

**Perilaku Caring
Perawat Profesional**

Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2019**

Perilaku Caring Perawat Profesional

Penulis:

Kusnanto

Hak Cipta @ 2019, Pada Penerbit
Cetakan pertama - 2019

Bekerja sama dengan
Pusat Inovasi Pembelajaran dan Sertifikasi (PIPS) Unair
Kampus C Unair, Gedung Kahuripan Lt.2 Ruang 203, Mulyorejo
Surabaya 60115
Telp. (031) 59204244 Fax. (031) 5920532 E-mail:
adm@pips.unair.ac.id

Dicetak oleh:
Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga (AUP)

Dilarang mengutip dan/atau memperbanyak tanpa ijin tertulis
dari Penerbit sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun.

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Kampus C Unair Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752
Fax. (031) 5913257, 5913752
Email: dekan@fkp.unair.ac.id

ISBN : 978-602-6593-30-6

PRAKATA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku Perilaku Caring Perawat Profesional. Tanpa karunia-Nya, Alhamdulillah buku ini terselesaikan tepat waktu mengingat tugas dan kewajiban lain yang bersamaan hadir.

Buku ini ditulis berdasarkan keinginan penulis setelah membaca beberapa referensi hasil penelitian, membimbing disertasi, tesis dan skripsi mahasiswa. Berdasarkan hal tersebut, penulis berusaha menyusun buku ini mengacu pada kebutuhan saat ini akan sosok perawat yang diharapkan dalam dunia kerja.

Proses penyelesaian buku ini juga tidak terlepas dari bantuan beberapa pihak. Penulis menyampaikan terima kasih kepada Rektor Universitas Airlangga, Ketua Pusat Inovasi Pembelajaran dan Sertifikasi (PIPS), Dekan Fakultas Keperawatan, dan segenap civitas akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas kemudahan dan *support* yang telah diberikan.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu, sangat mengharapkan kritik dan saran dari pembaca untuk kesempurnaan penulisan buku selanjutnya, semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca.

Wasalamu'alaikum Wr.Wb.

Surabaya, 1 April 2019

Penulis,

Dr. Kusnanto, S. Kp., M. Kes.

DAFTAR ISI

Prakata.....	iv	
Daftar Isi.....	v	
BAB 1 KEPERAWATAN		
PROFESIONAL.....	1	
1.1 Perawat dan Keperawatan.....	1	
1.2 Praktik Keperawatan Profesional.....	19	
1.3 Praktik Keperawatan Mandiri.....	32	
1.4 Hak dan Kewajiban Perawat.....	47	
1.5 Pengembangan, Pembinaan dan Pengawasan.....	49	
1.6 Organisasi Profesi.....	51	
1.7 Koligium Keperawatan.....	51	
1.8 Konsil Keperawatan.....	54	
BAB 2 MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN.....		57
2.1 Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan.....	57	
2.2 Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan.....	58	
2.3 Kepuasan.....	64	
BAB 3 <i>CARING</i>		73
3.1 Pengertian <i>Caring</i>	73	
3.2 Perkembangan Teori <i>Caring</i>	78	
3.3 Dimensi <i>Caring</i> menurut K.M Swanson.....	91	
3.4 Komponen <i>Caring</i> menurut Swanson.....	102	
3.5 <i>Caring</i> dalam Praktik Keperawatan.....	103	
3.6 Perilaku <i>Caring</i>	105	
3.7 Faktor-Faktor Mempengaruhi Perilaku <i>Caring</i>	106	
3.8 Faktor Pembentuk Perilaku <i>Caring</i>	107	
3.9 Perilaku <i>Caring</i> pada Praktik Keperawatan.....	109	
3.10 Proses Keperawatan pada Teori <i>Caring</i>	113	
3.11 Persepsi Perawat pada Perilaku <i>Caring</i>	115	
3.12 Persepsi Klien pada <i>Caring</i>	117	

3.13 Manfaat <i>Caring</i>	119
3.14 Pengukuran Perilaku <i>Caring</i>	121
Lampiran Instrumen <i>Caring</i> Swanson.....	129
Daftar Pustaka.....	132

BAB 1

KEPERAWATAN PROFESIONAL

1.1 Perawat dan Keperawatan

Tuntutan masyarakat saat ini dan pembangunan dimasa mendatang akan terus meningkat seiring perkembangan zaman, terutama pada pembangunan bidang kesehatan, ilmu pengetahuan, dan teknologi pada bidang kesehatan dan keperawatan secara holistik, sehingga perlu dilakukan perubahan persepsi yang mendasar dalam bidang keperawatan dan semua aspek terutama pada penataan praktik keperawatan dan penataan pendidikan keperawatan. Penekanan pendidikan bukan lagi hanya pada penguasaan keterampilan melaksanakan asuhan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan medik, akan tetapi pada penumbuhan dan pembinaan sikap dan keterampilan professional seorang perawat disertai dengan landasan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan yang memadai.

Proses keperawatan sudah ada sejak zaman Nabi Muhammad SAW. Seorang putri tabib yaitu Siti Rufaidah pada saat itu telah memberikan perawatan dan pelayanan pada korban-korban perang. Nilai-nilai keperawatan yang saat ini

sangat diperlukan seperti ramah dan beretika sudah ditumbuhkan sejak zaman itu termasuk cara melayani dan membantu orang lain. Siti Rufaidah dianggap sebagai perawat pertama wanita pertama yang dikenal di dunia pelayanan kesehatan karena sifat dan tindakan yang telah dilakukan pada orang lain.

Setiap tindakan yang telah dilakukan selalu dicatat sehingga dapat diketahui kembangan dari korban yang dirawatnya, namun, akibat perang semua dokumen lenyap sehingga Siti Rufaida tidak meninggalkan catatan tentang dirinya sebagai perawat yang berarti, termasuk cerita tentang Rufaida sendiri. Pada perang Crimea, Florence Nightingale muncul dan melakukan kegiatan yang sama, Florence melakukan pencatatan dari seluruh proses pelayanan yang telah dilakukan pada korban perang.

Masa sebelum perang dunia II, diinspirasi oleh ajaran agama sehingga dasar pelayanan keperawatan dititik beratkan kepada pengaduan sebagai ungkapan cinta bersama. Sasaran pelayanan diberikan pada orang yang sakit dan kegiatan pelayanan dilakukan untuk menolong agar seseorang sembuh dari sakitnya. Pada zaman itu tenaga perawat jumlahnya sangat sedikit bahkan tenaga perawat tanpa dibekali dengan pendidikan formal, hanya dengan “magang”. Pada zaman

tersebut “*role model*” sangat diperlukan dan pengalaman praktik langsung yang diutamakan. Guna memenuhi kebutuhan dasar maka ruang lingkup pelayanan perawatan lebih bersifat kuratif dari pada promotif dan preventif.

Ibu keperawatan yang dikenal dengan *the Lady with the Lamp* yaitu Florence Nightingale (1820-1910), putri dari William Nightingale seorang tuan tanah kaya di Derbyshire, London, Inggris adalah tokoh pembaharu perawatan pada masa itu, bahkan sering disebut ibu perawatan. Kasih sayang dan perhatian selalu diberikan pada orang korban perang, Florence sangat memperhatikan lingkungan yang bersih, nyaman, memiliki ventilasi yang baik, bahkan Florence mengkampanyekan kebersihan lingkungan sebagai hal yang utama kepada korban perang. Kebutuhan nutrisi juga mejadi hal yang sangat penting dan harus dipenuhi untuk meningkatkan daya tahan tubuh para korban sehingga proses penyembuhan dapat lebih cepat. Semua korban terluka akibat perang dicermati dan diobservasi sepanjang waktu termasuk malam hari, sehingga Florence juga dikenal sebagai bidadari berlampu yang menolong di gelap gulita.

Melalui catatan yang ditinggalkan dan dipelajari oleh ahli-ahli keperawatan pada dekade sesudahnya, Florence Nightingale yang disebut sebagai pionir keperawatan modern telah menanamkan prinsip-prinsip dasar keperawatan yang

berfokus pada sikap *caring* terhadap pasien. Prinsip dasar tersebut menekankan kegiatan modifikasi lingkungan penting bagi kesembuhan seorang pasien. Konsep dan prinsip ini menjadi landasan yang perlu ditumbuh kembangkan dalam tindakan mandiri keperawatan dan sebagai intervensi utama dalam keperawatan, dengan *caring* tidak hanya aspek fisik yang kita berikan tetapi juga aspek psikologis yang sangat dibutuhkan oleh pasien. Sejak saat itu banyak sekolah keperawatan yang didirikan oleh Rumah sakit (RS), untuk memenuhi kebutuhan perawat dan penyelenggaraan sekolah perawat berbasis RS.

Florence Nightingale menyadari bahwa sekolah perawat atau pendidikan perawat sangat penting sebagai media untuk mendidik para calon perawat. Seorang perawat harus berbudi luhur, berpengetahuan luas dan terampil dalam melaksanakan perawatan sehingga perlu diberikan pengetahuan, keterampilan dan pembinaan mental, melalui pendidikan memadai dan Florence Nightingale telah menetapkan struktur dasar pada pendidikan seorang perawat.

Struktur dasar pendidikan perawat yang dibangun oleh Florence, yaitu menentukan tujuan dari pendidikan perawat dalam merawat pasien yang membutuhkan dan menetapkan pengembangan pengetahuan yang harus dimiliki oleh calon seorang perawat.

Disamping itu Florence Nightingale juga memiliki ide bahwa seorang perawat harus dipersiapkan pendidikan khusus, yaitu sebagai perawat pelaksana, perawat administrator ataupun perawat supervisor. Jam kerja perawat juga perlu diperhatikan karena kondisi yang ada jam perawat berlangsung 12 jam/ hari dan 7 hari/ minggu, dan pendapatan perawat juga perlu ditingkatkan mengingat beban dan tanggung jawab mereka yang begitu tinggi. Secara menyeluruh perkembangan perawat sejak zaman Florence Nightingale hingga pecah perang dunia II dinilai masih sangat kecil atau hampir tidak ada perkembangan atau perubahan.

Di Indonesia pendidikan keperawatan telah berkembang sebelum Indonesia merdeka diawali dengan berdirinya Sekolah perawat pertama yang didirikan di Rumah Sakit PGI Cikini pada tahun 1916. Sekolah perawat diselenggarakan dengan mengandalkan para perawat dari Belanda dan beberapa dokter sebagai pendidik. Para siswa perawat diajari teori tentang merawat yang kemudian diimplementasikan langsung ke dalam praktik pada waktu yang bersamaan. Beberapa waktu kemudian, perkembangan pendidikan keperawatan berkembang ke beberapa kota seperti Surabaya, Medan dan Jakarta. Pendidikan yang ada umumnya dikelola oleh perawat Belanda yang saat itu ditugaskan di rumah sakit tersebut,

bahkan sampai tahun 1990an pendidikan keperawatan di St. Vincentius a Paulo Surabaya dan di Rumah Sakit Katolik Surabaya masih ada beberapa perawat dari Belanda. Pada saat itu syarat masuk menjadi seorang siswa perawat harus memiliki ijazah MULO, pendidikan setingkat dengan Sekolah Menengah Pertama (SMP). sistem pendidikan Belanda. Sistem pembelajaran yang diterapkan setiap hari adalah pembelajaran teori dan praktik. Semua siswa perawat tinggal di asrama selama sekolah. Sekolah menciptakan calon seorang perawat yang sangat terampil dan memiliki disiplin yang tinggi.

Setelah tahun 1945 atau setelah kemerdekaan, berbagai jenis pendidikan perawat di Indonesia yang berbasis RS telah dikembangkan sesuai kebutuhan masing-masing rumah sakit untuk menanggulangi permasalahan kesehatan masyarakat yang ada pada saat itu, seperti pendidikan mantri cacar, penjenang kesehatan, dan lain-lain, dengan dasar pendidikan Sekolah Rakyat (SR atau setingkat SD) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP) lama pendidikan perawat bervariasi dari pendidikan yang hanya 3 bulan sampai dengan 2 tahun.

Berdasarkan Surat Keputusan dari Menteri Kesehatan no. 32971/Pend/1953 tentang Pendidikan Perawat Diploma A dan perawat Diploma B, dihasilkan Perawat Umum (A), dan Perawat Jiwa (B). Pada saat yang sama yaitu tahun 1953, juga

didirikan Sekolah Pengatur Rawat (SPR) dengan masa pendidikan 3 tahun dengan dasar pendidikan SMP.

Pada awal tahun 1960 tercatat ada lebih dari 20 jenis kategori tenaga perawat dengan dasar pendidikan yang beraneka ragam dan masa studi yang juga bervariasi serta dengan kualitas dan tingkat kemampuan yang kurang terstandar. Pada saat itu perawat dengan jenis pendidikan apapun diperbolehkan melakukan tindakan tanpa ada batasan kewenangan yang jelas. Pada tahun 1960 juga banyak perawat senior Belanda yang bekerja di rumah sakit di Indonesia meninggalkan Indonesia.

Pada saat yang sama keperawatan di Indonesia mulai berkembang dari suatu pekerjaan sederhana tanpa konsep yang jelas dan cenderung berorientasi pada tugas semata (*task oriented*), menjadi suatu profesi yang memiliki landasan keilmuan yang jelas, menggunakan keterampilan berfikir kritis dan menerapkan perilaku "*caring*". Asuhan Keperawatan pada awalnya berfokus pada penyakit beralih menjadi lebih berfokus pada respons klien terhadap penyakitnya, sehingga perlu adanya jenis tenaga perawat berpendidikan lebih tinggi untuk meningkatkan mutu pelayanan Keperawatan.

Berdasarkan Surat Keputusan no. 67516/Pend/Kab/1962 tahun 1962, Departemen Kesehatan

Republik Indonesia telah mengembangkan Pendidikan Akademi Perawat yang berasosiasi dengan Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta. Lulusan dari pendidikan tersebut diberikan gelar Sarjana Muda Ilmu Perawatan atau BSc. Pada tahun yang sama (1962) jenjang Pendidikan Tinggi dalam bentuk Akademi di St. Carolus juga didirikan, yang kemudian dikenal dengan nama Akademi Perawatan St. Carolus (AKPER St. Carolus). Sejak diluluskannya Sarjana Muda Ilmu Perawatan, kategori pendidikan perawat menjadi jenjang pendidikan menengah dan tinggi yang semuanya berorientasi ke Rumah Sakit.

Pemanfaatan lulusan Akademi Perawat diperluas tidak hanya sebagai perawat pelaksana namun juga menjadi pengelola pelayanan di ruang rawat dan tingkat RS, serta perawat pelaksana di ruang khusus seperti Ruang pemulihan, ICU, ICCU, dan Bedah (Sejarah keperawatan, 1975). Pimpinan RS telah merasakan pentingnya tenaga perawat lulusan Akademi Perawat untuk diberi tanggung jawab dan kewenangan yang lebih besar. Untuk meningkatkan mutu layanan rumah sakit dan kemampuan perawat, Pimpinan RS saat itu mengirimkan beberapa lulusan Akademi Perawat ke Australia, dan Negara Commonwealth lainnya untuk meningkatkan kompetensinya.

Lokakarya Nasional Keperawatan Indonesia yang dilakukan tahun 1983 menjadi momentum penting bagi

perkembangan keperawatan di Indonesia karena pada lokakarya tersebut Keperawatan di sepakati sebagai suatu profesi dan sebagai konsekuensi beberapa upaya telah dilakukan untuk mewujudkan hal tersebut, antara lain peralihan berbagai peraturan pendidikan keperawatan yang semula ditetapkan oleh Departemen Kesehatan diatur oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, meningkatkan jenjang pendidikan perawat pada jenjang sarjana, penguatan organisasi profesi (PPNI), dan lain-lain.

Pada tahun 1985 Pendidikan Tinggi Keperawatan dengan jenjang S1 Keperawatan di Indonesia didirikan yaitu di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran-Universitas Indonesia atau lebih dikenal dengan PSIK FK UI dan tahun 1995 PSIK FK UI berubah status menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK). Pada awal perkembangannya kurikulum pendidikan S-1 Keperawatan dikemas dalam satu kesatuan dan terintegrasi antara pendidikan akademik dan pendidikan profesi yang lulusannya diberi gelar Sarjana Keperawatan yang disingkat S.Kp. serta diakui sebagai perawat profesional.

Selanjutnya pengelola pendidikan tinggi di Indonesia bertambah dengan dibukanya Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung (PSIK FK UNPAD) pada tahun 1994, tahun 2005 berubah status menjadi

Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD (FIK UNAPD), dan tahun 2013 Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD berubah nama menjadi Fakultas Keperawatan (FKep). Pada dekade tahun 1997-2000 berdiri pendidikan tinggi dengan jenjang sarjana, antara lain:

1. Tahun 1998 PSIK FK Universitas Gadjah Mada didirikan dan pada tahun 2017 berubah nama menjadi Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK)
2. Tahun 1998 PSIK FK Universitas Airlangga didirikan dan tahun 2008 berubah nama menjadi Fakultas Keperawatan (FKP)
3. Tahun 1999 PSIK FK Universitas Diponegoro,
4. Tahun 1999 PSIK FK Universitas Hasanuddin didirikan dan tahun 2017 berubah nama menjadi Fakultas Keperawatan
5. Tahun 1999 PSIK FK Universitas Brawijaya didirikan dan tahun 2017 berubah menjadi Jurusan Keperawatan.
6. Tahun 1999 PSIK FK Universitas Sumatera Utara didirikan dan tahun 2009 berubah status menjadi Fakultas Keperawatan
7. Serta perguruan tinggi swasta lainnya seperti Akademi Perawatan St. Carolus pada tahun 1999 berubah bentuk menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIK) Sint Carolus dan mulai menerima mahasiswa Program S-1 Keperawatan jalur B, yaitu

menerima mahasiswa dari lulusan D-III Keperawatan, tahun 2001 Universitas Muhammadiyah Jakarta juga telah mendapatkan ijin pembukaan Program Studi Ilmu Keperawatandan.

Saat ini jumlah penyelenggara pendidikan S1 Keperawatan dan profesi ners telah melebihi angka diatas 400, Program Studi Keperawatan jenjang S1 menerima calon mahasiswa dari SMU (jalur reguler) dan dari DIII Keperawatan (alih jenis yaitu dari pendidikan vokasional ke pendidikan akademik-profesi).

Berdasarkan Surat Keputusan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI no. 310/U/1994 tentang kurikulum yang berlaku secara nasional dimana pembelajaran pada tahap akademik dan profesi diintegrasikan menjadi satu kesatuan bagi perguruan tinggi yang menyelenggarakan program tersebut lulusannya diberikan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kp). Selanjutnya kurikulum disempurnakan lagi melalui SK nomor 129/U/1998 untuk institusi yang menyelenggarakan program studi ilmu keperawatan dalam 2 (dua) tahap, yaitu tahap akademik dan tahap profesi. Pada tahap akademik lulusannya mendapat gelar Sarjana Keperawatan disingkat S.Kep., dan pada tahap profesi lulusannya mendapat gelar profesi Ners disingkat Ns. Dengan demikian gelar Sarjana Keperawatan (S.Kp) sebagai

hasil dari kurikulum 1985 dan 1994, memiliki makna yang sama dengan gelar Sarjana Keperawatan dan Ners (S.Kep. Ns) hasil kurikulum tahun 1998. Dalam perkembangan saat ini kurikulum yang diberlakukan untuk Program Studi Keperawatan adalah mengacu pada Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI), hal tersebut mengacu pada Peraturan Presiden No. 8 tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI), Undang Undang No. 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, PP no. 14 tahun 2013 tentang Pengelolaan Pendidikan Tinggi, Permendikbud 73 tahun 2013 tentang implementasi KKNI, dan Permendikbud 44 tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNDIKTI), serta peraturan lainnya.

Progres keperawatan sebagai profesi saat ini dan masa yang akan datang dihadapkan pada berbagai tantangan yaitu berkembang ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan yang semakin modern, tuntutan kebutuhan masyarakat akan layanan yang berkualitas dan pengembangan profesi Keperawatan sebagai profesi yang bermartabat, kian meningkatnya kompleksitas penyakit yang ada di masyarakat dan respon pasien terhadap penyakit, pengobatan dan lingkungan yang berubahannya semakin cepat.

Kondisi tersebut menuntut perawat untuk memberikan pelayanan yang professional sesuai dengan standar profesi yang

telah ditetapkan, sesuai tuntutan dan kebutuhan masyarakat Indonesia dan Internasional serta tidak terlepas dari kebijakan nasional dan global. Perawat merupakan suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi independen profesional keperawatan. Fungsi profesional seorang perawat yaitu membantu mengidentifikasi dan mendeteksi masalah pasien, menentukan rencana keperawatan yang bersifat segera serta melakukan tindakan berupa pemberian asuhan yang tepat dan benar. Dalam undang-undang nomor 36 tahun 2014 tentang kesehatan dijelaskan bahwa tenaga keperawatan adalah bagian dari kelompok tenaga kesehatan. Perawat adalah tenaga kesehatan terbanyak yang menyebar hingga ke pelosok negeri. Potensi kontribusi perawat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sangat tinggi, mereka berkontribusi besar dalam system kesehatan nasional, seperti di Puskesmas, rumah sakit dan masyarakat.

Dalam undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan telah dijelaskan bahwa Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Jenis Perawat terdiri atas perawat profesi dan perawat vokasi,

perawat profesi adalah perawat lulusan dari Program Studi Profesi Keperawatan (Ners) dan program profesi spesialis keperawatan (ners spesialis), sedangkan perawat vokasi adalah perawat lulusan dari Program Studi Keperawatan pada jenjang Diploma Tiga Keperawatan.

Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), dalam aturan tersebut seharusnya STR diberikan oleh Konsil Keperawatan Indonesia (KKI) setelah memenuhi persyaratan, namun karena Konsil Keperawatan Indonesia belum terbentuk maka Surat Tanda Registrasi (STR) sementara diberikan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI). Persyaratan untuk mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR), meliputi:

1. mempunyai ijazah pendidikan tinggi Keperawatan, mulai dari DIII Keperawatan, Program Profesi Ners, Magister Keperawatan, Spesialis Keperawatan maupun Program Doktor Keperawatan
2. mempunyai Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi, yang diterbitkan oleh Perguruan Tinggi bersama Organisasi Profesi (PPNI) dan merupakan pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi

3. mempunyai surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter
4. mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi, hal ini didapat pada saat pelantikan profesi setelah menyelesaikan program profesi
5. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi, hal ini penting karena etika profesi sebagai dasar mengatur hubungan antara perawat, klien, tenaga kesehatan lain, masyarakat dan profesi keperawatan.

Surat Tanda Registrasi yang telah dimiliki oleh seorang perawat berlaku untuk 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setiap 5 (lima) tahun sekali. Persyaratan untuk Registrasi ulang antara lain :

1. mempunyai Surat Tanda Registrasi yang lama
2. mempunyai Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dari institusi penyelenggara program profesi
3. mempunyai surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter
4. membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi yang telah ditetapkan

5. telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya yang dibuktikan dengan surat pengalaman kerja
6. memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/atau kegiatan ilmiah lainnya

Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki izin, Izin diberikan dalam bentuk Surat Ijin Praktik Perawat (SIPP). SIPP diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota (PEMDA/PEMKOT) atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat Perawat dalam menjalankan praktiknya. SIPP hanya berlaku untuk 1 (satu) tempat praktik. SIPP diberikan kepada Perawat paling banyak untuk 2 (dua) tempat, misalnya perawat A bekerja di RS X maka yang bersangkutan masih berhak untuk mendapatkan SIPP dalam praktik mandiri.

Untuk mendapatkan SIPP Perawat harus melampirkan:

1. salinan STR yang masih berlaku
2. rekomendasi dari Organisasi Profesi Perawat (PPNI) dan
3. surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

SIPP masih berlaku apabila:

1. STR masih berlaku dan
2. Perawat berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPP.

SIPP tidak berlaku apabila:

1. dicabut berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan
2. habis masa berlakunya
3. atas permintaan Perawat atau
4. Perawat meninggal dunia.

Perawat dari Warga Negara Asing yang akan menjalankan praktik di Indonesia harus mengikuti evaluasi kompetensi, untuk memastikan kompetesni yang dimiliki. Evaluasi kompetensi dilakukan melalui:

1. penilaian kelengkapan administratif dan
2. penilaian kemampuan untuk melakukan praktik.

Kelengkapan administratif paling sedikit terdiri atas:

1. penilaian keabsahan ijasah dilakukan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan
2. surat keterangan sehat fisik dan mental dan
3. surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Evaluasi keterampilan untuk melakukan praktik dinyatakan dengan surat keterangan telah mengikuti program evaluasi kompetensi dan Sertifikat Kompetensi. Perawat Warga Negara Asing harus memenuhi persyaratan lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Perawat Warga Negara Asing yang sudah mengikuti proses evaluasi kompetensi dan yang akan melakukan praktik di Indonesia harus memiliki STR Sementara dan SIPP. STR sementara bagi Perawat Warga Negara Asing berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya. Perawat Warga Negara Asing yang akan melakukan Praktik Keperawatan di Indonesia berdasarkan atas permintaan pengguna Perawat Warga Negara Asing dan ditujukan untuk meningkatkan kedudukan Perawat Indonesia. SIPP bagi Perawat Warga Negara Asing berlaku selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang hanya untuk 1 (satu) tahun berikutnya.

Perawat warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan Praktik Keperawatan di Indonesia harus mengikuti proses evaluasi kompetensi, Proses evaluasi kompetensi dilakukan melalui penilaian kelengkapan administratif dan penilaian kemampuan untuk melakukan Praktik keperawatan. Kelengkapan administratif paling sedikit terdiri atas:

1. penilaian keabsahan ijazah dilakukan oleh menteri yang bertanggung jawab di bidang pendidikan, yaitu kemenristekdikti
2. surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter; dan
3. surat pernyataan untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi sesuai dengan format yang telah disediakan

Sedangkan untuk penilaian kemampuan dalam melakukan praktik dilakukan melalui Uji Kompetensi sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan yang berlaku. Perawat warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang telah lulus Uji Kompetensi dan akan melakukan Praktik Keperawatan di Indonesia memperoleh STR. STR diberikan oleh Konsil Keperawatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Perawat warga negara Indonesia lulusan luar negeri yang akan melakukan Praktik Keperawatan wajib memiliki SIPP sesuai dengan ketentuan undang-undang ini.

1.2 Praktik Keperawatan Profesional

Kondisi keperawatan saat ini dan prediksi pada masa yang akan datang dihadapkan pada berbagai tantangan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta modernisasi menuntut para praktisi pelayanan untuk

dapat menyesuaikan. Saat ini kita sudah memasuki era industri 4.0, kalau profesi keperawatan tidak dapat menyesuaikan dengan perkembangan yang ada maka akan ketinggalan. Tuntutan masyarakat akan pelayanan yang cepat, dengan teknologi modern sudah menjadi kebutuhan kompleksitas penyakit dengan berbagai macam penyebab serta respon pasien terhadap penyakit, pengobatan dan lingkungan yang bervariasi menjadikan pertimbangan dalam menyusun strategi pelayanan yang paripurna.

Adanya dampak dan tuntutan globalisasi seperti : 1) MRA yang ditandatangani oleh Menteri Perdagangan pada tahun 2006, hal ini menjadi peluang bagi perawat Indonesia untuk bekerja di luar negeri khususnya di Negara ASEAN ; 2) ASEAN *Community* yang menekankan kesetaraan standar pendidikan dan pelayanan bidang kesehatan serta keterbukaan pasar kerja dan 3) kesempatan kerja yang tersedia sampai tahun 2020 sebesar 1.5 juta tenaga perawat terutama di USA, Eropa dan Australia belum termasuk di Timur Tengah. Sampai saat ini peluang perawat untuk bekerja di luar negeri sangat besar, Jepang, Jerman, Belanda, Timur Tengah dan Negara-negara yang lainnya membutuhkan banyak perawat dari Indonesia, hal ini terjadi karena di beberapa negara telah terjadi perubahan demografi, dimana jumlah usia lanjut mengalami peningkatan

dan dibutuhkan tenaga perawat untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan baik di rumah, panti, maupun di rumah sakit-rumah sakit.

Dalam sejarah keperawatan di Indonesia, dimana pada tahun 1983 telah dilakukan Lokakarya Nasional Keperawatan Indonesia yang merupakan momentum penting bagi perkembangan keperawatan di Indonesia karena pada saat itu telah ditetapkan Keperawatan sebagai profesi dan mengamanahkan agar semua kegiatan pengembangan keperawatan diarahkan kepada pemenuhan kriteria profesi, antara lain : ilmu pengetahuan keperawatan harus diperjelas, ilmu pengetahuan keperawatan ditumbuh kembangkan pada pendidikan tinggi, dan pendidikan tinggi keperawatan harus dikembangkan tidak hanya pada alevel jenjang Sarjana, namun pendidikan Magister dan level Doktoral juga harus di kembangkan di Indonesia, pelayanan professional dengan pendekatan ilmiah yaitu proses keperawatan harus ditingkatkan terus, Organisasi profesi tetap diperkuat, pengakuan keperawatan sebaai profesi harus diperjuangkan melalui payunghukum yang kuat, dan lain-lain. Konsesus ini disertai dengan adanya perubahan berbagai regulasi pendidikan keperawatan, pendidikan keperawatan yang tadinya berada dibawah dan diatur oleh Departemen Kesehatan selanjutnya

dibawah dan diatur oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. Pendidikan keperawatan yang semula ada di jenjang SPK (setara SMA) dan D III (vokasi) dikembangkan menjadi pendidikan tinggi pada jenjang S1 Keperawatan dengan Profesi Ners, S2 Keperawatan, Spesialis Keperawatan dan S3 Keperawatan.

Perawat pada masa kini dan yang akan datang harus mampu tumbuh dan berkembang untuk memenuhi kebutuhan sistem layanan kesehatan yang berubah drastis. Mereka memerlukan keterampilan dalam teknologi, komunikasi, dan hubungan interpersonal agar menjadi anggota tim layanan kesehatan kolaboratif yang efektif.

Lahirnya undang-undang Keperawatan no 38 tahun 2014 semakin memperkuat pengakuan keperawatan di Indonesia sebagai suatu profesi. Pada undang-undang Keperawatan Keperawatan telah ditetapkan bahwa keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan yang profesional kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, yang tidak hanya dalam keadaan sakit tetapi juga dalam keadaan sehat. Pelayanan Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan yang profesional, bagian integral dari pelayanan kesehatan, dan dalam pemberian pelayanan harus didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan. Praktik Keperawatan merupakan pelayanan

yang dilakukan oleh seorang Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan yang profesional dengan pendekatan ilmiah yaitu proses keperawatan. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi seorang Perawat profesional dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya. Pemenuhan kebutuhan dan memandirikan klien merupakan esensi dari asuhan yang sesungguhnya. Perawat professional dapat melaksanakan Praktik Keperawatan tidak hanya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan namun juga dapat menjalankan praktik mandiri.

Dalam menjalankan praktik profesi, seorang perawat professional harus patuh pada Kode etik profesi keperawatan, standar pelayanan keperawatan, standar profesi perawat, dan standar prosedur operasional yang merupakan esensi dari Praktik Keperawatan professional.

Dalam menyelenggarakan Praktik profesi, Perawat berfungsi sebagai:

1. pemberi Asuhan Keperawatan yang professional karena perawat utama perawat adalah *care provider*;
2. penyuluh dan konselor bagi Klien yang menjadi tanggungjawabnya, hal ini sesuai dengan peran perawat sebagai *educator* dan *health promotor*;

3. pengelola Pelayanan Keperawatan, sebagai implementasi atas peran perawat sebagai manager dan leader ;
4. peneliti Keperawatan guna mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan dan meningkatkan praktik keperawatan;
5. pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang karena riilnya adalah waktu kerja perawat yang relatif lebih lama dalam pelayanan;
6. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu, mengingat kondisi geografis Indonesia yang sangat luas.

Fungsi tersebut dapat dilaksanakan secara bersama antar perawat atau dengan tim kesehatan lain ataupun dapat dilaksanakan sendiri-sendiri oleh perawat tersebut.

Pelaksanaan tugas Perawat harus dilaksanakan secara bertanggungjawab, professional serta dapat dipertanggungjawabkan.

Seorang perawat professional dalam menjalankan fungsinya sebagai **pemberi Asuhan Keperawatan** di bidang upaya kesehatan perorangan, maka kewenangan yang diberikan adalah:

1. melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik, meliputi bio, psiko, social, spiritual dan kultural

2. menetapkan diagnosis Keperawatan dengan benar dan tepat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (SDKI)
3. merencanakan tindakan Keperawatan, mengacu pada inti permasalahan sesuai dengan standar (SIKI)
4. melaksanakan tindakan Keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat
5. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi dari asuhan yang diberikan
6. melakukan rujukan, apabila klien membutuhkannya
7. memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi
8. memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter serta tenaga kesehatan lainnya dalam tim pelayanan
9. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling sesuai kebutuhan klien
10. melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas dengan penuh kehati-hatian.

Seorang perawat professional dalam menjalankan fungsinya sebagai **pemberi Asuhan Keperawatan** di bidang

upaya kesehatan masyarakat, sesuai dengan undang-undang keperawatan, memiliki kewenangan:

1. melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat baik di tingkat keluarga maupun kelompok masyarakat;
2. menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat secara objektif;
3. membantu penemuan kasus penyakit yang ada di masyarakat;
4. merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat secara komprehensif;
5. melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat secara paripurna;
6. melakukan rujukan kasus apabila diperlukan;
7. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat untuk efektivitas dan efisiensi dari hasil asuhan yang diberikan;
8. melakukan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan kondisi dan kemampuan masyarakat;
9. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat sebagai bentuk perlindungan pada masyarakat;

10. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat agar pelayanan yang diberikan lebih optimal dan komprehensif;
11. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling pada masyarakat;
12. mengelola kasus yang ditemukan di masyarakat; dan
13. melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif dengan aman dan terstandar.

Seorang perawat professional dalam melaksanakan fungsinya sebagai **penyuluh dan konselor** bagi Klien, maka kewenangan yang diberikan pada Perawat, sebagai berikut:

1. melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat, misalnya kelompok balita, remaja, lansia, dan lain-lain;
2. melakukan pemberdayaan masyarakat secara optimal;
3. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat sebagai wujud perlindungan pada masyarakat;

4. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat agar pelayanan yang diberikan lebih optimal dan komprehensif; dan
5. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling sesuai dengan keilmuan keperawatan.

Seorang perawat professional dalam melaksanakan fungsinya sebagai seorang **Pengelola Pelayanan Keperawatan**, maka kewenangan yang diberikan adalah:

1. melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan secara objektif;
2. merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi Pelayanan Keperawatan yang diberikan;
3. mengelola kasus yang ada dengan benar dan tepat.

Seorang perawat professional dalam melaksanakan fungsinya sebagai seorang **Peneliti Keperawatan**, maka kewenangan yang diberikan antara lain:

1. melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika dalam penelitian;
2. menggunakan sumber daya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atas izin pimpinan dimana perawat tersebut bekerja atau menjalankan praktik; dan

3. menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan, artinya lolos uji etik sebelum kegiatan penelitian dilakukan.

Pada saat menjalankan tugas, seorang perawat juga memiliki fungsi menjalankan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang terutama dalam melakukan tindakan medis, pelaksanaan fungsi perawat berdasarkan **pelimpahan wewenang** hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis, yaitu dokter. Pemberian pelimpahan wewenang dari tenaga medis kepada seorang perawat dapat dilakukan secara delegatif atau mandat. Pada saat perawat menerima pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan tindakan medis dari tenaga medis tentunya dengan disertai pelimpahan tanggung jawab, misalnya ada obat yang harus diberikan pada pasien maka perawat harus memahami betul prinsip 5 benar dalam memberikan obat tersebut, perawat harus paham tentang kemungkinan efek samping dari obat yang akan diberikan pada pasien, dan lain-lain, sehingga seorang perawat harus hati-hati dalam melakukan tindakan pelimpahan wewenang tersebut. Dengan demikian pelimpahan wewenang secara delegatif dapat diberikan dengan begitu saja,

pelimpahan wewenang dapat diberikan kepada Perawat profesi yaitu ners atau ners spesialis dan Perawat vokasi terlatih yang mempunyai kompetensi yang dibutuhkan untuk tidak delegatif tersebut. Tentunya pelimpahan wewenang secara delegasi yang diberikan oleh tenaga medis (dokter) pada Perawat profesi atau vokasi untuk melakukan suatu tindakan medis di bawah pengawasan, dan tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang seorang perawat memiliki kewenangan sebagai berikut:

1. Perawat harus mempraktikkan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif dari tenaga medis
2. Perawat dalam melaksanakan tindakan medis, di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat
3. Perawat berkewajiban mengimplementasikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah.

Dalam menjalankan praktik profesi seorang perawat juga memiliki fungsi menjalankan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu, yang merupakan penugasan dari

Pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas, mengingat kondisi geografis Indonesia yang begitu luas dengan beribu-ribu kepulauan dan belum mencukupinya kebutuhan tenaga medis maupun farmasi secara merata di wilayah Indonesia. Keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas tentunya akan ditetapkan oleh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah yang merealisasikan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat. Penerapan fungsi perawat pada keadaan keterbatasan tertentu dilaksanakan dengan memperhatikan kompetensi Perawat, jangan sampai nantinya akan merugikan masyarakat yang akan dilayaninya.

Seorang Perawat dalam melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu, diberikan kewenangan sebagai berikut:

1. Perawat dapat memberikan pelayanan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis di wilayah tersebut;
2. Perawat dapat merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada sistem rujukan yang sudah ditetapkan; dan
3. Perawat dapat melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian di wilayah tersebut, mengingat jumlah

tenaga farmasi di Indonesia masih terbatas dan belum merata penempatannya.

Seorang Perawat, dalam menjalankan tugas pada keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, Perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai dengan kompetensinya. Pertolongan pertama harus ditujukan untuk menyelamatkan nyawa Klien dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Keadaan darurat harus dipahami oleh perawat sebagai keadaan yang mengancam nyawa atau akan menimbulkan kecacatan bagi klien, artinya kalau tidak segera diberikan bantuan pada Keadaan darurat, dampaknya adalah fatal. Kondisi tersebut dapat ditetapkan oleh Perawat sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuan yang telah dimilikinya tentunya tidak terlepas dari pemahaman perawat akan standar pelayanan dan kode etik keperawatan.

1.3 Praktik Keperawatan Mandiri

Praktik Keperawatan Mandiri merupakan praktik yang dapat dilakukan oleh perawat secara perorangan atau berkelompok di tempat praktik mandiri di luar fasilitas pelayanan kesehatan, baik rumah sakit, klinik ataupun yang lainnya. Praktik Keperawatan Mandiri dapat dilakukan dengan

memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk memandirikan klien yang membutuhkan bantuan karena ketidaktahuan, ketidakmampuan dan ketidakmauan dalam memenuhi kebutuhan dasar dan merawat dirinya, sebagai contoh misalnya seorang penderita Diabetes mellitus, seharusnya dapat memahami penyakit yang sedang dideritanya, memahami diet yang harus dikonsumsi, memahami aktivitas yang harus dilakukan, memahami obat yang harus dikonsumsi, mampu mengelola stress yang dialaminya, serta dapat mencegah timbulnya komplikasi akibat Diabetes mellitus, namun pada kenyataannya masih banyak penderita Diabetes yang tidak mengetahui diet yang harus dikonsumsi, tidak mematuhi aturan yang telah diberikan dan sebagainya. Hal ini tentunya dapat dibantu oleh perawat agar penderita Diabetes tersebut dapat mengelola dietnya dengan benar, perawat dapat memberikan informasi dan menjadi konselor untuk penderita Diabetes dalam mengelola penyakitnya.

Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan Mandiri Perawat harus berpegang teguh pada azas yang sudah menjadi ketentuan untuk praktik profesional, antara lain:

1. Azas Perikemanusiaan;

Praktik Keperawatan Mandiri harus dilandasi nilai-nilai perikemanusiaan yaitu harus mencerminkan

perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat dari setiap warga Negara dan penduduk tanpa deskriminasi suku, bangsa, agama, status sosial, status ekonomi, gender dan ras.

2. Azas Nilai Ilmiah;

Dalam menjalankan Praktik Keperawatan Mandiri harus berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang didapat baik melalui pendidikan tinggi keperawatan maupun pendidikan keperawatan berkelanjutan, lebih pada era seperti sekarang ini, perkembangan IT sudah sangat cepat dan modern

3. Azas Etika dan Profesionalitas;

Seorang perawat dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan Mandiri harus berlandaskan etika profesi dan sikap professional serta selalu mematuhi etika pelayanan yang sudah ditetapkan

4. Azas Manfaat;

Dalam penyelenggaraan Praktik Keperawatan Mandiri tentunya harus memberikan faedah atau manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan, dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara luas

5. Azas Keadilan;

Dalam penyelenggaraan Praktik Keperawatan Mandiri, Perawat harus cakap dalam memberikan pelayanan yang merata, terjangkau, berkualitas, dan tidak diskriminatif

6. Azas Perlindungan kesehatan;

Dalam penyelenggaraan Praktik Keperawatan Mandiri, Perawat harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan, pengaturan praktik keperawatan mandiri harus memberikan perlindungan yang sebesar-besarnya bagi perawat dan masyarakat. Resiko mungkin ada pada saat pemberian layanan, namun harus dapat diantisipasi dan diprediksi.

7. Keselamatan klien;

Seorang perawat profesional dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan Mandiri harus mengutamakan keselamatan dan kesehatan klien.

Persyaratan Registrasi dan Re Registrasi

Registrasi adalah pencatatan resmi yang dilakukan terhadap Perawat yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu

lainnya serta telah diakui secara hukum untuk menjalankan Praktik Keperawatan di Indonesia.

Persyaratan Registrasi yang harus dipenuhi oleh seorang perawat, antara lain:

1. Mempunyai ijazah pendidikan tinggi keperawatan sebagai pengakuan terhadap prestasi belajar dan/atau penyelesaian program studi terakreditasi yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi.
2. Mempunyai **sertifikat kompetensi** yang merupakan dokumen yang memuat pernyataan mengenai kompetensi lulusan sesuai dengan keahlian dalam cabang ilmunya dan/atau memiliki prestasi di luar program studinya atau **sertifikat profesi** yang merupakan dokumen yang memuat pernyataan mengenai pengakuan untuk melakukan praktik profesi yang diperoleh lulusan pendidikan profesi dalam suatu Program Pendidikan Tinggi
3. Mempunyai surat keterangan sehat fisik dan mental dari dokter
4. Mempunyai surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/ janji profesi setelah menyelesaikan pendidikan pogram studi profesi

5. Membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi sesuai standar etik yang telah ditetapkan.

Sedangkan **Persyaratan Re Registrasi**, antara lain:

1. Mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR) lama
2. Mempunyai sertifikat kompetensi yang diterbitkan oleh perguruan tinggi yang merupakan pengakuan kompetensi atas prestasi lulusan atau sertifikat profesi yang merupakan dokumen pengakuan untuk melakukan praktik profesi.
3. Mempunyai surat keterangan sehat fisik dan mental
4. Membuat pernyataan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi
5. Telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi di bidangnya
6. Memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan/ atau kegiatan ilmiah lainnya
7. Ada rekomendasi dari Organisasi Profesi Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Perawat yang menjalankan Praktik Keperawatan wajib memiliki izin dalam bentuk Surat Ijin Praktik Perawat (SIPP) yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota.

Persyaratan yang harus dipenuhi untuk mendapatkan SIPP

Praktik Keperawatan Mandiri:

1. Salinan STR yang masih berlaku
2. Ada rekomendasi dari Organisasi Profesi yaitu PPNI
3. Surat pernyataan memiliki tempat praktik

PPNI sebagai organisasi profesi dapat memberikan Rekomendasi pada perawat untuk mendapatkan SIPP Praktik Keperawatan Mandiri jika memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Perawat tersebut telah terdaftar sebagai anggota PPNI
2. Perawat tersebut telah menuntaskan iuran anggota sesuai dengan peraturan organisasi
3. Perawat tersebut tidak pernah mendapatkan hukuman pelanggaran kode etik keperawatan kategori berat
4. Perawat tersebut telah memiliki sertifikat kegawatdaruratan (*BTCLS, Emergency Nursing*) yang diakui oleh PPNI
5. Perawat tersebut telah memiliki sarana praktik mandiri sesuai dengan pedoman/ standar yang legal.

Seorang Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan Mandiri, memiliki kewenangan sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian keperawatan secara holistik (bio-psiko-sosial-spiritual dan kultural)
2. Merumuskan dan menegakkan diagnosa keperawatan sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
4. Melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan
5. Mengevaluasi hasil implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan
6. Mengadakan rujukan; melakukan rujukan di luar kasus kepada perawat yang lebih kompetensi atau memiliki bidang keilmuan yang lebih tinggi
7. Memberikan tindakan pada keadaan kegawatdaruratan sesuai dengan kompetensi yang dimiliki; dapat memberikan obat-obatan yang diperlukan pada keadaan emergency untuk menyelamatkan nyawa klien dan mencegah kecacatan.
8. Melayani tindakan keperawatan komplementer ataupun alternative

9. Perawat dapat melakukan penatalaksanaan pemberian obat pada klien sesuai dengan resep dokter atau obat bebas dan obat bebas terbatas
10. Perawat dapat melaksanakan tindakan medis atas pelimpahan wewenang secara tertulis
11. Perawat dapat melakukan tindakan medis sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif dari tenaga medis
12. Perawat dapat melakukan tindakan medis dibawah pengamatan atas pelimpahan wewenang mandat tenaga medis
13. Perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Beberapa Prinsip yang harus dipahami pada Praktik Keperawatan Mandiri, yaitu:

1. Praktik Keperawatan Mandiri dilaksanakan sesuai dengan kompetensi yang dimiliki oleh perawat yang melakukan praktik
2. Pelaksanaan Praktik Keperawatan Mandiri harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi dan standar Prosedur Operasional Prosedur yang telah ditetapkan

Hierarki Praktik Keperawatan Mandiri

Praktik Keperawatan Mandiri yang dilakukan perawat profesional terdiri dari dua hierarki, yaitu:

1. **Praktik Keperawatan Mandiri Generalis;** praktik yang dilaksanakan oleh perawat dengan kemampuan atau kompetensi perawat generalis dalam hal ini adalah seorang Ners
2. **Praktik Keperawatan Mandiri Spesialis;** praktik yang dilaksanakan oleh perawat Spesialis pada bidang ilmu keperawatan, misalnya ners spesialis keperawatan medikal bedah, ners spesialis keperawatan anak, ners spesialis keperawatan jiwa, dll.

Perawat yang dapat menjalankan Praktik Keperawatan Mandiri yaitu:

1. Perawat Vokasi (Ahli Madya Keperawatan), yaitu perawat dari lulusan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan, dengan pengalaman praktik minimal 2 (dua) tahun bekerja di sarana pelayanan kesehatan
2. Perawat Profesi (Ners dan ners spesialis), yaitu perawat lulusan dari pendidikan profesi ners dengan pengalaman praktik di sarana pelayanan kesehatan

minimal 2 (dua) tahun dan lulusan program Pendidikan Profesi Ners Spesialis.

Tempat dan Jenis Praktik Keperawatan Mandiri

1. Tempat Praktik Keperawatan Mandiri:

Pelaksanaan Praktik Keperawatan Mandiri perawat professional dilakukan di tempat praktik mandiri dan di tempat lain seperti rumah klien (*home care*), panti jompo, panti asuhan, panti sosial, sekolah dan perusahaan.

2. Jenis Praktik Keperawatan Mandiri Perawat:

Praktik keperawatan mandiri terdiri atas:

- 1) Praktik Keperawatan Mandiri yang bersifat perorangan, dimana Penyelenggara Praktik Keperawatan Mandiri dilakukan oleh seorang perawat, baik perawat vokasi maupun profesi (ners atau ners spesialis). Penyelenggaraan pelayanan dilakukan secara individu oleh seorang perawat dan pelayanan yang diberikan adalah pelayanan keperawatan generalis atau pelayanan keperawatan spesialis
- 2) Praktik Keperawatan Mandiri yang bersifat berkelompok. Penyelenggaraan Praktik Keperawatan Mandiri yang dilakukan oleh 2 (dua) orang perawat atau lebih secara berkelompok dalam satu tempat atau lingkup pelayanan.

Kualifikasi pendidikan perawat bisa sama bisa berbeda dan lingkup pelayanan yang diberikan juga bisa sama atau berbeda, dan/ atau terdiri dari beberapa perawat dengan pelayanan keperawatan generalis yang dipimpin oleh ners atau ners spesialis. Pelaksanaan Praktik Keperawatan Mandiri yang bersifat berkelompok membutuhkan pengelolaan manajemen pelayanan yang terorganisir sesuai dengan lingkup pelayanan yang diberikan.

Lingkup Praktik Keperawatan Mandiri

Praktik keperawatan mandiri yang dilakukan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan, befokus pada penyelesaian masalah kesehatan mulai dari tingkat yang sederhana sampai kompleks baik sehat maupun sakit sepanjang rentang kehidupan manusia dan diberikan pada klien ditingkat individu, keluarga, masyarakat ataupun ditingkat kelompok khusus.

Pelayanan keperawatan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien, dalam pelaksanaannya dilandasi aspek etik legal dan peka budaya. Kegiatan yang dilakukan meliputi tindakan prosedural, pengambilan keputusandan kegiatan advokasi dan dalam memberikan pelayanan perawat harus menunjukkan perilaku caring.

Praktik Keperawatan Mandiri dilakukan dengan bentuk asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan dilakukan melalui tindakan keperawatan mandiri dan atau kolaborasi oleh tim keperawatan maupun dengan tim kesehatan lainnya. Dalam implementasinya, tindakan oleh tim keperawatan dilakukan sesuai dengan batasan kewenangan dan kompetensi masing-masing dari tenaga perawat tersebut

Praktik Keperawatan Mandiri Generalis

Lingkup pelayanan keperawatan mandiri yang diberikan oleh generalis harus sesuai dengan batasan dan kewenangannya, yaitu:

1. **Perawat Vokasi** lulusan Diploma harus mampu menguasai sains keperawatan dasar; melakukan asuhan keperawatan yang telah direncanakan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative untuk memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual secara holistik dan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan, standar prosedur operasional; memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; serta mampu bekerjasama dengan tim keperawatan.

2. **Ners** mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mampu mengelola asuhan keperawatan secara terampil dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk memenuhi kebutuhan bio-psik-sosial-spiritual secara holistik dan berlandaskan pada standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; selalu memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman; menggunakan hasil penelitian (*evidence base nursing practice*) ; dapat bekerjasama dengan tim keperawatan maupun dengan tim kesehatan lain dalam memberi pelayanan.

Praktik Keperawatan Mandiri Ners Spesialis

Lingkup pelayanan keperawatan mandiri yang dilakukan oleh ners spesialis sesuai dengan batasan dan kewenangan sebagai berikut:

Ners Spesialis harus mampu menguasai sains keperawatan lanjut; mengelola asuhan keperawatan secara terampil dan inovatif dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative untuk memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual secara holistik dan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan serta standar prosedur operasional; selalu memperhatikan keselamatan pasien, rasa aman dan nyaman;

melakukan riset berbasis bukti klinik dalam menjawab permasalahan sains, teknologi dalam bidang spesialisasinya; mampu bekerjasama dengan tim keperawatan lain (perawat peneliti/ doktoral keperawatan) dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam memberikan pelayanan.

Pada kondisi riil saat ini di tengah kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan termasuk ilmu keperawatan, dimana diperlukan kemampuan kepakaran yang lebih tinggi dalam memecahkan masalah keperawatan yang lebih rumit, maka diperlukan peran Ners Spesialis yang dapat berkedudukan sebagai pusat rujukan bagi tenaga keperawatan di bawahnya.

Jenis ners spesialis yang dapat melakukan praktik keperawatan mandiri spesialis adalah lulusan pendidikan ners spesialis:

1. Ners spesialis Anak
2. Ners spesialis Maternitas
3. Ners spesialis Komunitas
4. Ners spesialis Medikal bedah
5. Ners spesialis Jiwa

Ners yang telah diakui memiliki kompetensi setara dengan ners spesialis dan telah mendapat pengakuan sesuai dengan

peraturan organisasi tentang Koligium Keperawatan Indonesia dan mendapat STR dengan kompetensi spesialis oleh MTKI atau Konsil Keperawatan, antara lain:

1. Ners dengan Keahlian Keperawatan Onkologi
2. Ners dengan Keahlian Keperawatan kardiovaskuler.

1.4 Hak dan Kewajiban Perawat

Dalam menjalankan tugas dan tanggungjawab sebagai seorang professional Perawat memiliki hak dan kewajiban yang jelas, hal ini diatur dalam undang-undang no. 38 tahun 2014 tentang keperawatan, pada pasal 36:

1. Perawat berhak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
2. Perawat berhak memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya.
3. Perawat berhak menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
4. Perawat berhak menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur

operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan

5. Perawat berhak memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

Sedangkan kewajiban Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan antara lain:

1. Perawat berkewajiban melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
2. Perawat berkewajiban memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
3. Perawat berkewajiban merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
4. Perawat berkewajiban mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan

5. Perawat berkewajiban memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
6. Perawat berkewajiban melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat; dan
7. Perawat berkewajiban melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah

1.5 Pengembangan, pembinaan dan pengawasan bagi Perawat

Praktik Keperawatan ditujukan untuk mempertahankan dan meningkatkan keprofesionalan seorang Perawat, sehingga diperlukan Pengembangan Praktik Keperawatan yang dilakukan melalui pendidikan formal dan pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan. Pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan ditempuh setelah menyelesaikan pendidikan Keperawatan pada jenjang yang lebih tinggi. Dalam hal meningkatkan keprofesionalan Perawat dan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan, pemilik atau pengelola Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus memfasilitasi Perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan.

Pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan dapat dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, Organisasi Profesi Perawat, atau lembaga lain yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku. Pendidikan nonformal atau pendidikan berkelanjutan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan Praktik Keperawatan yang didasarkan pada standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional. Pendidikan Keperawatan dibimbing oleh kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan dan berkoordinasi dengan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Pemerintah, Pemerintah Daerah, Konsil Keperawatan, dan Organisasi Profesi membina dan mengawasi Praktik Keperawatan sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing.

Pembinaan dan pengawasan Praktik Keperawatan diarahkan untuk:

1. meningkatkan kualitas Pelayanan Keperawatan yang diberikan oleh perawat;
2. memelihara masyarakat atas tindakan Perawat yang tidak sesuai dengan standar; dan
3. memberikan kepastian hukum bagi Perawat dan masyarakat pengguna jasa pelayanan keperawatan

1.6 Organisasi Profesi Perawat

Organisasi Profesi Perawat yang dikenal dengan Persatuan Perawat nasional Indonesia (PPNI) didirikan sejak tahun 1974 sebagai satu wadah yang menghimpun Perawat secara nasional dan berbadan hukum.

PPNI bertujuan untuk:

1. meningkatkan dan/atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat, dan etika profesi Perawat;
2. mempersatukan serta memberdayakan Perawat di seluruh Indonesia dalam rangka menunjang pembangunan kesehatan.

PPNI berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang, dan pengawas Keperawatan di Indonesia. PPNI berlokasi di ibukota negara Republik Indonesia dan dapat membentuk perwakilan di daerah yang dikenal dengan Dewan Perwakilan Daerah (DPW).

1.7 Koligium Keperawatan Indonesia (KKI)

KKI merupakan badan otonom di dalam PPNI. KKI bertanggung jawab kepada PPNI. KKI berfungsi mengembangkan cabang disiplin ilmu Keperawatan dan standar

pendidikan tinggi bagi Perawat profesi. Keberadaan KKI saat ini disesuaikan dengan disiplin ilmu keperawatan yang merupakan ilmu keperawatan yang digunakan landasan praktik keperawatan sebagai kompetensi yang dimiliki perawat dalam melaksanakan kegiatan proses keperawatan kepada klien baik pada tingkat individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Berikut Jenis-Jenis Kolegium Keperawatan di Indonesia saat ini, berdasarkan SK Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat nasional Indonesia nomor 004/DPP.PPNI/SK/K.S/I/2018 tentang Perubahan Susunan Personalia Kolegium Keperawatan Indonesia :

1. Kolegium Keperawatan Anak
2. Kolegium Keperawatan Maternitas
3. Kolegium Keperawatan Jiwa
4. Kolegium Keperawatan Medikal Bedah
5. Kolegium Keperawatan Komunitas
6. Kolegium Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
7. Kolegium Keperawatan Onkologi
8. Kolegium Keperawatan Kardiovaskuler

Adapun fungsi dan tugas KKI adalah mengembangkan cabang disiplin ilmu keperawatan dan standar pendidikan tinggi

bagi perawat profesi yaitu Ners dan Ners Spesialis. Dalam melaksanakan fungsinya KKI bertugas:

1. Mengembangkan keilmuan sesuai kepakaran pada setiap cabang disiplin ilmu keperawatan
2. Menentukan lingkup asuhan keperawatan masing-masing cabang disiplin ilmu keperawatan
3. Menyusun standar pendidikan tinggi keperawatan pada setiap cabang disiplin ilmu keperawatan
4. Mengembangkan kurikulum pendidikan tinggi keperawatan
5. Menjalankan tugas sebagai pengampu cabang disiplin ilmu keperawatan.
6. Memberikan pertimbangan dan saran mengenai perkembangan ilmu keperawatan, diminta atau tidak diminta kepada PPNI
7. Memberikan pertimbangan dan saran mengenai standar kompetensi dan standar pendidikan keperawatan kepada PPNI
8. Mengembangkan cetak biru (*blue print*) dan materi Uji Kompetensi Perawat Profesi.
9. Mengembangkan instrumen akreditasi intitusi pendidikan tinggi keperawatan.

10. Membantu PPNI dalam pengawasan implementasi standar pendidikan tinggi keperawatan sesuai ilmu keperawatan dan kepakaran
11. Berkoordinasi dengan ikatan atau himpunan dalam mengembangkan keilmuan dan kepakaran.

1.8 Konsil Keperawatan Indonesia

Konsil Keperawatan Indonesia didirikan untuk meningkatkan kualitas Praktik Keperawatan dan dapat memberikan perlindungan serta kepastian hukum kepada Perawat selaku pemberi jasa layanan dan masyarakat sebagai pengguna jasa layanan keperawatan. Konsil Keperawatan Indonesia merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia. Konsil Keperawatan Indonesia berkedudukan di ibukota negara Republik Indonesia.

Konsil Keperawatan Indonesia mempunyai fungsi pengaturan, penetapan, dan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan.

Tugas Konsil Keperawatan Indonesia adalah:

1. melakukan Registrasi Perawat;
2. melakukan pembinaan Perawat dalam menjalankan Praktik Keperawatan;

3. menyusun standar pendidikan tinggi Keperawatan;
4. menyusun standar praktik dan standar kompetensi Perawat;
5. menegakkan disiplin Praktik Keperawatan.

Konsil Keperawatan Indonesia dalam menjalankan tugas memiliki otoritas:

1. menyetujui atau menolak permohonan Registrasi Perawat, termasuk Perawat Warga Negara Asing;
2. menerbitkan atau mencabut STR;
3. menyelidiki dan menangani masalah yang berkaitan dengan pelanggaran disiplin profesi Perawat;
4. menetapkan dan memberikan sanksi disiplin profesi Perawat; dan
5. memberikan pertimbangan pendirian atau penutupan Institusi Pendidikan Keperawatan.

Pembiayaan untuk pelaksanaan kegiatan Konsil Keperawatan Indonesia dibebankan kepada anggaran pendapatan dan belanja negara dan sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku. Keanggotaan Konsil Keperawatan Indonesia terdiri atas unsur Pemerintah, Organisasi Profesi Keperawatan (PPNI), Kolegium Keperawatan Indonesia, asosiasi

Institusi Pendidikan Keperawatan (AIPNI/ AIPViKi), asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan tokoh masyarakat. Jumlah anggota Konsil Keperawatan Indonesia paling banyak 9 (sembilan) orang.

BAB 2

MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN

2.1 Pengertian Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu Pelayanan Keperawatan merupakan suatu proses kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien kebutuhan biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual pasien (Suarli dan Bahtiar, 2012).

Asmuji (2012) mutu pelayanan keperawatan merupakan suatu pelayanan yang menggambarkan produk dari pelayanan keperawatan itu sendiri, meliputi pelayanan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual sesuai standar keperawatan

Mutu pelayanan keperawatan mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu, *reability*, *tangibles*, *assurance*, *responsiveness*, dan *empathy* (Bauk et al, 2013). Keandalan (*Reliability*) berkaitan dengan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terstandar, terpercaya dan akurat. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan tanpa kesalahan. Bukti Fisik (*Tangibles*) berkaitan dengan fasilitas fisik, perlengkapan, personil, dan sarana komunikasi yang harus disediakan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Kesiapan sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pasien. Jaminan (*Assurance*)

berkaitan dengan pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki perawat, bebas sari bahaya, resiko, atau keragu-raguan. Daya Tangkap (*Responsiveness*), berkaitan kemampuan perawat dalam membantu pasien dalam memberikan pelayanan yang tepat. Empati (*Empathy*) berkaitan dengan kemudahan peawat dalam melakukan hubungan interpersonal, komunikasi yang baik dan efektif, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan pasien. Perawat harus memahami masalah yang dihadapi pasien dan bertindak untuk kepentingan pasien, serta memberikan perhatian personal kepada pasien.

2.2 Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

Kepuasan pasien merupakan kunci penting dalam upaya meningkatkan *quality of care* dalam pelayanan kesehatan, *health care provider* perlu menyadari bahwa keuntungan utama sistem pelayanan kesehatan adalah pasien. Pasien yang puas terhadap pelayanan yang diterimanya akan merasa nyaman selama menjalani perawatan di rumah sakit dan akan kembali pada saat membutuhkan pelayanan lagi serta akan merekomendasikan kepada orang lain. 3 hal tersebut merupakan bagian indikator pengukuran kepuasan pasien dalam penilaian *health care provided*, dengan meningkatnya

pertumbuhan rumah sakit yang berbanding lurus dengan peningkatan pengetahuan pasien tentang apa yang seharusnya didapatkan, maka pasien membutuhkan rumah sakit yang menyediakan semua yang dibutuhkan. Sabarguna (2005), ciri mutu yang baik yaitu tersedia dan terjangkau, tepat kebutuhan, tepat sumber daya, tepat standar professional atau etika profesi, wajar dan aman, mutu memuaskan bagi pasien yang dilayani. Mutu yang baik dapat diwujudkan melalui pelayanan yang tersedia dan terjangkau, pelayanan yang diberikan sesuai yang dibutuhkan, sumber daya yang memberikan pelayanan professional, pelayanan yang diberikan sesuai standar profesi dan etika profesi, Pelayanan yang wajar dan aman, dan mutu secara keseluruhan memuaskan pasien.

Indikator mutu dalam pelayanan keperawatan antara lain terkait dengan keselamatan, efektivitas dan perhatian dalam pelayanan keperawatan, yaitu:

1. *Safety*: terkait kegagalan penyelamatan pasien, resiko jatuh dan kejadian dekubitus.
2. *Effectiveness*: Pola dan level perawat, berkaitan dengan kepuasan perawat yang dikaitkan dengan persepsi perawat terhadap lingkungan kerja.
3. *Compassion*: pengalaman pasien selama dirawat terutama terkait pengalaman pasien dalam komunikasi.

Standar Nasional *American Nurses Association* (ANA) dalam mengukur mutu perawatan telah menetapkan indikator-indikator mutu keperawatan seperti yang ada pada Tabel 1:

Tabel 1. Indikator Mutu Keperawatan menurut ANA

Kategori	Ukuran	
Ukuran berfokus <i>outcomes</i> pasien	1	Angka kematian pasien karena komplikasi operasi
	2	Angka dekubitus
	3	Angka pasien jatuh
	4	Angka pasien jatuh dengan cedera
	5	Angka restrain
	6	ISK karena pemasangan cateter di ICU
	7	<i>Blood stream infection</i> karena pemasangan cateter line central di ICU dan HDNC
	8	VAP di ICU dn HDNC
Ukuran berfokus pada intervensi perawat	9	Konseling berhenti merokok pada kasus AMI
	10	Konseling berhenti merokok pada kasus Gagal jantung
	11	Konseling berhenti merokok pada kasus Peneumonia
Ukuran berfokus pada sistem	12	Perbandingan antara RN, LVN/LPN, UAP dan kontrak
	13	Jam perawatan pasien per hari oleh RN, LPN/LPN dan UAP

	14	<i>Practice Environment Scale—Nursing Work Index</i>
	15	<i>Turn over</i>

Sumber: *The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)*,2007.

Sedangkan Pazargadi et.al, 2008 telah mengembangkan indikator mutu keperawatan di delapan propinsi di Iran dan didapatkan bahwa indikator mutu keperawatan seperti yang ada pada Tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2. Indikator mutu Keperawatan di Iran

Jenis	Kategori		Indikator
struktur	<i>Management and</i> • <i>organizational leadership</i>	1	Tingkat pendidikan dan pengalaman kerja perawat manajer
		2	Penetapan tujuan organisasi
		3	Uraian tugas tenaga keperawatan
		4	Supervisi keperawatan
	<i>Staffing and nursing resources</i>	5	Perbandingan jumlah perawat: pasien di ICU
		6	Pendidikan berkelanjutan perawat
		7	Jam kerja tenaga keperawatan
	<i>Facilities and budget</i>	8	Jumlah jam peningkatan SDM perawat per tahun

		9	Fasilitas untuk meningkatkan pengetahuan perawat : Perpustakaan, internet, dll
		10	Pengelolaan dana untuk peningkatan keselamatan pasien
Proses	<i>Time and quality of care</i>	11	Respon time perawat di IGD
		12	Standar Pelayanan keperawatan di RS
		13	Respon time dokter di IGD
	<i>Nursing satisfaction and work conditions</i>	14	Lingkungan yang aman untuk perawat
		15	Kepuasan kerja perawat
Outcomes	<i>Patient satisfaction</i>	16	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan
		17	Kepuasan pasien secara umum
		18	Kepuasan pasien terhadap komunikasi perawat
	<i>Complications and adverse events</i>	19	Rasio pasien dekubitus di ICU
		20	Rasio pasien infiltrasi intravaskuler pada pasien dengan terapi IV di ICU

Sumber: *International Council of Nurses, 2008.*

Kunaviktikul et al., (2005) juga mengembangkan Indikator mutu keperawatan di Thailand yang terdiri dari 3 kategori yaitu: *structure, process, and outcome*, seperti pada tabel 3 berikut:

Tabel 3. Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan di Thailand

No	Indikator	Definisi
1	Rasio perawat profesional	Rasio antara tenaga perawat profesional dengan total jumlah seluruh tenaga keperawatan
2	Jam Perawatan	Rasio jam perawatan per pasien per hari.
3	Integritas kulit	Rasio pasien yang mengalami dekubitus setelah 72 jam perawatan dibagi dengan jumlah pasien yang keluar pada periode yang sama
4	Kepuasan perawat	Skala respon atas pertanyaan kepada para perawat, mengenai their employment situation, meliputi : hubungan antar perawat, recognition, opportunity for advancement, safety, autonomy, workload, pay and benefits, achievement, and participation
5	Infeksi nosokomial	Angka infeksi nosokomial pada saluran kemih adalah rasio infeksi saluran kemih setelah 48 jam dipasang kateter urine dibagi jumlah pasien yang keluar pada periode yang sama
6	Jatuh	Rasio antara pasien yang jatuh di rumah sakit dibagi dengan jumlah pasien yang keluar pada periode yang sama

7	Kepuasan pasien dalam pendidikan kesehatan	Persepsi pasien terhadap kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan sesuai kondisi pasien baik dari isi materi pendidikan kesehatan maupun cara penyampaian pendidikan kesehatan
8	Kepuasan pasien dalam manajemen nyeri	Persepsi pasien terhadap perawat dalam pengelolaan nyeri meliputi perawatan, perhatian, pengobatan, kebutuhan dan nasihat.
9	Kepuasan pasien terhadap keperawatan secara umum	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan secara umum selama proses perawatan, dengan pertanyaan meliputi: fisik, psikologis, emosional, spiritual, hak-hak pasien dan partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan

Sumber: Kunaviktikul et al., 2005

2.3 Kepuasan

2.3.1 Pengertian Kepuasan.

Sabarguna dan Rubaya, (2011) kepuasan pasien secara subjektif dikaitkan dengan kualitas dari suatu layanan yang didapatkan dan secara objektif dikaitkan dengan kejadian yang telah lampau, pendidikan, dan keadaan psikologi, serta lingkungan. Kepuasan pasien bergantung pada jasa pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat, apakah sudah sesuai dengan yang diharapkan atau belum. Pasien sebagai pengguna

jasa pelayanan keperawatan akan menyampaikan hasil dari pelayanan yang diterimanya dan bersikap berdasarkan kepuasannya. Kepuasan pelayanan keperawatan dibuat berdasarkan penilaian konsumen terkait mutu, dan kinerja hasil, terhadap manfaat yang diterima dari produk atau jasa layanan. Dengan demikian, kepuasan terbentuk karena perbandingan antara kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapan (Koentjoro, 2007).

Dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien dapat terwujud dari pelayanan kesehatan keperawatan yang baik. Kualitas atau mutu pelayanan dapat dinilai dari tindakan ataupun sikap anggota tim keperawatan yang telah memberikan asuhan. Pasien akan menganggap pelayanan itu baik jika mereka merasakan kepuasan dari berbagai aspek. Kepuasan pasien yang lainnya juga didapatkan dari hasil komunikasi antar pasien yang menyebarluaskan tentang pelayanan keperawatan disuatu instansi yang baik dan memuaskan. Lebih-lebih di era informasi tehnologi seperti sekarang ini media sosial sebagai media yang sangat cepat menyebarkan informasi.

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien

Sabarguna (2004) kepuasan pasien dipengaruhi oleh beberapa aspek yaitu:

1. Aspek kenyamanan, klien merasakan kenyamanan dari berbagai fasilitas yang ada di sebuah Rumah Sakit, dari lokasinya yang mudah dijangkau, kenyamanan akan ruangan, kebersihan lingkungan Rumah Sakit, dan Peralatan yang tersedia di rumah sakit tersebut.
2. Aspek hubungan klien dengan perawat, meliputi sikap perawat selama memberi pelayanan, kecekatan perawat dalam merespon keluhan klien, tehnik komunikasi yang efektif dari perawat serta kejelasan informasi yang diberikan oleh pasien.
3. Aspek kompetensi teknis perawat, meliputi tingkat kompetensi atau kemampuan yang dimiliki oleh perawat serta pengalaman perawat dalam memberaikan asuhan keperawatan pada pasien.
4. Aspek biaya, meliputi terjangkaunya biaya administrasi Rumah Sakit, biaya perawatan serta pembiayaan lain yang dibebankan pada pasien selama menjalani perawatan.

Berbagai faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain:

1. Sikap dan pendekatan perawat dengan pasien dimana pada saat memberikan asuhan keperawatan, Perawat

harus bersikap ramah dan care kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan kepuasan.

2. Pengetahuan dari perawat, yaitu pasien mendapatkan informasi yang dibutuhkan terkait dengan masalah yang sedang dihadapi.
3. Prosedur administrasi, yaitu prosedur yang tidak berbelit-belit sehingga pasien merasakan kemudahan dalam pelayanan administrasi
4. Fasilitas yang disediakan oleh Rumah sakit, meliputi peralatan dan kebersihan ruangan dan lingkungan tempat pasien menjalani perawatan
5. Keterampilan keperawatan, perawat harus terampil dan cekatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang paripurna.

Salah satu indikator keberhasilan pelayanan keperawatan adalah kepuasan pasien, beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

1. *Admission orientation* yang dilakukan oleh Perawat pada awal bertemu pasien di unit perawatan pasien
2. Pendekatan dan perilaku caring perawat terhadap pasien terutama kesan pertama pasien pada saat akan

mendapatkan pelayanan, perawat harus ramah, sopan, dan komunikatif

3. Kelengkapan dan kejelasan informasi yang diberikan oleh perawat, informasi yang lengkap dan jelas akan mempengaruhi penerimaan selama dalam masa perawatan
4. Prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit yang diterima oleh pasien.
5. Waktu tunggu, setiap pasien akan merasakan puas apabila alur administrasi dan waktu tunggu tidak membuat pasien jenuh. Waktu tunggu yang terlalu lama akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien dan kepuasan pasien akan menurun setiap 5 menit pasien menunggu (Beck, 2010)
6. Fasilitas umum, semua fasilitas dari instansi tertentu harus tersedia sehingga memudahkan pasien dalam melakukan aktivitas, seperti ruang rawat yang bersih dan rapi.
7. Ruang perawatan yang bersih, nyaman dan aman dari berbagai gangguan suara/ kebisingan maupun bau

Ada 5 dimensi yang dapat dijadikan indikator dalam menilai kepuasan yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan barang dan jasa meliputi:

1. *Responsiveness* (ketanggapan), terkait kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan segera, artinya waktu menunggu pasien mulai dari mendaftar sampai mendapat pelayanan keperawatan tdk terlalu lama
2. *Reability* (kehandalan), terkait kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien secara akurat dan terpercaya.
3. *Assurance* (jaminan), terkait kemampuan perawat dalam menyampaikan informasi tentang permasalahan kesehatan/ keperawatan yang terjadi pada pasien dan tindakan yang akan dilakukan secara jelas sehingga meningkatkan kepercayaan dan kenyamanan pasien.
4. *Emphaty* (empati), terkait kemampuan perawat dalam membina hubungan, memberikan perhatian, dan memahami kebutuhan pasien. Perawat melakukan komunikasi yang efektif dan terapeutik, perawat mengikutsertakan pasien dalam mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya, dan kebebasan pasien memilih tindakan yang tepat setelah mendapatkan informasi, serta kemudahan pasien rawat inap mendapat kunjungan dari keluarga.
5. *Tangible* (bukti langsung), terkait dengan sarana dan prasarana yang bisa dirasakan oleh pasien selama menjalani

perawatan, termasuk keberhasilan dalam memberikan asuhan selama pasien menjalani perawatan dan kecepatan perawat merespon saat pasien membutuhkan.

2.3.3 Faktor Ketidakpuasan Pasien

Beberapa faktor yang mempengaruhi seorang pasien tidak merasakan puas terhadap suatu layanan keperawatan:

1. Mutu pelayanan keperawatan tidak sesuai yang diharapkan, misalnya pada saat pasien merasakan nyeri, pasien berharap seorang perawat merespon dengan cepat keluhan tersebut dan memberikan intervensi dengan segera.
2. Perilaku perawat yang kurang memuaskan bagi pasien, misalnya pada saat pasien menyampaikan keluhannya namun perawat masih asik menulis atau melakukan hal-hal yang sebenarnya bisa ditinggalkan untuk sementara waktu.
3. Lingkungan atau ruang perawatan yang kurang nyaman: bau, kotor, lembap, ruangan terlalu panas, lantai basah, bising, dll.
4. Prosedur tindakan yang berbelit-belit, urusan administrasi yang terlalu ribet, serta permintaan persyaratan administrasi yang terlalu banyak
5. Biaya perawatan yang terlalu tinggi juga sangat mempengaruhi. Pasien dari kalangan menengah ke bawah

akan merasakan puas jika biaya perawatan yang dibutuhkan terjangkau.

2.3.4 Manfaat *Feedback* Kepuasan Pasien

Perawat sebagai tenaga pemberi layanan, seharusnya dapat mengukur kepuasan setelah pasien menerima layanan selain itu juga perawat juga dapat meminta *feedback* atau masukan-masukan dari pasien selaku penerima jasa layanan. *Feedback* yang diberikan oleh pasien bermanfaat untuk:

1. Mengetahui tingkatan kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diterima selama pasien menjalani perawatan.
2. Memonitor kepuasan sepanjang waktu, dan memberikan peluang untuk memperbaiki apabila terjadi penurunan kepuasan pasien dalam tindakan keperawatan.
3. Mengidentifikasi permasalahan atau keluhan pasien atas layanan yang diterimanya selama menjalani perawatan.
4. Meminimalkan aspek yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien dan mengetahui aspek yang tidak memuaskan, sehingga sebagai bahan perbaikan.
5. Meningkatkan tanggungjawab dan tanggungugat perawat terhadap kepuasan pasien, keluarga dan diri

sendiri sebagai perawat untuk mewujudkan mutu pelayanan keperawatan yang optimal.

6. Mengevaluasi hasil inovasi dan perubahan yang dilakukan, apakah pasien dapat merasakan kepuasan setelah diadakan perbaikan.

BAB 3

CARING

3.1 Pengertian *Caring*

Caring merupakan suatu perilaku atau tindakan yang dilakukan untuk memberikan rasa aman secara fisik dan emosi dengan orang lain secara tulus. *Caring* merupakan sentral untuk praktek keperawatan, seorang perawat dituntut untuk lebih peduli kepada pasien. Watson (2005, dalam Tomey & Alligood, 2006) *Caring* digambarkan sebagai suatu dasar dalam kesatuan nilai-nilai kemanusiaan yang universal, dimana *caring* digambarkan sebagai moral ideal keperawatan yang meliputi keinginan dan kesungguhan untuk merawat serta tindakan untuk merawat. Gadow (1984) dan Woddings (1984), tujuan perilaku caring adalah memberikan asuhan fisik dengan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa aman dengan menunjukkan perhatian, perasaan empati dan cinta yang merupakan kehendak keperawatan.

Caring merupakan fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berfikir, berperasaan, dan bersikap ketika berinteraksi dengan orang lain. Menghargai orang lain dan mempunyai perasaan memiliki serta bertanggung jawab (Potter & Perry, 2009). *Caring* merupakan sebuah proses

interpersonal yang sangat penting yang mengharuskan perawat melakukan aktivitas peran yang spesifik melalui ekspresi emosi tertentu pada klien (Morrison & Burnard, 2009). *Caring* membuat perhatian, motivasi dan arahan bagi klien untuk melakukan sesuatu. *Caring* sebagai salah satu syarat utama untuk *coping*, dengan *caring* perawat mampu mengetahui intervensi yang baik dan tepat yang dapat digunakan sebagai acuan dalam memberikan perawatan selanjutnya.

Leininger (1973, dalam Potter & Perry, 2009) menyatakan *Caring* merupakan cara seseorang bereaksi terhadap sakit, penderitaan dan berbagai hal yang tidak menyenangkan yang terjadi. Swanson (1991) mendefinisikan *caring* adalah, "*a nurturing way of relating to valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility*" yaitu bagaimana seorang perawat dapat merawat seseorang atau klien dengan tetap menghargai martabat orang tersebut dengan komitmen dan tanggungjawab. Dapat diartikan juga sebuah cara untuk menciptakan dan atau memelihara kesehatan yang dapat dilakukan dengan menjalin hubungan yang bernilai dengan orang lain, sehingga mempunyai hubungan yang lebih dekat dengan komitmen dan tanggungjawab.

Menurut Madeline Leininger (1981), *care* merupakan intisari dari keperawatan dan karakteristik yang dominan, yang tidak dapat dipisahkan dalam keperawatan. Tidak akan ada *cure* tanpa *curing*, tetapi dapat ada *caring* tanpa *curing*. Jeann Watson (1985) praktik *caring* sebagai pusat keperawatan, *caring* sebagai dasar dalam kesatuan nilai kemanusiaan yang universal, antara lain kebaikan, kepedulian, dan cinta terhadap diri sendiri dan orang lain. *Caring* digambarkan sebagai moral ideal keperawatan, yaitu keinginan dalam memberikan perawatan yang tulus, kesungguhan untuk merawat, dan tindakan merawat (*caring*). Tindakan *caring* meliputi komunikasi yang efektif dan terapeutik, selalu memberikan tanggapan yang positif pada orang lain, membeikan support atau dukungan, juga memberikan intervensi sesuai haapan dan testandar.

Caring adalah sentral dalam praktik keperawatan karena *caring* merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana seorang perawat professional dalam bekerja harus lebih perhatian dan bertanggung jawab kepada kliennya. *Caring* merupakan bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan, seorang klien yang sedang dirawat di rumah sakit sangat mengharapkan perhatian dan bantuan dari perawat yang profesional, klien berharap perawat professional dapat

memberikan pelayanan yang cepat dan tepat, klien menginginkan penderitanya segera diselesaikan, dll.

The National League for Nursing (2007) and The American Association of Colleges of Nursing (2008) juga menyatakan bahwa *caring* merupakan hal yang fundamen dalam keperawatan. Kompetensi yang dimiliki seorang perawat dan perilaku *caring*, keduanya penting dalam memberikan perawatan, agar pasien merasa aman dan nyaman selama menjalani perawatan, dan *caring* penting untuk kualitas keperawatan (Rhodes, et al., 2011).

Konsep *Caring* dapat dianggap sebagai konsep yang abstrak, dengan demikian memupuk sikap *caring* pada mahasiswa keperawatan sangat penting, caring tidak cukup untuk diajarkan namun lebih dari itu harus ditanamkan melalui perilaku keseharian, sehingga caring akan menjadi pola perilaku mahasiswa keperawatan. Nilai-nilai yang diyakini harus dimiliki oleh seorang perawat professional, seperti kejujuran, ketulusan dan keikhlasan dalam memberikan pelayanan, keramahan, sopan santun, tanggungjawab, empati, harus ditanamkan pada calon perawat atau pada mahasiswa yang sedang menempuh studi di pendidikan keperawatan. Beberapa perguruan tinggi percaya bahwa *caring* merupakan fenomena yang sangat kompleks dan perlu dimodelkan dalam pendidikan tinggi

keperawatan sebagai bagian dari kurikulum (Begum & Slavin, 2012). Pendidikan keperawatan harus dapat memberikan model yang terbaik terkait perilaku caring pada mahasiswanya, agar mahasiswa dapat mengadopsi perilaku caring tersebut dengan benar. Caring dalam pendidikan keperawatan dan praktik keperawatan bukan merupakan konsep baru, mahasiswa dapat belajar caring melalui pemodelan perilaku caring lingkungan tempat belajar (Fakultas) serta yang dicontohkan oleh dosen-dosennya selama kegiatan pembelajaran. Selama calon perawat professional menempuh studi, mengajarkan dan menanamkan sikap dan perilaku caring sangat penting agar menjadi pola hidup mereka supaya mereka dapat lebih percaya diri, lebih peduli pada orang lain, selalu memberikan yang terbaik untuk orang lain.

Beberapa pengertian tentang *Caring* di atas, dapat disimpulkan bahwa *Caring* adalah sikap kepedulian perawat terhadap klien dalam pemberian asuhan keperawatan dengan cara merawat klien dengan kesungguhan hati, keikhlasan, penuh kasih sayang, baik melalui komunikasi, pemberian dukungan, maupun tindakan secara langsung. *Caring* merupakan ideal moral keperawatan yang dalam penerapannya pada klien diperlukan pengembangan pengetahuan, ketrampilan, keahlian, empati, komunikasi, kompetensi klinik,

keahlian teknik dan ketrampilan interpersonal perawat, serta rasa tanggung jawab. *Caring* juga merupakan dasar dalam melaksanakan praktek keperawatan profesional untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang dapat memberikan kepuasan pada klien dan keluarga.

3.2 Perkembangan Teori *Caring*

1. Teori *Caring* menurut Leininger

Dalam pelayanan keperawatan *Caring* merupakan komponen umum, sebagai seorang perawat profesional penting memahami budaya klien. *Caring* bersifat sangat personal, sehingga pengungkapan *Caring* pada tiap klien berbeda. Sebagai contoh klien yang berasal dari Jawa sangat berbeda dengan klien yang berasal dari Madura, Perawat perlu mempelajari kultur klien dan ungkapan *Caring*, dalam memenuhi kebutuhan klien dalam memperoleh kesembuhan. *Caring* dapat membantu perawat dalam mengenal klien secara holistik, memahami masalah yang dihadapi dan dapat mencari solusi serta memberikan asuhan yang tepat. Leininger (1981) menggambarkan caring sebagai kegiatan perawat profesional dan membantu klien berkaitan dengan nilai dan tujuan yang ingin dicapai individu maupun kelompok.

Karakteristik caring terbagi menjadi 3 (tiga), yaitu:

- 1) *Professional caring*, yaitu sebagai wujud dari kemampuan secara kognitif. Sebagai perawat professional dalam melakukan tindakan harus berdasarkan ilmu, sikap dan keterampilan professional agar dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan klien, dapat menyelesaikan masalah dan dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama antara perawat dan klien.
- 2) *Scientific caring*, yaitu segala keputusan dan tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien berdasarkan pengetahuan yang dimiliki perawat
- 3) *Humanistic caring*, yaitu proses pemberian bantuan pada klien bersifat kreatif, intuitif atau kognitif dan didasarkan pada filosofi, fenomenologi, perasaan objektif maupun subyektif.

2. Teori *Caring* menurut Watson

Pada tahun 1970-an Jean Watson mulai merintis teori *caring* pada manusia yaitu terkait metafisik dan transpersonalnya. Watson meyakini bahwa keperawatan lebih banyak menggunakan pendekatan eksistensial – fenomenologis untuk memadukan konsep kejiwaan dan transendensi. Jiwa adalah esensi dari seseorang, mengandung *geist* (roh atau kesan diri yang lebih tinggi), yang memiliki kesadaran, tingkat kesadaran

yang lebih tinggi, suatu kekuatan internal dan kekuatan yang dapat memperbesar kapasitas manusia serta memungkinkan seseorang untuk melebihi diri lazimnya. Transendensi mengacu pada kapasitas untuk eksis bersama dengan masa lalu, saat ini dan yang akan datang.

Transpersonal Human Caring dianggap baik sebagai ideal moral keperawatan maupun sebagai proses caring. Ideal moral berisi interaksi transpersonal dan intersubjektif dengan orang lain. Proses caring terdiri atas komitmen untuk melindungi, meningkatkan dan memulihkan humanitas dengan mengembalikan martabat, keselarasan bathin dan memfasilitasi penyembuhan. Perawat berperan untuk memberikan informasi pada orang lain, dan kesiapan untuk penyembuhan, yang memungkinkan mereka untuk meraih kembali rasa keselarasan bathin mereka.

Dasar teori watson adalah nilai dan penghormatannya yang sangat mendalam terhadap keajaiban dan misteri kehidupan, Watson mengakui adanya dimensi spiritual kehidupan dan keyakinan terhadap kekuatan internal proses perawatan dan penyembuhan. System ini dipadukan dengan sepuluh faktor karatif yang mencakup altruisme manusia, kepekaan terhadap diri dan orang lain, mencintai serta percaya akan hidup dan kekuatan bathin orang lain dan diri kita sendiri.

Watson mengidentifikasi asumsi dan prinsip holografis keperawatan transpersonal. Watson meyakini bahwa jiwa seseorang berada dalam tubuh yang tidak dibatasi oleh ruang dan waktu. Sebagian dari asumsi Watson yang mendasari nilai-nilai asuhan manusia dalam keperawatan yaitu:

1. Kasih sayang dan cinta merupakan kekuatan kosmik yang paling universal dan misterius yang tersusun atas energi psikis universal dan primal
2. Setiap individu harus lebih menyayangi dan mencintai untuk memelihara humanitas mereka agar dapat bertahan hidup
3. Hal yang penting sebelum seseorang bisa menghargai dan merawat orang lain dengan belas kasih yang penuh martabat sayangi dan cintai diri sendiri
4. Esensi dari keperawatan dan merupakan fokus yang utama yang penyatu dalam praktik keperawatan adalah kasih sayang
5. Dengan meningkatnya penggunaan teknologi medis dan batasan birokrasi-manajerial institusi, peran merawat mungkin akan terancam dan mengalami penurunan dalam system layanan kesehatan
6. Kontribusi moral, sosial dan ilmiah dalam keperawatan terhadap manusia dan masyarakat terletak pada komitmen

yang ideal tentang perawatan manusia dalam teori, praktik dan penelitian.

Watson menerapkan beberapa prinsip holografis dasar kedalam perawatan transpersonal, yaitu:

1. Kesadaran merawat-menyembuhkan yang utuh terkandung dalam suatu waktu perawatan tunggal.
2. Merawat dan menyembuhkan adalah saling berhubungan dan berhubungan dengan manusia lain, lingkungan, dan dengan energy alam semesta yang lebih tinggi.
3. Kesadaran merawat-menyembuhkan manusia atau sebaliknya dari perawat dikomunikasikan kepada orang yang mendapatkan perawatan
4. Kesadaran merawat-menyembuhkan diberikan secara temporer dan spasial ; seperti kesadaran yang ada sepanjang waktu dan ruang

Watson mengungkapkan bahwa keperawatan adalah Ilmu tentang manusia tentang pengalaman sehat sakit serta penyembuhan yang diperantarai oleh transaksi perawatan manusia yang profesional, personal, ilmiah, estetik dan etik.

Tujuan umum dari keperawatan yaitu meningkatkan pertumbuhan dan spiritual bagi diri sendiri dan orang lain juga untuk menemukan kekuatan bathin dan pengendalian diri seseorang.

Didalam interaksi manusia transpersonal, perawat menggunakan sepuluh faktor perawatan sebagai pedoman dalam interaksi perawat-klien yang didasarkan pada kepekaan terhadap diri dan orang lain, yaitu:

1. Membentuk nilai-nilai sistem humanistik dan altruistik
2. Memelihara kejujuran dan harapan
3. Menumbuhkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain
4. Meningkatkan hubungan kepedulian pada manusia yang membantu dan percaya
5. Meningkatkan dan menerima ungkapan perasaan positif maupun negatif
6. Menggunakan proses pemecahan masalah keperawatan yang kreatif
7. Meningkatkan belajar mengajar transpersonal
8. Menyediakan lingkungan yang mendukung, protektif, atau memperbaiki mental, fisik, sosiokultural dan spiritual
9. Membantu mahasiswa dalam memenuhi kebutuhan kebutuhannya
10. Memberikan keleluasaan kekuatan spiritual fenomenologikal-eksistensial spiritual.

Asumsi dasar teori Watson terletak pada 7 asumsi dasar yang menjadi kerangka kerja dalam pengembangan teori; yaitu:

1. *Caring* dapat dilakukan dan dipraktikkan secara interpersonal.
2. *Caring* meliputi faktor-faktor caratif yang dihasilkan dari kepuasan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
3. *Caring* yang efektif akan meningkatkan status kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga.
4. Respon caring adalah menerima seseorang tidak hanya sebagai seseorang berdasarkan kondisi saat ini tetapi seperti apa dia mungkin akan menjadi dimasa depannya.
5. *Caring* environment, menyediakan perkembangan potensi dan memberikan keluasan memilih kegiatan yang terbaik bagi diri seseorang dalam waktu yang telah ditentukan.
6. *Caring* bersifat *healt hogenic*" daripada sekedar curing. Praktek caring mengintegrasikan pengetahuan biopisikal dan perilaku manusia untuk meningkatkan kesehatan dan untuk membantu pasien yang sakit, dimana caring melengkapi curing.
7. *Caring* merupakan inti dari keperawatan.

Nilai-nilai yang mendasari konsep caring menurut Jean Watson meliputi:

1. Konsep tentang manusia

Manusia merupakan suatu fungsi yang utuh dari diri yang terintegrasi (ingin dirawat, dihormati, mendapatkan asuhan, dipahami dan dibantu). Manusia pada dasarnya mempunyai rasa ingin dimiliki oleh lingkungan sekitar dan menjadi bagian dari kelompok atau masyarakat, dan rasa dicintai dan rasa mencintai.

2. Konsep tentang kesehatan

Kesehatan merupakan keutuhan dan keharmonisan pikiran fungsi fisik dan sosial. Menekankan fungsi pemeliharaan serta adaptasi untuk meningkatkan fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Kesehatan merupakan suatu keadaan terbebas dari keadaan penyakit, dan Jean Watson menekankan pada usaha-usaha yang dilakukan untuk mencapai hal tersebut.

3. Konsep tentang lingkungan

Berdasarkan teori Jean Watson, caring dan nursing merupakan konstanta dalam setiap keadaan di masyarakat. Perilaku caring diwariskan berdasarkan pengaruh budaya sebagai strategi untuk melakukan

mekanisme coping terhadap lingkungan tertentu bukan karena diwariskan oleh generasi sebelumnya.

4. **Konsep tentang keperawatan**

Keperawatan berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan caring ditujukan untuk klien baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

3. **Teori *Caring* menurut Kristen M. Swanson**

Teori *caring* Swanson masuk dalam *level middle range theory*, mempelajari tentang seorang perawat yang dapat merawat klien dengan tetap menghargai martabat klien tersebut dengan komitmen dan tanggungjawab yang tinggi.

Teori caring Swanson ini berkembang setelah Swanson melakukan riset terhadap 3 (tiga) studi perinatal yang terpisah, yaitu :

- 1) studi pertama tentang pengalaman para wanita yang mengalami keguguran
- 2) Studi kedua kepada para orang tua dan para professional kesehatan sebagai care giver di ruang newborn intensive care unit (NICU)
- 3) Studi ketiga terhadap kelompok calon ibu dengan risiko tinggi.

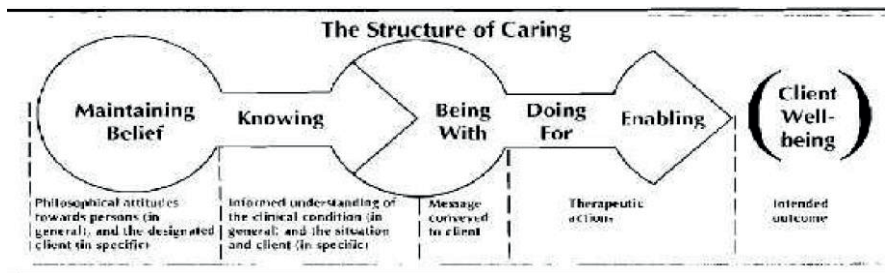
Fokus teori *caring* Swanson dalam *the caring model* mengembangkan 5 (lima) proses dasar, yaitu *knowing, being with, doing for, enabling* dan *maintening belief*. Penjabaran 5 (lima) proses dasar ini bisa menjadi strategi untuk penerapan asuhan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Dengan demikian *caring* mempunyai peran besar dalam pelaksanaan proses keperawatan.

Kristen M. Swanson mampu memahami ruang lingkup *Caring* secara keseluruhan dan pada saat yang sama menjelaskan dimensi spesifik dari keinginan seorang perawat untuk merawat klien.

Argumen merupakan bagian yang penting dalam kontribusinya untuk teori keperawatan dimana klien dipandang sebagai manusia yang utuh tidak terpisah-pisah. Hal yang menarik tentang pengertian klien ini adalah bahwa Swanson selalu menempatkan peran perawat dalam proses *becoming* tersebut, dimana perawat sebagai mitra dalam membantu klien untuk mencapai kesejahteraannya (*well being*). Teori *Caring* Swanson menyajikan permulaan yang baik untuk memahami kebiasaan dan proses dari karakteristik pelayanan. Teori *Caring* Swanson menjelaskan tentang proses *Caring* yang terdiri dari proses perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup

seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidupnya.

Struktur *Caring* Swanson



Gambar 3.1 Struktur Model *Caring* Menurut Swanson (1993)

Asumsi dasar dari teori ini ditemukan dalam gagasan caring yang dijelaskan Swanson, *Caring* adalah multifase yang selalu ada di dalam dinamika hubungan klien dan perawat. Ada yang melihat proses ini sebagai hubungan yang linear, namun juga harus dianggap sebagai hubungan siklik, dan proses yang terjadi haruslah terus

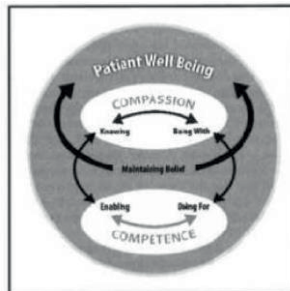
diperbarui dimana perawat berperan dalam membantu klien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan.

Secara umum, proses yang terjadi sebagai berikut, pertama perawat membantu klien mempertahankan keyakinannya, yang berarti bahwa perawat mendorong dan membantu klien untuk memperkuat harapan mereka dan mengatasi kesulitannya. Hal ini sangat penting terutama dalam kasus di mana klien menghadapi penyakit yang mengancam nyawa seperti kanker, atau peristiwa yang sangat traumatis seperti keguguran (Alligood & Tomey, 2010).

Sebagai pelengkap dan langkah berikutnya dalam proses untuk mempertahankan keyakinan, adalah **knowing**. Dalam proses *knowing*, perawat berusaha memahami situasi klien saat ini, karena ini bisa muncul untuk melatih perawat, yang menciptakan seseorang dengan rasa tertentu bagaimana kondisi fisik dan psikologis dapat mempengaruhi seseorang secara keseluruhan. Perawat bisa melanjutkan ke tahap proses **do for** apabila sudah tahu apa yang terjadi pada klien, lalu bisa memberikan intervensi pada klien. Proses *do for*, diikuti dengan proses **enabling** yang memungkinkan klien

untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraannya (*well being*).

Swanson mengidentifikasi 3 tipe kondisi penyebab *Caring*, yaitu klien, perawat dan organisasi. Kondisi organisasi meliputi beberapa komponen dari *Professional Practice Model* (PPM) yaitu : (1) kepemimpinan, (2) kompensasi dan penghargaan, serta (3) Hubungan profesional. Apabila 3 komponen ini diciptakan dalam lingkungan kerja akan mendukung praktek *Caring* dalam pelayanan. (Tonges & Ray, 2011)



Gambar 3.2 Teori *Caring* Swanson : *Framing the Culture of Carolina Care* (Tonges & Ray, 2011)

Gambar diatas menunjukkan bahwa *knowing* dan *being with* sebagai wujud *compassion* (keharuan, kepedulian perawat terhadap emosi pasien atau empati, *responsiveness*, dan *respect*), sedangkan *enabling* dan *doing for* adalah untuk memperkuat pasien mampu memelihara dan merawat diri

sendiri. *Maintenaining belief* adalah mempertahankan keyakinan pasien akan kesejahteraan/ kesehatan.

Komponen yang ada dalam struktur ini saling berintegrasi dan berhubungan dan tidak bisa berdiri sendiri, yang nantinya akan membentuk suatu perilaku caring. Hal ini adalah dasar dalam memelihara dan meningkatkan keyakinan dasar terhadap kehidupan manusia, memberi dukungan dengan mengetahui dan mengerti apa yang menjadi permasalahan klien. Selain itu juga harus menyampaikan permasalahan klien dengan memperhatikan aspek fisik dan emosional, melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi aktual maupun potensial klien. Pada kenyataannya, *knowing, being with, doing for, enabling*, dan *maintening belief* adalah komponen penting dari setiap hubungan perawat-klien (Swanson, 1983).

3.3 Dimensi Caring menurut K.M Swanson

Ada lima dimensi yang mendasari konsep caring, yaitu:

1. *Maintening belief*

Maintening belief adalah kepekaan diri seseorang terhadap harapan yang diinginkan orang lain ataupun membangun harapan. Indikator yang terdapat pada kepekaan diri, yaitu:

- 1) Selalu punya rasa percaya diri yang tinggi
- 2) Mempertahankan perilaku yang siap memberikan harapan orang lain
- 3) Selalu berfikir realistis
- 4) Selalu berada disisi klien dan siap memberikan bantuan.

Menumbuhkan keyakinan seseorang dalam melalui setiap peristiwa hidup dan masa-masa transisi dalam hidupnya serta menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, mempercayai kemampuan orang lain, menimbulkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa, dan selalu ada untuk orang lain dalam situasi apapun. Tujuannya adalah untuk membantu orang lain supaya bisa menemukan arti dan mempertahankan sikap yang penuh harap. Memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup seseorang adalah dasar dari caring dalam praktik keperawatan.

Subdimensi dari *maintaining belief* antara lain:

- (1) *Believing in*: perawat merespon apa yang dialami klien dan mempercayai bahwa hal itu wajar dan dapat terjadi pada siapa saja yang sedang mengalami masa transisi.
- (2) *Offering a hope – filled attitude*: memperlihatkan perilaku yang peduli pada masalah yang terjadi pada klien dengan sikap tubuh, kontak mata dan intonasi bicara perawat.

- (3) *Maintaining realistic optimism*: menjaga dan memperlihatkan sikap optimisme perawat dan harapan terhadap apa yang dialami klien secara realistis dan berusaha mempengaruhi klien untuk punya sikap yang optimisme dan harapan yang sama.
- (4) *Helping to find meaning*: membantu klien menemukan arti dari masalah yang dialami sehingga klien bisa secara perlahan menerima bahwa siapa pun bisa mengalami hal yang sama dengan klien.
- (5) *Going the distance* (menjaga jarak): semakin jauh menjalin/menyelami hubungan dengan tetap menjaga hubungan sebagai perawat-klien agar klien bisa percaya sepenuhnya pada perawat dan responsibility serta *Caring* secara total oleh perawat kepada klien.

2. *Knowing (mengetahui)*

Perawat harus mengetahui kondisi klien, memahami arti dari suatu peristiwa dalam kehidupan, menghindari asumsi, fokus pada klien, mencari isyarat, menilai secara cermat dan menarik. Efisiensi dan efektivitas terapeutik caring ditingkatkan oleh pengetahuan secara empiris, etika dan estetika yang berhubungan dengan masalah kesehatan baik secara aktual dan potensial. Indikator *knowing* adalah:

- 1) Mengetahui kebutuhan dan harapan pasien
- 2) Manfaat perawatan dan kejelasan rencana perawatan
- 3) Hindari persyaratan untuk bertindak, karena perawat peduli pasien
- 4) Tidak hanya mengerti kebutuhan dan harapan tetapi fokus pada merawat yang benar atau efisien dan berhasil guna atau efektif.

Knowing adalah berusaha agar mampu mengetahui dan paham terhadap peristiwa yang mempunyai arti dalam kehidupan klien. Mempertahankan kepercayaan merupakan dasar dari *Caring* keperawatan, *knowing* adalah memahami pengalaman hidup klien dengan mengesampingkan asumsi perawat mengetahui kebutuhan klien, menggali/menyelami informasi klien secara detail, sensitive terhadap petunjuk verbal dan non verbal, fokus pada satu tujuan keperawatan, serta mengikutsertakan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dan menyamakan persepsi antara perawat dan klien. *Knowing* adalah penghubung dari keyakinan keperawatan terhadap realita kehidupan.

Subdimensi dari *knowing* antara lain :

- (1) *Avoiding assumptions*, menghindari asumsi-asumsi

- (2) *Assessing thoroughly*, melakukan pengkajian menyeluruh meliputi bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural
- (3) *Seeking clues*, perawat menggali informasi secara mendalam
- (4) *Centering on the one cared for*, perawat fokus pada klien dalam memberikan asuhan keperawatan
- (5) *Engaging the self of both*, melibatkan diri sebagai perawat secara utuh dan bekerja sama dengan klien dalam melakukan asuhan keperawatan yang efektif

3. *Being with* (Kehadiran)

Being with merupakan kehadiran dari perawat untuk pasien, perawat tidak hanya hadir secara fisik saja, tetapi juga melakukan komunikasi membicarakan kesiapan/ kesediaan untuk bisa membantu serta berbagi perasaan dengan tidak membebani pasien. Perawat juga hadir dengan berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama klien dengan maksud memberikan dukungan kepada klien, memberikan kenyamanan, pemantauan dan mengurangi intensitas perasaan yang tidak diinginkan.

Indikator saat merawat pasien adalah:

- 1) Kehadiran kontak dengan pasien
- 2) Menyampaikan kemampuan merawat
- 3) Berbagi perasaan

4) Tidak membebani pasien

Subdimensi dari *being with*, antara lain:

- (1) *Non-burdening*: Perawat melakukan kerja sama kepada klien dengan tidak memaksakan kehendak kepada klien melaksanakan tindakan keperawatan
- (2) *Convering availability*: Memperlihatkan sikap perawat mau membantu klien dan memfasilitasi klien dalam mencapai tahap kesejahteraan /*well being*.
- (3) *Enduring with*: Perawat dan klien berkomitmen untuk meningkatkan kesehatan klien.
- (4) *Sharing feelings*: Berbagi pengalaman bersama klien yang berhubungan dengan usaha dalam meningkatkan kesehatan klien.

Being with perawat bisa diperlihatkan dengan cara kontak mata, bahasa tubuh, nada suara, mendengarkan serta mempunyai sikap positif dan semangat yang dilakukan perawat, bisa membuat suasana terbuka dan saling mengerti.

4. Doing for (Melakukan)

Doing for berarti bekerja sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat bisa memberikan kontribusi dalam pemulihan kesehatan (atau sampai meninggal dengan damai). Perawat akan tampil seutuhnya ketika diperlukan dengan menggunakan semua kekuatan maupun pengetahuan yang dimiliki.

Subdimensi dari *doing for* antara lain:

1) *Comforting* (memberikan kenyamanan)

Dalam memberikan intervensi keperawatan perawat harus bisa memberi kenyamanan dan menjaga privasi klien..

2) *Performing competently* (menunjukkan ketrampilan)

Sebagai perawat professional perawat dituntut tidak hanya bisa berkomunikasi tapi juga harus bisa memperlihatkan kompetensi maupun skill yang dimiliki seorang perawat yang professional.

3) *Preserving dignity* (menjaga martabat klien)

Menjaga martabat klien sebagai individu atau memanusiakan manusia.

4) *Anticipating* (mengantisipasi)

Selalu meminta izin ataupun persetujuan dari klien ataupun keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan.

5) *Protecting* (melindungi)

Menjaga hak-hak klien dalam memberikan asuhan keperawatan dan tindakan medis

5. *Enabling* (Memampukan)

Enabling adalah memampukan atau memberdayakan klien, perawat memberikan informasi, menjelaskan memberi dukungan dengan fokus masalah yang relevan, berfikir melalui masalah dan menghasilkan alternatif pemecahan masalah agar klien mampu melewati masa transisi dalam hidup yang belum pernah dialaminya sehingga bisa mempercepat penyembuhan klien ataupun supaya klien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dilakukannya. memberikan umpan balik / *feedback*.

Subdimensi dari *enabling* antara lain:

1) *Validating* (memvalidasi)

Memvalidasi semua tindakan yang telah dilakukan

2) *Informing* (memberikan informasi)

Menyampaikan informasi yang berhubungan dengan peningkatan kesehatan klien dalam rangka memberdayakan klien dan keluarga klien.

3) *Supporting* (mendukung)

Memberi dukungan kepada klien untuk mencapai kesejahteraan / *well being* sesuai kapasitas sebagai perawat

4) *Feedback* (memberikan umpan balik)

Memberikan *feedback* kepada klien atas usahanya mencapai kesembuhan/*well being*,

5) *Helping patients to focus generate alternatives* (membantu klien untuk fokus dan membuat alternatif)

Membantu klien agar selalu fokus dan ikut dalam program peningkatan kesehatannya baik tindakan keperawatan maupun tindakan medis (Potter & Perry, 2005)

Domain pertama mengacu pada kapasitas seseorang untuk memberikan perhatian, domain kedua mengacu pada kepedulian dan komitmen individu yang mengarah pada tindakan caring, domain ketiga mengacu pada kondisi (perawat, klien, organisasi) yang meningkatkan atau mengurangi kemungkinan memberikan caring, domain keempat mengacu pada tindakan caring, dan domain kelima mengacu pada konsekuensi atau hasil caring yang disengaja dan tidak disengaja pada klien dan penyedia layanan (Alligood & Tomey, 2010).

Setiap proses caring memiliki pengertian dan subdimensi yang menjadi dasar dalam intervensi keperawatan. Pelayanan keperawatan dan caring sangat penting untuk membuat hasil positif pada kesehatan dan kesejahteraan klien (Swanson, 1991).

Tabel 3.1 Dimensi dan subdimensi proses caring dari Swanson (1991)

Proses Caring	Definisi	Sub Dimensi
Mengetahui (<i>knowing</i>)	Berusaha mengerti kejadian yang berarti dalam kehidupan seseorang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menghindari asumsi ▪ Focus pada pelayanan satu orang ▪ Penialian menyeluruh ▪ Mencari petunjuk ▪ Mengikat diri atau keduanya
Mlakukan bersama (<i>being with</i>)	Hadir secara emosional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berada disana ▪ Menunjukkan kemampuan ▪ Berbagi perasaan ▪ Tidak mudah marah
Melakukan untuk (<i>doing for</i>)	Sebisa mungkin melakukan kepada orang lain seperti melakukannya terhadap diri sendiri	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kenyamanan ▪ Antisipasi ▪ Menunjukkan keterampilan ▪ Melindungi ▪ Menunjukkan kepercayaan

Kemampuan (<i>enabling</i>)	Memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan (seperti kelahiran, kematian) atau kejadian yang tidak terduga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberitahukan/ menjelaskan ▪ Mendukung/ mengizinkan ▪ Focus ▪ Membuat alternative ▪ Membenarkan/ memberikan umpan balik
Mengatasi kepercayaan (<i>maintaining belief</i>)	Menaruh kepercayaan terhadap kemampuan seseorang dalam menjalani hidup atau transisi dalam menghadapi masa depan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kepercayaan/ memegang kepercayaan ▪ Mempertahankan sikap penuh pengharapan ▪ Menawatkan keyakinan yang realistik “pergi jauh”

Swanson menyatakan bahwa bentuk caring mungkin dapat diterapkan dalam disiplin lain seperti pendidikan, pekerjaan social dan kedokteran, dan dalam berbagai situasi kehidupan di luar keperawatan (Alligood & Tomey, 2010).

3.4 Komponen caring menurut Swanson

Swanson (1991) dalam *empirical development of a middle range theory of caring* mendeskripsikan 5 proses caring menjadi lebih praktis, yaitu:

1. Komponen mempertahankan keyakinan, mengaktualisasi diri untuk membantu orang lain, mampu membantu orang lain dengan tulus, memberikan ketenangan kepada klien dan memiliki sikap yang positif
2. Komponen pengetahuan, memberikan pemahaman klinis tentang kondisi dan situasi klien, melaksanakan setiap tindakan sesuai peraturan dan menghindari terjadinya komplikasi
3. Komponen kebersamaan, ada secara emosional dengan orang lain, bisa berbagi secara tulus dengan klien dan membina kepercayaan terhadap klien
4. Komponen tindakan yang dilakukan, melakukan tindakan terapeutik seperti membuat klien merasa nyaman, mengantisipasi bahaya dan intervensi yang kompeten
5. Komponen memungkinkan, melakukan informed consent pada setiap tindakan, memberikan respon yang positif terhadap keluhan klien (Monica, 2008)

3.5 *Caring* dalam Praktik Keperawatan

Caring merupakan hasil dari kultur, nilai – nilai, pengalaman dan hubungan perawat dengan klien. Saat perawat berurusan dengan kesehatan dan penyakit dalam praktiknya, maka kemampuan perawat dalam pelayanan akan semakin berkembang. Sikap perawat dalam praktik keperawatan yang berkaitan dengan *Caring* adalah dengan kehadiran, sentuhan kasih sayang, selalu mendengarkan dan memahami klien (Potter & Perry, 2009). Kehadiran adalah saat dimana perawat dan klien bertemu yang menjadi sarana agar lebih dekat dan bisa menyampaikan manfaat *caring*. Kehadiran perawat meliputi hadir secara fisik, berkomunikasi dengan pengertian. Kehadiran juga merupakan sesuatu yang ditawarkan perawat pada klien dengan maksud memberikan dukungan, dorongan, menenangkan hati klien, mengurangi rasa cemas dan takut klien karena situasi tertentu, serta selalu ada untuk klien (Potter & Perry, 2009).

Sentuhan merupakan salah satu cara pendekatan yang menenangkan, perawat bisa mendekati diri kepada klien agar bisa menunjukkan perhatian dan memberi dukungan. Sentuhan *Caring* merupakan suatu bentuk komunikasi non verbal yang bisa mempengaruhi kenyamanan dan keamanan klien, meningkatkan harga diri klien, serta memperbaiki

orientasi tentang kenyataan. Pengungkapan sentuhan harus berorientasi pada tugas dan dapat dilakukan dengan cara memegang tangan klien, memberikan pijatan pada punggung, menempatkan klien dengan hati – hati dan ikut serta dalam pembicaraan (Potter & Perry, 2009). Pembicaraan dengan klien harus benar – benar didengarkan oleh perawat. Mendengarkan merupakan kunci dari hubungan perawat dengan klien, karena dengan mendengarkan kisah/ keluhan klien akan membantu klien mengurangi tekanan terhadap penyakitnya. Hubungan pelayanan perawat dengan klien yaitu dengan membangun kepercayaan, membuka topik pembicaraan, mendengarkan dan mengerti apa yang klien katakan.

Perawat yang mendengarkan klien dengan sungguh – sungguh, akan mengetahui secara benar dan merespon apa yang benar – benar berarti bagi klien dan keluarganya (Potter & Perry 2009). Mendengarkan juga termasuk memberikan perhatian pada setiap perkataan yang diucapkan, nada suara, ekspresi wajah, dan bahasa tubuh klien. Hal ini akan membantu perawat dalam mendapatkan petunjuk untuk membantu menolong klien mencari cara mendapatkan kedamaian. Bulfin (2005, dalam Potter & Perry, 2009) mengemukakan bahwa memahami klien akan membantu

perawat dalam menanggapi persoalan yang terjadi pada klien. Memahami klien berarti perawat menghindari asumsi, fokus pada klien, dan ikut serta dalam hubungan *Caring* dengan klien yang memberikan informasi dan memberikan penilaian klinis.

Memahami klien adalah sebagai inti suatu proses yang digunakan perawat dalam membuat keputusan klinis. Perawat yang membuat keputusan klinis yang akurat dengan konteks pemahaman yang baik, akan meningkatkan hasil kesehatan klien, klien akan mendapatkan pelayanan pribadi, nyaman, dukungan, dan pemulihan.

3.6 Perilaku *Caring*

Caring merupakan inti dari praktik keperawatan yang baik, karena *Caring* bersifat khusus dan bergantung pada hubungan perawat - klien (Potter & Perry, 2009). *Caring* merupakan fasilitas perawat agar mampu mengenal klien., mengetahui masalah klien, mencari dan melaksanakan solusinya. Perilaku seorang perawat yang *Caring* terhadap klien, dapat memperkuat mekanisme *coping* klien sehingga memaksimalkan proses penyembuhan klien (Sitorus, 2006). Watson (1979 dalam Tomey & Alligood, 2006), menyatakan bahwa *Caring* adalah wujud dari semua faktor dipakai perawat

didalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap klien. Perilaku *Caring* perawat dapat diwujudkan dalam pemberian pelayanan keperawatan pada klien, bila perawat dapat memahami pengertian dari *Caring* itu sendiri, mengetahui teori tentang *Caring*, mengetahui *Caring* dalam praktek keperawatan, memahami sepuluh faktor karatif *Caring*, dan faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku *Caring* perawat.

3.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku caring

Caring merupakan aplikasi dari proses keperawatan sebagai bentuk kinerja yang ditampilkan oleh seorang perawat. Gibson, et.al (2006) mengemukakan 3 (tiga) faktor yang berpengaruh terhadap kinerja individu meliputi faktor individu, psikologis dan organisasi.

1. Faktor Individu

Variabel individu dikelompokkan pada subvariabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Menurut Gibson, el.al (2006), variable kemampuan dan keterampilan adalah faktor penting yang bisa berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja individu. Kemampuan intelektual merupakan kapasitas individu mengerjakan berbagai tugas dalam suatu kegiatan mental.

2. Faktor psikologis

Variabel ini terdiri atas sub variable sikap, komitmen dan motivasi. Faktor ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman dan karakteristik demografis. Setiap orang cenderung mengembangkan pola motivasi tertentu. Motivasi adalah kekuatan yang dimiliki seseorang yang melahirkan intensitas dan ketekunan yang dilakukan secara sukarela. Variabel psikologis bersifat kompleks dan sulit diukur.

3. Faktor organisasi

Faktor organisasi yang bisa berpengaruh dalam perilaku *caring* adalah, sumber daya manusia, kepemimpinan, imbalan, struktur dan pekerjaan (Gibson, 2006). Kopelman (1986), variable imbalan akan mempengaruhi variable motivasi, yang pada akhirnya secara langsung mempengaruhi kinerja individu.

3.8 Faktor Pembentuk Perilaku Caring

Menurut Watson (2005) faktor pembentuk perilaku caring yaitu:

1. Membentuk sistem nilai humanistik-altruistik.

Watson menyatakan bahwa asuhan keperawatan berlandaskan pada nilai-nilai kemanusiaan (humanistik) dan perilaku yang mementingkan kepentingan orang lain diatas

kepentingan pribadi (altruistik). Hal ini bisa dikembangkan melalui pemahaman nilai yang ada pada diri seseorang, keyakinan ,interaksi, dan kultur serta pengalaman pribadi.

2. Menanamkan keyakinan dan harapan (faith-hope).

Pemahaman ini perlu untuk menekankan pentingnya obat-obatan untuk curative, perawat juga perlu menyampaikan informasi kepada individu alternative pengobatan lain yang ada. Mengembangkan hubungan perawat dan klien yang efektif, perawat mempunyai perasaan optimis, harapan, dan rasa percaya diri.

3. Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain.

Perawat dituntut agar bisa meningkatkan sensitivitas terhadap diri pribadi dan orang lain serta bersikap lebih baik. Perawat juga perlu mengerti pikiran dan emosi orang lain.

4. Membina hubungan saling percaya dan saling bantu (helping-trust).

Ciri hubungan helping-trust adalah empati, dan hangat.

Hubungan yang harmonis haruslah hubungan yang dilakukan secara jujur dan terbuka.

5. Meningkatkan dan menerima ungkapan perasaan positif dan negatif.

Perawat memberikan waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan pasien.

6. Menggunakan proses pemecahan masalah kreatif.

Penyalelesaian masalah dalam pengambilan keputusan perawat memakai metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada pasien.

7. Meningkatkan belajar mengajar transpersonal.

Memberikan asuhan mandiri,menetapkan kebutuhan personal, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal pasien.

8. Memfasilitasi lingkungan yang suportif, protektif, atau memperbaiki mental, fisik, sosiokultural, dan spiritual.

Perawat perlu tahu pengaruh lingkungan internal dan eksternal pasien terhadap kesehatan kondisi penyakit pasien.

9. Membantu memuaskan kebutuhan manusia.

Perawat perlu tahu kebutuhan komperhensif diri sendiri dan pasien. Pemenuhan kebutuhan paling dasar yang harus dicapai sebelum beralih ke tingkat selanjutnya.

3.9 Perilaku Caring dalam Praktik Keperawatan

Caring secara umum dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdedikasi bagi orang lain, pengawasan dengan waspada, perasaan empati pada orang lain dan

perasaan cinta atau menyayangi. Caring adalah sentral untuk praktik keperawatan karena caring merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk bisa lebih peduli terhadap klien. Dalam keperawatan, caring adalah bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan (Sartika, 2010)

Tindakan caring mempunyai tujuan untuk bisa memberikan asuhan fisik dengan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa nyaman dan aman terhadap klien. Caring juga menekankan harga diri individu, artinya dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat harus selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan maupun kekurangan klien sehingga bisa memberikan pelayanan kesehatan yang tepat.

Tiga aspek penting yang menjadi landasan keharusan perawat untuk care terhadap orang lain. Aspek ini adalah aspek kontrak, aspek etika, dan aspek spiritual dalam caring terhadap orang lain yang sakit.

1. Aspek kontrak

Sudah diketahui bahwa, sebagai perawat profesional, kita berada di bawah kewajiban kontrak untuk care. Radsma (1994) mengatakan, “perawat memiliki tugas profesional untuk memberikan care”. Untuk itu, sebagai seorang

perawat yang profesional haruslah mempunyai sikap care sebagai kontrak kerja kita.

2. Aspek etika

Pertanyaan etika adalah pertanyaan tentang apa yang benar atau salah, bagaimana mengambil keputusan yang tepat, bagaimana melakukan tindakan dalam situasi tertentu. Jenis pertanyaan ini akan memengaruhi cara perawat memberikan asuhan. Seorang perawat haruslah care pada klien. Dengan care perawat dapat memberikan kebahagiaan bagi orang lain.

3. Aspek spiritual

Di semua agama besar di dunia, ide untuk saling caring satu sama lain adalah ide utama. Oleh sebab itu perawat yang religious adalah orang yang care, bukan karena dia seorang perawat tapi lebih karena dia merupakan anggota suatu agama atau kepercayaan, perawat harus care terhadap klien.

Caring dalam praktik keperawatan bisa dilakukan dengan membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi untuk menjalin hubungan dalam keperawatan. Perawat bertindak dengan cara yang terbuka dan jujur. Empati berarti perawat memahami apa yang dirasakan klien. Ramah berarti penerimaan positif terhadap orang lain

yang sering diekspresikan melalui bahasa tubuh, ucapan penekanan suara, sikap terbuka, ekspresi wajah, dan lain-lain (Kozier & Erb, 1985 dalam Nurachmah, 2001).

Perawat perlu mengetahui kebutuhan komprehensif yaitu kebutuhan biofisik, psikososial, psikofisikal dan interpersonal klien. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat yang selanjutnya.

Perawat juga perlu menyampaikan informasi kepada klien. Perawat mempunyai tanggung jawab terhadap kesejahteraan dan kesehatan klien. Caring memiliki manfaat yang begitu besar dalam keperawatan dan sebaiknya tergambar dalam setiap interaksi perawat dengan klien, bukan dianggap sebagai sesuatu yang tidak bisa diwujudkan dengan alasan beban kerja yang tinggi, atau pengaturan manajemen asuhan keperawatan ruangan yang kurang baik. Pelaksanaan caring bisa meningkatkan mutu asuhan keperawatan, memperbaiki *image* perawat di masyarakat dan menjadikan profesi keperawatan memiliki tempat khusus di mata para pengguna jasa pelayanan kesehatan.

3.10 Proses Keperawatan Dalam Teori Caring

Watson (1979 dalam Muchlisin & Ichsan, 2008) menekankan bahwa proses keperawatan mempunyai langkah-langkah yang sama dengan proses riset ilmiah, karena kedua proses tersebut mencoba untuk menyelesaikan masalah dan mendapatkan solusi yang terbaik. selanjutnya Watson menggambarkan kedua proses tersebut sebagai berikut:

a. Pengkajian

Meliputi observasi, identifikasi, dan review masalah; menggunakan pengetahuan dari literature yang bisa diaplikasikan, melibatkan pengetahuan konseptual untuk pembentukan dan konseptualisasi kerangka kerja yang dipakai untuk memandang dan mengkaji masalah dan pengkajian juga meliputi pendefinisian variabel yang akan diteliti dalam pemecahan permasalahan Watson (1979 dalam Julia, 1995) menjelaskan kebutuhan yang harus dikaji oleh perawat yaitu:

1. *Lower order needs (biophysical needs)* yaitu kebutuhan untuk tetap hidup meliputi kebutuhan nutrisi, cairan, eliminasi, dan oksigenisasi.

2. *Lower order needs (psychophysical needs)* yaitu kebutuhan untuk berfungsi, meliputi kebutuhan aktifitas, aman, nyaman, seksualitas.
3. *Higher order needs (psychosocial needs)*, yaitu kebutuhan integritas yang meliputi kebutuhan akan penghargaan dan berafiliasi.
4. *Higher order needs (intrapersonalinterpersonal needs)*, yaitu kebutuhan untuk aktualisasi diri.

b. Perencanaan:

Perencanaan membantu dalam menentukan bagaimana variabel-variabel akan diteliti atau diukur, meliputi suatu pendekatan konseptual atau desain untuk pemecahan masalah yang mengacu pada asuhan keperawatan serta menentukan data apa yang akan dikumpulkan dan pada siapa dan bagaimana data akan dikumpulkan.

c. Implementasi:

Merupakan tindakan langsung dan implementasi dari rencana serta meliputi pengumpulan data.

d. Evaluasi

Merupakan proses untuk menganalisa data, juga untuk menilai efek dari intervensi berdasarkan data serta meliputi interpretasi hasil, tingkat dimana suatu tujuan yang positif tercapai, dan apakah hasilnya bisa digeneralisasikan.

3.11 Persepsi Perawat Tentang Perilaku Caring

Berlawanan dengan perspektif pasien, Ford (1981 dalam Morrison & Burnard, 2009) memakai sampel yang terdiri dari hampir 200 orang perawat untuk mengartikan pengertian dari caring dengan kata-kata mereka sendiri dan untuk menggambarkan perilaku caring yang mereka lakukan. Sebuah kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data. Analisis data mengungkapkan dua kategori mayor yang merefleksikan: (1) perhatian tulus terhadap kesejahteraan orang lain, dan (2) mempersembahkan diri sendiri.

Beberapa contoh perilaku caring yang dikemukakan oleh perawat dalam penelitian adalah mendengarkan, membantu, menunjukkan rasa hormat, dan mendukung tindakan orang lain. Sudut pandang perawat gagal menitikberatkan dimensi “tugas” yang ditekankan dalam penelitian lain yang melibatkan persepsi pasien, seperti yang dilaporkan oleh Brown (1982) sebagaimana yang telah dijelaskan di atas.

Forrest (1989, dalam Morrison & Burnard, 2009) memberikan analisis fenomenologis tentang pengalaman perawat dalam caring kepada pasien. Pendekatan fenomenologis dikarakteristikan dengan penekanannya pada pengalaman hidup. Pendekatan tersebut berusaha memahami fenomena (dalam hal ini caring terhadap orang lain) dari perspektif individu yang sedang diteliti. Aksennya adalah pada kedalaman bukan kuantitas dari data yang dikumpulkan, dan prosedur analisis yang sangat ketat juga harus dipatuhi. Dalam studi ini hanya 17 informan yang terlibat. Dua kategori mayor teridentifikasi, yaitu: (1) definisi caring dan (2) faktor yang mempengaruhi caring.

Kategori pertama “definisi caring” dibagi lagi menjadi dua sub-kategori: keterlibatan dan interaksi. Kategori kedua “faktor yang mempengaruhi caring”, dibagi lagi menjadi lima tema: diri sendiri, pasien, frustrasi, koping, dan kenyamanan, serta dukungan. Perhatikan bagaimana perbedaan pendekatan terhadap masalah mempengaruhi tipe data yang muncul dari riset. Dengan strategi yang sangat kualitatif dan mendalam, muncul gambaran detail yang memberikan beberapa faktor kompleks yang mempengaruhi caring dalam keperawatan.

3.12 Persepsi Klien Pada Caring

Menurut Williams (1997) dalam Potter dan Perry (2009) mengetahui kebiasaan perawat yang di rasakan klien sebagai caring menegaskan apa yang klien harapkan dari pemberi layanan. Menjadikan kehadiran yang menentramkan, mengenali individu sebagai sesuatu yang unik, dan menjaga kebersamaan dan perhatian penuh kepada klien merupakan sikap pelayanan yang dinilai klien. Semua klien memiliki ciri khas, meskipun pemahaman akan sikap yang dihubungkan klien dengan pelayanan membantu anda melakukan pelayanan dalam praktik.

Menurut Attree (2001) dalam Potter dan Perry (2009), jika klien merasakan penyelenggara pelayanan kesehatan bersikap sensitif, simpatik, merasa kasihan, dan tertarik terhadap mereka sebagai individu, mereka biasanya menjadi rekan dalam melakukan perencanaan keperawatan. Watson mengidentifikasi banyak asumsi dan beberapa prinsip dasar dari transpersonal caring. Watson mempercayai bahwa jiwa seseorang tidak dapat dibatasi oleh ruang dan waktu

Teori caring Swanson (1991) dalam Potter dan Perry (2005) menjelaskan mengenai proses caring yang terdiri dari bagaimana perawat memahami kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan sesuatu

hal terhadap orang lain sama seperti melakukan kepada diri sendiri, menyampaikan informasi dan mempermudah jalan seseorang dalam melewati transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidup.

Pada saat kita memulai praktik klinik, kita perlu mengetahui mengenai penerimaan caring yang diterima oleh klien. Sebagai contoh, jika kita datang ke pasien, kita memberi salam kepada klien, memperkenalkan diri, memberi senyuman, mempertahankan kontak mata saat interaksi, menyakan keluhan apa yang ada pada pasien, memeriksa cairan intravena, memeriksa keadaan klinis pasien, memberi sentuhan, mengevaluasi intervensi yang sudah dilakukan, dan memberikan salam sebelum meninggalkan ruangan.

Hal ini akan mempersepsikan klien mengenai kepuasan terhadap pelayanan perawat. Perilaku caring merupakan suatu sikap, rasa peduli, hormat dan menghargai orang lain, artinya menaruh perhatian yang lebih terhadap klien dan bagaimana seseorang itu melakukan tindakan.



3.13 Manfaat Caring

Pemberian pelayanan keperawatan yang didasari atas perilaku caring perawat, akan bisa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan caring yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan tentang perilaku manusia mampu meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada klien.

Caring merupakan sentral dalam praktik keperawatan, caring merupakan cara untuk memelihara hubungan dengan menghargai nilai-nilai yang lain, seseorang akan bisa merasakan komitmen dan tanggungjawab pribadinya. Dalam teori ini,

caring perawat bertujuan memungkinkannya klien untuk mencapai suatu kebahagiaan (Swanson, 1991).

Kinerja perawat yang berdasarkan dengan perilaku caring akan menjadi sangat penting dalam mempengaruhi kualitas pelayanan dan kepuasan klien terutama di rumah sakit, dimana citra institusi ditentukan oleh kualitas pelayanan yang nantinya akan mampu meningkatkan kepuasan klien dan mutu pelayanan (Potter & Perry, 2009). Watson)dalam Aligood & Tomey, 2010) menambahkan bahwa caring yang dilakukan secara efektif bisa mendorong kesehatan dan pertumbuhan individu. dari penelitian Wolf (2003) menemukan adanya hubungan yang signifikan antara persepsi tentang perilaku caring perawat dengan kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan. Demikian perilaku caring yang ditampilkan oleh seorang perawat akan mempengaruhi kepuasan klien. Perilaku caring yang dilakukan oleh perawat bukan saja bisa meningkatkan kepuasan klien tapi juga bisa menghasilkan keuntungan bagi rumah sakit. Godkin dan Godkin (2004) mengatakan bahwa perilaku caring mampu memberikan manfaat secara finansial bagi industri pelayanan kesehatan. Issel dan Khan (1998) menambahkan bahwa perilaku caring staf kesehatan mempunyai nilai ekonomi bagi rumah sakit karena perilaku ini berdampak bagi kepuasan klien. Dengan begitu

tampak dengan jelas bahwa perilaku caring bisa mendatangkan manfaat bagi pelayanan kesehatan karena mampu meningkatkan kesehatan dan pertumbuhan individu serta menaikkan angka kunjungan klien ke tempat fasilitas kesehatan dan nantinya akan memberikan keuntungan secara finansial pada fasilitas kesehatan tersebut.

3.14 Pengukuran Perilaku *Caring*.

Perilaku caring bisa diukur dengan beberapa alat ukur (tools) yang sudah dikembangkan oleh para peneliti yang membahas ilmu caring. Beberapa penelitian tentang caring bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Watson (2009) menyatakan bahwa pengukuran caring merupakan proses menurunkan subyektifitas, fenomena manusia yang bersifat invisible (tidak terlihat) yang terkadang bersifat pribadi, ke bentuk yang lebih obyektif. Oleh sebab itu, penggunaan alat ukur formal mampu mengurangi subyektifitas pengukuran perilaku caring.

Pemakaian alat ukur formal pada penelitian keperawatan tentang perilaku caring bertujuan untuk : memperbaiki caring secara terus menerus melalui penggunaan hasil (outcomes) dan intervensi yang berarti untuk memperbaiki praktik keperawatan; sebagai studi banding (*benchmarking*)

struktur, setting, dan lingkungan yang lebih menunjukkan caring; mengevaluasi konsekuensi caring dan non caring pada pasien maupun perawat.

Alat ukur formal caring bisa menghasilkan model pelaporan perawatan pada area praktik tertentu, menemukan kelemahan dan kekuatan proses caring dan melakukan intervensi dalam memperbaiki dan menghasilkan model praktik yang lebih sempurna. Selain itu, penggunaan alat ukur formal bisa meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai hubungan caring, kesehatan dan proses kesembuhan dan sebagai validasi empiris untuk memperluas teori caring serta memberikan petunjuk baru bagi perkembangan kurikulum, keilmuan keperawatan, dan ilmu kesehatan termasuk penelitian (Watson, 2009).

Pengukuran perilaku caring perawat bisa dilakukan melalui pengukuran persepsi pasien terhadap perilaku caring perawat. dengan menggunakan persepsi pasien dalam pengukuran perilaku caring perawat bisa memberikan hasil yang lebih sensitif karena pasien adalah individu yang menerima langsung perilaku dan tindakan perawat termasuk perilaku caring (Rego, Godinho, McQueen, 2008).

Beberapa alat ukur formal yang digunakan untuk mengukur perilaku caring perawat didasarkan pada persepsi

pasien antara lain *caring behaviors assesment tool* (digunakan oleh Cronin dan Harrison, 1988), caring behavior checklist and client perception of caring (digunakan oleh McDaniel, 1990), caring professional scale (digunakan oleh Swanson, 2000), caring assesment tools (digunakan oleh Duffy, 1992, 2001), caring factor survey (digunakan oleh Nelson, Watson, dan Inovahelath, 2008).

Caring behaviors assesment tool (CBA) dikatakan sebagai salah satu alat ukur pertama yang dikembangkan untuk mengkaji caring. CBA disempurnakan didasari dari teori Watson dan memakai 10 faktor karatif. CBA terdiri dari 63 perilaku caring perawat yang dikelompokkan menjadi 7 subskala yang disesuaikan 10 faktor karatif Watson. Tiga faktor karatif pertama dikelompokkan menjadi satu subskala. Enam faktor karatif lainnya mewakili semua aspek dari caring. Alat ukur ini memakai skala Likert (5 poin) yang merefleksikan derajat perilaku caring menurut persepsi pasien (Watson, 2009).

Validitas dan reliabilitas alat ukur ini telah diuji oleh empat ahli berdasarkan teori Watson. Cronin dan Harrison (1988 dalam Watson, 2009) melakukan penelitian terhadap 22 pasien infark miokard, kemudian Huggins et.al (1993 dalam Watson, 2009) meneliti 288 pasien ruang emergensi. Mereka menggunakan Alpa

Cronbach pada 7 subskala yang berkisar antara 0,66 sampai 0.90. Selain itu, Schultz, et.al. (1999 dalam Watson 2009) menggunakan alat ukur ini dengan tes reliabilitas dengan kisaran 0.71 sampai 0,88 pada subskala, dan Alpa Cronbach 0.93 pada skala total.

Penelitian terbaru oleh Manogin, Bechtel, dan Rami (2000 dalam Watson, 2009) menggunakan CBA, mereka melaporkan reliabilitas Alpa Cronbach tiap subskala berkisar dari 0,66 sampai 0.90. Cronin dan Harrison (1988 dalam Watson 2009) mengidentifikasi dua perilaku caring paling penting menurut pasien yaitu “membuat saya merasa sebagai seseorang jika saya membutuhkan mereka”, dan “tahu apa yang mereka lakukan”. Sedangkan perilaku caring yang paling tidak penting menurut pasien ialah “datang kepada saya ketika saya pindah ke rumah sakit lain” dan “bertanya kepada saya apa nama panggilan kesukaan saya”. Ini menunjukkan bahwa perilaku caring

yang paling penting menurut pasien yaitu bagaimana perawat menunjukkan kemampuan profesionalnya.

Alat ukur **caring behavior checklist (CBC) and client perception of caring (CPC)** dikembangkan oleh McDaniel (1990 dalam Watson 2009) melalui

dua jenis pengukuran. McDaniel membedakan “caring for” dan “caring about”. CBC dirancang untuk mengukur ada atau tidak perilaku caring (observasi). CPC adalah kuesioner yang digunakan sebagai alat ukur untuk mengetahui respon pasien terhadap perilaku caring perawat. Dua alat ukur ini digunakan bersama-sama untuk melihat proses caring. CBC terdiri dari 12 item perilaku caring. Alat ukur ini membutuhkan seorang observer yang menilai interaksi perawat-pasien selama 30 menit. Rentang nilai 0 (nol) sampai 12 (dua belas), nilai paling tinggi menunjukkan ada perilaku caring yang ditampilkan. CPC ditunjukkan kepada pasien setelah diobservasi. Alat ukur ini terdiri dari 10 item dengan 6 rentang skala. Rentang skor 10 sampai 60, dimana skor tertinggi menunjukkan derajat perilaku caring yang ditunjukkan yang dipersepsikan pasien bernilai tinggi, begitu juga sebaliknya (McDaniel, 1990 dalam Watson, 2009).

Validitas CBC memakai Content Validity Index (CVI) yakni sebesar 0,80. Reliabilitas CPC menggunakan konsistensi internal yaitu alfa sebesar 0.81. reliabilitas CBC memakai pernyataan interater dan dihasilkan nilai rentang 0,76 sampai 1,00, dimana 8 dari 12 item adalah 0,90 atau di atas rata-rata (McDaniel, 1990 dalam Watson, 2009).

Alat ukur ***caring professional scale (CPS)*** disempurnakan oleh Swanson (2000, dalam Watson 2009) dengan menggunakan teori caring Swanson (suatu middle range theory yang dikembangkan berdasarkan penelitiannya pada 185 ribu yang mengalami keguguran). CPS terdiri dari dua subskala analitik yaitu Compassionate Healer dan Competent Practitioner, yang berasal dari 5 komponen caring Swanson yaitu mengetahui, keberadaan, melakukan tindakan, memungkinkan, dan mempertahankan kepercayaan.

CPS terdiri dari 14 item dengan 5 skala Likert. Validitas dan reliabilitas CPS dikembangkan dengan menghubungkan alat ukur CPS dengan subskala empati The Barret-Lenart Relationship Inventory ($r=0,61$, $p<0,001$). Nilai estimasi Alpa Cronbach untuk konsistensi internal digunakan untuk membandingkan beberapa tenaga kesehatan advance practice nurse (0,74 sampai 0,96), nurse (0,97), dan dokter (0.96).

Alat ukur ***caring assesment tools (CAT)*** dikembangkan oleh Duffy (1990 dalam Watson, 2009) pada program doktoralnya. Alat ukur ini dirancang untuk penelitian deskriptif korelasi. CAT memakai konsep teori Watson dan mengukur 10 faktor kuratif. Alat ukur ini terdiri dari 100 item dengan menggunakan skala Likert dari 1 (caring

rendah) sampai 5 (caring tinggi), sehingga kemungkinan skor total berkisar antara 100 sampai 500. Sampel penelitian yang digunakan saat itu adalah 86 pasien medikal bedah. Duffy (1993 dalam Watson 2009) mengembangkan CAT versi admin (CAT-admin) yang mengukur persepsi perawat mengenai manajer mereka untuk administrasi riset keperawatan. Alat ukur ini menambahkan pertanyaan kualitatif pada versi CAT original, dan masih menggunakan 10 faktor karatif. CAT-admin diuji pada 56 perawat part-time dan full-time, dan didapatkan nilai Alpha Cronbach sebesar 0,98. lalu pada tahun 2001, CAT dikembangkan oleh Duffy ke versi CAT -edu yang dirancang menggunakan pendidikan keperawatan, dengan sampel 71 siswa program sarjana dan magister. CAT-edu terdiri dari 95 item pertanyaan dengan 5 poin skala Likert. Nilai Alpha Cronbach sebesar 0,98.

Caring factor survey (CFS) merupakan alat ukur terbaru yang menguji hubungan caring dan cinta universal (caritas). Caritas merupakan pandangan baru Watson tentang caring (2008). CFS mengkaji penggunaan caring fisik, mental, dan spiritual yang dilaporkan oleh pasien yang mereka lewat. CFS disempurnakan oleh Karen Drenkard, John Nelson, Gene Rigotti dan Jean Watson dengan bantuan program riset dari Inovahealth di Virginia. Alat ukur ini

pada awalnya terdiri 20 item lalu diperkecil menjadi 10 item pertanyaan, tiap pernyataan mewakili satu proses caritas. CFS menggunakan skala Likert dari 1 sampai 7. Skala terendah (1-3) mengindikasikan tidak setuju, 4 sangat setuju, dan 5 netral. Semua item pertanyaan bersifat positif, ditujukan kepada pasien atau keluarga pasien. Nilai Alfa Cronbach pada 20 pernyataan adalah 0,70 kemudian 20 item tersebut diperkecil menjadi 10 item untuk menaikkan nilai Alfa Cronbach (Watson, 2009).

Lampiran

Instrumen Caring Swanson

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK	SCORE
<i>Maintaining belief</i>				
1.	Perawat memperkenalkan diri pada perawat			
2.	Perawat menemui pasien untuk menawarkan bantuan (misalnya; menghilangkan rasa sakit, memberikan kompres, dll)			
3.	Perawat membantu pasien membangun hasil akhir yang realistis/ nyata			
4.	Perawat menunjukkan perhatian kepada pasien (menanyakan keadaan/ keluhan yang dirasakan saat menemui pasien)			
<i>Knowing</i>				
5.	Perawat melibatkan keluarga pasien atau orang yang dianggap berarti ke dalam perawatan pasien			
6.	Perawat menjelaskan kepada pasien dan keluarga, terutama mereka yang bertanggungjawab			
7.	Perawat melakukan penilaian/ pengkajian tentang kondisi pasien secara menyeluruh			

8.	Perawat menanyakan apa yang dirasakan pasien dan apa yang bisa perawat lakukan untuk membantu pasien			
9.	Perawat melakukan pendekatan yang konsisten pada pasien			
<i>Being with</i>				
10.	Perawat senantiasa mendampingi pasien saat pasien membutuhkan			
11.	Perawat melakukan proses keperawatan pada pasien dengan kemampuan yang kompeten			
12.	Perawat suka mendengarkan keluhan, perasaan, dan masukan dari pasien			
13.	Perawat menunjukkan sikap sabar dalam melakukan proses keperawatan pada pasien			
14.	Perawat memberikan kenyamanan yang mendasar seperti ketenangan (control suara), selimut yang memadai dan tempat tidur yang bersih			
15.	Perawat menyarankan kepada pasien untuk memanggilnya apabila pasien mengalami			

	kesulitan/ menemui masalah			
16.	Perawat melakukan tindakan sesuai profesional dalam penampilannya sebagai perawat profesional			
17.	Perawat memberikan perawatan dan pengobatan pada pasien dengan tepat waktu, sesuai SOP yang ada			
18.	Perawat menghormati hak-hak pasien			
19.	Perawat membantu pasien memberikan kesempatan untuk memandirikan pasien dalam mengatasi masalah			
20.	Perawat memberikan motivasi pasien untuk berfikir positif tentang kondisi sakitnya			
21.	Perawat selalu mendahulukan kepentingan pasien			
22.	Perawat mengajarkan pada pasien cara untuk merawat diri sendiri setiap kali memungkinkan			
23.	Perawat mendiskusikan kondisi pasien dan memberikan unpan balik pada pasien			

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah,Efy. Konsep Caring. Diambil dari [http.staff.ui.ac.id/](http://staff.ui.ac.id/)diakses pada 19 November 2013. Pukul 15.00 WIB.
- Agustin. (2002). *Perilaku caring perawat dan hubungannya dengan kepuasan klien di instalasi rawat inap bedah dewasa RS Dokter Muhamad Hosein Palembang*. Tesis. Program Magister FIK UI. Tidak diperjualbelikan
- Asmuji (2012) *Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media
- Bauk, Kadir, Saleh, (2013). *Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas Pelayanan: Persepsi Pasien Pelayanan Rawat Inap RSUD Majene*.
- Beck, M. (2010). Wall Street Journal. Available <http://online.wsj.com?article/SB1000142405270230410504575560081847852618html> (accessed September 2018)
- Chritensen, Paula, J. & Kenney Janet.W. *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual* : Edisi 4. Jakarta : EGC
- Dedi, B., & Afiyanti, Y. (2008). *Perilaku Caring Perawat Pelaksana Di Sebuah Rumah Sakit Di Bandung* : Studi Grounded Theory. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 40–46.
- Dwidiyanti, M. (2007). *Caring kunci sukses perawat*. Semarang: Hasani. George, J.B. (1990). *Nursing theories: The base for profesional nursing practice*, 3 rd Ed. New Jersey: Prentice Hall.

- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M. & Donnelly, J.H. (1997). *Organisasi: Perilaku, Struktur, Proses*. Edisi Kedelapan. Terjemahan. Jakarta: Binarupa Aksara
- Glebocki, M. M., & Dunn, K.S. (2010). *Building an organizational culture of caring: Caring Perceptions enhanced with education*. The Journal of Continuing Education in Nursing · Vol 41, No 12.<http://proquest.umi.com/pqdweb?SQ=caring+behavior+and+patient+satisfaction&DBId1>. Diperoleh 28 September 2016
- Jonirasmanto. 20/11/ 2009. *Mutu Pelayanan Kesehatan ;Ambivalensi Antara Kewajiban dan Keinginan* (antara penyelenggara dan pemilik). <http://artikelindonesia.com/hal-mutu-pelayanan-rumah-sakit.html>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. J., & Snyder. (2011). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta EGC.
- Leininger, Madeleine M. (1981). *Caring; an Essential Human Need: Proceedings of Three National Caring*. Michigan: Wayne State University Press
- Muninjaya AAG. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurachmah, E. (2000). *How nurses express their caring behavior to patients with spesialist need*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*
- Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktik keperawatan profesional edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika.

- Ozan, Y. D. (2015). *Implementation of Watson ' s Theory of Human Caring : A Case Study*, 8(1), 25–36.
- Özlü, Z. K. (2015). *Evaluation of Satisfaction with Nursing Care of Patients Hospitalaized in*, 8(1), 19–24.
- Potter, P. A. & Perry A. G. (2005). *Fundamentals of Nursing : Concepts, Process, and Practice*. 6th Ed. St. Luois, MI : Elsevier Mosby.
- Potter, P.A & Perry,A.G (2009) *Fundamental of nursing, 7th edition*. Singapore: Elsevier.
- Porter, C. a, Cortese, M., Vezina, M., & Fitzpatrick, J. J. (2014). Nurse Caring Behaviors Following Implementation of a Relationship Centered Care Professional Practice Model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 818–822.
- PPNI (2017). *Pedoman Praktik Keperawatan Mandiri*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI)
- Rafli, F., Hajinezhad, M. E., & Haghani, H. (2008). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 75–84. . Diperoleh pada tanggal 19 September 2016.
- Rhodes JE, Lowe SR, Schwartz SEO. Mentor Relationships. In: Prinstein BBBJ, editor. *Encyclopedia of Adolescence*. San Diego: Academic Press; 2011. p. 196-204.
- Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi*, Edisi kesepuluh. Jakarta : PT
- Sabarguna, B. (2005). *Analisis Pemasaran Rumah Sakit*. Yogyakarta : Konsorium Rumah Sakit Islam JATENG-DIY

- Sabarguna BS. (2009). *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sartika, Nanda. (2011) *Konsep Caring*. Diambil dari <http://www.pedoman.news.com>. Diakses pada 20 November 2013 pukul 16.10 pm.
- Suarli, S dan Bahtiar. (2012). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta: Erlangga
- Swanson. (1993). Nursing as Informed caring for the Well Being of Others. *IMAGE:Journal of Nursing Scholarship*: 25(4). Retrieved from [http:// www.son.washington.edu/](http://www.son.washington.edu/)
- Tawi, Mirza. 2008. *Hak Pasien dan Perawat*. <http://syehaceh.wordpress.com/2008/06/18/hak-pasien-dan-perawat/>. [Online : 13 Oktober 2011)
- Tjiptono, Fandy dan Chandra, Gregorius, 2004, *Service, Quality Satisfaction*. Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Theofanidis, D. (2015). Nursing and Caring : An Historical Overview from Ancient Greek Tradition to Modern Times, *8(3)*, 791–800.
- Tomey, A.M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorist and their work* (sixth,ed.). St. Louis : The C.V Mosby Elsevier.
- Tomey, A.M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theory utilization & application*. St. Louis : The C.V Mosby Elsevier.
- Tomey, AM, Alligood, MR. *Nursing Theorist*. Six Edition. Mosby :US Of Amerika. <http://www.rnjournal.com/journalofnursing/caring.html>.

Tonges, M., & Ray, J. (2011).Tranlating Caring Theory into Practice. *Journal of Nursing Administration*.

Undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan.
Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5612

Widayat R . (2009). *Hospital Organization*. Yogyakarta : Andi Offset.

