjut (Harvard University, 2021).

Bab 11

Evidence Based Practice Dalam Fenomena Keperawatan Holistik

11.1 Pendahuluan

Praktik berbasis bukti atau yang dikenal dengan *Evidence Based Practice* (EBP) merupakan suatu pendekatan pemecahan masalah untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik berdasarkan bukti-bukti yang terintegrasi dari hasil penelitian. Keuntungan yang didapatkan oleh pasien ketika perawatan dilaksanakan berbasis bukti, pasien akan mendapatkan perawatan dengan kualitas terbaik sehingga mencapai hasil yang terbaik. Praktik berbasis bukti dapat meningkatkan rasa percaya diri dalam mengambil keputusan klinis bagi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (Al-Maskari and Patterson, 2018).

Perawat sebagai salah satu komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran penting karena terkait langsung dengan pemberian asuhan kepada pasien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Pemberian pelayanan keperawatan secara holistik meliputi prinsip holistik yang menjadi landasan praktik keperawatan dengan menggabungkan

pengobatan alami dan terapi modern sejak tahun 1700-an. Kurikulum dan praktik keperawatan holistik membahas aspek fisiologis, psikologis, sosiologis, emosional, relasional, dan spiritual manusia secara utuh dan saling terkait satu sama lain (Pradana, 2021).

Perawatan holistik pada pasien harus didasarkan pada hasil penelitian karena beberapa alasan. Intervensi yang tidak didasarkan pada pengalaman atau bukti-bukti yang mendukung dan relevan dengan pasien akan membahayakan jiwa pasien. Penelitian akan memberikan arah untuk memilih intervensi yang efektif. Dalam pelayanan keperawatan, EBP perlu tercermin dalam kebijakan klinis, prosedur, dan standar praktik. Penerapan hasil penelitian yang telah dikaji secara mendalam dapat meningkatkan keselamatan pasien.

Kebijakan penerapan EBP di Indonesia terdapat dalam Undang-Undang Keperawatan Nomor 38 Tahun 2014 Pasal 2 huruf b yang menyatakan bahwa praktik keperawatan berdasarkan nilai ilmiah sebagaimana dijelaskan bahwa praktik keperawatan harus dilandaskan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh baik melalui penelitian, pendidikan maupun pengalaman praktik (Indonesia, 2014).

Meskipun kebijakan penerapan EBP telah tertuang dalam UU Keperawatan namun fenomena keperawatan dalam menerapkan EBP masih terbilang rendah di Indonesia. Penelitian keperawatan sudah cukup banyak dihasilkan oleh institusi pendidikan namun penyerapannya ke pelayanan praktik keperawatan belum optimal sehingga hasil penelitian belum dapat diaplikasikan secara optimal (Silitonga, 2020).

Pemahaman perawat holistik dan keterlibatannya dalam memajukan ilmu keperawatan holistik diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan holistik. Pemahaman tentang penelitian keperawatan holistik, praktik berbasis bukti dan perbaikan kualitas pelayanan dibutuhkan untuk memberikan pelayanan terbaik untuk pasien (Helming et al., 2022).

Peran pemimpin keperawatan di sebuah era pelayanan keperawatan sangat dibutuhkan dalam implementasi EBP karena individu tersebut dapat bertindak sebagai panutan dan memainkan peran kunci dalam memastikan lingkungan yang mendukung (Al-Maskari and Patterson, 2018).

11.2 Evidence Based Practice (EBP) Dalam Keperawatan Holistik

Evidence Based Practice (EBP) merupakan penggunaan hasil penelitian dengan bukti-bukti terbaik yang tersedia dikombinasikan dengan keahlian dan penilaian klinisi serta preferensi dan nilai pasien untuk dapat mengambil keputusan terbaik yang mengarah pada hasil berkualitas tinggi (Helming et al., 2013).

EBP keperawatan holistik adalah evaluasi dan penerapan bukti terbaik untuk memberikan perawatan pada seseorang secara menyeluruh. Bukti-bukti tersebut mencakup bukti ilmiah serta sumber bukti penting lainnya termasuk preferensi pasien dan keahlian klinis. Peningkatan dalam penggunaan EBP keperawatan holistik semakin ditunjukkan dalam literatur dan berfungsi untuk memperkuat kepercayaan dalam intervensi praktik keperawatan holistik. EBP pada keperawatan holistik adalah evaluasi bukti ilmiah dan bukti lain yang terkait dengan tubuh, pikiran, dan jiwa untuk diterapkan dalam praktik (Helming et al., 2022).

Schmidt dan Brown (2022) menyatakan bahwa walaupun penerapan EBP dalam keperawatan holistik menggunakan hasil penelitian dan berfungsi untuk meningkatkan mutu pelayanan, namun pada dasarnya terdapat perbedaan antara penelitian, EBP dan peningkatan mutu. Tabel 11.1 menunjukkan perbedaan tersebut.

Tabel 11.1: Perbedaan Antara Penelitian, Evidence Based Practice, dan Peningkatan Mutu (Schmidt and Brown, 2022)

Karakteristik	Penelitian	<i>Evidence Based Practice</i>	Peningkatan Mutu (<i>Quality Improvement</i>)
Tujuan	Menghasilkan pengetahuan baru	Menerapkan solusi yang diketahui untuk masalah atau proses tertentu, sering kali terkait dengan perawatan yang efektif dan berpusat pada pasien	Membuat perubahan pada tingkat sistem untuk mengatasi masalah seperti proses alur kerja, variasi dalam perawatan, masalah administratif, dan efisiensi
Pertanyaan yang diajukan	mengeksplorasi, menyelidiki dan menguji hipotesis	Meningkatkan hasil perawatan pasien melalui implementasi suatu tindakan atau perubahan proses	Meningkatkan hasil perawatan pasien melalui implementasi suatu tindakan atau perubahan sistem
Penerima manfaat	Komunitas ilmiah, dokter	Pasien, pemberi pelayanan kesehatan, instansi	Pasien, pemberi pelayanan kesehatan, instansi

Metodologi	Sistematis, menggunakan pendekatan metode ilmiah	Metodologi kurang ketat, sering kali menggunakan model IOWA	Metodologi kurang ketat, sering kali menggunakan model PDSA (Plan-Do-Study-Act) untuk mengubah praktik
Generalisasi	Ya. Dapat diaplikasikan pada populasi yang serupa	Tidak. Berlaku unik atau berbeda pada setiap tempat pelaksanaan	Tidak. Berlaku unik atau berbeda pada setiap tempat pelaksanaan
Risiko pada partisipan	Terdapat risiko dan keuntungan yang bervariasi	Tidak ada atau minimal	Tidak ada atau minimal
<i>Informed consent</i>	Dibutuhkan	Tidak dibutuhkan	Tidak dibutuhkan

EBP menyediakan kerangka kerja untuk integrasi bukti penelitian, nilai dan preferensi pasien ke dalam pemberian layanan kesehatan. Implementasi prinsip EBP telah menghasilkan kemajuan besar dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. EBP merupakan salah satu kompetensi inti yang diperlukan untuk perbaikan terus-menerus kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan (Albarqouni et al., 2018).

Tujuan EBP

Memberikan data pada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah agar dapat memberikan perawatan secara efektif dengan menggunakan hasil penelitian yang terbaik, menyelesaikan masalah yang ada di tempat pemberian pelayanan terhadap pasien, mencapai kesempurnaan dalam pemberian asuhan keperawatan dan jaminan standar kualitas dan untuk memicu adanya inovasi (Hapsari, 2011).

11.3 Model Konseptual Dalam EBP Pada Keperawatan Holistik

Kusumawardani dan Rosyidah (2020) menyebutkan model-model yang dapat digunakan dalam mengimplementasikan EBP adalah IOWA Model (2001), Stetler Model (2001), ACE STAR Model (2004), dan John Hopkin's EBP Model (2007). Karakteristik model yang dapat dijadikan landasan dalam menerapkan EBP yang sering digunakan yaitu IOWA Model. Model IOWA digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan, digunakan dalam

berbagai akademik dan setting klinis. Ciri khas dari model ini adalah adanya konsep *triggers* dalam melaksanakan EBP.

Triggers adalah informasi ataupun masalah klinis yang berasal dari luar organisasi. Terdapat tiga kunci dalam membuat keputusan yaitu; adanya penyebab mendasar timbulnya masalah, pengetahuan terkait dengan kebijakan institusi atau organisasi, penelitian yang cukup kuat, dan pertimbangan mengenai kemungkinan diterapkannya perubahan ke dalam praktik sehingga dalam model tidak semua jenis masalah dapat diangkat dan menjadi topik prioritas organisasi.

Model John Hopkins memiliki tiga domain prioritas masalah, yaitu praktik keperawatan, penelitian, dan pendidikan. Terdapat beberapa tahapan dalam pelaksanaan model ini, yaitu menyusun *practice question* yang menggunakan *PICO approach*, menentukan *evidence* dengan penjelasan mengenai setiap level yang jelas dan *translation* yang lebih sistematis dengan model lainnya serta memiliki lingkup yang lebih luas.

ACE Star Model merupakan model transformasi pengetahuan berdasarkan research atau penelitian. Model ini tidak menggunakan *evidence non-research*. Sedangkan untuk Stetler's Model tidak berorientasi pada perubahan formal tetapi pada perubahan oleh individu perawat. Model ini dilaksanakan dengan menyusun masalah berdasarkan data internal yang disebut juga *quality improvement* dan data eksternal yang berasal dari penelitian.

11.4 Tahapan Evidence Based Practice Pada Keperawatan Holistik

Penerapan hasil penelitian dalam keperawatan holistik memerlukan tahapan-tahapan untuk menjamin bahwa hasil dari penelitian-penelitian sebelumnya merupakan bukti terbaik dan tepat untuk digunakan dalam pelayanan keperawatan holistik.

Terdapat tujuh tahap dalam mengembangkan *Evidence Based Practice* pada keperawatan holistik (Helming et al., 2013) yaitu:

- Tahap 0
Mengembangkan semangat untuk pencarian.

- Tahap 1
Menentukan masalah klinis yang menarik dan merumuskan pertanyaan yang dapat dicari jawabannya (PICOT).
- Tahap 2
Melakukan pencarian yang efisien dan terfokus untuk menemukan jawaban terhadap pertanyaan klinis.
- Tahap 3
Melakukan penilaian terhadap artikel yang ditemukan dengan menggunakan teknik *rapid critical appraisal*.
- Tahap 4
Menerapkan atau mengimplementasikan bukti-bukti yang sah dan terpercaya.
- Tahap 5
Melakukan evaluasi terhadap hasil penerapan bukti-bukti penelitian.
- Tahap 6
Menyebarluaskan hasil penerapan atau melakukan perubahan terhadap kebijakan penerapan sebelumnya.

Mengembangkan Semangat Untuk Pencarian (Inquiry)

Semangat untuk melakukan pencarian ini merupakan tahap ke-0 dari perjalanan *Evidence Based Practice*. Semangat penyelidikan mengacu pada rasa ingin tahu yang berkelanjutan tentang bukti terbaik untuk memandu pengambilan keputusan klinis (Tucker and Gallagher-Ford, 2019).

Semangat perawat dalam mengembangkan rasa ingin tahu untuk melakukan pencarian terhadap bukti-bukti ilmiah dilandasi oleh pengetahuan dan pemahaman perawat tentang EBP. Pengetahuan tersebut dapat diperoleh melalui jenjang pendidikan, pengalaman penelitian dan pengalaman pelayanan keperawatan (Irmayanti, Malini and Murni, 2019).

Merumuskan Pertanyaan

Schmidt dan Brown (2022) menyatakan bahwa dalam EBP, tahap pertama adalah merumuskan pertanyaan. Pertanyaan dihasilkan dengan cara yang sedikit berbeda dari bagaimana pertanyaan penelitian dihasilkan. Salah satu model yang banyak digunakan dalam EBP adalah model PICOT. Pertanyaan klinis untuk masalah pasien tertentu diidentifikasi sehingga penyedia layanan

kesehatan dapat menemukan informasi yang relevan secara klinis menggunakan mesin pencari internet dan database .

PICOT merupakan singkatan dari lima komponen berikut:

P: Populasi pasien atau kondisi pasien yang diminati - Populasi pasien atau kondisi pasien perlu digambarkan dengan hati-hati sehingga pencarian bukti menghasilkan informasi yang relevan dan mencegah pengambilan informasi yang terlalu luas atau tidak tepat sasaran. Perlu diperhatikan bahwa tidak semua informasi selalu dapat digeneralisasikan.

I: Intervensi atau prosedur yang direncanakan - Pencarian informasi tentang intervensi membutuhkan penggambaran yang serupa terhadap istilah dari intervensi sehingga menghasilkan informasi yang terfokus dan relevan.

C: Komparasi atau pembanding dari peminatan - Intervensi yang diharapkan dapat dibandingkan dengan intervensi lain yang digunakan untuk menyelesaikan masalah yang sama. Perlu ditentukan ada tidaknya intervensi alternatif lain. Intervensi yang diharapkan juga dapat dibandingkan dengan standar yang saat ini sedang digunakan.

O: Hasil yang diharapkan - Hasil yang diinginkan merupakan pencapaian, pengukuran, atau peningkatan yang diinginkan sebagai hasil dari intervensi atau pendekatan yang dipilih.

T: Batasan waktu - Perlu ditetapkan adanya batasan waktu untuk menjamin kebaruan informasi terkait intervensi yang efektif dan efisien.

Berbagai jenis pertanyaan untuk dikembangkan dalam *Evidence Based Practice* dapat berupa:

1. Intervensi atau terapi untuk menentukan hasil terbaik.
2. Prognosis atau prediksi yang berhubungan dengan perkembangan penyakit atau komplikasi.
3. Diagnosis atau tes diagnostik untuk menentukan akurasi.
4. Etiologi untuk menentukan faktor risiko atau penyebab.
5. Makna dari suatu pengalaman dalam suatu kelompok tertentu.

Melakukan Pencarian Yang Efisien

Perawat perlu mengenal jenis literatur yang dapat digunakan sebagai dasar untuk penerapan praktik berbasis bukti. Pengkategorian literatur sangat

membantu dalam membuat keputusan tentang terpercaya atau tidaknya sebuah hasil penelitian.

Bukti-bukti dalam literatur dapat dikategorikan sebagai berikut (Schmidt and Brown, 2022):

1. Sumber primer atau sekunder. Sumber primer merupakan informasi asli dan langsung disampaikan secara bertanggung jawab oleh penyusunnya. Sumber primer dapat ditemukan pada artikel jurnal, buku, skripsi, tesis, disertasi dan prosiding yang ditulis sendiri oleh orang yang terlibat secara langsung pada sebuah penelitian. Sumber sekunder adalah komentar, rangkuman, ulasan, atau interpretasi yang dihasilkan dari sumber primer. Sumber sekunder ditulis setelah sumber primer dipublikasikan.
2. Dilakukan peer-review oleh sejawat atau tidak dilakukan peer-review. Penelitian yang dipublikasikan sebagai sumber primer dalam sebuah terbitan akan dilakukan evaluasi yang ketat oleh para ahli sesuai bidangnya yang dikenal sebagai peer-review.
3. Sumber ilmiah, perdagangan atau sastra populer. Sumber ilmiah ditulis dan diedit oleh para profesional di bidangnya. Publikasi perdagangan juga ditulis oleh para profesional di bidangnya, namun menggunakan gaya bahasa yang lebih santai. Sastra populer ditulis untuk memberi informasi dan menghibur pembaca.

Pencarian literatur dilakukan pada mesin pencari berbasis internet dengan berdasar pada kata kunci yang sesuai dengan topik yang dikehendaki. Setelah mencari menggunakan kata kunci, selanjutnya mengumpulkan berdasarkan database, mengorganisasikan hasil temuan, mencari versi lengkap dari sumber literatur dan mengevaluasi bukti-bukti yang mungkin diperlukan.

Pencarian bukti untuk menginformasikan praktik klinis sangat disederhanakan saat pertanyaan diajukan dalam format PICOT sehingga membantu mengidentifikasi kata kunci atau frase yang dimasukkan ke dalam database seperti Medline, Cinahl, PubMed, Cochrane Library (Melnyk et al., 2010).

Melakukan Penilaian Artikel

Melnyk et al. (2010) menyatakan setelah menemukan artikel yang dipilih untuk ditinjau, artikel tersebut harus dinilai dengan cepat untuk menentukan

mana yang paling relevan, valid, andal, dan dapat diterapkan pada pertanyaan klinis. *Critical appraisal* atau penilaian kritis dapat dilakukan secara cepat dengan menggunakan tiga pertanyaan penting untuk mengevaluasi yaitu:

1. Apakah hasil penelitian tersebut valid? Pertanyaan validitas penelitian ini berpusat pada apakah metode penelitian cukup ketat untuk membuat temuan sedekat mungkin dengan kebenaran, apakah instrumennya valid dan apakah ada kelompok kontrol untuk membandingkan?
2. Apa hasilnya dan apakah itu penting? Untuk studi intervensi, pertanyaan reliabilitas studi ini membahas apakah intervensi berhasil, dampaknya pada hasil, dan kemungkinan mendapatkan hasil yang serupa dalam pengaturan praktik mandiri. Untuk studi kualitatif, ini termasuk menilai apakah pendekatan penelitian sesuai dengan tujuan penelitian, bersama dengan mengevaluasi aspek lain dari penelitian seperti apakah hasilnya dapat dikonfirmasi?
3. Akankah hasilnya membantu dalam merawat pasien? Pertanyaan penerapan studi ini mencakup pertimbangan klinis seperti apakah subjek dalam penelitian serupa dengan pasiennya sendiri, apakah manfaatnya lebih besar daripada risiko, kelayakan dan efektivitas biaya, serta nilai dan preferensi pasien?

Menerapkan Bukti-Bukti Sah dan Terpercaya

Tahap ke-4 yaitu menerapkan atau mengimplementasikan tindakan berdasar pada bukti-bukti yang telah ada. Hal ini merupakan tahapan yang sangat menantang karena perawat akan dihadapkan pada berbagai alasannya multifaktorial dan saling terkait antara lain keahlian dokter atau profesi lain.

Seperti nilai-nilai yang diyakini oleh pasien dan keluarga, keterlibatan banyak dan beragam pemangku kepentingan, intensitas sumber daya manusia sebagai pelaksana, sarana prasarana untuk memenuhi kebutuhan alat dan bahan dalam penerapan intervensi, perubahan lingkungan rumah sakit yang serba cepat dan terus berubah, tuntutan peraturan dan pembayar yang berkembang, penolakan terhadap perubahan, dan kurangnya waktu dan upaya yang didedikasikan untuk perubahan berbasis bukti yang “terhubung” dari waktu ke waktu

(membuat perubahan berkelanjutan dan tertanam dalam sistem dan budaya) (Tucker and Gallagher-Ford, 2019).

Strategi penerapan dapat diawali dengan mengatasi hambatan potensial seperti dukungan staf untuk status quo, keyakinan bahwa praktik saat ini bekerja dengan baik, dan kurangnya pengakuan atau keterbukaan untuk mengeksplorasi perubahan praktik. Selanjutnya diperlukan kesiapan untuk perubahan praktik, peluncuran yang meluas, dan upaya untuk melembagakan perubahan berkelanjutan dari waktu ke waktu.

Melakukan Evaluasi Hasil Penerapan

Setelah menerapkan EBP, penting untuk memantau dan mengevaluasi setiap perubahan hasil sehingga efek positif dapat didukung dan efek negatif diperbaiki. Pemantauan pengaruh perubahan EBP pada kualitas dan hasil perawatan kesehatan dapat membantu dalam menemukan kekurangan implementasi dan mengidentifikasi dengan lebih tepat pasien mana yang paling mungkin mendapat manfaat (Tucker and Gallagher-Ford, 2019).

Evaluasi terhadap pelaksanaan *evidence based* sangat perlu dilakukan untuk mengetahui seberapa efektif *evidence* yang telah diterapkan, apakah perubahan yang terjadi sudah sesuai dengan hasil yang diharapkan dan apakah bukti tersebut berdampak pada peningkatan kualitas kesehatan pasien (Melnyk et al., 2010).

Menyebarluaskan Hasil Penerapan

Ketika penerapan *evidence based* telah dievaluasi dengan hasil yang positif, maka tugas selanjutnya adalah menyebarluaskan hasil tersebut. Beberapa cara dapat ditempuh untuk menyebarluaskan informasi hasil penerapan melalui presentasi di konferensi lokal, regional, nasional, dan laporan dalam jurnal peer-review, buletin profesional, dan publikasi untuk khalayak umum (Melnyk et al., 2010).

11.5 Penerapan EBP Dalam Keperawatan Holistik

Fokus utama pada keperawatan holistik adalah individu sebagai pengambil keputusan terhadap segala hal yang terjadi pada dirinya. Pengambilan keputusan akan lebih baik jika didasari dengan pengetahuan mengenai bukti-bukti yang terkait dengan masalah yang dialami. Perawatan secara holistik bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual (Dewi and Puspawati, 2022).

Hapsari (2011) menyebutkan proses keperawatan melibatkan aktivitas pengambilan keputusan mulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Perawat membutuhkan hasil-hasil penelitian untuk membantu dalam membuat keputusan dan melakukan tindakan yang berdasar pada bukti-bukti ilmiah yang rasional dan terbaik.

Penerapan EBP dalam keperawatan tidak dapat terlepas dari setiap tahapan proses keperawatan yaitu:

1. Tahap pengkajian

EBP yang dapat diterapkan pada tahap pengkajian keperawatan adalah segala bukti yang terkait dengan cara terbaik untuk mengumpulkan informasi, tipe informasi apa yang perlu diperoleh, bagaimana menggabungkan seluruh bagian data pengkajian, dan bagaimana meningkatkan akurasi pengumpulan informasi. Hasil penelitian juga dapat membantu perawat dalam memilih alternatif metode pendekatan pada pasien, metode pengkajian atau bentuk pengkajian untuk tipe pasien, situasi maupun pada tempat pelayanan tertentu.

2. Tahap perumusan diagnosis keperawatan

EBP dapat diterapkan dalam perumusan diagnosis keperawatan terkait dengan temuan terbaru tentang batasan karakteristik yang menandai suatu masalah keperawatan.

3. Tahap perencanaan

Hasil penelitian yang dapat digunakan antara lain hasil penelitian yang mengindikasikan intervensi keperawatan tertentu yang efektif untuk diaplikasikan pada suatu budaya tertentu, tipe dan masalah tertentu, dan pada pasien tertentu.

4. Tahap intervensi/implementasi

EBP pada area keperawatan holistik memberikan arah kepada perawat untuk memilih alternatif tindakan keperawatan yang terbaik dalam mengatasi masalah pasien. Perawat tidak hanya melaksanakan tindakan keperawatan yang bersifat rutinitas saja namun dituntut untuk menguasai perkembangan informasi terkait pilihan tindakan untuk mengatasi masalah. EBP akan memberikan semangat dan kepercayaan diri perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan.

5. Tahap evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah intervensi yang dilakukan berdasarkan perencanaan sudah berhasil dalam mengatasi masalah dan apakah efektif dari segi biaya. Bukti ilmiah yang dapat digunakan pada tahap ini adalah hal yang terkait keberhasilan maupun kegagalan dalam suatu pemberian asuhan keperawatan.

Daftar Pustaka

- Al-Maskari, M.A. and Patterson, B.J. (2018) ‘Attitudes towards and perceptions regarding the implementation of evidence-based practice among Omani nurses’, Sultan Qaboos University Medical Journal, 18(3), p. e344.
- Albarqouni, L. et al. (2018) ‘Core competencies in evidence-based practice for health professionals: consensus statement based on a systematic review and Delphi survey’, JAMA network open, 1(2), pp. e180281–e180281.
- Alfons, G. D., Endojowatiningsih, M. H. and Rohi, Y. U. (2020) ‘Implementasi Misi Holistik Bagi Tim Paliatif Rumah Sakit Baptis Batu Jawa Timur’, Missio Ecclesiae, 9(1), pp. 79–94. doi: 10.52157/me.v9i1.110.
- Alligood, R. M. (2017) Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. 8th edn. Singapore: Elsevier.
- Andrikopoulou, E., Abbate, K. and Whellan, D. J. (2014) ‘Conceptual model for heart failure disease management’, Canadian Journal of Cardiology. Canadian Cardiovascular Society, 30(3), pp. 304–311. doi: 10.1016/j.cjca.2013.12.020.
- Asmadi. (2008) “Konsep Dasar Keperawatan” (E. A. Mardella, Ed.) Jakarta: EGC.
- Bambang Siswanto, Sri Setiawati, Ontran Sumantri Riyanto, (2022). Juridical Aspects Of Complementary Traditional Medicine In Indonesia. International Journal of Educational Research & Social Sciences , Vol. 3 (No. 1).
- Bangun, A.V., Praghlapati, A., (2021). Enhancing Critical Thinking Skills in Nursing Higher Education in Preparation for the Industrial Revolution 4.0. KnE Life Sciences 793–804. <https://doi.org/10.18502/cls.v6i1.8756>

- Barry.P.(2002). Mental Health and Mental Illness (Edisi 7). Philadelphia:
- Bello, O. (2017). Effective Communication in Nursing. (Thesis)
- Benfer, B. A. (2000). Holistic Nursing: A Handbook for Practice (3rd ed.). In Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services (Vol. 38). <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20000601-14>
- BJN (2022) 'Self-management support for older adults with chronic illness: implications for nursing practice', British Journal of Nursing, 31(2). Available at: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/professional/self-management-support-for-older-adults-with-chronic-illness-implications-for-nursing-practice/>.
- Boykins, A. D. (2014). Core communication competencies in patient-centered care. The ABNF Journal 25(2).
- CDC (2019a) Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). Available at: <https://www.cdc.gov/arthritis/interventions/programs/cdsmp.htm> (Accessed: 13 January 2023).
- CDC (2019b) Self-Management Education (SME) Programs for Chronic Health Conditions.
- CDC (2022) The Importance of Self-Care for Diabetes Management. Available at: <https://www.cdc.gov/diabetes/library/features/diabetes-self-care.html> (Accessed: 15 January 2023).
- Cohen, M. H., (2002). Legal and Risk Management Issues in Complementary and Alternative Medicne. In: : L. Snyder, Hrsg. Biomedical Ethics Reviews: Complementary and Alternative Medicine: Ethics, the Patient, and the Physician. Totowa, NJ: Humana Press Inc., pp. 167-200.
- Cowling, H. (2000) Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik. Edisi 6 Vo. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Dewi, N. L. P. T. and Puspawati, N. L. P. D. (2022) Perawatan Holistik pada Pasien Kronis. Pekalongan: Nasya Expanding Management.
- Dolan, J. G. (2008). Shared decision-making - transferring research into practice: The Analytic Hierarchy Process (AHP). Patient Education and Counseling, 73(3), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.032>

- Dossey, B. M., Keegan, L. and Guzzetta (2013) Holistic Nursing: A Handbook for Practice. 4th edn. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Dossey, B. M., Keegan, L., & Guzzetta, C. E. (2005). Holistic Nursing. A Handbook for Practise.
- Dossey, B.M., (2013). Holistic nursing: A handbook for practice. Jones & Bartlett Publishers.
- Dossey. A. Keegan, L., Guzzetta, C. E. (2005). Holistic Nursing: A Handbook for Practice Fourth Edition. Jones and Bartlett Publishers: Massachusetts
- Dossey.B.(2008). Core Value I : Holistic Philosophy, Theories, And Ethics. Kanada: Jones and Bartlet Publisher
- Dwidiyanti, M. et al. (2017) Keperawatan Holistik. Yogyakarta: Kepel Press.
- Dwiyanti, M., Fitriana, R. N., Listiowati, D., Murtoyo, E., & Prasetyaningtyas, V. H. (2015). Keperawatan Holistik. Repository.Akperykyjogja.Ac.Id, 150.
http://repository.akperykyjogja.ac.id/187/1/Buku_Holistic_Nursing.pdf
- Ema Waliyanti, Wulan Noviana, Syahru Ramdhani, S. (2016). Buku Panduan Blok Keperawatan Holistik. In Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. (pp. 1–97).
- Fathy A. Nurul, Effendy Christantie, P. S. Y. (2021). Original Research Implementation of Interprofessional Collaboration Practices In Type B Teaching General Hospitals : A Mixed Methods Study. Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia, 10(2), 162–176.
<https://doi.org/10.22146/jpki.60093>
- Filej B, K. M. (2006). Holistic Nursing Practice. Cancer Nursing, 29(3), 206.
<https://doi.org/10.1097/00002820-200605000-00006>
- Filej B, Kaucic BM. (2013). Holistic nursing practice. South East Eur Health Sci J, 3:1–7.
- Fryer, C. E. et al. (2016) ‘Self-Management Programs for Quality of Life in People with Stroke’, Stroke, 47(12), pp. e266–e267. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.015253.

- Godden-webster, A., & Murphy, G. (2014). Interprofessional Collaboration in Practice : A Guide for Strengthening Student Learning Experiences.
- Grady, P. A. and Gough, L. L. (2018) ‘Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions’, American Journal of Public Health, 108(8), pp. S430–S436. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041.
- Hadinata, Dian & Abdillah, A. J. (2018). Metodologi Keperawatan. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents, 3(April), 49–58.
- Hapsari, Ei.D. (2011) ‘Pengantar Evidence-Based Nursing’, in PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL.
- Harvaed university. (2021). How Holistic Decision Making Can Improve Health Care - SPONSOR CONTENT FROM SIEMENS HEALTHINEERS.
- Helming, M. et al. (2013) Core Curriculum for Holistic Nursing. 2nd edn. Jones & Bartlett Learning.
- Helming, M.A.B. et al. (2022) Dossey & Keegan’s Holistic Nursing: A Handbook For Practice. 8th edn. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Hudak, C.M. & Gallo, B. . (2010). Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik. In B. Allenidekania & & M. E. Susanto, Teresa, Yasmin (Eds.). Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik (Vol. 1). Jakarta.
- Huggins, A., Deb, S., Claudio, D., & Velazquez, M. A. (2013). A holistic approach for integrated decision making in healthcare systems. IIE Annual Conference and Expo 2013, 1312–1318.
- Indonesia (2014) Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Indonesia: Lembaran Negara Republik Indonesia.
- Irmayanti, R., Malini, H. and Murni, D. (2019) ‘Persepsi Perawat Tentang Evidence Based Nursing Practice (EBNP) di Rumah Sakit’, Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan, 4(3), pp. 516–529.
- Ita Kalista, Pramana Yoga, R. A. (2021). Implementasi Interprofessional Collaboration Antar Tenaga Kesehatan yang Ada di Rumah Sakit Indonesia. Jurnal ProNers, (July).
- Jacob.B.(2003). Penyembuhan Yang Mengutuhkan Dimensi Yang Terabaikan Dalam Pelayanan Medis. Yogyakarta: Penerbit Kanisius

- Kinchen, E. (2022). Holistic Nurse Practitioner Care Including Promotion of Shared Decision-Making. *Journal of Holistic Nursing*, 40(4), 326–335. <https://doi.org/10.1177/08980101211062704>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice [Professional Paper]. *Mater Sociomed*, 26(1), 65-67. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
- Kusumawardani, P.A. and Rosyidah, R. (2020) ‘Buku Ajar Mata Kuliah Evidence Based Midwifery’, Umsida Press, pp. 1–144.
- Lorig, K. R., Holman, H. R. and Med, A. B. (2003) ‘Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms’, *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1). Available at: <https://academic.oup.com/abm/article/26/1/4630312?login=false>.
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nurs Open*, 6(3), 1189-1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
- McEvoy, L. and Duffy, A. (2008) ‘Holistic practice - A concept analysis’, *Nurse Education in Practice*, 8(6), pp. 412–419. doi: 10.1016/j.nepr.2008.02.002.
- Melnyk, B.M. et al. (2010) ‘Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice’, *AJN The American Journal of Nursing*, 110(1). Available at: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/01000/Evidence_Base_d_Practice__Step_by_Step__The_Seven.30.aspx.
- Mufarokkah, H., Putra, S. T. and Dewi, Y. S. (2016) ‘Self Management Program Meningkatkan Koping, Niat dan Kepatuhan Berobat Pasien PJK’, *Jurnal Ners*, 11(1), pp. 56–62. Available at: <https://ejournal.unair.ac.id/JNERS/article/view/1902>.
- NCOA (2021) Get the Facts on Chronic Disease Self-Management. Available at: <https://www.ncoa.org/article/get-the-facts-on-chronic-disease-self-management> (Accessed: 13 January 2023).
- Newshan G. (2004). Development and evaluation of an inpatient [correction of impatient] holistic nursing care services department. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 10:168–74.

- Niedringhaus, L.K., (2001). CRITICAL THINKING Using Student Writing Assignments to Assess Critical Thinking Skills: A Holistic Approach.
- Northeastern State University (2017) What is Holistic Nursing/
- Papathanasiou, I. (2013) 'Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives', American Journal of Nursing Science, 2(1), p. 1. doi: 10.11648/j.ajns.20130201.11.
- PPNI, T. P. D., (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan tindakan Keperawatan. 1 Hrsg. Jakarta Selatan : Dewan pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pradana, A.A. (2021) 'Pengantar Terapi Komplementer dan Keperawatan Holistik'.
- Reeves, S., & Reeves, S. (2002). A Critical Review of Evaluations of Interprofessional Education This review was commissioned by the Learning and Teaching Support Network. (May 2021).
- Reji R K, Sushma K Saini, (2022). Critical Thinking and Decision Making: Essential Skills in Nursing. International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences 13, 61–67. <https://doi.org/10.26452/ijrps.v13i1.21>
- Retrieved Januari 1, 2023, from <https://www.usa.edu/blog/communication-in-nursing/#:~:text=For%20nurses%2C%20good%20communication%20in,an%20patient%20teach%2Dback%20techniques>
- RI, K. K., (2018). PERATURAN MENTERI KESEHATAN Menteri kesehatan RI Nomor 15 Tahun 2018 Ttg Pelayanan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. [Online] Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/111834/permendesa-no-15-tahun-2018> [Zugriff am 5 Januari 2023].
- RI, K. K., (2018). Peraturan Menteri kesehatan tentang Pelayanan tentang penyelengaraan pelayanan kesehatan Tradisional komplementer. [Online].
- RI, M. K., (2017). Peraturan Menteri Kesehatan RI ttg Pelayan Kesehatan Tradisional Integrasi. [Online] Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/112104/permendesa-no-37-tahun-2017> [Zugriff am 1 Januari 2023].

- RI, M. K., (2019). Permenkes no 29 tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan UU no 36 tahun 2014. [Online] Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/138617/permekes-no-26-tahun-2019> [Zugriff am 5 Desember 2023].
- RI, P., (2014). Peraturan Pemerintah Nomor 103 tahun 2014 tentang Pelayanan pengobatan tradisional. [Online] Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/5557> [Zugriff am 8 January 2023].
- RI, U. U., 2009. Undang-undang no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. [Online] Available at: https://jdih.kemenparekraf.go.id/asset/data_puu/2009UU036.pdf [Zugriff am 20 Desember 2023].
- Riegel, B. (2023) Self-Care Measures. Available at: <https://self-care-measures.com/> (Accessed: 13 January 2023).
- Riegel, B. and Carlson, B. (2004) ‘Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index’, 10(4).
- Riegel, B. et al. (2009) ‘Heart failure self-care in developed and developing countries.’, Journal of Cardiac Failure, 15(6), pp. 508–16. doi: doi:10.1016/j.cardfail.2009.01.009.
- Riegel, B., Dickson, V. V. and Lee, C. S. (2018) Self-Management of Illness in Adults. Available at: <https://nursekey.com/self-management-of-illness-in-adults/>.
- Riegel, F., Crossetti, M. da G.O., Siqueira, D.S., (2018). Contributions of Jean Watson’s theory to holistic critical thinking of nurses. Rev Bras Enferm 71, 2072–2076.
- Samuriwo, R. (2022). Interprofessional Collaboration — Time for a New Theory of Action ? 9(March), 1–5. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.876715>
- Schmidt, N.A. and Brown, J.M. (2022) Evidence Based Practice for Nurses: Appraisal and Application of Research. 5th edn. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Sekarsari, R. (2012a) Manajemen Diri pada Gagal Jantung. Jakarta: FIK UI.
- Sekarsari, R. (2012b) Mengelola Obat-obatan Gagal Jantung. Jakarta: FIK UI.

- Selimen D, Andsoy II. (2011). The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J.* 2011;93:482–7.
- Silitonga, T.R. (2020) ‘Tantangan Perawat Manager Dalam Penerapan Evidence Based Nursing Practice (EBNP)’.
- Sinaga, Rosnancy, R., Muntu, Donald., Simbolon, Sedia., Susanty, Sri. (2021). The spirituality and spiritual care of clinical nurses in Indonesia. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*
- Siregar, D., Pakpahan, M., Togatorop, L. B., Manurung, E. I., Sitanggang, Y. F., Umara, A. F., ... & Perangin-angin, M. A. (2021). Pengantar Proses Keperawatan: Konsep, Teori dan Aplikasi. Yayasan Kita Menulis.
- Siregar, H. K. (2022). ILMU KEPERAWATAN DASAR. In cv. MEDIA SAINS INDONESIA (Vol. 4, Issue 1).
- Slama-Chaudhry, A. and Golay, A. (2019) ‘Patient education and self-management support for chronic disease: methodology for implementing patient-tailored therapeutic programmes’, *Public Health Panorama*, 5(2–3), pp. 357–367. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330106/php-5-2-3-357-361-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. (2007). The perceived meaning of a (w) holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: A qualitative study. *BMC Fam Pract*, 8:8.
- Suhartini Ismail., et all. (2018). Keperawatan Holistik dan Aplikasi Intervensi Komplementer. Penerbit LPPM STIKES KENDAL, 1(Februari), 1–211. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Sullivan, O. M., Kiovsky, R. D., Mason, D. J., Hill, C. D., Dukes, C., & Pendidikan, K. (2015). Kolaborasi dan Pendidikan Interprofessional. 115(3), 47–55.
- Thompson EA, Quinn T, Paterson C, Cooke H, McQuigan D, Butters G. (2008). Outcome measures for holistic, complex interventions within the palliative care setting. *Complement Ther Clin Pract*, 14:25–32.
- Thurmond, V.A.,(2001). The Holism in Critical Thinking A Concept Analysis.

- Tjale AA, Bruce J. (2007). A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. *Curationis*, 30:45–52.
- Tucker, S.J. and Gallagher-Ford, L. (2019) ‘EBP 2.0: From strategy to implementation’, *AJN The American Journal of Nursing*, 119(4), pp. 50–52.
- USAHS. (2020). The Importance of Effective Communication in Nursing Vol. 10, No. 3, September 2021, pp. 551~557, DOI: 10.11591/ijphs.v10i3.20906
- Watson, J. (2009) Assessing and Measuring caring in Nursing and health Science. University of Colorado Denver: Anschutz Medical Center.
- West Jr, Don. (2018) The 7 Dimensions of Holistic Wellbeing. Author and Creator of the Legacy Pyramid. <https://www.linkedin.com/pulse/7-dimensions-holistic-wellness-don-west-jr->, accessed Jan 16, 2023.
- WHO, (2013). WHO Traditional Medicine strategy 2014-2023. Hongkong: WHO Press.,
- WHO, (2023). World Health Organization. [Online] Available at: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/traditional-complementary-and-integrative-medicine> [Zugriff am 6 Januari 2023].
- WHO. (2010). Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.
- Yogyakarta, D. K. D., (2022). Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional di Indonesia. [Online] Available at: <https://dinkes.jogjaprov.go.id/berita/detail/penyelenggaraan-pengobatan-tradisional-di-indonesia> [Zugriff am 1 januari 2023].
- Yusuf, A. (2017). Konsep Komunikasi Efektif. Retrieved January 1, 2023, from <https://repository.unair.ac.id/85670/1/Konsep%20Komunikasi%20Efektif08072019.pdf>
- Ziebarth DJ. (2016) Wholistic Health Care: Evolutionary Conceptual Analysis. *J Relig Health*, Oct;55(5):1800-23. doi: 10.1007/s10943-016-0199-6. PMID: 26895235.2
- Zulfitri, R. et al. (2017) ‘Eksplorasi Dukungan Holistik Keluarga dalam Perawatan Hipertensi pada Lanjut Usia: “Aspek Gender” di Komunitas Melayu Riau Kota Pekan Baru’, *jurnal Ners Indonesia*, 7(2), pp. 30–40.

Biodata Penulis

Melva E.M. Manurung



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

Ns. Henrianto Karolus Siregar, M.Kep



Lahir di Kampung Pandan Kabupaten Labuhanbatu Sumatera Utara, 02 November 1992. Penulis merupakan Dosen Keperawatan yang berada di Jakarta. Penulis memiliki peminatan dibidang Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Gawat Darurat. Ketertarikan penulis terhadap profesi perawat dimulai pada tahun 2011. Hal tersebut membuat penulis memilih dan menyelesaikan pendidikan diploma tiga keperawatan di Sekolah

Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan berhasil lulus pada tahun 2014. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Negeri Melalui Program Ekstensi dan berhasil menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara pada tahun 2016 dan Profesi Ners pada tahun 2017 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S-2 Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal

Bedah dan Lulus tahun 2020 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.

Sebagai dosen profesional tentunya penulis dituntut untuk berkarya melalui tri dharma perguruan tinggi melalui pendidikan dan pengajaran, penelitian dan pengembangan, dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis juga merupakan Reviewer Jurnal Perawat Indonesia, Aisyiyah Surakarta Journal Nursing (ASJN), dan Editor Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah, Jurnal Keperawatan Cikini, Jurnal SIGDIMAS (Publikasi Kegiatan Pengabdian Masyarakat) Cikini. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Sementara itu, buku-buku yang pernah penulis publikasikan antara lain Ilmu Keperawatan Dasar (2022.ISBN 978-623-362-517-3. Penerbit Media Sains Indonesia. Bandung); Keperawatan Onkologi (2022.ISBN 978-623-362-529-6. Penerbit Media Sains Indonesia. Bandung); Paliatif Care dan Home Care (2022.ISBN 978-623-362-521-0. Penerbit Media Sains Indonesia. Bandung).

Email penulis: henriantokarolussiregarsilali@gmail.com

Rosnancy Renolita Sinaga



Lahir di Sumatera Utara 10 Desember 1976. Saat ini beliau mengajar di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar, Sumatera Utara, mempunyai area pengajaran di medikal bedah. Beliau menamatkan pendidikan sarjana keperawatan dari Universitas Advent Indonesia, Bandung, menamatkan pendidikan magister keperawatan dari Adventist University of the Philippines. Saat ini sedang menyelesaikan program doktor keperawatan dari St. Paul University Manila, Filipina.

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes

Dosen tetap di STIKes Fatmawati, Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di STIKes Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di STIKes Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh studi pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan kekhususan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Saat ini menjabat sebagai sekretaris DPK PPNI STIKes Fatmawati.

Penulis aktif menulis dan sudah menghasilkan beberapa buku pada bidang keperawatan dan kesehatan. Selain itu, memiliki keahlian terapi komplementer, serta menghasilkan beberapa jurnal ilmiah nasional dan internasional.

Anita Apriliaawati

Lahir di Purbalingga, 24 April 1977. Saat ini tercatat sebagai dosen Keperawatan Anak di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta sejak tahun 2006. Sebelumnya bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya. Jenjang Pendidikan yang telah ditempuh adalah Sarjana Keperawatan di FIK UI (2000), Magister Keperawatan di FIK UI (2011) dan Spesialis Keperawatan Anak di FIK UI (2012). Penulis aktif sebagai pengurus IPANI DKI Jakarta.

Annisaa Fitrah Umara, M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B.

Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 dan S2 Spesialis di Universitas Indonesia. Saat ini menjadi dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang. Keilmuan yang didalami bidang Keperawatan Medikal Bedah (KMB) khususnya peminatan kardiovaskular. Aktif dalam melakukan tridharma perguruan tinggi yaitu pendidikan dan pengajaran, penelitian, dan pengabdian masyarakat. Penulis juga beberapa kali menjuarai lomba penulisan karya tulis inovatif tingkat nasional. Karya tulis yang dihasilkan berupa artikel ilmiah, berbagai buku antologi non fiksi, book series ke-5 Kampus Merdeka, modul, opini, buku-buku referensi bersama Yayasan Kita Menulis, dan lain-lain. Terlibat dalam organisasi seperti Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai anggota, Ikatan Ners Kardiovaskular Indonesia (INKAVIN) dan Himpunan Perawat Medikal Bedah Banten (Hipmebi Banten) sebagai pengurus.

Popy Irawati

Lahir di Bandung 29 Juni 1970, perawat lulusan Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Padjadjaran, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Kritis di Universitas Padjadjaran lulus tahun 2012. Ia memiliki pengalaman sebagai Perawat Di Rumah Sakit kemudian beralih menjadi Dosen selama 20 tahun terakhir dan kini aktif sebagai Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang

Rugaya M. Pandawa

Lahir di Ternate, Provinsi Maluku Utara pada 22 Agustus 1972. Putri ketiga dari enam bersaudara pasangan Bapak (Alm) Munawar M. Pandawa dan Ibu (Almh) Umi Umarella. Pendidikan yang penulis tempuh mulai dari SD Negeri Salero 2 Ternate lulus pada tahun 1985, dilanjutkan ke SMP Negeri 2 Ternate lulus tahun 1988 dan menyelesaikan pendidikan menengah di SMA Negeri 1 Ternate pada tahun 1991. Selanjutnya penulis menempuh pendidikan Diploma 3 di Akper Depkes Ambon lulus pada tahun 1994 dan diangkat sebagai PNS tahun 1996.

Pada tahun 1998 penulis mendapat kesempatan tugas belajar dari Depkes pada Program S1 Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung lulus pada tahun 2000. Kemudian berkesempatan yang sama sebagai tugas belajar pada tahun 2006 dari Pusdiknakes melanjutkan ke Program S2 Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta lulus tahun 2006. Terakhir kesempatan tugas belajar di tahun 2017 dari Badan PPSDM Kesehatan untuk melanjutkan pendidikan S3 pada Program Studi Penelitian dan Evaluasi Pendidikan (PEP) Universitas Negeri Jakarta.

Penulis menikah dengan Drs. Fatahillah Syukur, M.Si pada tahun 2002 dan dikaruniai empat orang anak, putra sulung Muhammad Al Fatih Syukur (almarhum meninggal dunia pada bulan Februari 2021 dalam usia 18 tahun sementara studi di Ma'had Bu'uts Al-Azhar Kairo Mesir), putra kedua Hudzaifah Syukur usia 16 tahun pelajar Ma'had Bu'uts Al Azhar Kairo Mesir, putra ketiga Izzuddin Ziyad Syukur usia 14 tahun pelajar kelas 9 Sekolah Tahfizh Plus SMP Khoiru Ummah Bogor, dan putri bungsu Mumtazah Syahirah Syukur usia 11 tahun kelas 6 SDIT Insantama Ternate.

Pengalaman kerja sebagai guru Sekolah Perawat Kesehatan Ternate mulai tahun 1997-2000, dan sebagai dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Ternate sejak tahun 2001 sampai sekarang. Selanjutnya pengalaman organisasi, sebagai Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Maluku Utara sejak tahun 2006-2014 dan sebagai Ketua Majelis Kehormatan Etik PPNI Wilayah Provinsi Maluku Utara sejak tahun 2022 sampai sekarang.

Andria Praghlapati

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

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



Lahir pada tanggal 25 Januari 1975 di Bukittinggi Sumatera Barat. Menyelesaikan program sarjana jurusan Sarjana di Jurusan Keperawatan Universitas Padjadjaran. Selanjutnya menyelesaikan program magister Keperawatan di Universitas Indonesia dan saat ini bergabung menjadi dosen di Universitas Pendidikan Indonesia. aktif dalam kepenulisan buku dan jurnal nasional juga Internasional Serta terlibat sebagai reviewer di jurnal Nasional.

Yeni Yulistanti

Lahir di Gunungkidul pada 28 Juli 1978 dan saat ini menetap di Kota Magelang. Penulis sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang pada Program Studi Keperawatan. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di PAM Keperawatan Depkes Yogyakarta tahun 1999, S1-Ners di PSIK FK UGM tahun 2007 dan menyelesaikan S2 Terapan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2019. Selain mengajar, saat ini penulis aktif dalam penulisan buku, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis juga aktif sebagai pengurus organisasi PPNI Kota Magelang.

KEPERAWATAN HOLISTIK

Buku ini juga akan memberikan informasi secara lengkap mengenai materi keperawatan holistik yang berasal dari berbagai sumber terpercaya yang berguna sebagai tambahan wawasan pembaca.

Buku ini terdiri dari sebelas bab :

- Bab 1 Konsep Keperawatan Holistik
- Bab 2 Proses Keperawatan Dalam Keperawatan Holistik
- Bab 3 Dimensi Keperawatan Holistik
- Bab 4 Manajemen Holistik
- Bab 5 Komunikasi Efektif Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan
- Bab 6 Program Self Management Untuk Klien
- Bab 7 Aplikasi Prinsip Legal Etik Dalam Terapi Tradisional dan Komplementer-Alternatif
- Bab 8 Interprofesional Kolaborasi Yang Baik
- Bab 9 Critical Thinking Dalam Fenomena Keperawatan Holistik
- Bab 10 Pengambilan Keputusan Dalam Fenomena Keperawatan Holistik
- Bab 11 Evidence Based Practice Dalam Fenomena Keperawatan Holistik

