



ILMU KEPERAWATAN DASAR



Lenny Erida Silalahi • Martalina Limbong • Yohanes Gamayana Trimawang Aji
Kartini • Fhirawati • Abdi Tallulembang • Siti Latipah • Ristonilassius
Sharely Nursy Siringoringo • Tri Suwanto • Tutik Herawati

ILMU KEPERAWATAN DASAR



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

Ilmu Keperawatan Dasar

Lenny Erida Silalahi, Martalina Limbong
Yohanes Gamayana Trimawang Aji, Kartini, Fhirawati
Abdi Tallulembang, Siti Latipah, Ristonilassius
Sharely Nursy Siringoringo, Tri Suwarto, Tutik Herawati



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Ilmu Keperawatan Dasar

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Lenny Erida Silalahi, Martalina Limbong,
Yohanes Gamayana Trimawang Aji, Kartini, Fhirawati,
Abdi Tallulembang, Siti Latipah, Ristonilassius,
Sharely Nursy Siringoringo, Tri Suwanto, Tutik Herawati

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Lenny Erida Silalahi., dkk.

Ilmu Keperawatan Dasar

Yayasan Kita Menulis, 2021

xvi; 156 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-331-1

Cetakan 1, Desember 2021

- I. Ilmu Keperawatan Dasar
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa

izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Segala puji bagi Allah Tuhan semesta alam, atas rahmat dan hidayah Nya kami akhirnya dapat menyelesaikan buku “Ilmu Keperawatan Dasar” dengan baik. Buku ini disusun atas Kerjasama dan kolaborasi dosen dari berbagai institusi perguruan tinggi di Indonesia.

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu buku acuan bagi dosen atau tenaga pengajar, calon perawat dan praktisi pelayanan Kesehatan dalam mengenal tentang filsafat ilmu keperawatan, konsep dasar keperawatan, sejarah perkembangan keperawatan, konsep pertumbuhan dan perkembangan manusia dan teori model keperawatan sampai dengan kode etik, isu etik dan aspek hukum keperawatan.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan buku ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan keberkahan untuk seluruh tim yang terlibat.

Sebagai manusia biasa, buku ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kami selalu membuka diri untuk menerima berbagai masukan, kritik dan saran agar buku ini lebih baik lagi.

Besar harapan kami, semoga buku ini mampu memberikan kemanfaatan bagi ilmu keperawatan.

Tim Penulis

Ns. Lenny Erida Silalahi. S. Kep., M. Kep

Daftar Isi

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

Bab 1 Filsafat Ilmu Keperawatan

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Filsafat	2
1.3 Filsafat Keperawatan	2
1.3.1 Hakikat Keperawatan	3
1.3.2 Esensi Keperawatan	3
1.3.3 Relevansi Antara Filsafat Ilmu Dengan Keperawatan	3
1.3.4 Manfaat Atau Peranan Filsafat Ilmu Dalam Ilmu Keperawatan	4
1.4. Ontologi, Epistemologi Dan Aksiologi Keperawatan	4
1.4.1. Ontologi Keperawatan	4
1.4.2 Epistemologi Keperawatan	6
1.4.3 Epistemologi Dalam Karakteristik Ilmu Keperawatan	6
1.4.3 Aksiologi Keperawatan	7

Bab 2 Konsep Dasar Keperawatan

2.1 Pendahuluan	9
2.2 Definisi Keperawatan	10
2.3 Keperawatan Sebagai Ilmu	11
2.4 Sistem Pelayanan Kesehatan	14
2.5 Proses Keperawatan Sebuah Konsep Dasar Keperawatan	15
2.6 Keperawatan Professional	16

Bab 3 Sejarah Perkembangan Keperawatan

3.1 Pendahuluan	21
3.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan Di Dunia	22
3.2.1 Zaman Purba	22
3.2.2 Zaman Keagamaan	23
3.2.3 Zaman Permulaan Masehi	23
3.2.4 Zaman Permulaan Abad 21	23

3.2.5 Zaman Sebelum Dan Selama Perang Dunia Kedua	24
3.2.6 Masa Sesudah Perang Dunia Kedua	24
3.2.7 Periode Tahun 1950.....	25
3.3 Sejarah Perkembangan Keperawatan Di Indonesia	25
3.3.1 Zaman Voc (Vereenigde Oostindische Compagnie)	25
3.3.2 Zaman Penjajahan Belanda I	25
3.3.3 Zaman Penjajahan Inggris.....	26
3.3.4 Zaman Penjajahan Belanda II	26
3.3.5 Zaman Penjajahan Jepang.....	26
3.3.6 Zaman Kemerdekaan Sampai Sekarang	27
3.4 Faktor Memengaruhi Sejarah Perkembangan Keperawatan.....	27
3.4.1 Peran Dan Sikap Masyarakat.....	27
3.4.2 Masa Perang	28
3.4.3 Pemimpin Dalam Keperawatan.....	28
3.5 Warisan Sejarah Perkembangan Keperawatan	29
3.5.1 Lencana Keperawatan	29
3.5.2 Seragam Keperawatan.....	29
3.5.3 Pin Sekolah Keperawatan	29

Bab 4 Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan Manusia

4.1 Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan.....	31
4.2 Teori-Teori Perkembangan.....	32
4.2.1 Teori Perkembangan Biofisik	32
4.2.2 Teori Psikoanalitik/Psikososial.....	32
4.2.3 Teori Kognitif	34
4.2.4 Teori Perkembangan Moral Lawrence Kohlberg.	35
4.3 Periode Perkembangan.....	35

Bab 5 Pemahaman Teori Dan Model Keperawatan

5.1 Pendahuluan.....	39
5.2 Definisi	40
5.3 Karakteristik Teori Keperawatan	41
5.4 Faktor Pengaruh Teori Keperawatan	41
5.5 Tujuan Dan Teori Keperawatan	43
5.6 Perkembangan Teori Keperawatan	43
5.5.1 Teori Keperawatan Florence Nightingale.....	43
5.5.2 Teori Keperawatan Virginia Henderson	44
5.5.3 Teori Keperawatan Faye Gleen Abdellah	45
5.5.4 Teori Keperawatan Imogene King.....	45

5.5.5 Teori Keperawatan Dorothea E. Orem	46
5.5.6 Teori Keperawatan Jean Watson.....	46
5.5.7 Teori Keperawatan Sister Calista Roy	47
5.5.8 Teori Keperawatan Hildegard E. Peplau	47
5.5.9 Teori Keperawatan Myra Estrin Levine	48
5.5.10 Teori Perawatan Martha Elizabeth Rogers.....	48
5.5.11 Teori Keperawatan Betty Newman.....	49
5.5.12 Teori Keperawatan Sitti Rufaidah.....	49
Bab 6 Konsep Kecemasan Dan Kehilangan	
6.1 Kecemasan	51
6.1.1 Manifestasi Kecemasan.....	52
6.1.2 Teori Kecemasan	52
6.1.3 Macam-Macam Kecemasan	53
6.1.4 Karakteristik Kecemasan	54
6.1.5 Rentang Respon Kecemasan	54
6.1.5 Tingkat Kecemasan	56
6.1.6 Faktor Penyebab Kecemasan.....	57
6.1.7 Respon Tubuh Terhadap Kecemasan	58
6.1.8 Mekanisme Koping Terhadap Kecemasan.....	59
6.2 Kehilangan	60
6.2.1 Pengertian.....	60
6.2.2 Jenis-Jenis Kehilangan	60
6.2.3 Sifat Kehilangan	61
6.2.4 Tipe Kehilangan.....	61
6.2.5 Kategori Kehilangan.....	62
6.2.6 Rentang Respon Kehilangan	63
6.2.7 Proses Kehilangan	63
Bab 7 Berpikir Kritis Dan Pengambilan Keputusan	
7.1 Pendahuluan.....	65
7.2 Pengertian Berpikir.....	66
7.3 Pengertian Berpikir Kritis	66
7.4 Berpikir Kritis Dan Pengambilan Keputusan	67
7.5 Kompetensi Berpikir Kritis.....	67
7.5.1 Berpikir Kritis Umum	68
7.5.2 Berpikir Kritis Spesifik.....	69
7.5.3 Berpikir Kritis Spesifik Dalam Keperawatan.....	69
7.6 Kompetensi Berpikir Kritis.....	69

7.7 Hubungan Proses Keperawatan Dengan Berpikir Kritis Dalam Pengambilan Keputusan	72
------------------------------------------------------------------------------------------	----

Bab 8 Kode Etik Dalam Keperawatan

8.1 Pendahuluan.....	75
8.2 Etika, Nilai, Dan Moral	76
8.2.1 Etika	76
8.2.2 Nilai	77
8.2.3 Moral	78
8.2.4 Konsep Dan Prinsip Etika Keperawatan Vs Hukum Kesehatan	80
8.2.5 Kode Etik Keperawatan	84
8.2.6 Kode Etik Keperawatan International Council Of Nursing (ICN) .	86
8.2.7 Kode Etik Perawat Indonesia.....	88

Bab 9 Isu Etik Dalam Praktik Keperawatan

9.1 Pendahuluan.....	91
9.2 Prinsip Dan Isu Etik.....	93
9.2.1 Kejujuran/Veracity	93
9.2.2 Kesetiaan/Fidelity	94
9.2.3 Keadilan/Justice	95
9.2.4 Otonomi/Autonomy	96
9.2.5 Kemurahan Hati (Maslahat)/Beneficence	98
9.2.6 Tidak Mencederai/Nonmaleficence	100
9.3 Menanggulangi Dilema Etik.....	101

Bab 10 Prinsip Legal Dalam Praktik Keperawatan

10.1 Malpraktek	105
10.1.1 Tindakan Yang Termasuk Malpraktek	106
10.1.2 Dampak Malpraktek.....	106
10.1.3 Kelalaian.....	106
10.2 Elemen-Elementer Pertanggungjawaban Hukum (Liability).....	108
10.3 Pertanggunggugatan Dan Pertanggungjawaban.	109
10.4 Prinsip-Prinsip Legal Dalam Praktik Keperawatan	110
10.4.1 Latar Belakang Masalah.....	110
10.4.2 Hak Asasi Manusia.....	110
10.4.3 Hak-Hak Perawat.....	111
10.4.4 Identifikasi Masalah	111
10.5 Undang-Undang Praktek Keperawatan.....	114
10.6 Aspek Legal Dalam Praktik Keperawatan	117

10.7 Standar Pelayanan	117
10.8 Quality Of Life (Kualitas Dalam Kehidupan).....	118
10.9 Ethical Issues In Treatment (Isu Masalah Etik Dalam Tindakan Keperawatan).....	118
10.10 Euthanasia (Masalah Mengakhiri Kehidupan Dengan Maksud Menolong)	119
Bab 11 Aspek Hukum Dalam Keperawatan	
11.1 Pendahuluan.....	121
11.2 Hukum Kesehatan	122
11.2.1 Pengertian Hukum Kesehatan	122
11.2.2 Fungsi Dan Tujuan Hukum Kesehatan.....	123
11.2.3 Sifat Dan Hakikat	125
11.2.4 Sumber Hukum Kesehatan.....	127
11.3 Pelayanan Keperawatan.....	129
11.3.1 Intisari Pelayanan Keperawatan	129
11.4 Hukum Terkait Dengan Bidang Keperawatan.....	131
11.5. Ciri-Ciri Pekerjaan / Profesi Perawat.....	132
11.6. Tugas Dan Wewenang Perawat	132
11.6.1. Pelimpahan Wewenang Dokter Kepada Perawat	132
11.6.2 Pelimpahan Wewenang Ditinjau Dari Aspek Hukum	133
11.7 Tanggung Jawab Dan Tanggung Gugat Perawat	134
11.7.1 Tanggung Jawab Perawat	134
11.7.2 Tanggung Jawab Administrasi.....	135
11.7.3 Tanggung Jawab Perdata	135
11.7.4 Tanggung Jawab Pidana	136
11.7.5 Tanggung Gugat Perawat	136
11.8 Hak Dan Kewajiban Pasien Dan Perawat	137
11.8.1 Hak Dan Kewajiban Pasien	137
11.8.2 Hak Dan Kewajiban Perawat	138
Daftar Pustaka	141
Biodata Penulis	151

Daftar Gambar

Gambar 6.1: Rentang Respon Kecemasan	54
Gambar 6.2: Rentang respon individu terhadap kehilangan.....	63
Gambar 8.1: Diagram Nilai Kode Etik Keperawatan	88
Gambar 11.1: Intisari Pelayanan Profesi Keperawatan	129
Gambar 11.2: Jaminan Pelayanan Keperawatan yang Bermutu dan Aman Bagi Pasien.....	130
Gambar 11.3: Peraturan yang Berhubungan dengan Hukum Keperawatan	131

Daftar Tabel

Tabel 4.1: Teori perkembangan psikoanalik/psikososial menurut beberapa ahli	33
Tabel 4.2: Teori perkembangan kognitif Piaget	34
Tabel 4.3: Teori perkembangan Moral Lawrence Kohlberg.....	35
Tabel 11.1: Bentuk Kepastian Hukum dan Perlindungan Hukum pada Kelompok Pemberi Kelompok Penerima Layanan Kesehatan (Health Receiver) dan Kelompok Pemberi Layanan Kesehatan (Health Providers).....	124

Bab 1

Filsafat Ilmu Keperawatan

1.1 Pendahuluan

Filsafat adalah pengetahuan dan penyelidikan dengan menggunakan akal budi mengenai sebab-sebab, asas-asas hukum dan sebagainya daripada segala yang ada dalam kehidupan atau mengetahui kebenaran arti " adanya " sesuatu. Filsafat Ilmu merupakan bagian dari filsafat yang menjawab beberapa pertanyaan mengenai hakikat ilmu. Di dalam nya berkaitan erat dengan epistemologi dan ontologi.

Ilmu Keperawatan yaitu suatu bidang pengetahuan berdasarkan kontribusi dari para pakar keperawatan yang melalui ulasan jurnal ilmiah, praktik keperawatan yang di buktikan dengan EBNP (Evidence Based Nursing Practice) yang dalam prakteknya memiliki konsep dasar langsung berkaitan dengan manusia. Di mana di dalam kehidupan manusia, kita selalu belajar tentang ilmu tetapi belum semua memahami bagaimana filsafat ilmu tersebut. banyak orang menganggap bahwa filsafat adalah merenung di mana semua orang merenung dikatakan filsafat. Kalau kita telaah secara keilmuan bahwa filsafat itu adalah ikhtiar manusia untuk memahami pengetahuan agar menjadi berakal. Filsafat ilmu juga juga yang menelusuri dan menyelidiki secara dalam dan luas dalam mengenal keilmuan (Ahmad Taufik Nasution, 2016).

Jadi, filsafat keperawatan yaitu dasar pemikiran yang harus dimiliki perawat sebagai kerangka dalam berpikir. Dalam praktek keperawatan ditentukan dalam standar organisasi profesi dan sistem pengaturannya diatur dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan sebagai kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

1.2 Filsafat

Kata falsafah atau filsafat dalam bahasa Indonesia merupakan kata serapan dari bahasa Arab: *فلسفة*, yang juga diambil dari bahasa Yunani; *Φιλοσοφία* *philosophia*. Dalam bahasa ini, kata ini merupakan kata majemuk, dan berasal dari kata-kata (*philia* = persahabatan, cinta dsb.) dan (*Shopia* = kebijaksanaan, kearifan), sehingga arti harafiahnya adalah seorang “pencinta kebijaksanaan”. Kata filosofi yang diambil dari bahasa Belanda juga dikenal di Indonesia. Bentuk terakhir ini lebih mirip dengan aslinya. Dalam bahasa Indonesia seseorang yang mendalami bidang falsafah disebut “filsuf” (Wikipedia bahasa Indonesia, 2021).

1.3 Filsafat Keperawatan

Filsafat dapat diartikan yaitu studi tentang hakikat realitas dan keberadaan, soal apa yang mungkin diketahui serta perilaku yang benar atau salah. Filsafat merupakan suatu pandangan dasar terhadap keyakinan nilai-nilai yang dipakai menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan.

Filsafat keperawatan merupakan kerangka dasar dalam praktik keperawatan di dalamnya mempunyai esensi keperawatan terhadap pandangan dasar tentang hakikat manusia sebagai makhluk holistik (yang memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial-kultural dan spiritual (Nur Aini, 2018).

Secara mendasar keperawatan merupakan suatu profesi yang memiliki konsep keilmuan yang jelas, yang menuntut untuk berpikir secara kritis, logis dan analitis bekerja secara rasional dan etis. Di mana kematangan dalam bersikap tanggap terhadap kebutuhan dan perkembangan masyarakat akan pelayanan keperawatan.

1.3.1 Hakikat Keperawatan

Hakikat ilmu keperawatan adalah ilmu yang mempelajari tentang respon manusia terhadap sehat dan sakit yang difokuskan pada kepedulian perawat terhadap terpenuhinya kebutuhan dasar klien yaitu:

1. Perawat sebagai profesi yang berorientasi kepada pelayanan untuk membantu manusia mengatasi masalah sehat dan sakit dalam kehidupannya mencapai kesejahteraan.
2. Perawat sebagai pelayanan kesehatan yang memiliki tiga sasaran yaitu individu, keluarga dan masyarakat sebagai klien.
3. Perawat sebagai kolabolator dengan tim kesehatan lainnya dalam pembinaan kesehatan, pencegahan penyakit, penentu diagnosis dini, penyembuhan serta rehabilitasi dan pembatasan penyakit.

1.3.2 Esensi Keperawatan

1. Memandang klien sebagai makhluk yang utuh (holistik) yang harus dipenuhi segala kebutuhannya baik bio-piko sosial dan spritual yang diberikan secara komperhensif dan tidak bisa dilakukan secara sepihak atau sebagian kebutuhan nya.
2. Bentuk keperawatan diberikan secara langsung dengan memperhatikan aspek kemanusiaan.
3. Setiap orang berhak mendapatkan perawatan tanpa memandang perbedaan suku, kepercayaan, status sosial, agama dan ekonomi.
4. Klien adalah mitra aktif dalam pelayanan kesehatan bukan sebagai penerima jasa yang pasif.

1.3.3 Relevansi Antara Filsafat Ilmu Dengan Keperawatan.(Yasni and Muhammad, 2020)

Filsafat keperawatan yaitu mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas, keingintahuan tentang gambaran sesuatu yang lebih berdasarkan pada alasan logis daripada metode empiris.

1.3.4 Manfaat atau Peranan Filsafat Ilmu Dalam Ilmu Keperawatan.

1. Memudahkan dalam melaksanakan proses keperawatan
2. Sebagai landasan dasar ilmu keperawatan dalam pelaksanaan proses keperawatan dalam berperilaku baik itu dalam bertutur kata, pengetahuan serta arifan.
3. Mencegah kesalahpahaman dan konflik dalam pencarian kebenaran tentang ilmu keperawatan.
4. Sebagai dasar dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan untuk bertindak melalui pengalaman-pengalaman yang sudah ada.
5. Mendapatkan kebenaran tentang hal-hal yang dianggap belum pasti apakah tindakan yang di lakukan dan pendapat yang di keluarkan tentang dunia keperawatan adalah benar atau salah.

1.4. Ontologi, Epistemologi dan Aksiologi Keperawatan

Di dalam ilmu keperawatan dilihat dari sudut pandang filsafat yaitu mempelajari tentang Ontologi (apa ilmu keperawatan), Epistemologi (bagaimana lahirnya ilmu keperawatan dan Aksiologi (untuk apa ilmu keperawatan itu digunakan).

1.4.1. Ontologi Keperawatan

Ontologi berasal dari kata ontos yang berarti sesuatu yang terwujud. Di mana ontologi adalah ilmu yang mempelajari tentang kajian filsafat yang bersifat konkrit yang berasal dari Yunani. Ontologi adalah ilmu yang mengenai teori yang ada (theory of being) atau “apa itu” dan “apa yang ada”. Ontologi keperawatan adalah sifat praktik keperawatan dan proses kesehatan manusia (McEwen, M., & Wills, 2012).

1. Aplikasi Ontologi Dalam Keperawatan
 - a. Diaplikasikan untuk menjelaskan dasar keperawatan, perkembangan teori dan analisa.(Meleis, 2012)
 - b. Diaplikasikan dalam memandu penelitian dan praktik yang berhubungan dengan pencegahan penyakit dan mempertahankan serta mempromosikan kesehatan pasien.
 - c. Diaplikasikan untuk mendasari konsep bahwa pasien adalah pusat dari asuhan keperawatan.
2. Dua aspek Ontologi Dalam Ilmu Keperawatan (Setiyo, 2021) yaitu:
 - a. Prinsip penafsiran tentang realitas.

Di mana prinsip penafsiran tentang keilmuan keperawatan mencakup beberapa pernyataan seperti realitas adalah gejala fisik yang berwujud sebagai fakta data. Di dalam ilmu keperawatan dalam mengartikan realitas mempunyai beberapa anggapan dasar (asumsi, premis) yaitu uniformitas, relative tetap dan memiliki pola kejadian baku.

 - Uniformitas: Wujud kehidupan manusia mempunyai kemiripan dengan wujud lainnya dilihat dari kriteria tertentu seperti kualitas, kuantitas atau modus.
 - Relative: Setiap wujud memiliki bentuk yang tetap contoh ketegangan, kecemasan, depresi, kesedihan, penolakan dan coping.sebelum berubah bentuk menjadi wujud lain Seperti stress, gembira, penerimaan.
3. Batasan - batasan telaahan

Suatu kegiatan keilmuan secara umum merupakan empiric yang dapat di tangkap oleh panca indra manusia

Dua golongan keilmuan:

 - Pengetahuan Ilmiah
 - Sarana Pengetahuan Ilmiah: Alat membantu kegiatan dalm memperoleh dan menyusun pengetahuan seperti logika, bahasa,statistik dan metode penelitian.

1.4.2 Epistemologi Keperawatan

Epistemologi berasal dari kata episteme (pengetahuan) dan logos (Kata, pikiran, percakapan, atau ilmu) yang berasal dari Bahasa Yunani yang berarti bagian filsafat yang membicarakan tentang terjadinya pengetahuan, sumber pengetahuan, asal mula pengetahuan, batas-batas, sifat, metode dan kesahihan pengetahuan. Epistemologi dalam ilmu keperawatan dapat dilihat dari aspek-aspek sifat, proses dan fungsi pengetahuan ilmiah yang telah diperoleh dan tersusun secara rasional, logis dan sistematis yang bersifat saling berkaitan.

Epistemologi dalam keperawatan digunakan dalam mengembangkan, mengidentifikasi serta memvalidasi pengetahuan tentang dan untuk keperawatan (Bruce, A., Rietze, L., & Lim, 2014) seperti:

1. Mencari penjelasan yang lebih baik mengenai ilmu keperawatan
2. Menentukan tindakan yang paling efektif dan efisien untuk diberikan kepada klien.

1.4.3 Epistemologi Dalam Karakteristik Ilmu Keperawatan(Risnah, 2021)

1. Pengetahuan Umum (Public Knowledge)
Ilmu keperawatan dapat di pelajari oleh semua orang. Ilmu keperawatan juga dapat di publikasikan dengan bahasa yang sarat unsur informatif maupun emotif.
2. Objektif
Ilmu keperawatan mampu memberikan interpretasi pada objek yang sama dengan menggunakan cara yang sama hingga diperoleh hasil akhir yang sama pula.
3. Abstraksi
Ilmu keperawatan diperuntukan bagi manusia yang tidak akan pernah lepas dari kebutuhan. Hal ini tertuang dalam sejumlah konsep tentang manusia, yaitu manusia sebagai manusia holistic.(bio, psiko,sosio,spritual), manusia sebagai makhluk yang unik.
4. Konseptual
Ilmu keperawatan memiliki konsepsi yang membangun teori keperawatan (Asmadi, 2009).

1.4.3 Aksiologi Keperawatan

Aksiologi atau etik merupakan cabang dari Ilmu filsafat yang mempelajari tentang nilai- nilai, salah maupun benar (McEwen, M., & Wills, 2012).

Di dalam etika keperawatan seringkali moralitas yang muncul dalam pelaksanaan praktik keperawatan dan elemen dasar serta nilai dan tindakan yang benar dan dasar praktik keperawatan.(Bruce, A., Rietze, L., & Lim, 2014).

Bentuk nyata dari pelaksanaan aksiologi di dalam keperawatan adalah (McEwen, M., & Wills, 2012):

1. Prinsip
2. Kode etik
3. Etika Keperawatan

Aksiologi dalam keperawatan digunakan perawat untuk menjaga nilai-nilai profesi, metodologi praktik dalam profesi dan panduan dalam praktik dan menjaga sikap serta tindakan yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan mencegah pasien safety.

Bab 2

Konsep Dasar Keperawatan

2.1 Pendahuluan

Seiring dengan kemajuan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang kesehatan dan keperawatan, dan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap mutu dan kualitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan di bidang keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan. Hal ini perlu disikapi dengan baik profesi keperawatan dan dukungan para penyelenggara pendidikan agar para lulusan yang dihasilkan mampu bekerja secara profesional di bidang kesehatan khususnya pelayanan keperawatan (Sulaiman, 2021).

Dalam rangka pengembangan mutu pelayanan keperawatan sesuai dengan harapan dan tuntutan masyarakat maka hal ini harus ditunjang oleh tenaga keperawatan yang dapat dibina dan kembangkan secara berkesinambungan sehingga profesional dalam berbagai cara baik secara formal maupun informal. Salah satunya melalui pengembangan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan khususnya tenaga keperawatan yang belum menyelesaikan jenjang pendidikan minimal Diploma III Keperawatan. Agar mereka dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan terkini sehingga mampu menerapkannya dalam memberikan pelayanan keperawatan secara profesional dan berkualitas kepada masyarakat (Mudhofir, 2012).

Salah satu bentuk pengembangan di bidang pendidikan yaitu diselenggarakan Program Pendidikan Jarak Jauh PPJJ) bagi tenaga kesehatan yang ada di daerah - daerah tanpa harus meninggalkan tugas dan tanggung jawabnya memberikan pelayanan kepada masyarakat. Agar program ini berjalan dengan baik perlu ditunjang dengan adanya bahan ajar yang memadai, seperti ketersediaan modul, ketersediaan buku ajar dan juga buku referensi lainnya bagi peserta didik (Budiono, 2016). Salah satu buku tersebut adalah Buku Ilmu Keperawatan Dasar. Salah satu modul pembelajaran, yang disediakan adalah modul konsep dasar keperawatan.

Pada salah satu bab 2 ini akan menguraikan hal-hal sebagai berikut:

1. Definisi ke perawatan
2. Keperawatan sebagai ilmu
3. Sistem pelayanan kesehatan
4. Proses ke perawatan sebuah konsep dasar ke perawatan
5. Keperawatan profesional

Ada beberapa manfaat yang akan Anda peroleh setelah mempelajari materi dalam mata kuliah ini, diantaranya. Anda akan memperoleh wawasan dan pengetahuan baru berkaitan dengan ilmu konsep dasar keperawatan yang nanti dapat anda gunakan sebagai pedoman kerja ketika anda akan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Selain itu Anda akan dapat menilai tingkat kemampuan diri sendiri karena anda harus belajar mandiri tanpa harus melakukan tatap muka langsung dengan tutor atau pembimbing mata kuliah

2.2 Definisi Keperawatan

Perawat adalah tenaga profesional yang mempunyai pendidikan dalam sistem pelayanan kesehatan. Kedudukannya dalam sistem ini adalah anggota tim kesehatan yang mempunyai wewenang dalam penyelenggara pelayanan keperawatan (Barbara, Kozier dkk, 2010). Perawat sebagai tenaga kesehatan yang mengasuh dan merawat orang lain yang mengalami masalah kesehatan. Namun seiring dengan kemajuan di bidangnya, perawat merujuk pada posisinya sebagai bagian integral dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional (Wardah, 2017).

Keperawatan sebagai profesi merupakan salah satu pekerjaan di mana dalam menentukan tindakannya didasarkan pada ilmu pengetahuan serta memiliki keterampilan yang jelas dalam keahliannya, perawat mempunyai otonomi dalam kewenangan dan tanggungjawab dalam tindakan serta adanya kode etik dalam bekerjanya kemudian juga berorientasi pada pelayanan dengan melalui pemberian asuhan keperawatan kepada individu, kelompok dan masyarakat (Hidayat, 2018).

Dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan, perawat memperhatikan individu sebagai makhluk yang holistik dan unik. Peran utamanya adalah memberikan asuhan keperawatan kepada klien meliputi treatment keperawatan, observasi, pendidikan kesehatan dan menjalankan treatment medical sesuai dengan pendelegasian yang diberikan (Dede, 2014).

2.3 Keperawatan sebagai Ilmu

Konsep teori keperawatan disusun berdasarkan ilmu dan seni yang mencakup berbagai aktivitas konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu. Keperawatan merupakan profesi yang unik karena fungsi dan tanggung jawab keperawatan ditujukan ke berbagai respon klien baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapi (Budiono, 2016).

Keperawatan sebagai sebuah profesi yang masih berupaya menunjukkan jati diri dan profesi keperawatan dengan kesiapan menghadapi tantangan secara eksternal dan internal yaitu profesi keperawatan ini sendiri. Perawat dalam menjalankan peran, fungsi dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan, dituntut untuk memiliki keterampilan dan keahlian serta disiplin yang tinggi. Keahlian dan keterampilan dalam keperawatan merupakan hasil dari ilmu pengetahuan dan pengalaman klinik yang dijalaninya (Budiono, 2016). Oleh karena itu, keilmuan yang dimiliki oleh perawat harus senantiasa dikembangkan seiring dengan semakin perkembangan ilmu pengetahuan dan tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan khususnya keperawatan (Hidayat, 2018).

Ilmu biasanya identik dengan pengetahuan atau disebut ilmu pengetahuan adalah seluruh upaya sadar manusia untuk menyelidiki, menemukan dan meningkatkan pemahaman manusia dari berbagai aspek realitas di alam. Ilmu

tidak hanya pengetahuan (knowledge) namun meringkas satu set teori berbasis pengetahuan yang di sepakati dan dapat diuji secara sistematis dengan seperangkat metode yang diakui dalam bidang ilmu tertentu. Ilmu biasanya dipadankan dengan kata science, sedang pengetahuan dengan knowledge. Dalam bahasa Indonesia kata science berasal dari bahasa Yunani dari kata Scio, Scire yang berarti pengetahuan. Umumnya diartikan Ilmu tapi sering juga diartikan dengan Ilmu Pengetahuan, meskipun secara konseptual mengacu pada makna yang sama (Dafrita, 2015).

Ilmu merupakan sebuah fenomena yang menarik dalam kehidupan manusia, yang berhubungan dengan sebab akibat atau asal-usul yang bersifat universal dan memiliki objektivitas tanpa dipengaruhi oleh prasangka - prasangka subjektif. Ilmu sering di sama artikan dengan pengetahuan yang artinya memahami, mengerti atau mengetahui. Oleh karena itu, dalam ilmu ada syarat yang harus dipenuhi, sehingga pengetahuan dapat dikategorikan sebagai ilmu. Menurut The Liang Gie dalam Widyawati (2013). secara lebih khusus menyebutkan ciri-ciri ilmu adalah 1). Empiris berdasarkan pengamatan dan percobaan), 2). Sistematis tersusun secara logis serta mempunyai hubungan saling bergantung dan teratur), 3). Objektif terbebas dari persangkaan dan kesukaan pribadi), 4). Analitis menguraikan persoalan menjadi bagian-bagian yang terinci), 5). Verifikatif dapat diperiksa kebenarannya).

Keperawatan sebagai bagian integral pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. pada perkembangannya ilmu keperawatan selalu mengikuti perkembangan ilmu lain. Keperawatan dapat disebut sebagai ilmu karena ilmu keperawatan menggunakan pendekatan dan metode penyelesaian masalah yang secara ilmiah ditujukan untuk mempertahankan, memelihara dan meningkatkan kualitas hidup klien. Selain itu, ilmu keperawatan banyak sekali menerapkan ilmu-ilmu dasar seperti ilmu perilaku, sosial, fisika, biomedik dan sebagainya. Ilmu keperawatan juga mempelajari pengetahuan inti yang menunjang praktik keperawatan yaitu fungsi tubuh manusia yang berkaitan dengan kondisi sehat dan sakit serta pokok bahasa pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada klien (Leniwita, 2020).

Ilmu keperawatan merupakan suatu disiplin ilmu yang memiliki body of knowledge yang disusun dari beberapa teori-teori yang membentuk satu kesatuan utuh yang khas dan mempunyai arti atau makna yang berbeda dan senantiasa berkembang. Keperawatan sebagai ilmu memiliki objek formal dan material, sebagai objek formal keperawatan mempunyai cara pandang pada

respon manusia terhadap masalah kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, di mana ilmu keperawatan memperhatikan masalah-masalah keperawatan yang dilakukan dengan cara ilmiah. sebagai objek materi keperawatan memiliki bahasa yang disusun secara sistematis dan menggunakan metode ilmiah (Budiono, 2016).

Keperawatan sebagai ilmu mengalami perkembangan demikian pesatnya sehingga banyak sekali muncul-muncul teori-teori baru, yang memiliki beberapa karakteristik. Menurut Newman (1979) dalam Hidayat (2018), ada tiga cara pendekatan dalam pengembangan dan pembentukan teori keperawatan, yaitu meminjam teori-teori dari disiplin ilmu lain yang relevan dengan tujuan untuk mengintegrasikan teori-teori ini ke dalam ilmu keperawatan, menganalisis situasi praktik keperawatan dalam rangka mencari konsep yang berkaitan dengan praktik keperawatan serta menciptakan suatu kerangka konsep yang memungkinkan pengembangan teori keperawatan.

Pengembangan ilmu keperawatan perlu dilakukan karena teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dan pengembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai, diantaranya: a). Adanya teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan - kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, baik untuk tindakan atau bentuk model praktek keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratasi. b). Adanya teori keperawatan membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan kemudian dapat memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan. c). Adanya teori keperawatan membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan, dan d). Adanya teori keperawatan juga dapat memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang.

2.4 Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Melalui sistem ini tujuan pembangunan kesehatan dapat dicapai dengan cara yang efektif, efisien dan tepat sasaran. Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan kesehatan antara lain perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya. Sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dengan melihat nilai-nilai yang ada pada masyarakat. Perawat sebagai komponen sistem pelayanan kesehatan juga diharapkan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas (Hidayat, 2018).

Sistem terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Bagian tersebut terdiri atas input, proses, output, dampak, umpan balik dan lingkungan (Saragi, 2017). Pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sangat bervariasi sesuai dengan kebutuhan mereka.

Menurut Leavel dan Clark and tingkat pelayanan kesehatan yang diberikan adalah sebagai berikut:

1. Health promotion (promosi kesehatan)
Pelayanan ini merupakan tingkat pertama dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Tingkat pelayanan ini berupa kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi, pemeriksaan kesehatan berkala, layanan prenatal, layanan lansia dan lain-lain.
2. Specific protection (perlindungan khusus)
Tingkat pelayanan ini diberikan dengan tujuan melindungi masyarakat dari bahaya yang menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit - penyakit tertentu. Layanan ini dapat berupa pelayanan perlindungan keselamatan kerja di tempat berisiko, dan dapat berupa imunisasi seperti imunisasi BCG, DPT, Hepatitis, cacar dan lain-lain.
3. Early diagnostic and prompt treatment (diagnosa dini dan pengobatan yang tepat)
Pada tingkat pelayanan ini sudah timbul gejala dari suatu penyakit sehingga bertujuan untuk mencegah meluasnya penyakit serta

penyebarannya. Kegiatan layanan berupa survei pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat.

4. Disability limitation (pembatasan cacat)

Pelayanan ini diberikan untuk mencegah pasien dan masyarakat tidak mengalami kecacatan akibat penyakit yang timbul.

5. Rehabilitation (rehabilitasi)

Setelah pasien didiagnosis sembuh maka tingkat pelayanan ini diberikan dapat berupa latihan - latihan atau memfasilitasi pasien agar kembali kepada aktivitas sebelumnya dan ada gairah hidup kembali ke masyarakat.

Pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta dengan memiliki tujuan masing masing tanpa meninggalkan tujuan umum pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan terdapat tiga bentuk yaitu a). Pelayanan kesehatan tingkat pertama: di mana pelayanan ini ditujukan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan yang ringan, sehingga pelayanan ini dilaksanakan di Puskesmas; b). Pelayanan tingkat kedua: pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit atau rawat inap; c). Pelayanan kesehatan tingkat ketiga: merupakan pelayanan tingkat tertinggi di mana pelayanan ini membutuhkan tenaga-tenaga ahli atau subspecialis dan rujukan utama seperti rumah sakit tipe A dan B (Nursalam, 2011).

2.5 Proses Keperawatan sebuah Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah cara yang sistematis yang dilakukan perawat bersama klien dalam menentukan asuhan keperawatan. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012).

Proses keperawatan adalah salah satu metode efektif pemecahan masalah yang dilakukan perawat terhadap klien dengan pendekatan metodologi ilmiah. Asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistematis, dinamis dan terstruktur (Muhlisin, 2011). Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami (Manurung, 2011).

Sebagai seorang perawat, proses keperawatan tersebut dapat digunakan sebagai pedoman dalam menyelesaikan masalah klien dengan menunjukkan profesionalitas yang tinggi dan dapat memberikan kebebasan pada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhan. Adapun langkah atau tahapan dari proses keperawatan yaitu 1). Pengkajian yaitu melakukan pengumpulan data, validasi data dan identifikasi masalah; 2). Diagnosis Keperawatan; 3). Perencanaan meliputi penentuan prioritas masalah, penentuan tujuan dan hasil yang diharapkan dan menentukan rencana tindakan; 4). Implementasi yaitu pelaksanaan rencana tindakan yang telah disusun sesuai dengan kebutuhan pasien dan 5) Evaluasi yaitu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan, apakah masalah keperawatan dapat di atasi dengan melihat pencapaian tujuan yang telah digariskan.

Pelaksanaan proses keperawatan secara umum bertujuan untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan klien dapat di atasi. Dengan melakukan proses keperawatan menumbuhkan rasa tanggung jawab perawat kepada pasien serta menghindar terjadinya aspek legal. Klien juga mendapatkan manfaat yang besar, pasien merasakan adanya kebebasan dalam menyampaikan kebutuhan akan dirinya sehingga proses penyembuhan akan semakin cepat dan pasien akan merasakan ada perhatian yang besar akan kebutuhan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan efisien (Dermawan, 2013).

2.6 Keperawatan Professional

Perawat adalah tenaga profesional yang mempunyai pendidikan dalam sistem pelayanan kesehatan. Kedudukannya dalam sistem ini adalah anggota tim kesehatan yang mempunyai wewenang dalam penyelenggara pelayanan keperawatan (Barbara dkk, 2010). Perawat sebagai tenaga kesehatan yang mengasuh dan merawat orang lain yang mengalami masalah kesehatan. Namun

seiring dengan kemajuan di bidangnya, perawat merujuk pada posisinya sebagai bagian integral dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional (Wardah, 2017).

Keperawatan sebagai profesi merupakan salah satu pekerjaan di mana dalam menentukan tindakannya didasari pada ilmu pengetahuan serta memiliki keterampilan yang jelas dalam keahliannya, perawat mempunyai otonomi dalam kewenangan dan tanggungjawab dalam tindakan serta adanya kode etik dalam bekerjanya kemudian juga berorientasi pada pelayanan dengan melalui pemberian asuhan keperawatan kepada individu, kelompok dan masyarakat (Hidayat, 2018).

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional, memiliki kesempatan yang besar dalam memberikan pelayanan kesehatan. Hal tersebut, terutama dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasar yang holistik. Kebutuhan sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan status kesehatannya. Perawat tidak dapat mengabaikan beberapa aspek karena merupakan bagian utuh dari interaksi perawat dengan pasien (Hamid, 2008).

Peran pada dasarnya adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Kozier, 2010). Peran perawat adalah segenap kewenangan yang dimiliki oleh perawat untuk menjalankan tugas dan fungsinya sesuai kompetensi yang dimilikinya (Asmadi, 2008). Peran perawat yang bekerja di Rumah Sakit menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 terdiri dari peran sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat pasien, pendidik, koordinator, konsultan, dan peneliti (Hidayat, 2008).

Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Jadi peran perawat yang dimaksud adalah cara untuk menyatukan aktivitas perawat dalam praktik, di mana telah menyelesaikan pendidikan formalnya yang diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik keperawatan. di mana setiap peran yang dinyatakan sebagai ciri terpisah demi untuk kejelasan profesi.

Dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan, perawat memperhatikan individu sebagai makhluk yang holistik dan unik. Peran utamanya adalah memberikan asuhan keperawatan kepada klien meliputi treatment keperawatan,

observasi, pendidikan kesehatan dan menjalankan treatment medical sesuai dengan pendelegasian yang diberikan (Dede, 2014). Menurut Nightingale, peran perawat adalah menjaga pasien dalam mempertahankan kondisi terbaiknya terhadap masalah kesehatan yang menimpa dirinya.

Peran perawat profesional adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukannya dalam sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Peran bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu (Hidayat, 2002).

Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan Tahun 1989 bahwa peran perawat adalah sebagai berikut:

1. Pemberi asuhan keperawatan
Memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yg dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan , dari yg sederhana s/d kompleks
2. Advokat
Membantu pasien / klien menginterpretasikan berbagai info dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yg diberikan pada pasien- mempertahankan &; melindungi hak-hak pasien.
3. Pendidik / Edukator
Membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yg diberikan, maka terjadi perubahan perilaku dari klien sesudah dilakukan pendidikan kesehatan
4. Koordinator
Mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan bisa terarah serta tepat dengan kebutuhan klien
5. Kolaborator
Peran ini dilakukan lantaran perawat bekerja melalui tim kesehatan yg terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi &; lain-lain berusaha mengidentifikasi pelayanan keperawatan yg diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya

6. Konsultan

Tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yg sesuai untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi mengenai tujuan pelayanan keperawatan yg diberikan

7. Peneliti

Mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yg sistematis & terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan

Keperawatan sebagai profesi dan tenaga profesional bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lain (Gustini, 2010). Di era pasar bebas dan liberalisasi, profesionalisme merupakan suatu instrumen yang unggul untuk memenangkan kompetensi, untuk itu tenaga keperawatan harus lebih kompeten dan memiliki daya saing yang tinggi secara regional maupun global (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2010). Oleh karena itu pelayanan keperawatan harus dikelola secara profesional demi peningkatan mutu pelayanan yang merupakan salah satu indikator manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Salah satu upaya manajemen keperawatan dalam mewujudkan pelayanan keperawatan yang berkualitas melalui Sistem Pemberian Pelayanan Keperawatan Profesional (SP2KP). Melalui penerapan SP2KP diharapkan mampu mewujudkan kualitas pelayanan keperawatan yang standar rumah sakit kelas dunia atau bertaraf internasional (Kemenkes RI, 2012)

Perawat profesional adalah perawat yang bertanggungjawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya (Depkes RI, 2002). Dengan memahami konsep dasar keperawatan, diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan profesional kepada individu, keluarga dan masyarakat dalam semua tatanan pelayanan kesehatan.

Bab 3

Sejarah Perkembangan Keperawatan

3.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional dalam bidang pelayanan kesehatan yang mengkombinasikan prinsip ilmu pengetahuan, keterampilan teknis dan empati personal. Masyarakat telah melaksanakan banyak keterampilan keperawatan selama berabad-abad, tetapi keperawatan dalam bentuk seperti saat ini baru mulai muncul pada abad ke-19. Keperawatan kontemporer terus berkembang seiring dengan perubahan masyarakat dan perubahan kebutuhan dan harapan layanan kesehatan mereka. Keperawatan terus beradaptasi untuk memenuhi tujuan masyarakat dan memberi layanan yang diperlukan di dunia yang terus berubah (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Keperawatan memiliki sejarah panjang dalam proses perkembangannya. Berbagai aspek peristiwa dapat memengaruhi perkembangan sejarah dan praktik keperawatan, seperti peran dan sikap, nilai agama dan kepercayaan, perang dan kepemimpinan dalam keperawatan yang berwawasan masa depan. Sejarah keperawatan di dunia diawali pada zaman purbakala sampai pada munculnya Florence Nightingale sebagai pelopor keperawatan di Inggris. Di Indonesia, sejarah perkembangan keperawatan dipengaruhi oleh kondisi saat

masa penjajahan oleh Belanda, Jepang dan Inggris. Pada bab ini akan dibahas secara mendalam tentang sejarah perkembangan keperawatan baik di dunia maupun di Indonesia.

3.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia

Keperawatan sebagai suatu pekerjaan sudah ada sejak manusia ada di bumi ini, keperawatan terus berkembang dari abad ke abad sesuai dengan kemajuan bidang teknologi dan kebudayaan. Berikut adalah sejarah perkembangan keperawatan di dunia.

3.2.1 Zaman Purba

Pada dasarnya keperawatan sudah ada sejak hadirnya manusia di dunia ini, dengan kata lain keperawatan sudah ada sejak zaman purba. Manusia diciptakan telah memiliki naluri untuk merawat diri sendiri sebagaimana tercermin pada seorang ibu. Naluri yang sederhana adalah memelihara kesehatan dalam hal ini adalah menyusui anaknya sehingga harapan pada awal perkembangan keperawatan, perawat memiliki naluri keibuan (*mother instinc*). Dari masa *mother instinc* bergeser ke zaman di mana orang masih percaya pada sesuatu tentang adanya kekuatan mistis yang dapat memengaruhi kehidupan manusia, kepercayaan ini dikenal dengan nama animisme, kepercayaan di mana seseorang yang sakit dapat disebabkan karena kekuatan alam atau pengaruh kekuatan gaib sehingga timbul keyakinan bahwa jiwa yang jahat akan dapat menimbulkan kesakitan dan jiwa yang sehat dapat menimbulkan kesehatan atau kesejahteraan. Pada saat itu peran perawat sebagai ibu yang merawat keluarganya yang sakit dengan memberikan perawatan fisik serta mengobati penyakit dengan menghilangkan pengaruh jahat (Asmadi, 2005).

Kepercayaan ini dilanjutkan dengan kepercayaan pada dewa-dewa di mana pada masa itu penyakit dianggap disebabkan karena kemarahan dewa sehingga kuil-kuil didirikan sebagai tempat pemujaan dan orang yang sakit meminta kesembuhan di kuil tersebut dengan bantuan *priest physician*. Setelah itu perkembangan keperawatan terus berubah dengan adanya diakones dan *philantrop* yang merupakan suatu kelompok wanita tua dan janda yang membantu pendeta dalam merawat orang sakit serta kelompok kasih sayang

yang anggotanya menjauhkan diri dari keramaian dunia dan hidupnya ditujukan pada perawatan orang yang sakit sehingga akhirnya berkembanglah rumah-rumah perawatan dan akhirnya mulailah awal perkembangan ilmu keperawatan (Hidayat, 2004).

3.2.2 Zaman Keagamaan

Perkembangan keperawatan ini mulai bergeser ke arah spiritual di mana seseorang yang sakit dapat disebabkan karena adanya dosa atau kutukan Tuhan. Pusat perawatan adalah tempat-tempat ibadah, sehingga pada waktu itu pemimpin agama dapat disebut sebagai tabib yang mengobati pasien karena ada anggapan yang mampu mengobati adalah pemimpin agama sedangkan pada waktu itu perawat dianggap sebagai budak yang hanya membantu dan bekerja atas perintah pemimpin agama (Widyawati, 2012).

3.2.3 Zaman Permulaan Masehi

Keperawatan dimulai pada saat perkembangan agama Nasrani, di mana pada saat itu banyak membentuk diakones (deaconesses), suatu organisasi wanita yang bertujuan mengunjungi orang sakit sedangkan laki-laki diberikan tugas dalam memberikan perawatan untuk mengubur bagi orang yang meninggal, sehingga pada saat itu berdirilah rumah sakit di Roma seperti Monastic Hospital. Pada saat itu rumah sakit digunakan sebagai tempat merawat orang sakit, orang cacat, miskin dan yatim piatu. Pada saat itu pula di daratan benua Asia, khususnya di Timur Tengah, perkembangan keperawatan mulai maju seiring dengan perkembangan agama Islam. Keberhasilan Nabi Muhammad SAW dalam menyebarkan agama Islam diikuti dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi seperti ilmu pasti, kimia, kesehatan dan obat-obatan. Sebagaimana dalam AlQuran dituliskan pentingnya menjaga kebersihan diri, makanan, lingkungan dan lain-lain. Perkembangan tersebut melahirkan tokoh Islam dalam keperawatan yang dikenal dengan nama Rufaidah (Hidayat, 2004).

3.2.4 Zaman Permulaan Abad 21

Pada permulaan abad ini perkembangan keperawatan berubah, tidak lagi dikaitkan dengan faktor keagamaan akan tetapi berubah kepada faktor kekuasaan, mengingat pada masa itu adalah masa perang dan terjadi eksplorasi alam sehingga pesatlah perkembangan pengetahuan. Pada masa itu tempat

ibadah yang dahulu digunakan untuk merawat sakit tidak lagi digunakan (Widyawati, 2012).

3.2.5 Zaman Sebelum dan Selama Perang Dunia Kedua

Pada masa perang dunia kedua ini timbul prinsip rasa cinta sesama manusia di mana saling membantu sesama manusia yang membutuhkan. Pada masa sebelum perang dunia kedua ini tokoh keperawatan Florence Nightingale (1820-1910) menyadari adanya pentingnya suatu sekolah untuk mendidik para perawat, Florence Nightingale mempunyai pandangan bahwa dalam mengembangkan keperawatan perlu dipersiapkan pendidikan bagi perawat, ketentuan jam kerja perawat dan mempertimbangkan pendapat perawat. Usaha Florence adalah dengan menetapkan struktur dasar di pendidikan perawat diantaranya mendirikan sekolah perawat menetapkan tujuan pendidikan perawat serta menetapkan pengetahuan yang harus di miliki para calon perawat. Florence dalam merintis profesi keperawatan diawali dengan membantu para korban akibat perang krim (1854 - 1856) antara Roma dan Turki yang dirawat di sebuah barak rumah sakit (scutori) yang akhirnya mendirikan sebuah rumah sakit dengan nama Rumah Sakit Thomas di London dan juga mendirikan sekolah perawatan dengan nama Nightingale Nursing School. Selama masa perang dunia kedua ini ini timbul tekanan bagi dunia pengetahuan dalam penerapan teknologi akibat penderitaan yang panjang sehingga perlu meningkatkan diri dalam tindakan perawat mengingat penyakit dan korban perang yang beraneka ragam (Hidayat, 2004).

3.2.6 Masa Sesudah Perang Dunia Kedua

Masa ini masih berdampak bagi masyarakat seperti adanya penderitaan yang panjang akibat perang dunia kedua, dan tuntutan perawat untuk meningkatkan masyarakat sejahtera semakin pesat. Sebagai contoh di Amerika, perkembangan keperawatan pada masa itu diawali adanya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, pertambahan penduduk yang relatif tinggi sehingga menimbulkan masalah baru dalam pelayanan kesehatan, pertumbuhan ekonomi yang memengaruhi pola tingkah laku individu, adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dengan diawali adanya penemuan-penemuan obat-obatan atau cara-cara untuk memberikan penyembuhan bagi pasien, upaya-upaya dalam tindakan pelayanan kesehatan seperti pelayanan kuratif, preventif dan promotif dan juga terdapat kebijakan Negara tentang peraturan sekolah perawat (Hidayat, 2004).

Pada masa itu perkembangan perawat di mulai adanya sifat pekerjaan yang semula bersifat individu bergeser ke arah pekerjaan yang bersifat tim. Pada tahun 1948 perawat diakui sebagai profesi sehingga pada saat itu pula terjadi perhatian dalam pemberian penghargaan pada perawat atas tanggung jawabnya dalam tugas (Widyawati, 2012).

3.2.7 Periode Tahun 1950

Pada masa itu keperawatan sudah mulai menunjukkan perkembangan khususnya penataan pada sistem pendidikan. Hal tersebut terbukti di negara Amerika sudah dimulai pendidikan setingkat master dan doktoral. Kemudian penerapan proses keperawatan sudah mulai dikembangkan dengan memberikan pengertian bahwa keperawatan adalah suatu proses, yang dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pada tahun 1955, semua negara bagian di Amerika memiliki hukum yang mengatur pemberian izin/lisensi kepada perawat praktik/pelaksana. Negara bagian pertama yang mengharuskan licensed practical nurse/LPN memiliki izin untuk melaksanakan praktik adalah New York (Rosdahl & Kowalski, 2014).

3.3 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia

3.3.1 Zaman VOC (Vereenigde Oostindische Compagnie)

Zaman ini terjadi pada rentang tahun 1602-1799. Dalam upaya kepentingan usaha perdagangan tentara Belanda, pada tahun 1799 didirikan Binnen Hospital di Batavia (sekarang Jakarta). Rumah sakit ini memanfaatkan tenaga perawat yang berasal dari Bumi Poetra (kaum terjajah) yang disebut pembantu orang sakit (POS). Setelah VOC bubar, didirikan sejumlah usaha dalam bidang kesehatan, antara lain Dinas Kesehatan Tentara (Militaire Gezondheids Dients) dan Dinas Kesehatan Rakyat (Burgerlijke Gezondheids Dients) (Asmadi, 2005).

3.3.2 Zaman Penjajahan Belanda I

Zaman ini terjadi pada rentang tahun 1799-1811. Pada masa itu negara Indonesia masih dalam penjajahan Belanda. Perawat berasal dari Indonesia

disebut sebagai Verpleger dengan dibantu oleh zieken oppasser sebagai penjaga orang sakit, perawat tersebut pertama kali bekerja di rumah sakit Binnen Hospital yang terletak di Jakarta pada tahun 1799 yang ditugaskan untuk memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda, sehingga akhirnya pada masa Belanda terbentuklah dinas kesehatan tentara dan dinas kesehatan rakyat. Mengingat tujuan pendirian rumah sakit hanya untuk kepentingan Belanda, maka tidak diikuti perkembangan dalam keperawatan (Widyawati, 2012).

3.3.3 Zaman Penjajahan Inggris

Zaman ini terjadi pada rentang tahun 1811-1816. Pada masa penjajahan Inggris yang dipelopori oleh Raffless, mereka memperhatikan kesehatan rakyat dengan moto kesehatan adalah milik manusia dan pada saat itu pula telah diadakan berbagai usaha dalam memelihara kesehatan diantaranya usaha pengadaan pencacaran secara umum, membenahi cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan memperhatikan kesehatan pada para tawanan (Asmadi, 2005)

3.3.4 Zaman Penjajahan Belanda II

Zaman ini terjadi pada rentang tahun 1816-1942. Beberapa rumah sakit dibangun khususnya di Jakarta yaitu pada tahun 1819, didirikan rumah sakit Stadsverband, kemudian pada tahun 1919 rumah sakit tersebut pindah ke Salemba dan sekarang dikenal dengan nama RSCM (Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo), kemudian diikuti rumah sakit milik swasta seperti RS. Cikini Jakarta, RS. ST Carolus Jakarta, RS. ST. Boromeus di Bandung, RS. Elizabeth di Semarang. Seiring dengan kemajuan tersebut, pemerintah mulai mendirikan sekolah pendidikan bagi perawat. Sekolah pendidikan keperawatan pertama didirikan di RS. Cikini. Pada tahun 1942-1945 terjadi kekalahan tentara sekutu dan kedatangan tentara Jepang (Asmadi, 2005).

3.3.5 Zaman Penjajahan Jepang

Zaman ini terjadi pada rentang tahun 1942-1945. Pada zaman penjajahan Jepang, keperawatan di Indonesia boleh dikatakan mengalami kemunduran. Tampuk kepemimpinan rumah sakit diambil alih oleh Jepang dan sebagian lagi dipegang oleh bangsa Indonesia. Pada masa ini, wabah penyakit menyebar di mana-mana akibat minimnya suplai obat-obatan, bahkan warga terpaksa menggunakan daun pisang dan pelepah batang pisang sebagai ganti balutan yang persediaannya sangat tipis. Dapat dikatakan, zaman penjajahan Jepang merupakan zaman yang tidak manusiawi (Hidayat, 2004).

3.3.6 Zaman Kemerdekaan Sampai Sekarang

Zaman ini terjadi pada rentang tahun 1945 sampai dengan sekarang. Pada tahun 1949 telah banyak rumah sakit yang didirikan serta balai pengobatan dan dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan pada tahun 1952 didirikan sekolah perawat, kemudian pada tahun 1962 telah dibuka pendidikan keperawatan setara dengan diploma. Pada tahun 1985 untuk pertama kalinya dibuka pendidikan keperawatan setingkat dengan sarjana yang dilaksanakan di Universitas Indonesia dengan nama Program Studi Ilmu Keperawatan dan akhirnya dengan berkembangnya Ilmu Keperawatan, maka menjadi sebuah Fakultas Ilmu keperawatan dan beberapa tahun kemudian diikuti berdirinya pendidikan keperawatan setingkat S1 di berbagai universitas di Indonesia seperti di Bandung, Yogyakarta, Surabaya dan lain-lain (Asmadi, 2005)

3.4 Faktor Memengaruhi Sejarah Perkembangan Keperawatan

3.4.1 Peran dan Sikap Masyarakat

Peran dan sikap masyarakat sangat memengaruhi perkembangan sejarah keperawatan. Sebelum abad 19 profesi keperawatan masih belum mendapatkan penghargaan di mata masyarakat dan masih dipandang rendah dalam status sosial kemasyarakatan. Pekerjaan keperawatan lebih banyak dilakukan oleh para wanita sebagai tanggungjawab memelihara dan memberikan kasih sayang kepada keluarga atau anak. Para perawat di rumah sakit pada zaman ini sangat tidak berpendidikan, banyak dilakukan oleh para budak dan para tahanan yang dipaksa untuk melakukan pekerjaan keperawatan. Citra lain yang muncul pada abad ini, ketika pekerjaan perawat dilakukan oleh para wanita maka perawat hanya dianggap sebagai objek seks semata dan ibu pengganti. Pada awal sampai dengan akhir abad 19, seiring dengan munculnya tokoh-tokoh di bidang keperawatan seperti Florence Nightingale, dunia keperawatan mulai dihargai dan pekerjaan perawat dipandang sebagai pekerjaan yang mulia, penuh kasih sayang, bermoral dan penuh dengan pengabdian.

3.4.2 Masa Perang

Sejarah mencatat dampak dari peperangan memberikan dampak terhadap perkembangan sejarah keperawatan. Perang besar antar-agama yang dikenal dengan perang salib. Perang ini membawa banyak derita bagi rakyat, korban luka dan terbunuh, kelaparan, berbagai penyakit, dan lain-lain. Untuk mengatasi kondisi tersebut, mulai didirikan sejumlah rumah sakit guna memberi pertolongan dan perawatan bagi korban perang. Akhirnya, ilmu pengobatan dan perawatan pun terus mengalami kemajuan.

3.4.3 Pemimpin dalam Keperawatan

Pengaruh perubahan zaman, berdampak pada perkembangan di dunia ilmu kesehatan atau ilmu keperawatan. Pengelolaan rumah sakit, yang semula dikerjakan oleh pihak gereja, pada masa lalu sekarang diambil alih oleh sipil. Pada masa ini muncul tokoh keperawatan yang sangat termasyur yaitu Florence Nightingale (1820-1910). Ia mengembangkan suatu model praktik asuhan keperawatan yang menyatakan bahwa kondisi sakit seseorang disebabkan oleh faktor lingkungan. Oleh sebab itu, praktik keperawatan ditekankan pada perubahan lingkungan yang memberi pengaruh pada kesehatan.

Florence Nightingale berpendapat untuk meningkatkan keterampilan para perawat, perlu adanya suatu sekolah untuk mendidik para perawat, ia memiliki pandangan bahwa dalam mengembangkan keperawatan perlu dipersiapkan pendidikan bagi perawat, ketentuan jam kerja perawat dan mempertimbangkan pendapat perawat. Usaha Florence adalah dengan menetapkan struktur dasar di pendidikan perawat diantaranya mendirikan sekolah perawat menetapkan tujuan pendidikan perawat serta menetapkan pengetahuan yang harus dimiliki para calon perawat. Florence dalam merintis profesi keperawatan diawali dengan membantu para korban akibat perang krim (1854 - 1856) antara Roma dan Turki yang dirawat di sebuah barak rumah sakit (scutori) yang akhirnya kemudian mendirikan sebuah rumah sakit dengan nama rumah sakit Thomas di London dan juga mendirikan sekolah perawatan yang diberi nama Nightingale Nursing School.

3.5 Warisan Sejarah Perkembangan Keperawatan

Seiring perkembangan keperawatan dari waktu ke waktu, terdapat beberapa simbol atau tanda yang memiliki riwayat sejarah sampai akhirnya dijadikan sebagai warisan keperawatan.

3.5.1 Lencana Keperawatan

Lencana merupakan tanda pangkat pembeda otoritas atau kehormatan. Simbol tersebut mengingatkan pada abad ke-16 di Eropa, saat hanya kaum bangsawan yang dapat mengenakan mantel berlehang. Hak istimewa tersebut kemudian meluas sehingga mencakup anggota serikat kerja (pekerja ahli). Tipe sekolah pelatihan tertentu, termasuk ordo keperawatan dalam keagamaan, juga mendapatkan hak istimewa tersebut. Hingga kini, perawat wanita mengenakan topi keperawatan dan semua perawat mendapatkan pin saat lulus. Beberapa sekolah keperawatan juga memiliki topi yang menjadi ciri khas mereka. Lampu Nightingale atau Lampu Keperawatan atau Lampu Pembelajaran tetap menjadi standar lencana keperawatan (Rosdahl & Kowalski, 2014).

3.5.2 Seragam Keperawatan

Seragam perawat menjadi ciri khas dan identitas perawat. Umumnya pakaian perawat berwarna putih. Warna putih melambangkan kemurnian, kesucian, spiritualitas dan kedewasaan yang harus ada di jiwa seorang perawat. Warna putih juga identik dengan kebersihan sehingga perawat yang memakai seragam putih akan selalu menjaga kebersihan dirinya. Saat ini seragam perawat memiliki berbagai variasi mengikuti perkembangan zaman dan aturan yang berlaku di tiap instansi pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, variasi warna tersebut tidak merubah nilai-nilai dan karakter yang harus dimiliki perawat dalam menjalankan tugas dan perannya.

3.5.3 Pin Sekolah Keperawatan

Ketika menyelesaikan dan lulus pendidikan keperawatan, kita memperoleh pin keperawatan yang menjadi simbol sekolah keperawatan kita. Simbol keperawatan dahulu biasanya bersifat keagamaan. Saat ini, banyak pin sekolah keperawatan mengandung beberapa simbol keagamaan, seperti salib

(berdasarkan Maltese Cross) atau Bintang David, walaupun sekolah tersebut sebenarnya tidak langsung berkaitan dengan organisasi keagamaan. Lampu Nightingale juga merupakan komponen umum dalam pin keperawatan (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Bab 4

Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia

4.1 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan satu kesatuan yang menggambarkan berbagai perubahan yang terjadi pada semua manusia sepanjang hayat. Meskipun sering dianggap mirip, tetapi kata pertumbuhan dan perkembangan memiliki makna yang berbeda. Pertumbuhan adalah peningkatan jumlah dan ukuran sel sehingga terjadi peningkatan ukuran dan berat seluruh atau sebagian bagian sel (Potter & Perry, 2010). Bentuk pertumbuhan seperti bertambahnya berat badan, tinggi badan. Sebagai contoh seorang anak berusia 3 tahun akan memiliki tinggi badan yang berbeda dengan ketika anak tersebut berusia 8 tahun.

Perkembangan adalah tahap perubahan kompleksitas dari yang rendah ke tahap yang lebih tinggi atau dari konsepsi dan terus berlanjut sepanjang masa kehidupan (Potter & Perry, 2010). Misalnya sebelum anak bayi berjalan, akan melewati kemampuan duduk dan berdiri. Hal ini merupakan bentuk perkembangan dari tahap rendah ke tahap tinggi. Pada tahap perkembangan

terjadi perubahan biologis, kognitif dan emosional, kondisi ini terjadi sepanjang masa kehidupan manusia. Setiap individu memiliki pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda-beda. Keberhasilan atau kegagalan setiap fase perkembangan akan memengaruhi kemampuannya untuk menyelesaikan fase berikutnya. Pemahaman tentang pertumbuhan dan perkembangan sepanjang kehidupan dapat membantu perawat untuk melakukan skrining kesehatan sehingga dapat di berikan intervensi yang tepat

4.2 Teori-teori Perkembangan

Perkembangan manusia merupakan proses yang dinamis dan kompleks, sehingga perkembangan tersebut tidak dapat di jelaskan oleh satu teori. Ada empat teori perkembangan yang menggambarkan kompleksitas perkembangan manusia yaitu: teori biofisik, teori psikoanalitik/psikososial, teori kognitif dan teori moral, berikut penjelasan masing-masing teori.

4.2.1 Teori Perkembangan biofisik

Perkembangan biofisik adalah perkembangan dan perubahan tubuh secara fisik (Potter dan Perry, 2010). Teori ini menggambarkan proses maturasi secara biologis. Menurut teori perkembangan Gesell (1984), pola perkembangan manusia dipengaruhi oleh faktor genetik dengan ciri khas yang dimiliki. Sebagai contoh anak usia prasekolah (usia 3-5 tahun) terjadi peningkatan koordinasi otot besar dan halus sehingga mereka dapat beraktivitas seperti melompat, berlari, naik turun tangga, dan menggambar garis atau kotak.

4.2.2 Teori Psikoanalitik/psikososial

Teori psikososial dikemukakan oleh para ahli diantaranya Sigmund Freud, Erik Erikson Para ahli menjelaskan teori perkembangan psikososial merupakan perkembangan seseorang yang dilihat dari kepribadian, temperamen, dan emosi. Perkembangan tersebut dipengaruhi oleh biologis seseorang dan lingkungan sekitar.

Tabel 4.1: Teori perkembangan psikoanalik/psikososial menurut beberapa ahli. (Wong, 2009; Potter & Perry, 2010, Santrock, 2007)

Tahapan usia/perkembangan	Freus (perkembangan psikoseksual)	Erikson (perkembangan psikososial)
Bayi (saat lahir – 18 bulan)	Oral	Percaya versus tidak percaya, kemampuan untuk mempercayai orang lain
Masa anak-anak (18 bulan – 3 tahun)	Fase anal	Otonomi versus rasa malu dan ragu Kontrol diri dan kebebasan
Pra sekolah (3-5 tahun)	Fase phalic	Inisiatif versus rasa bersalah Khayalan tingkat tinggi
Masa anak-anak pertengahan (6-12 tahun)	Fase laten	Industri versus rendahnya mutu Melakukan tugas dan kegiatan
Remaja (12-19 tahun)	Fase genital	Identitas versus mencari jati diri Kematangan seksual
Dewasa muda	-	Keintiman versus Isolasi Membangun identitas diri , memperdalam rasa kasih sayang dan peduli terhadap orang lain
Usia Pertengahan	-	Generativitas versus pemikiran terhadap diri sendiri dan stagnasi Seorang dewasa berfokus pada memberikan dukungan pada generasi mendatang
Usia tua	-	Integritas vs keputusan Proses penuaan terjadi penurunan fisik, sosial dan juga mengalami penurunan status dan fungsional seperti pensiun, penyakit

4.2.3 Teori Kognitif

Teori perkembangan kognitif diutarakan oleh Jean Piaget. Piaget mengemukakan bahwa sejak usia balita, seseorang telah memiliki kemampuan untuk menghadapi objek-objek yang ada di sekitarnya. Menurut piaget perkembangan kognitif terjadi dalam empat tahapan yaitu tahap sensorik motorik (usia 0-2 tahun), tahap pra-operasional (2-7 tahun), tahap operasional konkrit (usia 7 -11 tahun), dan tahap operasional formal (usia 11- 15 tahun) (Wong, 2009; Potter dan Perry, 2010; Mu'min, 2013)

Tahap sensorimotor berlangsung sejak kelahiran sampai anak berusia dua tahun. Pada tahap ini bayi anak mengkoordinasikan pengalaman indra (sensory) mereka dengan gerakan motor (otot). Menurut piaget pencapaian kognitif yang penting di usia bayi adalah objek permanence, yaitu pemahaman objek dan kejadian terus eksis bahkan ketika objek dan kejadian itu tidak dapat dilihat, didengar atau disentuh.

Tabel 4.2: Teori perkembangan kognitif Piaget. (Wong, 2009; Potter & Perry, 2010, Santrock, 2007)

Tahapan usia/perkembangan	Piaget (kognitif/perkembangan moral)
Bayi (saat lahir – 2 tahun)	Periode motorsensorik Kemajuan dari refleks sampai tindakan sederhana yang berulang
Masa anak-anak (2 – 7 tahun)	Periode Operasional Anak mulai berfikir dengan menggunakan simbolik
Usia 7 – 11 tahun	Operasional konkret Anak mulai memiliki kemampuan untuk melakukan operasional mental, memikirkannya terlebih dahulu sebelum melakukan
Usia 11 tahun sampai dewasa	Operasi formal Pola fiskir individu berpindah dari abstrak ke teoritis

4.2.4 Teori perkembangan Moral Lawrence Kohlberg.

Teori perkembangan moral Kohlberg merupakan pengembangan dari teori kognitif Piaget. Kohlberg mengidentifikasi enam tahap perkembangan moral dalam tiga tingkat (Kohlber,1981 dalam Potter &Perry 2010).

Tabel 4.3: teori perkembangan Moral Lawrence Kohlberg. (Potter & Perry, 2010)

Tahap/Usia Perkembangan	Kohlberg (perkembangan pertimbangan moral)
18 bulan – 3 bulan	Tingkat prakonvensional Orientasi terhadap hukuman - kepatuhan
Pra sekolah (3-5 tahun)	Tingkat prakonsensional premoral Orientasi alat tingkat
Masa anak-anak pertengahan (6-12 tahun)	Tingkat konvensional Orientasi menjadi anak baik
Remaja (12 – 19 tahun)	Tingkat pasca-konvensional Orientasi kontrak sosial

4.3 Perode Perkembangan

Menuruh Jahja (2011) proses perkembangan manusia melalui beberapa fase dan setiap fase di tandai dengan ciri-ciri yang berbeda, fase-fase tersebut sebagai berikut : 1) Periode pranatal; 2) Masa Bayi (lahir -18/24 bulan); 3) Masa kanak-kanak awal (akhir masa bayi -5/6 tahun); 4) Masa kanak-kanak tenga dan akhir (6-11 tahun); 5) Masa Remaja (10-18 tahun); 6) Masa dewasa muda (ramaja akhir -30 an tahun); 7) Masa dewasa tengah (40-60 tahun); 8)Masa dewasa akhir (60-70 an – kematian).

Pada periode prenatal pertumbuhan dan perkembangan manusia dimulai saat konsep. Fase ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan embrionik dari usia 2 -8 minggu konsepsi (lowdermilk., Perry & Cashion, 2013). Pertumbuhan dan perkembangan pada fase ini terjadi sangat cepat dan sangat tergantung dengan

kondisi ibu. Proses pembentukan dan perkembangan organ terjadi dari trimester awal sampai trimester ketiga kehamilan. Gangguan pertumbuhan pada periode prenatal akan berdampak kecacatan, ketiadaan sistem organ atau perubahan struktur atau fungsi yang sangat berat .

Setelah 40 minggu kehamilan pertumbuhan dan perkembangan manusia memasuki periode masa bayi. Periode masa bayi dimulai sejak bayi lahir sampai usia 24 bulan. Perawat perlu melakukan pengkajian secara komprehensif untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan basepertyi. Pada masa bayi (lahir-24 bulan) terjadi peningkatan pertumbuhan seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan pertumbuhan seluruh organ menjadi lebih matur. Selain itu pada periode ini juga terjadi peningkatan perkembangan seperti peningkatan perkembangan kognitif dimulai dengan refleksi dan fungsi sensorik. Fase ini juga terjadi perkembangan psikososial di mana pada bulan pertama kehidupan orang tua dan bayi akan membangun ikatan yang kuat (bonding attachment).

Masa usia 1-3 tahun disebut sebagai masa toddler, masa ini berkisar dari usia 12 sampai 36 bulan (Wong, 2009; Potter & Perry, 2010). Pertumbuhan fisik toddler saat ini semakin meningkat dari berat badan maupun tinggi badan. Toddler juga sudah mulai mampu melakukan perawatan diri seperti makan, memakai baju dan kegiatan toilet, selain itu kemampuan motorik kasar yang sudah mampu dilakukannya seperti berjalan, berlari, memanjat, mengendarai sepeda roda tiga, untuk kemampuan motorik halus toddler sudah mampu menggambar lingkaran, tanda silang. Perkembangan kognitif toddler saat ini sudah dapat mengingat peristiwa, menuangkan pikiran kedalam kata-kata, mampu meniru tingkah laku orang lain (Wong, 2000; Potter & Perry, 2010).

Fase selanjutnya dalam perkembangan manusia adalah anak usia pra sekolah. Masa pra sekolah di mulai dari usia 3 sampai 5 tahun (Wong, 2009; Potter & Perry, 2010). Pada fase ini pertumbuhan fisik terjadi sangat lambat dibandingkan kognitif dan psikologis. Pertumbuhan berat badan bertambah 2,5 kg per tahun, rata-rata berat badan 16 -20 kg. Pada usia prasekolah perkembangan kognitif yang terjadi di mana anak dapat berpikir lebih kompleks dengan mengkategorikan objek berdasarkan ukuran, warna atau pertanyaan (Potter & Perry, 2010). Pada masa ini juga anak menganggap bahwa suatu hukuman merupakan akibat dari suatu perubahan dan belum menyadari sumber yang sebenarnya (Santrock 2007). Perkembangan moral pada anak usia prasekolah meningkat, mereka mulai memahami tingkah laku yang benar atau salah menurut masyarakat ((Potter & Perry, 2010). Kemampuan bahasa juga

meningkat, pra sekolah memiliki 8.000-14.000 perbendaharaan (Santrock, 2007).

Fase selanjutnya usai sekolah dan remaja, yang terjadi di usia 6 sampai 18 tahun (Wong, 2009; Potter & Perry, 2010). Pada fase ini anak akan membangun, memperluas, memperhalus dan melakukan sinkronisasi keterampilan fisik, psikososial, kognitif dan moral sehingga ia akan di terima sebagai anggota masyarakat yang produktif (Potter & Perry, 2010). Peningkatan berat badan berkisar 5 cm pertahun dan berat badan 1,8 sampai 3,2 kg per tahun (Potter & Perry, 2010). Pada usia 6 tahun anak mampu memegang pensil dengan baik dan mampu menulis kata, sementara pada usia 12 tahun anak sudah mampu untuk menulis kalimat pada karangan dan menggambar dengan detail. Selain itu pada fase ini anak juga akan mengalami pubertas di usia 12 tahun, kondisi ini menandakan akhir dari masa pertengahan. Perkembangan kognitif pada usia sekolah di mana anak sudah dapat membayangkan suatu peristiwa tanpa harus mengalaminya terlebih dahulu (Hockenberry dan Wilson, 2007). Perkembangan psikososial anak usia sekolah adalah industri versus inferioritas, pada masa ini anak mencoba memperoleh kompetensi dan keterampilan yang dibutuhkan untuk berfungsi kelak pada usia dewasa (Potter & Perry, 2010).

Masa remaja (adollesent) merupakan masa transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa berkisar antara usia 13 sampai 20 tahun (Potter & Perry, 2010). Terjadi peningkatan pertumbuhan fisik diantaranya: 1) peningkatan pertumbuhan tulang rangka, otot dan organ dalam; 2) Perubahan yang spesifik untuk tiap jenis kelamin; 3) perubahan distribusi otot dan lemak; 4) perkembangan sistem reproduksi dan karakteristik sek sekunder (Potter & Perry, 2010). Perubahan kognitif mereka dapat berfikir secara abstrak dan dapat mengatasi masalah artinya saat menghadapi masalah remaja akan mempertimbangkan berbagai kemungkinan penyebab dan penyelesaiannya. Perkembangan psikososial remaja mulai mencari jati diri mereka dapat membentuk hubungan kelompok.

Masa dewasa awal sampai menengah. Perubahan fisik pada masa ini umumnya berhenti di usia 20 tahun (Potter & Perry, 2010). Perkembangan kognitif terlihat dari kemampuan berfikir kritis yang meningkat secara teratur, hal ini di pengaruhi oleh pendidikan formal dan informal, pengalaman hidup. Perubahan psikososial diantara usia 23 -28 tahun individu mulai memperbaiki persepsi diri dan kemampuannya untuk akrab dengan orang lain. Di usia 29-34 tahun individu mengalihkan banyak energi pada pencapaian dan penguasaan dunia

sekitar /karir, sedangkan di usia 35-43 tahun merupakan waktu ujian terkuat dalam mencapai tujuan dan hubungan hidup (Potter & Perry, 2010).

Dewasa menengah di mulai dari awal sampai pertengahan usia 30 an sampai akhir 60 an. Di fase ini individu sudah merasakan pengalaman berharda dari karier maupun kehidupan personalnya. Perubahan fisik yang terjadi yaitu menopause dan klimakterium. Menopause adalah berakhirnya siklus menstruasi secara alami yang disebabkan karena ovarium tidak memproduksi hormon estrogen dan progesteron (lowdermilk., Perry & Cashion, 2013).

Bab 5

Pemahaman Teori dan Model Keperawatan

5.1 Pendahuluan

Dunia keperawatan saat ini berkembang sangat pesat, dan hal ini tidak terlepas dari peran para tokoh-tokoh keperawatan yang telah mencetuskan sebuah konsep dan teori yang sangat berpengaruh dan berguna bagi dunia keperawatan. Sehingga kita sebagai perawat sangat penting untuk mengetahui tentang tokoh tersebut dan penting untuk mengenal riwayat hidupnya. Perkembangan konsep dan teori keperawatan ini didasari dari sebuah kerangka konsep di mana kerangka konsep tersebut dikenal sebagai paradigma keperawatan. Paradigma keperawatan adalah cara pandang dasar, cara melihat, memikirkan, memaknai dan mengambil tindakan terhadap fenomena yang terjadi dalam lingkup keperawatan. (Rifiani, 2013).

Paradigma keperawatan memberikan petunjuk dalam perkembangan keperawatan sebagai profesi. Terkadang terdapat perbedaan diantara berbagai teori dalam keperawatan dan hal ini terjadi karena terdapat perbedaan dalam mengartikan komponen paradigma. Paradigma keperawatan terdiri dari empat komponen yaitu manusia/klien, kesehatan, masyarakat serta lingkungan dan asuhan keperawatan. Empat komponen paradigma inilah yang memberikan

informasi terkait cakupan dan batasan serta tujuan dari perkembangan profesi keperawatan. (Suara, 2018)

5.2 Definisi

Konsep adalah sebuah ide yang terdapat kesan yang abstrak dan dapat dimaknai menjadi simbol yang nyata, sedangkan konsep keperawatan adalah sebuah ide yang tersusun menjadi sebuah kerangka konsep atau model keperawatan. (Murwani, 2009)

Konsep merupakan sebuah keyakinan terhadap sebuah peristiwa atau kejadian yang didasari dari pengalaman dan pandangan terhadap sebuah objek sedangkan teori merupakan sekumpulan konsep yang membentuk sebuah pola yang menjelaskan sebuah proses atau kejadian yang nyata. Teori merupakan hubungan dari beberapa konsep yang memberikan pandangan terhadap fenomena yang bertujuan untuk mengendalikan sebuah fenomena. Sebuah teori dapat diuji dan digunakan sebagai dasar dan pedoman dalam penelitian. Teori keperawatan digunakan untuk menyusun sebuah konsep keperawatan yang mengandung makna dari struktur keperawatan, di mana model keperawatan tersebut dapat dijadikan acuan oleh perawat dalam bekerja dalam batas kewenangannya sebagai seorang perawat.

Menurut Steven (1984) teori keperawatan merupakan sebuah usaha untuk menjelaskan berbagai kejadian dalam keperawatan yang berperan untuk membedakan antara keperawatan dengan disiplin ilmu lain yang berfungsi untuk menjelaskan dan mengontrol hasil dari sebuah asuhan atau pelayanan keperawatan. Terdapat tiga cara pendekatan dalam pembentukan teori keperawatan menurut Newman (1979) adalah menggunakan teori lain untuk mengintegrasikan teori ini dalam keperawatan, menganalisa kondisi praktik keperawatan serta membentuk sebuah kerangka konsep yang mendukung pengembangan teori keperawatan. Pengembangan teori ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan praktik keperawatan. (Nugraha, 2017)

5.3 Karakteristik Teori Keperawatan

Teori keperawatan berfungsi untuk membentuk sebuah model yang berkaitan dengan konsep keperawatan. Teori keperawatan terdiri dari beberapa karakteristik yaitu:

1. Teori keperawatan membentuk sebuah konsep khusus yang berkaitan dengan hal – hal yang nyata dalam keperawatan misalnya konsep manusia, konsep lingkungan serta konsep sehat dan sakit.
2. Teori keperawatan digunakan sesuai alasan yang sesuai dengan kenyataan atau bersifat ilmiah.
3. Sebuah teori haruslah konsisten karena digunakan sebagai dasar dalam pengembangan model konsep dalam keperawatan.
4. Sebuah teori haruslah bersifat sederhana dan umum sehingga teori dapat digunakan dalam kondisi apapun dalam keperawatan.
5. Sebuah teori haruslah bisa digunakan sebagai dasar penelitian sehingga bisa dijadikan sebagai pedoman dalam praktik keperawatan. (Nugraha, 2017)

5.4 Faktor Pengaruh Teori Keperawatan

Terdapat beberapa pandangan yang berkaitan dengan teori keperawatan ,yaitu:

1. **Filosofi florence nightingale**
Adalah seorang pendiri keperawatan yang mencetuskan dasar teori keperawatan melalui filosofi keperawatan yaitu pentingnya mengidentifikasi peran perawat agar dapat diketahui yang menjadi kebutuhan dasar manusia serta diketahuinya adanya pengaruh lingkungan terhadap perawatan orang sakit, sehingga dikenal dengan teori lingkungan. Serta florence nightingale telah membuat aturan dalam pendidikan keperawatan melalui standar pemberian asuhan keperawatan yang efisien. Serta florence nightingale memberikan perbedaan antara praktik keperawatan dengan praktik kedokteran serta

adanya perbedaan dalam perawatan antara orang sehat dan orang yang sakit.

2. Kebudayaan

Pengaruh kebudayaan dalam perkembangan teori keperawatan juga sangat besar, hal ini dapat dilihat dari pandangan yang menganggap bahwa pemberi pelayanan asuhan keperawatan akan lebih baik jika dilakukan oleh wanita dikarenakan jiwa keibuan dari seorang wanita serta sifat yang penuh kasih sayang dan perhatian sehingga dianggap sebagai pemberi pelayanan terbaik. Akan tetapi seiring dengan perkembangan profesi keperawatan maka identitas dalam pemberian pelayanan telah mengalami perubahan, dapat dilihat saat ini telah banyak pria yang tertarik dalam pemberian asuhan keperawatan. Begitu pula dengan budaya perawat yang bekerja dibawah pengawasan dokter, akan tetapi saat ini status keperawatan sebagai sebuah profesi telah mendapat pengakuan sehingga keperawatan telah memiliki hak dan otonomi keperawatan sehingga peran perawat tidak langsung diawasi oleh dokter akan tetapi telah menjadi mitra kerja yang sejajar dalam menjalankan tugas sebagai pemberian pelayanan kesehatan.

3. Sistem pendidikan

Dalam perkembangan teori keperawatan, pendidikan telah mengalami perubahan yang sangat pesat di mana pada dahulu kala pendidikan perawat belum memiliki kurikulum dan sistem keperawatan yang jelas akan tetapi saat ini perawat telah memiliki sistem pendidikan dan kurikulum yang jelas dan terarah sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, sehingga teori keperawatan pun telah berkembang dengan orientasinya pada pelayanan keperawatan.

4. Pengembangan ilmu keperawatan

Saat ini pengembangan ilmu keperawatan telah mengalami perubahan yang sangat pesat di mana kita lihat pendidikan ilmu keperawatan telah membentuk sebuah pengelompokan ilmu keperawatan seperti ilmu keperawatan komunitas, ilmu keperawatan gawat darurat dan lain-lain. Di mana perkembangan ini akan terus mengalami kemajuan di tahun – tahun berikutnya yang sesuai dengan teori keperawatan dan dapat

dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dan lingkup bidang ilmu keperawatan (Murwani, 2009).

5.5 Tujuan dan Teori Keperawatan

Teori keperawatan merupakan bagian dari perkembangan ilmu keperawatan dan profesi keperawatan yang bertujuan untuk:

1. Dengan adanya teori keperawatan diharapkan dapat menjawab semua masalah – masalah yang terjadi dalam pelayanan keperawatan, baik dalam bentuk praktik keperawatan maupun bentuk tindakan sehingga semua masalah kesehatan dapat teratasi.
2. Teori keperawatan dapat membantu para tenaga profesi keperawatan untuk lebih memahami dan mengetahui terkait asuhan keperawatan dan dapat dijadikan dasar dalam menyelesaikan berbagai masalah keperawatan.
3. Diharapkan dengan adanya teori keperawatan dapat membantu menyelesaikan masalah keperawatan dengan memberikan arah yang jelas berdasarkan tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk permasalahan dan dari tindakan keperawatan dapat dipertimbangkan.
4. Kehadiran teori keperawatan diharapkan mampu menjadi dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan, dan diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan. (Murwani, 2009)

5.6 Perkembangan Teori Keperawatan

5.5.1 Teori keperawatan Florence Nightingale

Florence Nightingale dikenal dengan sebutan ibu keperawatan, dia merupakan ibu dari keperawatan modern yang merupakan seorang pendiri yang menggunakan dasar teori keperawatan melalui model konsep keperawatan. Teori Florence Nightingale mengidentifikasi kebutuhan dasar manusia serta

pentingnya pengaruh lingkungan dalam merawat orang sakit yang dikenal dengan teori lingkungan. Serta membuat sebuah standar pada pendidikan keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan yang efisien. Florence Nightingale merupakan seorang pionir yang berpengaruh terhadap perkembangan keperawatan, hal ini karena filosofinya terkait interaksi manusia dengan lingkungannya. Florence Nightingale melihat penyakit adalah sebuah proses pergantian, di mana upayanya dalam membantu perbaikan tersebut dilakukan dengan manipulasi lingkungan eksternal karena manusia memiliki kemampuan dalam proses penyembuhannya secara alami (Suara, 2018).

5.5.2 Teori keperawatan Virginia Henderson

Virginia Henderson lahir di Kansas City, Missouri tahun 1897, dia anak ke lima dari delapan bersaudara, Henderson menghabiskan masa pertumbuhannya di Virginia dikarenakan aktivitas ayahnya yang membuka praktik hukum di Washington D.C. Virginia Henderson mulai terjun dalam dunia keperawatan dan mulai belajar di *The Army School of Nursing* dan menyelesaikan pendidikannya ditahun 1921. Dia mulai tertarik dengan dunia keperawatan sejak perang dunia pertama karena keinginannya untuk turut serta dalam membantu para pasukan yang terluka akibat perang. Karena keinginannya yang besar itulah yang memotivasi dirinya untuk terus mengembangkan potensinya dalam bidang keperawatan sehingga dia mampu mendefinisikan sendiri makna dan tujuan dari keperawatan (Siokal, 2017).

Teori keperawatan Virginia Henderson merupakan model konsep aktivitas yang memberi gambaran peran perawat yang bertugas untuk melakukan pengkajian terhadap individu, baik itu yang sakit maupun yang sehat dengan mendukung kesehatannya serta penyembuhannya serta membantu klien agar meninggal dengan damai.

Konsep Virginia Henderson didasari dari keyakinan serta nilai yang dimiliki sebagai berikut:

1. Pada dasarnya manusia akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan di dalam rentang kehidupannya.
2. Setiap individu akan mengalami ketergantungan dalam melaksanakan aktivitasnya sehari-hari dan ketergantungan itu mulai ada sejak individu lahir sampai hingga menjadi pribadi yang mandiri pada saat

mereka dewasa dan ini dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan serta kesehatan.

3. Individu dikelompokkan menjadi tiga bagian berdasarkan aktivitas sehari-harinya yaitu kelompok yang lambat dalam melakukan aktivitas, kelompok yang belum mampu dalam melaksanakan aktivitas serta mampu dalam melakukan aktivitas.

Adapun aktivitas sehari – hari yang dimaksud oleh virginia handerson seperti aktivitas bernafas normal, aktivitas makan dan minum, eliminasi , aktivitas istirahat tidur, aktivitas menggunakan pakaian, mempertahankan suhu tubuh serta memodifikasi lingkungan. (Siokal, 2017)

5.5.3 Teori keperawatan Faye Gleen Abdellah

Faye gleen abdellah lahir di New York City pada tanggal 13 maret tahun 1919 dan memperoleh ijazah keperawatan pada tahun 1942, dan pada tahun 1945 mendapatkan gelar sains dan gelar Master of Arts Degree in Physiology pada tahun 1947. Faye gleen abdellah menjelaskan bahwa keperawatan merupakan pemberi pelayanan kepada individu, keluarga serta masyarakat yang berdasar pada ilmu keperawatan yang membentuk sikap dan kemampuan individu yang memiliki keinginan untuk menolong seseorang baik sakit maupun sehat sehingga mampu dalam menangani kebutuhan kesehatan (Aini, 2018).

Menurut abdellah, asuhan keperawatan merupakan aktivitas yang dapat membantu seseorang dan memberikan informasi kepada orang lain yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhannya serta membantu dalam memulihkan kemampuannya serta mengurangi keterbatasannya. Teori tersebut juga memandang bahwa perawat juga butuh dalam meningkatkan pengetahuan dasarnya serta keterampilan dan hubungan interpersonalnya.

5.5.4 Teori Keperawatan Imogene King

Imogene M.King lahir pada tanggal 18 november 1908 di Philadelphia, dia meraih diploma dalam bidang ilmu keperawatan St. John’s Hospital of Nursing di St. Louis pada tahun 1945. Awal karier King dimulai saat menjadi perawat kantor, perawat sekolah, perawat karyawan, serta perawat pribadi. King merupakan salah satu bagian dari American Nurse’s Association, the Florida Nurse’s Assosiation dan beberapa perkumpulan kehormatan dan profesi. Teori keperawatan king menggunakan pendekatan sistem terbuka dalam melakukan

hubungan interaksi dengan lingkungan, hal ini yang membuat teori king dikenal dengan model konsep interaksi.

Konsep kerja king terdiri dari sistem personal, sistem interpersonal serta sistem sosial yang saling berkaitan antara satu dengan yang lain. Menurutnya, sistem personal adalah sistem terbuka yang mengandung persepsi, konsep tumbuh kembang serta gambaran tubuh dan waktu dari individu dan lingkungan. Hubungan interpersonal adalah hubungan antara pasien dengan perawat sedangkan hubungan sosial adalah interaksi antara pasien dengan perawat yang merujuk pada sistem sosial sesuai dengan kondisinya (Murwani, 2009).

5.5.5 Teori keperawatan Dorothea E. Orem

Teori Dorothea E. Orem memandang individu sebagai kesatuan yang utuh yang dapat dilihat dari sifat fisik, psikologi serta sosial dengan kemampuan merawat diri sendiri. Berdasarkan pandangan tersebut orem berpendapat bahwa tindakan keperawatan merujuk kepada usaha dalam menggali kemampuan mengasuh diri sendiri, dia mengungkapkan bahwa teorinya merupakan teori umum. Teori ini menjelaskan tentang keperawatan dapat diberikan jika: kemampuan dianggap kurang dibandingkan kebutuhan, kemampuan sama dengan kebutuhan akan tetapi kemungkinan dapat terjadi penurunan kemampuan dimasa yang akan datang.

Terdapat lima metode bantuan orem, yaitu:

1. Bergerak untuk membantu orang lain
2. Membina
3. Memberi support baik fisik maupun psikis
4. Mewujudkan lingkungan yang mendukung perkembangan individu dalam mewujudkan kebutuhan saat ini maupun yang akan datang
5. Mengajarkan. (Suara, 2018)

5.5.6 Teori keperawatan Jean Watson

Teori jean watson dikenal dengan teori pengetahuan manusia serta merawat manusia. Pandangan watson ini di dasarkan dari teori kemanusiaan, dia memahami bahwa manusia mempunyai empat cabang kebutuhan manusia yang saling berkaitan, yaitu:

1. Kebutuhan untuk hidup
2. kebutuhan fungsional
3. kebutuhan integrasi
4. kebutuhan pengembangan. (Hidayat, 2004)

Merujuk dari empat kebutuhan tersebut maka Jean Watson paham bahwa manusia merupakan makhluk sempurna yang memiliki banyak perbedaan. Sehingga, dalam mencapai kesehatan manusia perlu berada dalam kondisi sejahtera baik itu fisik, mental serta spiritual. Kondisi tersebut berkontribusi dalam meningkatkan status kesehatan, mencegah munculnya penyakit serta berfokus pada peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit. (Murwani, 2009)

5.5.7 Teori keperawatan Sister Calista Roy

Sister Calista Roy lahir pada tanggal 14 Oktober 1939 di Los Angeles dan dia memaknai keperawatan adalah suatu proses dan tindakan yang berkaitan dengan perawatan orang sakit dan potensial seseorang terkena sakit. Sister Calista Roy memandang seseorang yang terkena sakit sebagai suatu adaptasi dan tujuan dari keperawatan ini adalah menolong seseorang untuk dapat beradaptasi dengan adanya perubahan fisiologis, serta konsep diri selama individu sehat dan sakit.

Sister Calista Roy melihat bahwa manusia individu merupakan makhluk bio-psiko-sosial yang dilihat sebagai suatu kesatuan yang utuh yang terus berinteraksi dengan lingkungan. Keperawatan dinilai mampu menjadi pemicu kemampuan adaptasi individu. Model keperawatan dari Sister Calista Roy disebut dengan teori adaptasi. (Suara, 2018)

Teori keperawatan model Sister Calista Roy, terdiri dari empat elemen yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan serta keperawatan. Terdapat pula dua unsur keperawatan yang menjadi elemen penting dari konsep adaptasi yaitu tujuan dari keperawatan serta aktivitas keperawatan.

5.5.8 Teori keperawatan Hildegard E. Peplau

Teori keperawatan Peplau menjelaskan tentang kemampuan seseorang dalam memahami diri dan orang lain, serta menggunakan proses interpersonal, hubungan antara perawat-klien serta masalah kecemasan yang muncul akibat sakit.

Terdapat empat tahap proses interpersonal yang dimaksud dari teori peplau, yaitu:

1. Tahap orientasi, adanya kontrak awal antara pasien dengan perawat untuk memupuk rasa kepercayaan sehingga perawat dapat lebih mudah dalam melakukan pengumpulan data.
2. Tahap identifikasi, perawat dituntut untuk mampu bertindak dan memfasilitasi serta mengidentifikasi perasaan pasien serta melakukan asuhan keperawatan.
3. Tahap eksploitasi, perawat dituntut untuk membantu pasien serta menjelaskan tentang kondisi pasien.
4. Tahap resolusi, perawat dituntut untuk membantu klien dalam menggunakan kemampuan dirinya agar mampu mengatasi masalahnya sendiri serta secara bertahap mengurangi ketergantungannya terhadap tenaga kesehatan. Teori keperawatan peplau mengarah pada hubungan interpersonal. (Murwani, 2009)

5.5.9 Teori keperawatan Myra Estrin Levine

Teori Myra E. Levine memandang manusia sebagai makhluk yang utuh yang mampu beradaptasi dengan lingkungan. Menurutnya, intervensi keperawatan merupakan cara membantu pasien secara holistik serta menjadi pusat kegiatan keperawatan dan mempercepat proses pemulihan. Model teori Myra estrin levine dikenal dengan teori konservasi yang berfokus keseimbangan antara suplai serta kebutuhan energi pada setiap individu. Terdapat empat prinsip konservasi dari teori myra estrin levine yaitu:

1. Konservasi energi
2. Konservasi integritas struktur
3. Konservasi integritas personal
4. Konservasi integritas sosial (Suara, 2018)

5.5.10 Teori perawatan Martha Elizabeth Rogers

Teori Martha E. Rogers dikenal dengan konsep manusia sebagai unit. Di mana martha memandang manusia sebagai suatu kesatuan yang utuh dan tidak dapat terpisahkan dan mempunyai sifat serta karakter yang berbeda. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan dan saling memengaruhi, akan tetapi setiap

individu memiliki karakter yang berbeda dan mempunyai keunikan tersendiri. (Murwani, 2009)

5.5.11 Teori keperawatan Betty Newman

Teori keperawatan Betty Newman dikenal dengan teori health care system merupakan teori yang menggambarkan aktivitas keperawatan yang menekankan pada penurunan stress dan memperkuat pertahanan diri, sasaran dari pelayanan ini adalah komunitas. Betty Newman memahami konsep keperawatan mempunyai pemikiran tentang komponen paradigma yang memandang manusia sebagai sistem terbuka. Secara umum model Betty Newman ini berfokus pada respon manusia terhadap stressor serta faktor yang memengaruhi proses adaptasi. Tindakan yang menuntut dari teori Betty Newman adalah mengurangi reaksi tubuh akibat stressor.

5.5.12 Teori keperawatan Sitti Rufaidah

Rufaidah Al-asalmiya atau yang dikenal dengan Sitti Rufaidah merupakan perawat muslim pertama yang ada di dunia. Sitti Rufaidah lahir di Yastrib pada tahun 570 M dan hidup pada jaman Rasulullah SAW dan termasuk golongan kaum Anshor. Sitti Rufaidah mempelajari tentang keperawatan saat membantu ayahnya yang berprofesi sebagai tabib, dan langsung mengaplikasikannya pada peperangan saat melawan kaum musrikin. Rufaidah dikenal dengan karakter yang baik dan teladan serta berempati. Dia mampu mambagi pengalaman klinisnya terhadap perawat lain serta mampu memecahkan masalah sosial yang memiliki potensi terjadinya penyakit (Siokal.)

Bab 6

Konsep Kecemasan dan Kehilangan

6.1 Kecemasan

Kecemasan adalah keadaan emosi tanpa objek tertentu, Kecemasan adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan. Kecemasan dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua pengalaman baru, seperti masuk sekolah, memulai pekerjaan baru atau melahirkan anak (Stuart, 2016). Kecemasan juga didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Kecemasan atau ansietas merupakan perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman. (Herdman & Kamitsuru, 2018).

6.1.1 Manifestasi Kecemasan

Gejala kecemasan dapat diidentifikasi melalui 3 komponen Menurut Vye (dalam Purnamarini, Setiawan & Hidayat, 2016) sebagai berikut:

1. Komponen kognitif
Cara individu memandang, mereka berfikir bahwa adanya kemungkinan-kemungkinan yang buruk yang selalu mengintainya sehingga menimbulkan rasa khawatir, takut dan ragu yang berlebihan dan merasa dirinya tidak mampu, dan tidak percaya diri dan itupun merasa suatu ancaman bagi mereka.
2. Komponen fisik/ sensasi fisiologis
Gejala yang dapat dirasakan langsung seperti sakit kepala, sesak nafas, tremor, detak jantung yang cepat, sakit perut, dan ketegangan otot.
3. Komponen perilaku
Melibatkan perilaku atau tindakan seseorang yang overcontrolling

6.1.2 Teori Kecemasan

Stuart (2017) menjelaskan tentang beberapa teori kecemasan diantaranya:

1. Teori Psikoanalisis
Pandangan secara psikoanalitik, cemas merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu Id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan implus primitive seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi mengetahui tuntutan dari dalam elemen tersebut, dan fungsi ansietas adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya
2. Teori Interpersonal
Pandangan secara interpersonal, cemas timbul dari perasaan takut terhadap penolakan saat berhubungan dengan orang lain. Hal ini juga berhubungan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan dan perpisahan dengan orang yang dicintai. Penolakan terhadap eksistensi diri oleh orang lain ataupun masyarakat akan menyebabkan individu yang bersangkutan menjadi cemas, namun bila

keberadaannya diterima oleh oranglain, maka ia akan merasa tenang dan tidak cemas, sehingga dapat dikatakan cemas berkaitan dengan hubungan dengan manusia

3. Teori perilaku

Pandangan secara perilaku, cemas merupakan produk frustrasi segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap cemas sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Peka tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebih sering menunjukkan cemas pada kehidupan selanjutnya

4. Teori keluarga

Salah satu yang dapat menimbulkan kecemasan adalah keluarga. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan cemas merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Adanya tumpang tindih antara gangguan cemas dan gangguan depresi.

5. Teori biologis

Secara biologis, saat cemas terjadi itu menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, reseptor tersebut berfungsi membantu regulasi kecemasan. Regulasi tersebut berhubungan dengan aktivitas Neurotransmitter Gamma Amino Butyric Acid (GABA) yang mengontrol akitivitas neuron dibagian otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

6.1.3 Macam-macam kecemasan

Freud (1926) dalam Alwisol (2009) membagi kecemasan menjadi 3 yaitu:

1. Kecemasan realitas atau Objektif (Reality or Objective Anxiety)
Suatu kecemasan yang bersumber dari adanya ketakutan terhadap bahaya yang mengancam didunia nyata misalnya: ketakutan terhadap kebakaran, tornado, gempa bumi atau binatang buas. Kecemasan ini menuntun kita untuk berperilaku bagaimana menghadapi bahaya,

seseorang dapat menjadi sangat takut untuk keluar rumah karena takut terjadi kecelakaan pada dirinya.

2. Kecemasan Neurosis (Neurotic anxiety)

Kecemasan ini mempunyai dasar dari masa kecil, pada konflik antara penguasaan instingtual dan realitas.

3. Kecemasan Moral (Moral Anxiety)

Merupakan ketakutan akan suara hati individu sendiri. Ketika individu termotivasi untuk mengekspresikan impuls instingtual yang berlawanan dengan nilai moral yang termasuk dalam superego individu itu maka ia akan merasa malu atau bersalah.

6.1.4 Karakteristik Kecemasan

Batasan karakteristik kecemasan dalam standar internasional keperawatan (NANDA) / (Nursing diagnosis: defenitions and classification 2012-2014 oleh Herdman 2012), yaitu:

1. Aspek perilaku

Gelisah, penurunan produktivitas, insomnia, mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan peristiwa hidup, waspada.

2. Aspek afektif

Stress, ketakutan, gugup, bingung, ragu atau tidak percaya diri, khawatir, kesedihan mendalam.

3. Aspek fisiologis/aspek gejala fisik

Wajah tegang, tremor tangan, gemetar, peningkatan keringat, suara bergetar, jantung berdebar.

6.1.5 Rentang respon kecemasan



Gambar 6.1: Rentang Respon Kecemasan (Stuart, 2016)

1. Respon Adaptif

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Kecemasan dapat menjadi suatu tantangan, motivasi yang kuat untuk menyelesaikan masalah, dan merupakan sarana untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

Sutejo (2017) mengungkapkan bahwa respon adaptif merupakan respon yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah. Berikut adalah sikap yang termasuk respon adaptif:

- a. Menyendiri, respon yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya
- b. Otonomi, kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial.
- c. Kebersamaan, kemampuan individu dalam hubungan interpersonal yang saling membutuhkan satu sama lain.
- d. Saling ketergantungan (Interdependen), suatu hubungan saling ketergantungan antara individu dengan orang lain

2. Respon Maladaptif

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang. Respon maladaptif yang diungkapkan Sutejo (2017) merupakan suatu respon yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan di suatu tempat. Berikut ini adalah perilaku yang termasuk respon maladaptif:

- a. Manipulasi, kondisi di mana individu cenderung berorientasi pada diri sendiri.

- b. Impulsif merupakan respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya dan tidak mampu melakukan penilaian secara objektif.
- c. Narsisisme, kondisi di mana individu merasa harga diri rapuh, dan mudah marah

6.1.5 Tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan mempunyai karakteristik atau manifestasi yang berbeda-beda satu dengan yang lainnya. Manifestasi yang terjadi tergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi tantangan, harga diri dan mekanisme koping yang digunakan. Tingkat kecemasan menurut Stuart (2017) diidentifikasi menjadi empat tingkat, sebagai berikut

- a. Kecemasan ringan, terjadi saat ketegangan hidup sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan kreatifitas.
- b. Kecemasan sedang, di mana seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja dan mengenyampingkan pada hal yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah
- c. Kecemasan berat, ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi seseorang, cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesialistik dan tidak berfikir tentang hal lain, semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan.
- d. Panik, dikaitkan dengan rasa takut dan terror. Rincian terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan, panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Pada saat terjadi maka terjadi aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional

6.1.6 Faktor Penyebab kecemasan

1. Faktor Internal

a. Usia

Gangguan kecemasan lebih mudah dialami oleh seseorang yang mempunyai usia lebih muda dibandingkan dengan individu yang usia lebih tua (Kaplan et al., 2010). Namun Stuart (2013) mengungkapkan bahwa tidak menutup kemungkinan dengan usia yang lebih tua, seiring bertambahnya usia seseorang akan mengalami perubahan baik secara fisik, psikologis bahkan intelektual, sehingga seseorang rentan mengalami kecemasan, jika terjadi sesuatu yang dapat membahayakan dirinya.

b. Stressor

Stressor merupakan tuntutan adaptasi terhadap individu yang disebabkan oleh perubahan keadaan dalam kehidupan. Sifat stressor dapat berubah secara tiba-tiba dan dapat memengaruhi seseorang dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme koping seseorang. Semakin banyak stresor yang dialami, semakin besar dampak bagi fungsi tubuh sehingga jika terjadi stressor yang kecil dapat mengakibatkan reaksi berlebihan (Kaplan et al., 2010).

c. Jenis Kelamin

Laki-laki atau perempuan memiliki peluang yang sama mengalami kecemasan. Hanya saja, perempuan lebih sering mengalami kecemasan daripada laki-laki. Perempuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Hal ini dikarenakan bahwa perempuan lebih peka dengan emosinya, menyelesaikan masalah dengan perasaan, tidak berpikir dengan logika. Dibandingkan dengan laki-laki lebih berpikir logis dan tidak menggunakan perasaan (Kaplan et al., 2010).

d. Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah akan menyebabkan seseorang mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir

rasional dan menangkap informasi baru termasuk menguraikan masalah baru (Stuart, 2013)

2. Faktor Eksternal

a. Dukungan keluarga

Adanya dukungan keluarga akan menyebabkan seorang lebih siap dalam menghadapi permasalahan (Stuart, 2013).

b. Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, misalnya lingkungan pekerjaan atau lingkungan bergaul yang tidak memberikan cerita negatif tentang efek negatif suatu permasalahan menyebabkan seseorang lebih kuat dalam menghadapi permasalahan (Stuart, 2013)

6.1.7 Respon Tubuh Terhadap Kecemasan

Stuart (2012) menyebutkan ada dua jenis respon tubuh terhadap kecemasan:

1. Respon Fisiologis

Respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan system saraf otonom (simpatis maupun parasimpatis). System saraf simpatis akan mengaktivasi proses tubuh, sedangkan system parasimpatis akan meminimalkan respon tubuh, beberapa respon fisiologis yang dapat terjadi diantaranya:

- a. Kardiovaskuler: Palpitasi, jantung berdebar, TD meningkat, Denyut nadi menurun.
- b. Pernapasan: Nafas cepat, sesak nafas
- c. Neuromuskuler: Reaksi terkejut, Mata berkedip-kedip, Insomnia, Gelisah
- d. Gastrointestinal: Kehilangan nafsu makan, menolak makan, mual, nyeri ulu hati, diare.
- e. Saluran perkemihan: Sering berkemih, tidak dapat menahan kencing
- f. Integumen: telapak tangan berkeringat, gatal.

2. Respon Psikologis

Kecemasan dapat memengaruhi aspek interpersonal maupun personal. Kecemasan tinggi akan memengaruhi koordinasi dan gerak reflex. Kesulitan mendengarkan akan mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan dapat membuat individu menarik diri dan meurunkan keterlibatan dengan orang lain.

a. Respon kognitif

Kecemasan dapat memengaruhi kemampuan berpikir baik proses piker maupun isi pikir, diantaranya: tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapangan persepsi, bingung

b. Respon Afektif

Secara afektif klien akan mengespresikan dalam bentuk kebingungan dan curiga berlebihan sebagai reaksi terhadap kecemasan.

6.1.8 Mekanisme Koping terhadap Kecemasan

Mekanisme koping yang terjadi terhadap kecemasan yaitu:

1. Task oriented reaction (reaksi yang berorientasi pada tugas)

Tujuan yang ingin dicapai dengan melakukan koping ini adalah individu mencoba menghadapi kenyataan tuntutan stress dengan menilai secara obyektif ditujukan untuk mengatasi masalah, memulihkan konflik dan memenuhi kebutuhan.

2. Ego oriented reaction (reaksi berorientasi pada ego)

Koping ini tidak selalu sukses dalam mengatasi masalah. Mekanisme ini seringkali digunakan untuk melindungi diri sendiri, sehingga disebut mekanisme pertahanan ego diri. Biasanya mekanisme ini tidak membantu untuk mengatasi masalah secara realita

6.2 Kehilangan

6.2.1 Pengertian

Kehilangan atau Loss adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian atau keseluruhan, atau terjadi perubahan dalam hidup sehingga terjadi perasaan kehilangan (Hidayat, 2012). Menurut Yosep (2014) Loss adalah suatu keadaan individu yang berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan.

6.2.2 Jenis-Jenis kehilangan

Hidayat (2012) mengungkapkan bahwa terdapat beberapa jenis kehilangan yakni sebagai berikut.

1. Kehilangan objek eksternal, misalnya kecurian atau kehancuran akibat bencana alam. Kehilangan benda eksternal mencakup segala kepemilikan yang telah menjadi usang, berpindah tempat, dicuri, atau rusak karena bencana alam. Kedalaman berduka yang dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang bergantung pada nilai yang dimiliki orang tersebut terhadap benda yang dimilikinya, dan kegunaan dari benda tersebut.
2. Kehilangan lingkungan yang dikenal misalnya berpindah rumah, dirawat di rumah sakit, atau berpindah pekerjaan. Kehilangan yang berkaitan dengan perpisahan dari lingkungan yang telah dikenal mencakup meninggalkan lingkungan yang telah dikenal selama periode tertentu atau perpindahan secara permanen
3. Kehilangan sesuatu atau seseorang yang berarti misalnya pekerjaan, anggota keluarga, dan teman dekat. Orang terdekat mencakup orang tua, pasangan, anak-anak, saudara sekandung, guru, pendeta, teman, tetangga, dan rekan kerja. Kehilangan dapat terjadi akibat perpisahan, pindah, melarikan diri, promosi di tempat kerja, dan kematian
4. Kehilangan suatu aspek dalam diri dapat mencakup bagian tubuh, fungsi fisiologis, atau psikologis. Kehilangan bagian tubuh dapat mencakup anggota gerak, mata, rambut, gigi, atau payudara.

Kehilangan fungsi fisiologis mencakup kehilangan kontrol kandung kemih atau usus, mobilitas, kekuatan atau fungsi sensoris. Kehilangan fungsi psikologi termasuk kehilangan ingatan, rasa humor, harga diri, percaya diri, kekuatan, respek, atau cinta. Kehilangan seperti ini dapat menurunkan kesejahteraan individu. Orang tersebut tidak hanya mengalami kedukaan akibat kehilangan tetapi juga dapat mengalami perubahan permanen dalam citra tubuh dan konsep diri.

5. Kehilangan hidup misalnya kematian anggota keluarga di rumah dan diri sendiri. Seseorang yang menghadapi kematian menjalani hidup, merasakan, berpikir, dan merespon terhadap kejadian dan orang sekitarnya sampai terjadinya kematian. Perhatian utama sering bukan kepada kematian itu sendiri tetapi mengenai nyeri dan kehilangan kontrol

6.2.3 Sifat Kehilangan

1. Tiba-tiba (tidak dapat diramalkan)
Kehilangan secara tiba-tiba dan tidak diharapkan dapat mengarah pada pemulihan dukacita yang lambat. Kematian karena tindak kekerasan, bunuh diri, pembunuhan atau pelalaian diri akan sulit diterima
2. Berangsur-angsur (dapat Diramalkan)
Penyakit yang sangat menyulitkan, berkepanjangan, dan menyebabkan yang ditinggalkan mengalami keletihan emosional.

6.2.4 Tipe kehilangan

1. Actual Loss
Kehilangan yang dapat dikenal atau diidentifikasi oleh orang lain, sama dengan individu yang mengalami kehilangan. Contoh: kehilangan anggota badan, uang, pekerjaan, anggota keluarga
2. Perceived Loss (Psikologis)
Kehilangan Sesuatu yang dirasakan oleh individu bersangkutan namun tidak dapat dirasakan/dilihat oleh orang lain. Contoh: Kehilangan masa remaja, lingkungan yang berharga

3. Anticipatory Loss

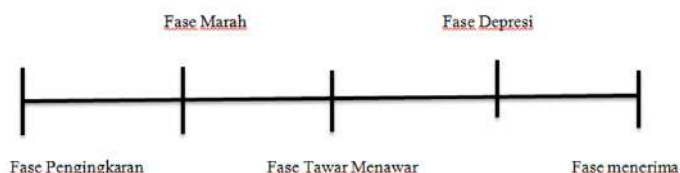
Perasaan kehilangan terjadi sebelum kehilangan terjadi. Individu memperlihatkan perilaku kehilangan dan berduka untuk suatu kehilangan yang akan berlangsung. Sering terjadi pada keluarga dengan klien (anggota) menderita sakit terminal.

6.2.5 Kategori Kehilangan

1. Kehilangan objek eksternal. Kehilangan benda eksternal mencakup segala kepemilikan yang telah menjadi usang berpindah tempat, dicuri, atau rusak karena bencana alam. Kedalaman berduka yang dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang bergantung pada nilai yang dimiliki orang tersebut terhadap nilai yang dimilikinya, dan kegunaan dari benda tersebut.
2. Kehilangan lingkungan yang telah dikenal. Kehilangan yang berkaitan dengan perpisahan dari lingkungan yang telah dikenal mencakup lingkungan yang telah dikenal. Selama periode tertentu atau kepindahan secara permanen. Contohnya pindah ke kota baru atau perawatan di rumah sakit
3. Kehilangan orang terdekat. Orang terdekat mencakup orangtua, pasangan, anak-anak, saudara sekandung, guru, teman, tetangga, dan rekan kerja. Artis atau atlet terkenal mungkin menjadi orang terdekat bagi orang muda. Riset membuktikan bahwa banyak orang menganggap hewan peliharaan sebagai orang terdekat. Kehilangan dapat terjadi akibat perpisahan atau kematian
4. Kehilangan aspek diri. Kehilangan aspek dalam diri dapat mencakup bagian tubuh, fungsi fisiologis, atau psikologis. Orang tersebut tidak hanya mengalami kedukaan akibat kehilangan tetapi juga dapat mengalami perubahan permanen dalam citra tubuh dan konsep diri
5. Kehilangan hidup Kehilangan dirasakan oleh orang yang menghadapi detik-detik di mana orang tersebut akan meninggal

6.2.6 Rentang Respon Kehilangan

Rentang Respon Kehilangan (Hidayat, 2012)



Gambar 6.2: rentang respon individu terhadap kehilangan menurut Kubler-Ross)

6.2.7 Proses Kehilangan

Kubler Ross dalam Yosep (2014) menyatakan bahwa fase kehilangan adalah meliputi: pengingkaran (denial), marah (anger), tawar-menawar (bargaining), depresi (depression), dan penerimaan (acceptance).

1. Pengingkaran (denial)

Reaksi pertama individu yang mengalami kehilangan adalah shock, tidak percaya atau mengingkari kenyataan bahwa kehidupan itu memang benar terjadi, dengan mengatakan “Tidak, saya tidak percaya itu terjadi” atau “itu tidak mungkin terjadi”. Bagi individu atau keluarga yang didiagnosa dengan penyakit terminal, akan terus mencari informasi tambahan. Reaksi fisik yang terjadi pada fase ini adalah: letih, lemah, pucat, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah, dan tidak tahu harus berbuat apa. Reaksi ini dapat berakhir dalam beberapa menit atau beberapa tahun

2. Fase Marah (anger)

Fase ini dimulai dengan timbulnya suatu kesadaran akan kenyataan terjadinya kehilangan. Individu menunjukkan rasa marah yang meningkat yang sering diproyeksikan kepada orang lain atau pada dirinya sendiri. Tidak jarang ia menunjukkan perilaku agresif, berbicara kasar, menolak pengobatan, menuduh dokter-perawat yang

tidak becus. Respon fisik yang sering terjadi antara lain muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengempal

3. Fase Tawar-menawar (bergaining)

Individu telah mampu mengungkapkan rasa marahnya secara intensif, maka ia akan maju ke fase tawar-menawar dengan memohon kemurahan pada Tuhan. Respon ini sering dinyatakan dengan katakata “ kalau saja kejadian ini bisa ditunda, maka saya akan sering berdoa”. Apabila proses ini oleh keluarga maka pernyataan yang sering keluar adalah “ kalau saja yang sakit, bukan anak saya”.

4. Fase Depresi (depression)

Individu pada fase ini sering menunjukkan sikap menarik diri, kadang sebagai klien sangat penurut, tidak mau bicara, menyatakan keputusan, perasaan tidak berharga, ada keinginan bunuh diri, dan sebagainya. Gejala fisik yang ditunjukkan antara lain: menolak makan, susah tidur, letih, dorongan libido menurun

5. Fase Penerimaan (acceptance)

Fase ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Pikiran yang selalu berpusat kepada obyek atau orang yang hilang akan mulai berkurang atau hilang. Individu telah menerima kehilangan yang dialaminya. Gambaran tentang obyek atau orang yang hilang mulai dilepaskan dan secara bertahap perhatiannya akan beralih kepada obyek yang baru. Fase ini biasanya dinyatakan dengan “saya betul-betul kehilangan baju saya tapi baju yang ini tampak manis” atau “apa yang dapat saya lakukan agar cepat sembuh”. Apabila individu dapat memulai fase ini dan menerima dengan perasaan damai, maka dia akan mengakhiri proses berduka serta mengatasi perasaan kehilangannya dengan tuntas. Tetapi bila tidak dapat menerima fase ini maka ia akan memengaruhi kemampuannya dalam mengatasi perasaan kehilangan selanjutnya.

Bab 7

Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan

7.1 Pendahuluan

Berpikir kritis merupakan suatu proses yang berjalan secara berkesinambungan mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi. Berpikir kritis merupakan konsep dasar yang terdiri konsep berpikir berhubungan dengan proses belajar dan penalaran, analisa, asumsi, ide-ide, berpikir ulang, jembatan pemikiran keterampilan koqnitif, intelektualitas, pertanyaan sikap dan perilaku. Dalam aktivitas kehidupan manusia tidak terlepas dalam kondisi pengambilan suatu keputusan, baik yang bersifat sederhana maupun yang kompleks. Kedua hal tersebut antara berpikir kritis dan pengambilan keputusan memiliki korelasi yang cukup kuat. Seseorang yang berpikir dengan cara kreatif akan melihat setiap masalah dengan sudut yang berbeda meskipun objeknya sama, sehingga dapat diartikan dengan adanya pengetahuan baru seorang profesional harus selalu melakukan sesuatu dan mencari apa yang paling efektif dan ilmiah serta memberikan hasil terbaik untuk kesejahteraan diri maupun orang lain.

Perawat dalam menjalankan tugasnya akan dihadapkan pada suatu kondisi di mana perawat tersebut dapat memutuskan tentang kondisi kesehatan klien atau pasien yang ditangani. Kondisi kesehatan pasien yaitu terdiri pasien yang sehat

dan sakit. Pemikiran kritis akan sangat dibutuhkan karena menentukan skala kondisi kesehatan pasien tentu bukanlah hal yang mudah untuk dilakukan. Perawat merupakan bagian dari pemberi layanan kesehatan akan dituntut untuk berpikir kritis dalam berbagai situasi dengan tujuan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkualitas. Oleh karena itu pembahasan mengenai berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam lingkup asuhan keperawatan dipandang penting, untuk dipelajari lebih dalam.

7.2 Pengertian Berpikir

Berpikir adalah suatu proses sensasi, persepsi, memori, ingatan berpikir menggunakan symbol, lambang (visual/gambar), serta adanya penarikan kesimpulan yang disertai pemecahan masalah (Rubinfeld & Scheffeer, 2010).

Berpikir adalah penggunaan pikiran dalam hal membuat ide, gagasan, pendapat, membuat keputusan, menarik kesimpulan dan merefleksikan. Berdasarkan definisi para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa pengertian berpikir merupakan suatu proses yang berjalan secara berkesinambungan mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi. (The et al., 2013)

7.3 Pengertian Berpikir Kritis

Berpikir kritis adalah suatu proses di mana seseorang atau individu dituntut untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi informasi untuk membuat sebuah penilaian atau keputusan berdasarkan kemampuan menerapkan ilmu pengetahuan dan pengalaman (Pery & Potter, 2005).

Menurut Bandman (1988), berpikir kritis adalah pengujian secara rasional terhadap ide, gagasan, pendapat, prinsip, pemikiran masalah, kepercayaan, kesimpulan dan tindakan. Menurut Strader (1992) berpikir kritis adalah suatu proses pengujian yang menitikberatkan pendapat tentang kejadian atau fakta yang mutakhir dan menginterpretasikan serta mengevaluasi pendapat-pendapat tersebut untuk mendapatkan suatu kesimpulan tentang perspektif atau sudut pandang baru.

Berpikir kritis adalah proses perkembangan kompleks yang berdasarkan pada pikiran cermat dan rasional. Pengetahuan didapat, dikaji dan diatur melalui berpikir. Keterampilan koqnitif yan digunakan berpikir memerlukan disiplin ilmu dan aspek intelektualitas, evaluasi diri, berpikir berulang, tantangan, oposisi dan dukungan. Berpikir kritis mentransformasikan cara individu memandang dirinya sendiri dalam memahami dan membuat keputusan (Janiszewski Goodin & Stein, 2009).

7.4 Berpikir Kritis dan Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan klinis akan memperlihatkan perbedaan antara perawat dengan tenaga kesehatan lainnya, perawat akan cepat bertindak ketika kondisi pasien mengalami penurunan, mendeteksi masalahnya dan berinisiatif untuk memperbaikinya. Pengambilan keputusan klinis sebagai keputusan yang terdiri atas pemikiran kritis dan penuh pertimbangan, serta penetapan dari ilmu serta pikiran kritis.

Klien tentu akan merasakan keluhan yan berbeda-beda yang dipengaruhi oleh faktor: fisik, diagnosa medis, gaya hidup, budaya, lingkungan, hingga pengalaman klien itu sendiri. Oleh karena itu, perawat tidak bisa langsung mengetahui apa yang dibutuhkan klien, melainkan klien tersebut menyampaikan keluhan yang dirasa kepada perawat, dan perawat mengkaji serta mendalami klien untuk mendapatkan perspektif yang berbeda.

Pemikiran kritis adalah pusat praktik keperawatan professional karena hal tersebut membuat seorang perawat terus memperbaiki cara pendekatan kepada klien dan menerapkan pengetahuan-pengetahuan baru yang berdasarkan pengalaman dari sebelumnya (Li et al., 2019).

7.5 Komptensi Berpikir Kritis

Berpikir mencakup beberapa hal yaitu membuat pendapat, membuat keputusan, menarik kesimpulan, dan merefleksikan. Ketika perawat mengarahkan berpikir ke arah pemahaman dan menemukan jalan keluar dari masalah kesehatan klien,

prosesnya menjadi bertujuan dan berorientasi pada tujuan. Dalam kaitannya dengan keperawatan, berpikir kritis adalah reflektif, pemikiran yang masuk akal tentang masalah keperawatan tanpa ada solusi dan difokuskan pada keputusan apa yang harus diyakini dan dilakukan (Potter dan Perry, 2005).

Kompetensi berpikir kritis adalah proses kognitif yang digunakan perawat untuk membuat penilaian keperawatan. Kompetensi merupakan kemampuan individual yang dibutuhkan untuk mengerjakan suatu tugas atau pekerjaan yang dilandasi pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja keras sesuai untuk kerja yang dipersyaratkan. Ada tiga tipe kompetensi yaitu berpikir kritis umum, berpikir kritis spesifik dalam situasi klinis, dan berpikir kritis spesifik dalam keperawatan. Penjelasan tiga tipe kompetensi ada di bawah ini:

7.5.1 Berpikir Kritis Umum

Kompetensi berpikir kritis umum mencakup metode ilmiah, pemecahan masalah, dan pembuatan keputusan. Pemecahan masalah mencakup mendapatkan informasi ketika terdapat kesenjangan antara apa yang sedang terjadi dan apa yang seharusnya terjadi. Dalam pembuatan keputusan, individu memilih tindakan untuk memenuhi tujuan. Untuk membuat keputusan, seseorang harus mengkaji semua pilihan, menimbang setiap pilihan tersebut terhadap serangkaian kriteria, dan kemudian membuat pilihan akhir (Potter dan Perry, 2005).

Ketika dihadapkan pada suatu keputusan, penting sekali untuk mengidentifikasi mengapa keputusan diperlukan. Kriteria untuk pembuatan keputusan harus ditegakkan sehingga pilihan yang tepat dapat dibuat. Kriteria harus mencakup hal berikut: Pertama, apa yang akan dicapai? Kedua, apa yang akan dicapai selanjutnya? Ketiga, apa yang harus dihindari? Sejalan dengan perawat mempertimbangkan kriteria, terjadi tingkat pengurutan prioritas. Perawat membuat prioritas dengan mengaitkannya pada situasi spesifik klien. Agar perawat mampu mengatasi berbagai masalah kelompok klien yang ada, pembuatan keputusan berkelanjutan sangat penting. Selain itu, manajemen waktu merupakan bagian dari pembuatan keputusan dan memastikan bahwa waktu perawat digunakan dengan baik dan bahwa perawat cukup tanggap terhadap kebutuhan klien.

7.5.2 Berpikir Kritis Spesifik

Kompetensi Berpikir kritis spesifik dalam situasi klinis, mencakup pertimbangan diagnostik, kesimpulan klinis, dan pembuatan keputusan klinis. Contohnya adalah: Ny SL usia 53 tahun, diagnosa medis post operasi Laparotomi hari ke 1, saat ini mengeluh pusing, mual dan nyeri, terapi telah di berikan sesuai advise dokter yang menanganinya. Dari kasus ini perawat dituntut untuk berpikir, menganalisa kondisi pasiennya, apakah perlu untuk konsul atau lapor kembali ke dokter atau mengambil tindakan keperawatan lain.

7.5.3 Berpikir Kritis Spesifik Dalam Keperawatan

Berpikir kritis spesifik dalam keperawatan mencakup pendekatan sistematis yang digunakan untuk secara kritis mengkaji/asesmen/assessment dan menelaah kondisi klien, mengidentifikasi respon klien terhadap masalah kesehatan, melakukan tindakan yang sesuai, dan mengevaluasi apakah tindakan yang dilakukan telah efektif. Format untuk proses keperawatan adalah unik untuk disiplin keperawatan dan memberikan bahasa dan proses yang umum bagi perawat untuk “memikirkan semua” masalah klien.

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis, komprehensif untuk asuhan keperawatan. Ada lima fase dalam proses keperawatan diantaranya pengkajian, analisis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian berupa pengumpulan, pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan harus mencakup persepsi kebutuhan klien, masalah kesehatan, pengalaman terkait, dan praktik keperawatan (Shirazi & Heidari, 2019).

7.6 Kompetensi Berpikir Kritis

Perawat yang profesional tentunya memiliki pemikiran yang kritis dalam melakukan suatu tindakan keperawatan. Perawat sebagai bagian dari pemberi pelayanan kesehatan yaitu memberi asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan akan selalu dituntut untuk berpikir secara kritis dalam berbagai situasi. Berpikir kritis adalah proses yang didapat melalui pengalaman, rasa ingin tahu dan belajar terus menerus. Berpikir kritis merupakan tanda atau standar untuk perawat professional yang kompeten.

Kemampuan untuk berpikir kritis akan meningkatkan praktik klinik dan mengurangi kesalahan penilaian klinis adalah visi dari praktik keperawatan. Menurut parah ahli (Potter & Perry, 2005), berpikir kritis adalah suatu proses di mana seseorang atau individu dituntut untuk menginterfresikan atau mengevaluasi informasi untuk membuat sebuah penilaian atau keputusan berdasarkan kemampuan, menerapkan ilmu rasional terhadap ide- ide, kesimpulan, pendapat, prinsip, pemikiran, masalah, kepercayaan dan tindakan. Dalam berpikir secara kritis terdapat lima komponen model yaitu pengetahuan dasar, pengalaman, kompetensi berpikir kritis, perilaku dan standar.

Model-model pemikiran kritis akan menjelaskan bagaimana menerapkan elemen pemikiran kritis untuk mengkaji klien, merencanakan tindakan yang akan diambil dan evaluasi hasil yang didapat. Menerapkan tiap elemen dalam berpikir tentang seorang klien dapat meningkatkan rasa percaya diri dan menjadi profesional yang efektif.

1. Komponen pertama dari model pemikiran kritis adalah pengetahuan dasar spesifik perawat. Sebagai seorang perawat, pengetahuan dasar meliputi informasi dan teori dari ilmu dasar, rasa kemanusiaan, ilmu perilaku dan keperawatan. Perawat yang menggunakan pengetahuan dasar dengan disiplin ilmu kesehatan pasti akan memikirkan masalah klien secara holistik. Sebagai contohnya, pengetahuan luas yang dimiliki seorang perawat akan memperhatikan segi fisik, psikologi, sosial, moral, etika, dan budaya dalam perawatan terhadap seorang klien. Kedalaman dan luasnya pengetahuan akan memengaruhi kemampuan untuk Berpikir kritis dalam menangani masalah keperawatan.
2. Komponen kedua dari model pemikiran kritis adalah pengalaman. Keperawatan merupakan sebuah disiplin ilmu yang menerapkan praktik. Pengalaman praktik belajar klinik diperlukan untuk memenuhi keterampilan membuat keputusan klinik, dengan adanya pengalaman klinik seorang perawat akan belajar mulai dari mengobservasi, merasakan, berbicara kepada klien dan keluarga serta dapat merefleksikan secara aktif dengan pengalaman yang telah didapat. Pengalaman akan membuat seorang perawat mengerti situasi klinis,

dapat mengenali pola kesehatan klien dan memicu timbulnya pemikiran yang inovatif.

3. Komponen ketiga dari model berpikir kritis adalah kompetensi proses keperawatan. Dengan menerapkan komponen model berpikir kritis dalam proses keperawatan, seorang perawat akan menerapkan pada rasa, kesan, dan data yang berupa fakta yang ditemukan.
4. Komponen keempat adalah perilaku. Perilaku menggambarkan bagaimana pendekatan seorang pemikir kritis dalam menyelesaikan sebuah masalah. Perilaku dalam berpikir secara kritis meliputi rasa percaya diri, mandiri, adil, tanggung jawab, mau mengambil risiko, disiplin, kreatif, memiliki rasa ingin tahu, integritas dan memiliki sikap ramah. Jika diaplikasikan seorang perawat yang memiliki sifat pemikiran kritis dalam praktik keperawatan yaitu perilaku rasa ingin tahu yang meliputi kemampuan untuk mengenali adanya masalah dan mencari data untuk mendukung kebenaran dari apa yang anda pikirkan. Selain itu dengan rasa percaya diri seorang perawat dapat belajar bagaimana berbicara secara meyakinkan saat memulai perawatan terhadap pasien dengan mempersiapkan segala sesuatu sebelum melakukan tindakan keperawatan. Adanya rasa tanggung jawab dan otoritas seperti merujuk pada aturan dan prosedur untuk melakukan penanganan terhadap pasien. Perilaku disiplin seperti sistematis dalam setiap hal dan rasa adil, seorang pemikir kritis dapat mengatasi segala hal dengan adil.
5. Komponen kelima dalam berpikir secara kritis adalah memiliki standar intelektual dan standar profesional. Seorang perawat yang memiliki standar intelektual seperti jelas, tepat, spesifik, akurat, relevan, beralasan, konsisten, logis, dalam, luas, lengkap, signifikan, tercukupi dan adil. Dalam standar intelektual gunakanlah pemikiran yang kritis terhadap masalah seorang klien seperti ketepatan, akurasi dan konsistensi untuk memastikan bahwa keputusan klinis kita benar. Sedangkan standar profesional untuk pemikiran secara kritis merujuk pada kriteria etik untuk penilaian keperawatan, kriteria berdasarkan

bukti untuk evaluasi dan kriteria untuk bertanggung jawab secara profesional (Kataoka Yahiro dan Saylor, 1994).

7.7 Hubungan Proses Keperawatan Dengan Berpikir Kritis dalam Pengambilan Keputusan

Proses keperawatan merupakan metode perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan yang rasional dan sistematis secara individual untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien, masalah kesehatan yang aktual dan menyusun rencana serta intervensi keperawatan untuk menyelesaikan masalah. Proses keperawatan memiliki karakteristik yang memungkinkan respons terhadap perubahan kesehatan klien. Karakteristik ini meliputi sifat proses keperawatan yang siklis dan dinamis, berfokus pada penyelesaian masalah, berpusat pada klien, dapat diterapkan secara universal, dan penggunaan pemikiran yang kritis (Kozier dkk, 2010).

Ada lima fase dalam proses keperawatan diantaranya pengkajian, analisis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian berupa pengumpulan, pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan harus mencakup persepsi kebutuhan klien, masalah kesehatan, pengalaman terkait, dan praktik keperawatan.

Tahap kedua dalam proses keperawatan yaitu diagnosis. Diagnosis adalah proses analisis dan sintesis data. Pada analisis data dilakukan perbandingan antara data dan standar, mengelompokkan data dan mengidentifikasi kesenjangan dan ketidakkonsistenan data. Kemudian merumuskan pernyataan diagnosis keperawatan dan mendokumentasikan diagnosis tersebut dalam rencana asuhan keperawatan. Jika diagnosis telah selesai, maka dilanjutkan dengan perencanaan.

Perencanaan merupakan cara untuk mencegah atau menyelesaikan masalah yang teridentifikasi pada klien. Aktivitas pada proses perencanaan yaitu menetapkan prioritas dan tujuan, memilih strategi keperawatan dan rencana

asuhan keperawatan. Perencanaan ini melibatkan perawat, klien, individu pendukung, dan pemberi asuhan lain. Implementasi merupakan fase di mana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang direncanakan. Agar berhasil dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan, seorang perawat harus memiliki keterampilan kognitif, interpersonal, dan teknis. Pada proses implementasi ini biasanya mengkaji kembali klien, melakukan supervisi terhadap asuhan yang didelegasikan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan.

Evaluasi adalah fase terakhir dalam proses keperawatan yang mengukur tingkat pencapaian tujuan atau hasil. Fase ini juga melakukan identifikasi terhadap faktor yang memengaruhi pencapaian baik positif maupun negatif. Evaluasi ini berjalan kontinu. Aktivasinya meliputi membandingkan antara data dan hasil, menarik kesimpulan tentang suatu masalah, keputusan untuk melanjutkan, memodifikasi atau mengakhiri rencana asuhan keperawatan.

Oleh karena itu, fase-fase dalam proses keperawatan saling terkait antara satu dengan yang lainnya. Keberhasilan evaluasi bergantung pada fase-fase sebelumnya. Hasil akhir yang diharapkan harus dinyatakan secara konkret. Manfaat dari proses keperawatan ini adalah agar perawat membantu klien dalam memperoleh persetujuan mengenai hasil terapi untuk mendapatkan kesehatan yang lebih baik. (Sternberg, 2016)

Dalam Berpikir secara kritis terdapat lima komponen model yaitu pengetahuan dasar, pengalaman, kompetensi Berpikir kritis, perilaku dan standar. Model-model pemikiran kritis akan menjelaskan bagaimana menerapkan elemen pemikiran kritis untuk mengkaji klien, merencanakan tindakan yang akan diambil dan evaluasi hasil yang didapat. Menerapkan tiap elemen dalam Berpikir tentang seorang klien dapat meningkatkan rasa percaya diri dan menjadi profesional yang efektif.

Kompetensi Berpikir kritis adalah proses kognitif yang digunakan perawat untuk membuat penilaian keperawatan. Kompetensi merupakan kemampuan individual yang dibutuhkan untuk mengerjakan suatu tugas atau pekerjaan yang dilandasi pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja keras sesuai untuk kerja yang dipersyaratkan. Ada tiga tipe kompetensi yaitu Berpikir kritis umum, Berpikir kritis spesifik dalam situasi klinis, dan Berpikir kritis spesifik dalam keperawatan.

Pengambilan keputusan klinis sebagai keputusan yang terdiri atas pemikiran kritis dan penuh pertimbangan, serta penetapan dari ilmu serta pikiran kritis.

Klien memiliki keluhan yang berbeda-beda, karena itu, perawat tidak bisa langsung mengetahui apa yang klien butuhkan, melainkan perawat harus aktif bertanya kepada pasien. Proses keperawatan merupakan metode perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan yang rasional dan sistematis secara individual untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien, masalah kesehatan yang aktual dan menyusun rencana serta intervensi keperawatan untuk menyelesaikan masalah. Ada lima fase dalam proses keperawatan diantaranya pengkajian, analisis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Bab 8

Kode Etik Dalam Keperawatan

8.1 Pendahuluan

Setiap ikatan menyatukan beberapa dua entitas yang bebas. Semua hubungan baik resmi maupun tidak resmi tunduk pada aturan. Semua transaksi diikat oleh hukum, etika dan moral. Transaksi yang melibatkan uang dan jasa pada umumnya dilakukan oleh profesi. Suatu profesi baik profesional atau bukan terikat pada kode etik. Perawat sebagai profesi memiliki kode etik, agar dalam pekerjaannya dapat ditanggung-gugat.

Keperawatan sebagai disiplin ilmu menjamin pelayanan yang berkualitas. Adapun pokok penting pelayanan yang berkualitas adalah:

1. Mengembangkan sikap peduli atau caring kepada pasien.
2. Melayani dengan tindakan yang terbaik
3. Menyediakan standar pelayanan yang dapat memberikan rasa puas pada pasien dan keluarga.

Asuhan keperawatan dianggap berkualitas apabila hak-hak klien dan keluarga terpenuhi sesuai dengan tingkat kompetensi profesional tenaga keperawatan yang bersangkutan. Unsur-unsur kompetensi profesional perawat adalah kompetensi intelektual (knowledge), teknikal (skill) dan interpersonal (attitude), dan berlandaskan kepada etika profesi perawat.

Dua dimensi pelayanan keperawatan yaitu dimensi prosedural dan dimensi pribadi terintegrasi dalam kompetensi perawat. Yang termasuk dalam Dimensi procedural ialah sistem, standar, dan prosedur pelayanan. Dimensi pribadi adalah sikap, perilaku, dan kemampuan lisan tulisan dalam berinteraksi kepada semua stakeholder: klien, rekan sejawat, pimpinan maupun rekan kerja.

Ketika seorang berkuliah mengambil jurusan keperawatan, kemudian melakukan praktek ke lapangan berarti individu tersebut mulai memasuki profesi keperawatan, maka ia secara simultan menerima tanggung jawab, kepercayaan yang membekas pada kompetensi dan kode etik keperawatan. Kode etik adalah suatu landasan kerja yang sistematis yang mengatur suatu profesi untuk berperilaku etis. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi Kesehatan dapat berdampak pada masalah etis bagi perawat. Oleh karena itu etika menjadi sangat penting untuk dipahami oleh setiap individu perawat.

8.2 Etika, Nilai, Dan Moral

8.2.1 Etika

Ethos (Yunani) adalah kata asli dari etika, yang diartikan sebagai sikap, kepribadian, pemikiran, tabiat, serta pandangan atas sesuatu. Sedangkan etika diartikan sebagai suatu landasan dalam berperilaku baik atau buruk dalam suatu golongan (Leniwita et al., 2019). Definisi dari Etika menurut beberapa ahli:

1. Soergarda Poerbakawatja: Etika ialah suatu sains yang mengarahkan, menjadi acuan, serta pijakan manusia bertindak.
2. H. A. Mustafa: Etika ialah ilmu berperilaku, berbuat dan berpikir yang baik atau yang buruk.
3. K. Bertens: Etika ialah nilai dan norma moral yang mengatur semua tingkah laku suatu kelompok atau individu.
4. Drs. H. Burhanudin Salam: Etika ialah suatu cabang ilmu filsafat yang membahas nilai-nilai serta norma yang mengatur perilaku kehidupan manusia.
5. W. J. S. Poerwadarminto: Etika adalah ilmu pengetahuan tentang suatu perilaku atau perbuatan manusia yang baik atau buruk yang berasal dari akal manusia.

8.2.2 Nilai

Secara umum nilai dapat diartikan sebagai harga atau ukuran. Nilai adalah sesuatu yang sulit diukur. Harga dari suatu nilai tergantung pada kebutuhan dari individu tersebut. Para ahli mendefinisikan nilai sebagai berikut:

1. Hans Jonas, nilai adalah sesuatu ukuran untuk mendapatkan suatu jawaban “ya” atau “tidak”. Nilai selalu berarti positif dan nilai yang sifatnya negatif harus dihilangkan.
2. Menurut (Bertens, 1990) Nilai-nilai ialah pramoral yang mendahului tindakan individu, nilai merumuskan bagaimana agar hidup sungguh-sungguh baik.
3. Menurut (Kozier B., dkk., 2010), nilai ialah suatu keabsahan untuk memilih dan mempercayai atau suatu tabiat yang sangat bernilai bagi seseorang, objek, ide atau kegiatan. Nilai diperoleh dari budaya, adat istiadat, agama, tradisi individu, kelompok agama, serta keluarga. Nilai akan mendasari tingkahlaku. Jika suatu individu telah memahami tentang nilai-nilai yang dianut oleh kelompoknya, maka secara konsisten individu tersebut akan mempraktekkannya dalam perilakunya sehari-hari karena dalam dirinya telah terdapat suatu kontrol internal.

Etika ialah ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan nilai-nilai moral, sedangkan nilai merupakan kepercayaan individu tentang suatu kebenaran dan manfaat dari suatu pemikiran, objek atau perilaku. Jadi nilai memiliki hubungan yang erat dengan etika, bahkan penerapan etika sangat tergantung dari nilai-nilai yang dianut oleh seseorang.

Ada dua nilai yang mendasari perilaku seseorang. Yang pertama adalah: Nilai pribadi (Personal value) diperoleh dari latar belakang budaya, etnis dan keyakinan seseorang dari mana individu tersebut berasal dan telah menjadi kontrol internalnya. Kedua ialah Nilai profesional (Profesional value) merupakan refleksi dan pengembangan nilai-nilai pribadi yang bersifat instrinsik, terbuka, menyatakan elemen dasar yang digunakan sebagai standar dalam mengambil keputusan serta menggambarkan idealisme dan harapan dalam praktik keperawatan. Nilai tidak memberikan jawaban tentang cara mengatasi situasi tertentu, tetapi memberikan petunjuk dan kerangka berpikir untuk memahami suatu konflik.

Komponen Nilai Profesional Perawat

American Assosiation of Collage of Nursing, (2008), menyebutkan beberapa nilai profesional dalam keperawatan yang menjadi fondasi dasar dalam memberikan asuhan keperawatan. Dasar nilai keperawatan dibentuk berdasarkan prinsip altruisme, persamaan, estetika, kebebasan, martabat manusia, keadilan, dan kebenaran.

1. Altruisme, Bentuk tindakan yang memperhatikan dan mementingkan kesejahteraan serta keselamatan bagi orang lain.
2. Persamaan, memiliki hak, kepentingan atau status yang sama, dengan sikap yang ditunjukkan: menerima, asertif, tidak berpihak, toleransi.
3. Estetika, kualitas objek, kejadian dan orang yang memberikan kepuasan. Ditunjukkan dengan sikap penghargaan, kreativitas, imajinasi, sensitif.
4. Otonomi (autonomy), Berarti kebebasan, perawat yang menerapkan nilai ini menunjukkan suatu sikap yang menghargai hak pasien, dengan sikap: percaya diri, berharap, independen, terbuka, penguasaan diri, disiplin.
5. Martabat manusia (human dignity), Cara menghormati martabat manusia dengan segala nilai dan keunikan yang dimiliki pada setiap individu atau kelompok dengan sikap empati, kebaikan, perhatian penuh, kebenaran, pertimbangan.
6. Keadilan sosial, Cara yang dapat ditunjukkan dengan menjunjung tinggi prinsip moral, legal, dan kemanusiaan disaat melaksanakan tugas sebagai seorang perawat.
7. Kebenaran, Bentuk integritas yang diwujudkan melalui tindakan yang sesuai kode etik dan standart praktik keperawatan.

8.2.3 Moral

Moral adalah suatu hukum perilaku saling hormat menghormati yang berlaku kepada setiap individu saat bersosialisasi dengan orang lain. Pemahaman akan defenisi moral akan lengkap setelah membaca beberapa defenisi ahli berikut ini:

1. Maria Assumpta. Moral ialah batasan-batasan sikap dan tingkah laku manusia sebagai makhluk hidup.

2. Russel Swanburg. Moral adalah suatu refleksi pemikiran yang berhubungan dengan perilaku seseorang tersebut.
3. Elizabeth B. Hurlock. Moral adalah suatu kebiasaan, tata cara, dan adat dari suatu peraturan perilaku yang telah menjadi kebiasaan bagi anggota suatu budaya dalam masyarakat.
4. Maria J. Wantah. Moral merupakan sesuatu keahlian dalam menilai perilaku individu itu benar atau salah serta baik atau buruk.
5. Imam Sukardi. Moral adalah suatu ciri-ciri dan tabiat suatu masyarakat, melalui nilai-nilai yang diputuskan Bersama

Konsep Moral Dalam Praktik Keperawatan

Sebagai perawat, dalam menjalankan kewajibannya tidak hanya terikat pada kode etik keperawatan, dia juga memiliki tanggung jawab moral, yaitu memberikan advokasi, sikap akuntabilitas, serta loyal (Ardiani, 2018).

1. Advokasi

Perawat harus menjamin dan tidak dapat memaksakan hak pasien dalam menentukan pengobatan bagi dirinya. Peran perawat sebagai advokat adalah menyampaikan informasi atau konsekuensi dan memberikan saran kepada pasien atas keputusan yang diambilnya tanpa menggiringnya kepada pemikiran perawat. Bantuan advokasi yang diberikan dapat berupa aksi dan non aksi.

Bantuan aksi sebagai advokat yaitu memberikan rasa yakin bahwa apapun hasil keputusan pasien adalah hak dan tanggung jawabnya sendiri. Sedangkan peran non aksi sebagai advokat adalah perawat harus menahan diri untuk tidak membawa pasien kepada keputusan yang diinginkan oleh perawat tersebut.

2. Akuntabilitas

Akuntabilitas dapat diartikan tanggung jawab dan tanggung gugat. Tindakan perawat harus sesuai dengan kode etik dan dipertanggungjawabkan di depan hukum yang berlaku. Akuntabilitas pada level individu terlihat dalam proses pemberian asuhan keperawatan, kompetensi, komitmen dan integritas. Akuntabilitas dalam level institusi dapat terlihat dalam melaksanakan falsafah

institusi dan tujuan komite keperawatan atau audit keperawatan. Akuntabilitas pada level professional terlihat dalam mengikuti dan memahami standar praktik keperawatan. Sedangkan level akuntabilitas dalam sosial tergambar dalam kepatuhan terhadap undang-undang yang mengatur praktik keperawatan.

3. Loyalitas

Loyal dapat diartikan sebagai simpati, perduli, dan setia kepada profesi dan hubungan timbal balik antara pasien-perawat atau perawat-perawat. Loyalitas dapat menjadi ancaman dalam pemberian asuhan keperawatan apabila ada konflik antara teman sejawat dan pasien, atau teman sejawat dengan profesi Kesehatan lain.

8.2.4 Konsep dan Prinsip Etika Keperawatan Vs Hukum Kesehatan

Etika keperawatan adalah suatu filosofi yang mengatur tanggung jawab moral dalam melaksanakan praktik asuhan keperawatan. Etika keperawatan berfungsi untuk mengenali, mengatur, mengkaji dan membenarkan tindakan praktek keperawatan. Etika keperawatan juga bertujuan untuk menegaskan kewajiban-kewajiban yang dipikul secara sukarela dan mengali informasi akan dampak dari tindakan-tindakan perawat yang memengaruhi kehidupan pasien dan keluarganya, sejawat serta sistim kesehatan secara menyeluruh.

Menurut Standar Profesi dan Kode Etik Perawat Indonesia (PP-PPNI, 2010) bahwa dalam setiap praktik asuhan keperawatan harus memuat kode etika keperawatan berikut:

1. Mengimplementasikan prinsip etik dalam asuhan keperawatan sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia.
2. Mempraktekkan sikap menghormati hak privasi dan martabat klien.
3. Menunjukkan sikap menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan bagi dirinya.
4. Menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal, dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sebagai profesional.

Etika tidak dapat dipisahkan dengan moral. Manusia dikatakan beretika apabila dia mampu menyeimbangkan antara hak dan kewajibannya secara sadar dalam berhubungan kepada sesama manusia secara utuh dan dengan penciptanya.

Perawat dalam mempraktekan asuhan keperawatan harus mematuhi prinsip-prinsip etik atau moral yang ada dalam profesinya. (Wahyuni S., 2021) menjabarkan beberapa prinsip etika dan moral profesi perawat yaitu sebagai berikut:

1. Respect (Rasa hormat)

Respek adalah perilaku menghormati hak klien dan keluarganya. Pemberian "informed consent" merupakan trilogi menghormati hak klien/pasien yaitu hak untuk dihargai, hak menerima dan hak menolak tindakan Kesehatan bagi dirinya. Pemberian asuhan keperawatan yang bermutu dengan ungkapan senyum, sapa dan penuh perhatian adalah salah satu contoh respect. Respect juga berarti dapat menghargai hidupnya dan hidup orang lain, serta dapat menerima kematian. Perawat juga harus menanamkan harapan sembuh atau tindakan untuk memperpanjang hidup dari pasien.

2. Autonomy (Kemandirian)

Otonomi ialah hak dasar individu untuk memilih yang terbaik bagi diri sendiri. Prinsip otonomi bermula pada suatu kepercayaan bahwa manusia sebagai individu mampu berfikir logis dalam membuat keputusan bagi dirinya sendiri. Orang dewasa dianggap sudah kompeten untuk melakukan autonomi, artinya keputusannya adalah tanpa paksaan dan sudah secara rasional. Kebebasan pasien untuk memilih jenis pengobatan, di mana dirawat, siapa dokter yang merawat adalah contoh autonomi. Perawat juga memiliki hak otonomi dalam memberikan asuhan keperawatan atau tindakan Kesehatan.

3. Beneficence (Baik hati)

Beneficence ialah melakukan kebaikan kepada orang lain. Semua kebaikan yang dilakukan oleh perawat harus terhindar dari kesalahan atau kejahatan, menutupi kesalahann atau kejahatan dan mendapat pujian. Tindakan perawat memberikan suntikan, memandikan dan

memberikan dukungan emosional adalah salah contoh tindakan beneficence.

4. Nonmaleficence (Tidak Mencederakan)

Asuhan keperawatan harus tidak mengancam atau menimbulkan kerugian material atau kerugian psikologis apalagi menyebabkan cedera fisik bagi pasien. Merugikan atau menciderai dapat berupa menyebabkan nyeri, gangguan emosi, kecacatan dan kematian.

5. Veracity (Bersikap Jujur).

Bersikap jujur tidak hanya dalam perkataan tapi juga perbuatan, singkatnya tidak menipu orang lain. Sikap jujur membuat pasien dan keluarga merasa percaya. Jujur dalam menjelaskan “informed consent” adalah salah satu upaya mendorong kemandirian pasien dalam hal autonomi.

6. Confidentiality (Menjaga Rahasia).

Tidak menjaga rahasia hasil pemeriksaan, diagnose medis kepada orang lain yang masuk dalam daftar privasi pasien, atau membukann informasi pasien kepada pasien lain adalah pelanggaran akan kerahasiaan pasien. Perawat juga tidak diizinkan untuk membicarakan kondisi pasien kepada teman sejawat yang tidak terlibat dalam perawatan pasien. Setiap dokumen catatan kesehatan pasien adalah milik pasien sendiri digunakan hanya untuk meningkatkan kesehatan pasien. Informasi Kesehatan pasien bisa dibukakan dengan seizin lisan dan tulisan serta untuk keperluan hukum.

7. Fidelity (Sikap Setia).

Kolaborasi antara Pasien-Perawat menuntut kesetiaan, di mana keduanya terikat pada komitmen untuk mendatangkan kebaikan bagi pasien. Menepati janji adalah salah satu contoh prinsip fideliti. Kesetiaan perawat dapat dilihat dari kepatuhannya terhadap kode etik profesi.

8. Justice (Bersikap Adil)

Asuhan keperawatan tidak boleh membeda-bedakan atau memihak orang tertentu, apalagi melakukan asuhan keperawatan berdasarkan

kedekatan hubungan social. Bersikap adil berarti melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan apa yang dibutuhkan pasien.

Hukum Kesehatan

Hukum ialah suatu ketentuan perundang-undangan yang disahkan oleh suatu Lembaga negara agar pergaulan hidup di masyarakat menjadi teratur. Perundang-undangan tersebut juga mengatur bidang Kesehatan. Sehingga disebut hukum Kesehatan. Pengertian Hukum Kesehatan menurut beberapa sumber adalah (Perangin-angin dkk., 2021):

1. UU RI NO. 23/1992 tentang Kesehatan. Hukum Kesehatan adalah segala bentuk ketentuan yang mengatur hubungan dan proses pemeliharaan dan pelayanan Kesehatan. Hukum Kesehatan juga mengatur tentang hak dan kewajiban pemberi atau penerima Kesehatan dengan segala aspeknya.
2. Anggaran Dasar Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI) Hukum kesehatan adalah segala ketentuan hukum yang mengikat individu atau golongan baik sebagai pemberi dan penerima pelayanan Kesehatan dengan segala aspeknya.
3. Yang masuk dalam cakupan peraturan Hukum kesehatan ialah: Hukum Kedokteran/Kedokteran Gigi, Hukum Keperawatan, Hukum Farmasi Klinik, Hukum Rumah Sakit, Hukum Kesehatan Masyarakat, Hukum Kesehatan Lingkungan dan sebagainya (Konas PERHUKI, 1993)
4. Prof. Van der Mijl Hukum kesehatan dirumuskan sebagai gabungan ketentuan yang berhubungan dengan pelayanan Kesehatan dan penerapannya pada hukum perdata, hukum pidana dan hukum administrasi. Hukum kesehatan mengatur banyak disiplin, diantaranya: hukum keperawatan, hukum farmasi, hukum kesehatan masyarakat, hukum perobatan, dan lain-lain.

Hubungan Etika Keperawatan Dan Hukum Kesehatan

Hubungan antara etika keperawatan dan hukum kesehatan diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Kedua-duanya saling melengkapi.

2. Kekuatan Hukum tergantung pada etika/moral pemangkunya.
3. Hukum sebagian besar intinya diambil dari nilai moral.
4. Pelaksanaan hukum harus dilaksanakan secara simultan dengan norma etika/moral.
5. Etika/moral membutuhkan hukum agar memiliki kekuatan formal dan mengikat
6. Undang-undang/hukum tanpa disertai moral tidak berarti apa-apa.

Perbedaan Etika Keperawatan Dan Hukum

Perbedaan antara etika Keperawatan dan hukum kesehatan adalah:

1. Etika Keperawatan hanya berlaku bagi profesi Keperawatan, sedangkan hukum kesehatan berlaku untuk semua profesi dan lapisan.
2. Etika Keperawatan disusun berdasarkan kemufakatan anggota profesi, sedangkan hukum kesehatan disusun oleh Lembaga negara.
3. Etika Keperawatan tidak semuanya tersurat, sedangkan hukum kesehatan tarcantum atau tertulis secara rinci dalam suatu kitab undang- undang.
4. Hukuman bagi pelanggar Etika Keperawatan dijatuhkan oleh organisasi profesi, sedangkan hukuman bagi pelanggar hukum kesehatan berupa penjara atau denda.
5. Penyelewengan etika Keperawatan ditangani oleh majelis kehormatan etika profesi, sedangkan penyelewengan hukum kesehatan ditangani oleh pengadilan.
6. Jika terjadi pelanggaran etik, proses penyelesaiannya tidak selalu membutuhkan bukti fisik, sedangkan jika terjadi pelanggaran hukum Kesehatan, maka proses penyelesaiannya wajib menyertakan bukti fisik.

8.2.5 Kode Etik Keperawatan

Kode etik keperawatan ialah suatu komitmen bersama dari anggota profesi untuk menjadi tuntunan bagi anggotanya saat melakukan praktek keperawatan. Kode Etik keperawatan juga berarti sebagai suatu kepedulian moral profesi

keperawatan kepada masyarakat (Nasrullah, 2019). Kode etik perawat memiliki kegunaan sebagai:

1. Bukti penerimaan akan kepercayaan dan tanggung jawab yang diberikan oleh masyarakat.
2. Pedoman berperilaku dan menjalin hubungan baik interprofessional maupun sejawat dalam melakukan praktek keperawatan.
3. Pengendali hubungan perawat-pasien, antar perawat, masyarakat dan dengan profesi keperawatan

Janji Florence Nightingale

1. Saya berjanji dengan ikhlas di hadapan Allah dan di hadapan perhimpunan ini, hendak membaktikan hidup saya dalam kesucian, dan menjalankan tugas jabatan saya dengan setia.
2. Saya akan menjauhkan diri daripada apapun, yang mendatangkan bencana dan celaka, serta tidak akan menyediakan, atau dengan sengaja memberikan sesuatu yang berbahaya.
3. Saya akan berusaha dengan sekuat tenaga, hendak memelihara dan meninggikan derajat jabatan saya, dan akan menyimpan segala rahasia yang dipercayakan kepada saya, dan segala urusan keluarga yang sampai kepada pengetahuan saya ketika menjalankan pekerjaan saya.
4. Dengan setia, saya akan bekerjasama dengan dokter dalam pekerjaannya, dan membaktikan hidup saya pada kesejahteraan segala orang yang diserahkan kepada penjagaan saya. Semoga Tuhan menyertai saya.

Sumpah Perawat (PPNI, 2015)

Saya bersumpah:

1. Saya akan membaktikan hidup saya untuk kepentingan kemanusiaan, terutama dalam bidang kesehatan, tanpa membeda-bedakan kesukuan, kebangsaan, keagamaan, jenis kelamin, golongan, aliran politik, dan kedudukan sosial.
2. Saya akan menghormati setiap hidup insani sepanjang daur kehidupannya.

3. Saya akan mempertahankan dan menjunjung tinggi martabat profesi keperawatan, dengan terus menerus mengembangkan ilmu keperawatan.
4. Saya akan merahasiakan segala sesuatu yang saya ketahui karena pekerjaan dan keilmuan saya sebagai perawat, kecuali jika diminta keterangan untuk proses hukum.
5. Saya akan senantiasa memelihara hubungan baik antar sesama perawat.
6. Saya akan membina kerja sama sebaik-baiknya dengan tenaga kesehatan dan pihak lain dalam pemberian pelayanan kesehatan.
7. Saya akan tetap memberikan penghormatan yang selayaknya kepada guru dan pembimbing saya.
8. Saya ikrarkan sumpah ini dengan sungguh-sungguh dan dengan penuh keinsyafan. Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberi kekuatan kepada saya.

8.2.6 Kode Etik Keperawatan International Council of Nursing (ICN)

ICN adalah suatu federasi perhimpunan perawat nasional diseluruh dunia yang didirikan pada tanggal 1 juli 1899 oleh Mrs. Bedford Fenwich di Hanover Squar, London dan direvisi pada tahun 1973. Uraian Kode Etik ini diuraikan sebagai berikut:

1. Tanggung Jawab Utama Perawat
Perawat memiliki tanggung jawab utama yaitu meningkatkan derajat kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, memelihara kesehatan, dan mengurangi penderitaan. Untuk memenuhi tanggung jawab tersebut, perawat harus percaya:
 - a. Kebutuhan akan pelayanan keperawatan di manapun adalah sama.
 - b. Pelaksanaan praktek keperawatan harus bermartabat dan menjunjung hak azasi manusia sebagai individu.
 - c. Pelayanan kesehatan dan atau keperawatan terhadap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, harus bersinergi dengan kelompok dan institusi terkait.

2. Perawat, Individu, dan Anggota Kelompok Masyarakat
Perawat wajib memberikan Asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan dengan menghargai nilai, kebiasaan serta kepercayaan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang menjadi pasien atau klien. Perawat wajib menjaga kerahasiaan atau privasi dan membukakannya kepada pihak yang berkepentingan atau hukum.
3. Perawat dan Pelaksanaan praktek keperawatan
Standar praktik keperawatan diatur oleh perawat secara mandiri sesuai dengan standar pendidikan keperawatan. Perawat wajib secara aktif meningkatkan pengetahuannya untuk menjunjung perannya pada situasi tertentu. Sebagai anggota profesi, perawat dapat membela diri sesuai dengan standar profesi keperawatan.
4. Perawat dan lingkungan Masyarakat
Perawat bisa menginisiasi perubahan berperan aktif dalam mengungkap masalah kesehatan dan masalah sosial yang terjadi di masyarakat.
5. Perawat dan Sejawat
Perawat dapat menjalin hubungan kerja sama yang baik dengan teman sekerja, maupun tenaga profesi lain di luar keperawatan. Perawat dapat melindungi dan menjamin keselamatan apabila ada ancaman terhadap individu.
6. Perawat dan Profesi Keperawatan
Perawat berperan besar untuk memutuskan penerapan standar praktek keperawatan dan pendidikan keperawatan. Perawat berperan aktif untuk meningkatkan pengetahuan agar perawat dapat melakukan perannya secara profesional. Perawat, sebagai anggota PPNI, ikut serta memelihara kestabilan sosial dan ekonomi negara melalui pelaksanaan praktek keperawatan.



Gambar 8.1: Diagram Nilai Kode Etik Keperawatan (International Council Of Nurse, 2021)

8.2.7 Kode Etik Perawat Indonesia

Kode etik keperawatan di Indonesia berdasarkan hasil Munas VI PPNI tahun 2000 menetapkan:

1. Perawat dan Klien
 - a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
 - b. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
 - c. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
 - d. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

2. Perawat dan praktek
 - a. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus-menerus
 - b. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
 - c. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan sertakualifikasi seseorang bilamelakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain
 - d. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.
3. Perawat dan masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.
4. Perawat dan teman sejawat
 - a. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.
 - b. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.
5. Perawat dan Profesi
 - a. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan
 - b. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan

- c. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi

Bab 9

Isu Etik dalam Praktik Keperawatan

9.1 Pendahuluan

Isu adalah masalah-masalah yang muncul dan segera harus ditanggapi, dan etik adalah sekumpulan asas atau nilai yang terkait dengan akhlak/moral. Arti nilai disini adalah nilai benar atau salah yang dianut oleh sekelompok golongan, dalam hal ini adalah keperawatan. Bisa dirangkai suatu simpulan, bahwa isu etik dalam praktik keperawatan adalah masalah-masalah yang terjadi dalam dunia praktik keperawatan yang berkaitan dengan moral dan akhlak manusia yang harus segera ditanggapi dan diselesaikan oleh perawat yang terhimpun dalam organisasi keperawatan. Fenomena yang terjadi dalam dunia praktik keperawatan, terkait isu etik salah satunya adalah ketika terjadi perbedaan nilai-nilai antara individu yang dapat mengakibatkan kesalahpahaman saat akan mengambil keputusan terkait pelayanan kesehatan yang akan diterima oleh klien. Hal ini sering kali menjadi penyebab konflik antara penyelenggara pelayanan kesehatan, keluarga, klien, teman, dan individu lain dalam komunitas, karena mereka memiliki perbedaan etik, nilai-nilai dan keputusan tentang pelayanan kesehatan. Di saat yang sama, perawat sebagai tenaga profesional dituntut untuk melaksanakan tugasnya dengan sikap yang menjamin terlaksananya tugas itu dengan baik dan dapat dipertanggungjawabkan secara

moral. Sebagai contoh: apakah tindakan penghentian upaya penyelamatan hidup klien yang mengalami penyakit terminal dapat dibenarkan secara etik?

Untuk itu, organisasi keperawatan sudah membuat batasan, acuan atau standar dalam pengambilan keputusan yang ada kaitannya dengan isu etik dalam praktik keperawatan, yang disebut kode etik keperawatan. Kode etik keperawatan ini akan menjaga langkah para perawat dalam melakukan praktik keperawatan, sehingga terhindar dari masalah-masalah yang akan membahayakan bukan hanya bagi klien tetapi juga bagi perawat itu sendiri. Kode etik keperawatan disusun dan disahkan oleh organisasi perawat sebagai wadah yang membina profesi secara nasional.

Kode etik keperawatan merupakan sekumpulan prinsip petunjuk yang disetujui oleh semua anggota profesi keperawatan, dan merupakan pedoman untuk membantu kelompok profesional jika timbul pertanyaan tentang praktik atau perilaku yang benar. Kode etik keperawatan memiliki empat prinsip besar yang menjadi dasar, yaitu: (1) tanggungjawab; di mana kata tanggungjawab ini merujuk pada keinginan untuk melaksanakan kewajiban dan memenuhi janji, oleh sebab itu sebagai seorang perawat, maka ia harus memiliki kompetensi praktik agar mampu melakukan tanggungjawab dengan baik, (2) akuntabilitas; merujuk pada kemampuan seorang perawat untuk menjelaskan alasan tindakannya, (3) advokasi; merujuk pada dukungan, dan sebagai advokat klien maka perawat mengikuti kebijakan institusi dan prosedur dalam melaporkan kejadian yang tidak kompeten, praktik yang tidak sesuai etika, ilegal, atau gangguan praktik yang dilakukan oleh anggota pelayanan kesehatan yang berpotensi membahayakan kesehatan dan keselamatan klien, dan (4) kerahasiaan; ada jaminan dan perlindungan terhadap informasi kesehatan personal setiap klien (Potter and Perry, 2010).

Selanjutnya, kita dapat mengenal beberapa prinsip etik yang terkandung di dalam kode etik keperawatan yang harus selalu diingat untuk di implementasikan oleh setiap perawat yang melakukan praktik keperawatan sebagai berikut: (1) kejujuran/veracity, (2) kesetiaan/fidelity, (3) keadilan/justice, (4) otonomi/autonomy, (5) murah hati/beneficence, (6) tidak mencederai/non-maleficence. Penting sekali menanamkan prinsip etik ini kepada setiap perawat sejak mereka masih menempuh pendidikan di setiap jenjang pendidikan keperawatan. Sehingga nilai-nilai luhur prinsip etik ini akan selalu terjaga, bahkan dapat mengalir disepanjang urat nadi setiap perawat, menjadi karakter mulia yang akan memberi kontribusi membentuk pribadi

perawat menjadi perawat luar biasa, tangguh dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

9.2 Prinsip dan Isu Etik

Prinsip-prinsip etik keperawatan berhubungan erat dengan moral dan nilai-nilai karakter yang diharapkan dimiliki oleh setiap perawat. Implementasi prinsip-prinsip ini memang lebih mengarah kepada komitmen dari perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan melakukan praktik keperawatan. Komitmen terhadap apa? Komitmen terhadap standar yang harus dipenuhi oleh individu, profesi dan masyarakat. Dengan adanya komitmen yang dituangkan dalam prinsip-prinsip etik ini, maka diharapkan tidak akan terjadi masalah atau konflik antara penyelenggara pelayanan kesehatan, klien dan keluarga, teman sekerja dan masyarakat terkait.

Sangat bangga menjadi perawat profesional di negara Republik Indonesia ini, yang memiliki wadah profesi nasional, yang telah menyusun dengan sangat baik, prinsip etik keperawatan sebagai acuan dan landasan dalam melakukan praktik keperawatan. Ketika perawat mampu melakukan setiap tindakan keperawatan dengan benar, maka klien dan keluarga akan merasa senang dan puas. Berikut ini akan diuraikan enam prinsip etik keperawatan yang sangat penting untuk diketahui dan diimplementasikan saat memberikan asuhan keperawatan dalam praktik keperawatan.

9.2.1 Kejujuran/Veracity

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia kejujuran adalah sifat (keadaan) jujur, ketulusan hati dan kelurusan hati. Kejujuran sendiri memiliki kata dasar 'jujur' yang berarti, lurus hati, tidak berbohong, tidak curang, tulus dan ikhlas. Melihat dalamnya arti kata ini, dapat dibayangkan betapa beratnya tanggungjawab moral seorang perawat. Dalam hal ini bukan berarti perawat memiliki sifat tidak jujur, tetapi dalam memberikan praktik keperawatan, adakalanya perawat dihadapkan kepada situasi yang mendorong perawat untuk mengatakan dan bahkan melakukan sesuatu yang tidak jujur, meskipun hal itu sebenarnya tidak ingin dilakukannya. Sebagai contoh pengalaman perawat saat memberikan praktik keperawatan, seorang klien laki-laki berusia lanjut, yang dirawat diruang rawatan bedah, mengeluh tidak bisa tidur pada malam hari itu, dan meminta

kepada perawat jaga untuk memberikan obat tidur yang disuntik melalui selang infus. Perawat sudah menjelaskan kepada klien bahwa klien tidak memiliki terapi obat tidur yang disuntik melalui selang infus. Tetapi klien terus meminta obat tidur. Akhirnya, perawat memberi suntikan melalui selang infus kepada pasien, disebut plasebo, yang sebenarnya hanya cairan air murni steril/aquabidest yang tidak mengandung bahan kimia apapun, dan tidak lama kemudian klien bisa tidur.

Apakah tindakan ini benar dan sesuai dengan prinsip etik keperawatan? Perawat sudah melakukan tindakan yang tidak jujur, walaupun tujuannya adalah demi kebaikan klien, yaitu agar kebutuhan tidur klien dapat terpenuhi. Pada beberapa kasus, pemberian plasebo ini memberikan hasil yang diharapkan. Tetapi tindakan ini tidak dapat dijadikan suatu prosedur tetap, karena mengandung nilai yang tidak jujur di dalamnya. Perawat akan melakukan ini, bila terdesak dan tidak memiliki jalan keluar yang lain pada saat itu. Selanjutnya, apakah akan ada pihak yang mempersalahkan tindakan tersebut? Bisa jadi tidak ada, tetapi seorang perawat harus mampu melatih dirinya untuk terus memilih melakukan prinsip etik kejujuran saat melakukan praktik keperawatan. Ketika tindakan ini tidak dapat dinilai benar atau salah, maka perawat harus kembali kepada nilai-nilai atau norma-norma yang diajarkan di dalam agama. Karena itulah yang menjadi pedoman dan petunjuk terbaik untuk memiliki sikap jujur dan melaksanakannya dalam kehidupan sehari-hari.

9.2.2 Kesetiaan/Fidelity

Prinsip etik berikutnya adalah kesetiaan, yang menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia memiliki arti: berpegang teguh pada janji dan pendirian, patuh, dan taat. Dalam melaksanakan praktik keperawatan, prinsip kesetiaan sangat penting untuk di implementasikan. Sebelum seorang perawat menjadi seorang perawat profesional yang diakui secara negara, saat mereka masih duduk di bangku kuliah, mereka sudah mengucapkan janji atau sumpah yang disebut dengan sumpah Florence Nightingale. Dengan harapan, bagaimanapun berat tugas seorang perawat, ia akan setia melakukan tugasnya, tidak ingkar pada janji dan patuh pada janji itu. Apakah isi sumpah Florence Nightingale tersebut? Secara garis besar, perawat bersumpah untuk mengabdikan diri kepada profesi keperawatan, dan melaksanakan tanggungjawab profesi dengan sungguh-sungguh, dengan sekuat tenaga berusaha menjaga serta meningkatkan standar profesi, menghindari segala sesuatu yang bersifat merusak, menggunakan sebaik-baiknya informasi yang didapat dari keluarga klien, berusaha membantu

dokter dalam melaksanakan pekerjaannya, dan mengabdikan diri untuk kesejahteraan siapa saja yang berada di bawah pengawasannya.

Bukankah prinsip etik ini juga sangat berat untuk dilaksanakan oleh perawat di tengah risiko berbagai macam penyakit yang mengancam? Jiwa rela berkorban dan mendahulukan kepentingan orang lain sangat jelas tergambar disini. Dan ketika pandemik covid 19 terjadi sejak Maret 2020 yang lalu, berapa banyak perawat yang gugur saat sedang memberikan asuhan keperawatan? Menurut data per tanggal 09 Juli 2021, ada 373 perawat yang meninggal karena covid 19. Kurang lebih ada 1500-an perawat yang terpapar covid 19. Sesungguhnya mereka adalah pahlawan sejati yang sudah setia melaksanakan tugas mulia demi keselamatan sesama manusia, walaupun nyawa harus menjadi taruhannya. Tetapi ironisnya, ketika para perawat menyuarakan masyarakat untuk tetap tinggal di rumah supaya memutuskan rantai penularan covid 19, dan agar pengorbanan mereka meninggalkan keluarga mereka sendiri di rumah dapat terbayar, sebagian besar masyarakat tidak memperdulikan suara itu. Setiap hari para perawat mengajak bahkan memohon kepada masyarakat untuk tetap tinggal di rumah dan mengikuti protokol kesehatan melalui media sosial mereka, tetapi masih saja didapati bahwa masyarakat, ada yang menurut dan ada yang tidak menurut. Walaupun demikian, para perawat tetap setia kepada sumpahnya dan tetap melaksanakan praktik keperawatan kepada klien.

9.2.3 Keadilan/Justice

Kata keadilan yang tercatat di Kamus Besar Bahasa Indonesia memiliki arti sebagai berikut: sifat atau perbuatan yang tidak memihak; sama berat; tidak berat sebelah; berpihak kepada yang benar; berpegang pada kebenaran; sepatutnya dan tidak sewenang-wenang. Ketika melihat arti keadilan ini, dapat dibayangkan betapa luar biasanya perjuangan perawat untuk mengimplementasikan prinsip etik ini saat melaksanakan praktik keperawatan kepada klien. Sementara perawat menghadapi bermacam-macam sifat dan karakter manusia yaitu sebagai klien atau keluarga klien, maka mempraktikkan keadilan ini adalah perkara yang tidak mudah yang dibayangkan.

Setiap individu akan merasa senang bila diperlakukan dengan adil. Begitupun dengan klien yang menerima rawatan dari perawat di rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya, akan sangat senang dengan perlakuan adil yang diterima dari perawat. Mengapa demikian? Ya, karena saat klien diperlakukan dengan adil oleh perawat, klien merasa dihargai, maka terpenuhi kebutuhan

penghargaan (esteem needs) dari klien. Tetapi apakah perilaku adil ini selalu dapat dirasakan demikian oleh klien?

Suatu kali saat sedang dinas diinstalasi rawat jalan, perawat yang bertugas sedang memanggil nama klien sesuai dengan nomor antrean. Saat itu ada seorang ibu yang mendekat ke perawat dan meminta tolong kepada perawat untuk mendahulukan ayahnya untuk masuk ruang pemeriksaan dengan alasan, sudah lanjut usia dan memiliki penyakit osteoporosis ditulang panggul, sehingga tidak tahan lebih dari 30 menit untuk duduk dikursi roda. Perawat melakukan pengecekan dan melihat memang benar, klien mengeluh sakit pinggangnya dan sudah tidak tahan untuk menunggu lebih lama lagi.

Perawat mendahulukan klien untuk masuk ke ruang pemeriksaan dokter. Klien nomor antrean berikutnya merasa tidak senang dan merasa diperlakukan tidak adil oleh perawat. Apakah dalam hal ini perawat sudah melakukan tindakan yang berat sebelah atau bahkan sewenang-wenang sesuai dengan arti kata keadilan? Mungkin saja ya bagi klien nomor antrean berikutnya, tetapi bagaimana dengan perawat? Bagi perawat bisa saja merasakan hal yang sama dengan klien, melakukan sesuatu yang tidak adil, tetapi saat itu tidak ada pilihan lain, karena perawat melihat kebutuhan mendesak yang harus dipenuhi. Situasi seperti ini sering dihadapi oleh perawat saat melakukan praktik keperawatan sehari-hari. Sungguh menjadi perawat profesional itu memerlukan kesehatan fisik, mental dan rohani yang maksimal sehingga akan mampu juga menanggung beban pekerjaan sehari-hari dalam memberikan asuhan keperawatan.

9.2.4 Otonomi/Autonomy

Prinsip etik 'otonomi' mengandung arti, bahwa klien memiliki hak dan wewenang terhadap dirinya sendiri untuk memutuskan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dilakukan terhadap dirinya. Dengan adanya prinsip ini, maka klien akan merasa adanya suatu kebebasan untuk memilih apa yang boleh dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan terhadap dirinya dalam menerima asuhan keperawatan. Tetapi apakah prinsip ini baik untuk diterapkan dalam segala situasi dan segala usia? Tentu saja tidak. Bagi klien yang masih berusia lebih muda dan belum mampu untuk memutuskan apa yang harus dilakukan bagi dirinya, masih memerlukan dukungan dari keluarga terdekat yaitu orang tua atau siapa yang mengasuhnya. Bagaimana dengan klien yang usianya lebih tua atau sudah lanjut usia? Fenomena yang sering terjadi di sekitar kita, di mana masyarakatnya memiliki nilai kekeluargaan dan musyawarah tinggi, dan

berdasarkan pengalaman penulis saat masih aktif memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit, klien yang berusia lanjut akan menyerahkan pengambilan keputusan terkait pengobatan maupun tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya kepada istri dan anak-anaknya. Dalam hal ini prinsip otonomi dimiliki oleh keluarga klien itu sendiri.

Suatu ketika saat anak penulis masih berusia empat tahun, seorang anak laki-laki, mengalami demam tinggi yang naik turun grafiknya dan sudah berlangsung selama dua hari berturut-turut. Sudah diberikan obat penurun panas kepada anak, tetapi tidak menunjukkan perubahan yang signifikan. Berlanjut sampai hari ketiga demam masih terus melebihi 38°C. Pada hari itu dokter anak melakukan pemeriksaan dan menyarankan untuk dilakukan pemeriksaan darah. Anak menolak untuk diperiksa darahnya. Ibu sudah memberikan pengertian dan membujuk anak supaya mau diambil darahnya untuk diperiksa. Saat itu, ibu sebagai pengambil keputusan bagi anak yang masih di bawah umur, bisa saja memaksa anak untuk diambil darahnya karena tindakan itu dipandang sangat penting. Tetapi, karena ibu adalah seorang perawat profesional, mengingat prinsip etik keperawatan 'otonomi' ini, walaupun anak masih kecil, tetapi anak juga sebagai individu yang mempunyai hak di dalam dirinya, sehingga ibu tidak mau memaksa anak untuk diperiksa darahnya. Ibu menyadari penuh, bila anak yakin dengan pilihannya, maka hati anak akan lebih tenang dibandingkan memaksa anak untuk diambil darahnya, akan melukai perasaannya. Dengan hati yang tenang maka anak akan lebih mudah untuk menuruti saran ibu seperti minum obat, makan dan minum. Anak dengan sukarela bersedia rutin minum obat yang diresepkan oleh dokter, dan minum air mineral yang lebih banyak. Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, beberapa hari kemudian anak mulai menunjukkan pemulihan yang berangsur-angsur sampai pada akhirnya sembuh dari penyakitnya.

Perwujudan prinsip etik otonomi juga adalah dalam bentuk penandatanganan informed consent oleh klien atau keluarga sebelum dilakukan tindakan operasi atau pemeriksaan. Dengan menandatangani informed consent, berarti klien dan keluarga telah mendapatkan keterangan dan informasi yang jelas terkait tindakan operasi atau pemeriksaan yang akan dilakukan serta memberikan persetujuan dalam bentuk tulisan. Hal ini sangat penting sebagai bukti legal yang sah bagi pihak rumah sakit, maupun bagi klien dan keluarga serta melindungi kedua belah pihak dari hal-hal yang tidak diinginkan dikemudian hari.

Menurut Potter dan Perry (1997), otonomi berarti setiap individu harus memiliki kebebasan untuk memilih rencana kehidupannya sendiri dan cara penerapan

moral yang dilakukan. Sebagai manusia yang bersifat unik, maka penerapan moral yang dilakukan juga tidak ada yang sama, oleh karena itu perawat harus berhati-hati dalam melayani klien sehingga tidak berbenturan dengan nilai yang dianut.

Childress dan Fletcher (1994), dalam Potter dan Perry (1997) menyatakan bahwa para kritisi menganggap model otonomi yang sangat individualis akan mengarah pada hasil perawatan yang kurang realistis serta berdampak pada pandangan yang tidak adekuat terhadap seseorang. Praktisi lain menyatakan bahwa minat yang kuat dari klien untuk menentukan keputusannya sendiri perlu dimodifikasi dengan melibatkan keluarga dan teman dekatnya, dengan demikian diharapkan akan terjadi keseimbangan yang menguntungkan. Agar klien dapat memutuskan sesuatu yang terbaik dan sesuai dengan harapan perawat dan tim kesehatan lainnya, maka diperlukan rasa percaya yang kuat dari klien terhadap perawat dan tim. Sehingga apapun saran dan informasi yang diberikan oleh perawat dan tim kepada klien dan keluarga, akan menolong dan mempermudah klien untuk mau dengan rela hati mengikutinya.

9.2.5 Kemurahan Hati (Maslahat)/Beneficence

Prinsip etik ini mengandung arti, kegiatan yang mendatangkan kebaikan, faedah, kegunaan dan manfaat. Segala sesuatu yang baik sangat diharapkan dapat dilakukan oleh seorang perawat terlebih saat melakukan praktik keperawatan. Secara umum, masyarakat sangat menggantungkan harapan mereka kepada para perawat untuk selalu berbuat kemurahan hati/maslahat terhadap klien. Sudah selayaknya perawat adalah orang yang memiliki sikap selalu murah hati untuk melakukan tindakan yang akan mendatangkan kebaikan bagi klien.

Sumijatun (2011) menuliskan, kemurahan hati atau maslahat berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan orang lain. Kesulitan biasanya muncul pada saat menentukan siapa yang harus memutuskan hal yang terbaik untuk seseorang. Seharusnya seseorang dapat menentukan atau membuat keputusan untuk dirinya sendiri, kecuali bagi mereka yang tidak mampu memutuskan sendiri, seperti bayi, orang yang secara mental tidak kompeten, dan orang dalam keadaan koma.

Berikut ini adalah contoh penerapan prinsip etik kemurahan hati; saat perawat bersedia merubah sediaan obat dari bentuk tablet menjadi pulvus atau serbuk untuk seorang klien anak berusia delapan tahun. Sejujurnya, klien bisa minum

obat dengan sediaan tablet. Tapi pagi itu, klien tidak mau minum obat tablet dan hanya mau minum obat yang sudah dijadikan pulvus atau serbuk. Perawat tetap menyediakan obat dalam bentuk pulvus/serbuk, walaupun saat itu perawat sangat sibuk dengan pelayanan kepada klien yang jumlahnya banyak. Klien anak sangat senang ketika minum obat yang sediaanannya sudah bentuk pulvus/serbuk.

Contoh berikutnya, seorang klien laki-laki usia paruh baya, memasuki minggu kedua dalam perawatan di rumah sakit, sudah beberapa kali diganti infusnya selama dua minggu itu karena area sekitar penusukan infus bengkak. Pagi itu sekitar jam 05.00 WIB, area sekitar penusukan infus kembali bengkak dan klien mengeluh nyeri. Infus dicabut dan klien diistirahatkan sejenak sebelum pemasangan infus kembali. Kejadian ini terjadi saat perawat yang bertugas adalah perawat dinas malam. Setelah itu terjadi pergantian perawat yang bertugas malam hari dengan yang pagi hari. Ketika klien akan dipasang infus oleh perawat yang dinas pagi, klien menolak dan meminta perawat yang dinas malam hari. Akhirnya, perawat yang dinas malam itu dipanggil untuk memasang infus klien. Puji Tuhan perawat itu dengan senang hati bersedia untuk datang kembali memasang infus klien, walaupun perawat sudah dalam perjalanan pulang ke rumah, merasa lelah dan mengantuk.

Untuk kedua kasus nyata di atas ini, jelas terlihat bahwa perawat sudah mengimplementasikan prinsip etik 'kemurahan hati' bahkan sampai melewati batas kepentingan pribadi yang disebut dengan 'altruistik'. Penulis yakin bahwa masih banyak lagi kasus yang terjadi didunia keperawatan, saat perawat memberikan asuhan keperawatan, dapat dijadikan contoh dalam penerapan prinsip etik kemurahan hati/maslahat. Bukan hanya murah hati, bahkan sampai kepada sikap altruistik, yaitu mengabdikan dirinya pada orang lain tanpa mengharapkan balasan apa-apa.

Lebih lanjut Sumijatun (2011) menjelaskan, apabila prinsip kemurahan hati mengalahkan prinsip otonomi, maka hasilnya adalah paternalisme. Potter and Perry (1997) mengartikan paternalisme sebagai perlakuan yang berdasarkan pada apa yang dipercayai oleh para profesional kesehatan untuk kebaikan klien, kadang-kadang tidak melibatkan keputusan dari klien. Para profesional percaya bahwa mereka tahu apa yang terbaik mengenai apa yang akan mereka lakukan pada klien, tetapi mereka tidak menyadari bahwa yang mereka lakukan dan dampak dari tindakan tersebut hanya akan dirasakan oleh klien sendiri. Perkembangan selanjutnya adalah munculnya keinginan klien untuk ikut

bertanggungjawab dalam pengambilan keputusan dan kemudian berperan sebagai rekanan aktif untuk penanganan kesehatannya sendiri.

9.2.6 Tidak Mencederai/Nonmaleficience

Prinsip etik tidak mencederai ini mengandung makna yang luas yaitu, tidak menimbulkan cedera atau kerugian bagi klien. Hal ini tercantum juga dengan jelas dan lugas pada sumpah Florence Nightingale sebagai pelopor dunia praktik keperawatan, yang selalu diucapkan saat mahasiswa keperawatan melakukan upacara pemasangan topi dan pin perawat. Tidak mencederai juga memiliki arti tidak bertengkar, tidak berselisih paham dan tidak ada percekocokan. Dapat dibayangkan betapa sempurna profesinya perawat dengan memiliki prinsip etik yang mulia, dan diantaranya adalah prinsip tidak mencederai. Dari arti kata tidak mencederai, dapat dilihat bahwa perawat harus menghindari tindakan keperawatan yang akan merugikan, mendatangkan cedera atau bahkan yang membahayakan klien, penerima asuhan keperawatan.

Tidak mencederai klien adalah hal yang mutlak harus selalu menjadi fokus perawat dalam melakukan praktik keperawatan. Karena klien berada di bawah pengawasan perawat adalah untuk mendapat perawatan yang baik dan mumpuni yang akan menunjang perbaikan dan peningkatan kesehatannya. Oleh sebab, perawat harus berhati-hati setiap kali memberikan asuhan keperawatan bahkan dalam tindakan terkecil sekalipun, contohnya dalam menghidangkan makanan bagi klien, dalam membantu memberikan minum bagi klien dan lain-lain.

Suatu kali seorang perawat akan memberikan terapi obat Quinine injeksi yang seharusnya dicampurkan dengan cairan infus NaCl 0.9 % (Natrium Chlorida) kepada klien anak yang masih berusia tiga tahun. Klien terdiagnosis medis malaria, memiliki kesadaran penuh (*compos mentis*) dan sudah dua hari dalam rawatan dibangsal anak rumah sakit. Ketika pagi hari itu, klien akan menerima terapi obat tersebut, ternyata perawat yang bertugas memberikan terapi obat melalui suntikan intravena langsung, yang seharusnya diberikan lambat dan menetes. Dapat dibayangkan apa yang terjadi dengan klien? Ya, terjadi depresi pernapasan dan gangguan kesadaran serta syok kardiogenik yang mengancam keselamatan nyawa klien. Terapi obat ini adalah golongan obat keras sehingga perawat harus berhati-hati dan teliti saat memberikannya kepada klien. Di dalam benak perawat, tidak pernah muncul minat untuk mencederai klien. Tetapi akibat tidak hati-hati dan tidak teliti dalam memberikan obat, maka terjadi tindakan yang mencederai klien. Bila prinsip etik ini yang dilanggar, lebih

mudah untuk mengambil tindakan disiplin bagi perawat terkait, karena jelas permasalahan yang dihadapi, tetapi untuk prinsip etik yang lain sering kali mengalami kesulitan.

Selain hubungan dengan klien harus terhindar dari tindakan yang menimbulkan cedera atau kerugian, perawat juga dituntut untuk memiliki hubungan kerja yang baik dengan sesama perawat dan tim kesehatan lainnya. Tidak mencederai perasaan sesama perawat, tidak bertengkar dan tidak ada percekocokan sesama teman sekerja. Saling menghargai antara sesama perawat adalah kunci agar terhindar dari tindakan yang mencederai.

9.3 Menanggulangi Dilema Etik

Profesi keperawatan mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat, yang berarti masyarakat mempercayai perawat sebagai tenaga kerja untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Perawat selalu dihadapkan pada situasi atau dilema etik baik dalam penelitian maupun praktik klinis. Etik profesi merupakan prinsip moral atau asas yang harus diterapkan oleh perawat dalam hubungannya dengan klien, teman, sejawat dan masyarakat umumnya. Etik ini mengatur tentang perilaku profesional pada perawat dalam menjalankan pekerjaannya, sebagaimana tercantum dalam lafal sumpah dan kode etik perawat yang disusun organisasi profesional bersama pemerintah (Nursalam, 2014).

Perawat sering kali dihadapkan dengan situasi di mana terjadi dilema etik, profesionalitas harus tetap dijunjung tinggi serta harus mengesampingkan egoisme. Dalam melaksanakan tugasnya memberi asuhan keperawatan, perawat juga dituntut untuk berpikir kritis, memiliki keterampilan interpersonal yang berlandaskan etika keperawatan.

Berpikir kritis telah menjadi satu istilah yang ‘sangat populer’ dalam dunia pendidikan. Berpikir kritis menjadi salah satu keterampilan yang diharapkan dapat dimiliki oleh perawat (Rosidah et., all, 2017). Maraknya isu etik yang banyak terjadi sekarang ini, menuntut semua tim kesehatan termasuk perawat untuk memiliki pengetahuan lebih dan berpikir kritis.

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam menanggulangi dilema etik yang diuraikan oleh Potter dan Perry (2010):

Langkah 1: apakah ini merupakan dilema etik? Jika pertanyaan tetap membingungkan, dan jawaban akan terkait dengan beberapa bidang kemanusiaan, maka dilema etik dapat terjadi.

Langkah 2: kumpulkan sebanyak mungkin informasi yang berhubungan dengan kasus. Karena resolusi dilema sering berasal dari sumber yang awalnya tidak diinginkan, maka menggabungkan sebanyak mungkin pengetahuan akan sangat membantu.

Langkah 3: periksa dan tentukan pandangan Anda sendiri terhadap masalah tersebut. Tujuan dari langkah ini adalah identifikasi yang akurat terhadap pendapat diri sendiri. Bagian terpenting dari tujuan yang sama adalah pembentukan rasa hormat terhadap pendapat orang lain.

Langkah 4: kemukakan masalah tersebut. Setelah mengumpulkan semua informasi yang terkait, Anda kemudian melakukan penjelasan masalah secara akurat. Akan sangat membantu jika membuat pernyataan tentang masalah dalam beberapa kalimat. Dengan menyetujui pernyataan masalah tersebut, maka kelompok dapat terfokus pada diskusi.

Langkah 5: pertimbangkan kemungkinan pilihan tindakan. Baik pilihan klien, keluarga atau pun perawat.

Langkah 6: negosiasikan hasil. Negosiasi secara informal terjadi disamping tempat tidur atau ruang konferensi. Terkadang pertemuan etik yang formal diperlukan. Di manapun negosiasi dilakukan, perawat memiliki kewajiban untuk menjelaskan pendapat pribadinya.

Langkah 7: evaluasi hasil. Penilaian hasil keputusan yang dibuat sangat penting, untuk melihat apakah tujuan sudah berhasil atau tidak.

Setelah mengikuti pembahasan terkait prinsip etik dan isu etik dalam praktik keperawatan, maka dapat dibuat satu simpulan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai perawat profesional, perawat dituntut untuk mampu mengimplementasikan prinsip etik saat memberikan asuhan keperawatan. Apabila terjadi isu etik dalam praktik keperawatan, maka perawat juga dituntut untuk mampu membuat dan mengambil keputusan yang etis, di mana keputusan yang diambil tidak boleh semata-mata hanya mengedepankan egoisme diri sendiri, tetapi harus menimbang prinsip etik keperawatan. Keputusan yang

diambil juga harus melewati analisa dan menggunakan langkah-langkah penyelesaian isu etik yang fokus kepada kesejahteraan klien dan perawat.

Semoga perawat memiliki kompetensi dan keterampilan etik untuk terlibat dengan klien, keluarga dan masyarakat yang dilayani dengan ketulusan, keberanian berprinsip, dan kasih sayang yang tulus. Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu melindungi dan memberikan kekuatan kepada semua perawat yang bekerja melakukan praktik keperawatan demi rasa kemanusiaan dan kompeten menanggulangi semua isu etik yang muncul saat melaksanakan praktik keperawatan.

Bab 10

Prinsip Legal Dalam Praktik Keperawatan

10.1 Malpraktek

Malpraktek adalah praktek kedokteran yang salah atau tidak sesuai dengan standar profesi atau standar prosedur operasional. Untuk malpraktek kedokteran juga dapat dikenai hukum kriminal. Malpraktek kriminal terjadi ketika seorang dokter yg menangani sebuah kasus telah melanggar undang -undang hukum pidana. perbuatan ini termasuk ketidakjujuran, kesalahan dalam rekam medis, penggunaan ilegal obat-obatan, pelanggaran dalam sumpah dokter, perawatan yang lalai dan tindakan pelecehan seksual pada pasien..

Malpraktek adalah kelalaian seorang tenaga kesehatan untuk mempergunakan tingkat keterampilan dan ilmu pengetahuan yang lazim di pergunakan untuk merawat klien atau orang yang terluka menurut ukuran lingkungannya yang sama. (Hanafiah dan Amir, 1999).

10.1.1 Tindakan Yang Termasuk Malpraktek

1. Kesalahan diagnosis.
2. Penyuaipan
3. Penyalahgunaan alat-alat kesehatan
4. Pemberian dosis obat yang salah
5. Salah pemberian obat kepada pasien
6. Alat-alat yang tidak memenuhi standar kesehatan atau tidak steril.
7. Kesalahan prosedur operasi

10.1.2 Dampak Malpraktek

1. Merugikan pasien terutama pada fisiknya bisa menimbulkan cacat yang permanen
2. Bagi petugas kesehatan mengalami gangguan psikologisnya, karena merasa bersalah
3. Dari segi hukum dapat dijerat hukum pidana
4. Dari segi sosial dapat dikucilkan oleh masyarakat
5. Dari segi agama mendapat dosa
6. Dari etika keperawatan melanggar etika keperawatan bukan tindakan professional.

10.1.3 Kelalaian

Kelalaian bukanlah suatu kejahatan. Seorang dokter dikatakan lalai jika ia bertindak tak acuh, tidak memperhatikan kepentingan orang lain sebagaimana lazimnya. Akan tetapi jika kelalaian itu telah mencapai suatu tingkat tertentu sehingga tidak memperdulikan jiwa orang lain maka hal ini akan membawa akibat hukum, apalagi jika sampai merenggut nyawa, maka hal ini akan digolongkan sebagai kelalaian berat.

Adapun yang menjadi tolak ukur dari timbulnya kelalaian dapat ditinjau dari beberapa hal

1. Tidak melakukan kewajiban dokter yaitu tidak melakukan kewajiban profesinya untuk mempergunakan segala ilmu dan keterampilan.
2. Menyimpang dari kewajiban yaitu menyimpang dari apa yang seharusnya dilakukan.

3. Adanya hub sebab akibat yaitu adanya hub langsung antara penyebab dgn kerugian yang dialami pasien sebagai akibatnya.

Untuk menentukan kelalaian. Standar asuhan dipenuhi dengan penjelasan apakah seseorang beralasan akan atau melakukan sesuatu pada situasi yang sama. Setiap perawat bertanggung jawab untuk mengikuti standar asuhan keperawatan dalam praktek. Dalam kasus atau gugatan civil malpraktek pembuktiannya dapat dilakukan dengan dua cara:

1. Cara Langsung

Taylor membuktikan adanya kelalaian memakai tolak ukur.

- a. Kewajiban
- b. Penyimpangan dari kewajiban
- c. Penyebab langsung
- d. Kerugian

2. Cara Tidak Langsung

Cara pembuktian yang mudah pasien, yakni dengan mengajukan fakta-fakta yang diderita oleh sebagai hasil layanan perawatan yang dapat diterapkan, apabila fakta-fakta yang ada memenuhi kriteria:

- a. Fakta tidak mungkin ada/terjadi apabila tenaga perawatan tidak lalai
- b. Fakta itu terjadi memang berada dalam tanggung jawab tenaga perawatan.
- c. Fakta itu terjadi tanpa ada kontribusi dari pasien dengan perkataan lain tidak ada gugatan pasien

10.2 Elemen-Elemen Pertanggungjawaban Hukum (Liability)

Yang harus ditetapkan untuk membuktikan bahwa malpraktek atau kelalaian telah terjadi (vestal, 1991):

1. Kewajiban (duty)

Pada saat terjadi cedera terkait dengan kewajiban yaitu kewajiban mempergunakan segala ilmu dan kepandaian untuk menyembuhkan atau setidaknya tidaknya meringankan beban penderitaan pasien berdasarkan standar profesi.

contoh:

Perawat rumah sakit bertanggung jawab untuk:

- a. Pengkajian yang aktual bagi pasien yg ditugaskan untuk memberikan asuhan keperawatan
- b. Mengingat tanggung jawab asuhan keperawatan profesional untuk mengubah kondisi klien
- c. Kompeten melaksanakan cara-cara yang aman untuk pasien.

2. Breach of the duty (tidak melaksanakan kewajiban)

Pelanggaran terjadi sehubungan dengan kewajiban, artinya menyimpang dari apa yg seharusnya dilakukan menurut standar profesinya.

Contoh:

- a. Gagal mencatat dan melaporkan apa yang dikaji dari pasien, seperti tingkat kesadaran pada saat masuk
- b. Gagal dalam memenuhi standar keperawatan yang ditetapkan sebagai kebijakan rumah sakit
- c. Gagal melaksanakan dan mendokumentasikan cara-cara pengamanan yg tepat (pengamanan tempat Tidur).

3. Proximate caused (sebab-akibat)

Pelanggaran terhadap kewajibannya menyebabkan atau terkait dengan cedera yang di alami klien.

contoh:

cedera yang terjadi secara langsung berhubungan dengan pelanggaran terhadap kewajiban perawat terhadap pasien atau gagal menggunakan cara pengaman yang tepat yang menyebabkan klien jatuh dan menyebabkan fraktur.

4. injury (cedera)

Seseorang mengalami cedera atau kerusakan dapat dituntut secara hukum.

contoh: fraktur panggul, nyeri, waktu rawat nginap lama dan memerlukan rehabilitasi

10.3 Pertanggunggugatan Dan Pertanggungjawaban.

1. Pertanggunggugatan adl suatu tindak gugatan apabila terjadi suatu kasus tertentu.

contoh: ketika dokter memberi instruksi kepada perawat untuk memberikan obat kepada pasien tapi ternyata obat yg diberikan itu salah, dan mengakibatkan penyakit pasien menjadi tambah parah dan dapat merenggut nyawanya. Maka pihak keluarga pasien berhak menggugat dokter atau perawat tersebut.

2. Pertanggung Jawaban

adalah suatu konsekuensi yang harus diterima seseorang atas perbuatannya.

contoh:

Jika ada kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh dokter dan pihak keluarga pasien maka, dokter akan bertanggung jawab tidak terima karena kondisi semakin parah as kesalahan atau kelalaian.

10.4 Prinsip-Prinsip Legal Dalam Praktik Keperawatan

10.4.1 Latar Belakang Masalah

Kesadaran masyarakat terhadap hak-hak mereka dalam pelayanan kesehatan dan tindakan yang manusiawi semakin meningkat, sehingga diharapkan adanya pemberi pelayanan kesehatan dapat memberi pelayanan yang aman, efektif dan ramah terhadap mereka. Jika harapan ini tidak terpenuhi, maka masyarakat akan menempuh jalur hukum untuk membela hak-haknya.

Klien mempunyai hak legal yang diakui secara hukum untuk mendapatkan pelayanan yang aman dan kompeten. Perhatian terhadap legal dan etik yang dimunculkan oleh konsumen telah mengubah sistem pelayanan kesehatan. Kebijakan yang ada dalam institusi menetapkan prosedur yang tepat untuk mendapatkan persetujuan klien terhadap tindakan pengobatan yang dilaksanakan. Institusi telah membentuk berbagai komite etik untuk meninjau praktik profesional dan memberi pedoman bila hak-hak klien terancam. Perhatian lebih juga diberikan pada advokasi klien sehingga pemberi pelayanan kesehatan semakin bersungguh-sungguh untuk tetap memberikan informasi kepada klien dan keluarganya bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan.

10.4.2 Hak Asasi Manusia

Menurut sifatnya hak asasi manusia biasanya dibagi atau dibedakan dalam beberapa jenis (Prakosa,1988),yaitu:

1. Personal Rights (hak-hak asasi pribadi)
2. Property Rights (hak asasi untuk memilih sesuatu)
3. Rights of legal equality
4. .Political Rights (hak asasi politik)
5. Social and Cultural Rights (hak-hak asasi sosial dan kebudayaan)
6. Procedural Rights

10.4.3 Hak-Hak Perawat

1. Hak perlindungan wanita.
2. Hak mengendalikan praktik keperawatan sesuai yang diatur oleh hukum.
3. Hak mendapat upah yang layak.
4. Hak bekerja di lingkungan yang baik
5. Hak terhadap pengembangan profesional.
6. Hak menyusun standar praktik dan pendidikan keperawatan.

10.4.4 Identifikasi Masalah

Dalam makalah ini penulis mengidentifikasi masalah sebagai berikut:

1. Malpraktek
Tindakan yang termasuk dalam malpraktek:
 - a. Kesalahan diagnosa.
 - b. Penyipuan.
 - c. Penyalahan alat-alat kesehatan.
 - d. Pemberian dosis obat yang salah.
 - e. Alat-alat yang tidak memenuhi standart kesehatan atau tidak steril.

Dampak yang terjadi akibat malpraktek:

- a. Merugikan pasien terutama pada fisiknya bisa menimbulkan cacat yang permanen.
 - b. Bagi petugas kesehatan mengalami gangguan psikologisnya, karena merasa bersalah.
 - c. Dari segi hukum dapat dijerat hukum pidana.
 - d. Dari segi sosial dapat dikucilkan oleh masyarakat .
 - e. Dari segi agama mendapat dosa.
 - f. Dari etika keperawatan melanggar eitka keperawatan bukan tindakan professional.
2. Kelalaian
Kelalaian dapat bersifat ketidak sengajaan, kurang teliti, kurang hati - hati, acuh tak acuh, sembrono, tidak peduli terhadap kepentingan orang

lain tetapi akibat tindakan bukanlah tujuannya. Kelalaian bukan suatu pelanggaran hukum atau kejahatan. Jika kelalaian itu tidak sampai membawa kerugian atau cedera kepada orang lain dan orang itu dapat menerimanya, namun jika kelalaian itu mengakibatkan kerugian materi, mencelakakan atau bahkan merenggut nyawa orang lain ini diklasifikasikan sebagai kelalaian berat, serius dan kriminal

3. Pertanggunggugatan dan pertanggungjawaban

a. Pertanggung Gugatan

Yaitu suatu tindak gugatan apabila terjadi suatu kasus tertentu.

Contoh:

Ketika dokter memberi instruksi kepada perawat untuk memberikan obat kepada pasien tapi ternyata obat yang diberikan itu salah, dan mengakibatkan penyakit pasien menjadi tambah parah dan dapat merenggut nyawanya. Maka, pihak keluarga pasien berhak menggugat dokter atau perawat tersebut.

b. Pertanggung Jawaban

Yaitu suatu konsekuensi yang harus diterima seseorang atas perbuatannya.

Contoh:

Jika ada kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh dokter dan pihak keluarga pasien tidak terima karena kondisi pasien semakin parah maka, dokter akan bertanggung jawab atas kesalahan atau kelalaiannya

4. Situasi yang harus dihindari oleh perawat

a. Kelalaian

Seorang perawat bersalah karena kelalaian jika mencederai pasien dengan cara tidak melakukan pekerjaan sesuai dengan yang diharapkan ataupun tidak melakukan tugas dengan hati-hati sehingga mengakibatkan pasien jatuh dan cedera.

b. Pencurian

Mengambil sesuatu yang bukan milik anda membuat anda bersalah karena mencuri. Jika anda tertangkap, anda akan

dihukum. Mengambil barang yang tidak berharga sekalipun dapat dianggap sebagai pencurian

c. Fitnah

Jika anda membuat pernyataan palsu tentang seseorang dan merugikan orang tersebut, anda bersalah karena melakukan fitnah. Hal ini benar jika anda menyatakan secara verbal atau tertulis.

d. False imprisonment

Menahan tindakan seseorang tanpa otorisasi yang tepat merupakan pelanggaran hukum atau false imprisonment. Menggunakan restrein fisik atau bahkan mengancam akan melakukannya agar pasien mau bekerja sama bisa juga termasuk dalam false imprisonment. Penyokong dan restrein harus digunakan sesuai dengan perintah dokter.

e. Penyerangan dan pemukulan

Penyerangan artinya dengan sengaja berusaha untuk menyentuh tubuh orang lain atau bahkan mengancam untuk melakukannya. Pemukulan berarti secara nyata menyentuh orang lain tanpa ijin. Perawatan yang kita berikan selalu atas ijin pasien atau informed consent. Ini berarti pasien harus mengetahui dan menyetujui apa yang kita rencanakan dan kita lakukan.

f. Pelanggaran privasi

Pasien mempunyai hak atas kerahasiaan dirinya dan urusan pribadinya. Pelanggaran terhadap kerahasiaan adalah pelanggaran privasi dan itu adalah tindakan yang melawan hukum.

g. Penganiayaan

Menganiaya pasien melanggar prinsip-prinsip etik dan membuat anda terikat secara hukum untuk menanggapi tuntutan hukum. Standar etik meminta perawat untuk tidak melakukan sesuatu yang membahayakan pasien.

Setiap orang dapat dianiaya, tetapi hanya orang tua dan anak-anaklah yang paling rentan. Biasanya, pemberi layanan atau keluarganya yang bertanggung jawab terhadap penganiayaan ini.

Mungkin sulit dimengerti mengapa seseorang menganiaya orang lain yang lemah atau rapuh, tetapi hal ini terjadi. Beberapa orang merasa puas bisa mengendalikan orang lain. Tetapi hampir semua penganiayaan berawal dari perasaan frustrasi dan kelelahan dan sebagai seorang perawat perlu menjaga keamanan dan keselamatan pasiennya

10.5 Undang-Undang Praktek Keperawatan

Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan

BAB I ketentuan Umum, pasal 1 ayat 3

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Pasal 1 ayat 4

Sarana kesehatan adalah tempat yang dipergunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1239/MENKES/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktek Perawat (sebagai revisi dari SK No. 647/MENKES/SK/IV/2000)

BAB I Ketentuan Umum Pasal 1:

1. Dalam ketentuan menteri ini yang dimaksud dengan:
 - a. Perawat adalah orang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Surat ijin perawat selanjutnya disebut SIP adalah bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan keperawatan diseluruh Indonesia.

- c. Surat ijin kerja selanjutnya disebut SIK adalah bukti tertulis untuk menjalankan pekerjaan keperawatan di seluruh wilayah Indonesia.

BAB III Perizinan, Pasal 8, ayat 1, 2, & 3:

1. Perawat dapat melaksanakan praktek keperawatan pada sarana pelayanan kesehatan, praktek perorangan atau kelompok.
2. perawat yang melaksanakan praktek keperawatan pada sarana pelayanan kesehatan harus memiliki SIK
3. Perawat yang melakukan praktek perorangan/berkelompok harus memiliki SIPP
 - a. SIK sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 ayat 2 diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat
 - b. SIK hanya berlaku pada 1 (satu) sarana pelayanan kesehatan. Pasal 12
4. SIPP sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 ayat 3 diperoleh dengan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
5. SIPP hanya diberikan kepada perawat yang memiliki pendidikan ahli madya keperawatan atau memiliki pendidikan keperawatan dengan kompetensi yang lebih tinggi.
6. Surat ijin praktek Perawat selanjutnya disebut SIPP adalah bukti tertulis yang diberikan perawat untuk menjalankan praktek perawat.
7. Rekomendasi untuk mendapatkan SIK dan atau SIPP dilakukan melalui penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan bidang keperawatan, kepatuhan terhadap kode etik profesi serta kesanggupan melakukan praktek keperawatan.

Pasal 15

1. Perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan berwenang untuk:
 - a. Melaksanakan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

- b. Tindakan keperawatan sebagaimana dimaksud pada butir (i) meliputi: intervensi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.
 - c. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud huruf (i) dan (ii) harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan organisasi profesi.
 - d. Pelayanan tindakan medik hanya dapat dilakuakn berdasarkan permintan tertulis dari dokter.
2. Dalam keadaan darurat yang mengancam jiwa pasien/perorangan, perawat berwenang untuk melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 15.
 3. Pelayanan dalam keadaan darurat sebagaimana dimaksud dalam ayatn1 ditujukan untuk penyelamatan jiwa.

Pasal 21

1. Perawat yang menjalankan praktek perorangan harus mencantumkan SIPP di ruang prakteknya.
2. Perawat yang menjalankan praktek perorangan tidak diperbolehkan memasang papan praktek.
 - a. Perawat yang telah mendapatkan SIK atau SIPP dilarang:
 - Menjalankan praktek selain ketentuan yang tercantum dalam izin tersebut.
 - Melakukan perbuatan bertentangan dengan standar profesi.
 - b. Bagi perawat yang memberikan pertolongan dalam keadaan darurat atau menjalankan tugas di daerah terpencil yang tidak ada tenaga kesehatan lain, dikecualikan dari larangan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 butir a.

10.6 Aspek Legal Dalam Praktik Keperawatan

Perawat perlu memahami dan menerapkan banyak aspek legal pada berbagai peran mereka. Contohnya, sebagai advokat klien, perawat memastikan klien mendapatkan haknya untuk menyetujui atau menolak tindakan setelah diberikan informasi yang benar, serta mengidentifikasi dan melaporkan perilaku kekerasan dan pengabaian terhadap pasien yang rentan. Aspek legal juga mencakup tanggung jawab untuk melaporkan perawat yang diduga melakukan penyalahgunaan zat kimia.

10.7 Standar Pelayanan

Standar pelayanan (*standard of care*) merupakan pedoman legal bagi praktik keperawatan dan memberikan batasan minimum pelayanan keperawatan yang dapat diterima. Standar tersebut mencerminkan nilai-nilai dan prioritas profesi. Dalam sebuah tuntutan malpraktek, standar pelayanan keperawatan mengukur tindakan keperawatan dan menentukan apakah perawat melakukan tindakan yang layak dan bijaksana seperti yang dilakukan perawat lainnya dalam situasi yang sama. Pelanggaran terhadap standar pelayanan keperawatan merupakan salah satu elemen yang harus dibuktikan dalam kasus kelalaian atau malpraktik keperawatan.

Dalam tuntutan malpraktek atau kelalaian perawat, seorang ahli keperawatan memberikan kesaksian kepada juri tentang standar pelayanan keperawatan. Juri menggunakan standar pelayanan sebagai dasar untuk menentukan apakah perawat telah melakukan tindakan yang sesuai Persetujuan

10.8 Quality Of Life (Kualitas Dalam Kehidupan)

Masalah kualitas kehidupan sering kali menjadi masalah etik. Hal ini mendasari tim kesehatan untuk mengambil keputusan etis. Apakah seorang klien harus mendapatkan intervensi atau tidak. Sebagai contoh bagaimana bila di suatu tempat tidak ada donor yang bersedia dan tidak ada tenaga ahli yang dapat memberikan tindakan tertentu?. Siapa yang berhak memutuskan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami koma. Siapa boleh memutuskan untuk menghentikan resusitasi?. Beberapa hal berikut dapat dijadikan pertimbangan misalnya apabila klien sudah mampu untuk bekerja, apabila klien sudah berfungsi secara fisik, berdasarkan usia, berdasarkan manfaat terhadap masyarakat, berdasarkan kepuasan atau kegembiraan klien, kemampuan untuk menolong dirinya sendiri, pendapat keluarga klien terdekat atau penanggung jawab klien.

Contoh kasus apakah klien TBC tetap klita Bantu untuk minum obat padahal ia masih mampu untuk bekerja?, kalau ada dua klien bersamaan yang membutuhkan satu alat siapa yang didahulukan ?, Apabila banyak klien lain membutuhkan alat tetapi alat tersebut sedang digunakan oleh klien orang kaya yang tidak ada harapan sembuh apa yang harus dilakukan perawat?. Apabila klien kanker merasa gembira untuk tidak meneruskan pengobatan bagaimana sikap perawat?. Bila klien harus segera amputasi tetapi klien tidak sadar siapakah yang harus memutuskan?.

10.9 Ethical Issues In Treatment (Isu Masalah Etik Dalam Tindakan Keperawatan)

Apabila ada tindakan yang membutuhkan biaya besar apakah tindakan tersebut tetap dilakukan meskipun klien tersebut tidak mampu dan tidak mau ?, apabila tim kesehatan yang memutuskan maka hal ini dikenal dengan mencari keuntungan atau berbuat kerusakan (Beneficience). Apabila klien yang memutuskan maka hal ini mungkin termasuk hak otonomi klien (autonomy),

dapatkah klien menolak sesuatu. Masalah-masalah etik yang sering muncul seperti:

- a. Klien menolak pengobatan atau tindakan yang direkomendasikan (refusal of treatment) misalnya menolak fototerapi, menolak operasi, menolak NGT, menolak dipasang kateter.
- b. Klien menghentikan pengobatan yang sedang berlangsung (withdrawal of treatment) misalnya DO berobat pada TBC, DO kemoterapi pada kanker.
- c. .Witholding treatment misalnya menunda pengobatan karena tidak ada donor atau keluarga menolak misalnya transplantasi ginjal atau cangkok jantung.

10.10 EUTHANASIA (Masalah Mengakhiri Kehidupan Dengan Maksud Menolong)

Euthanasia sering disebut dengan “Mercy Killing” yang diartikan sebagai suatu cara mengambil kehidupan klien untuk menghentikan penderitaan yang dihadapi klien tersebut. Hal ini dapat pula diartikan sebagai proses pengunduran diri atau menghentikan intervensi tertentu dalam keadaan kritis dengan maksud untuk mengurangi penderitaan klien. Terminology lain yang digunakan adalah “assited suicide” di mana pandangan hukum di negara barat terhadap kasus ini berbeda beda.

Di Indonesia euthanasia killing mutlak tidak diperbolehkan dengan alasan apapun. Sebenarnya dalam pandangan etika normatif, kelahiran, kematian, jodoh, rezeki adalah

ketetapan Allah. Hal ini sesuai dengan firman Allah dalam surat Al-Baqarah (2): 28 “Mengapa kamu ingkar kepada Allah, padahal kamu tadinya benda mati, lalu Allah menghidupkanmu, kemudian kamu dimatikan dan dihidupkan-Nya kembali, selanjutnya kepada-Nya lah kamu dikembalikan”

As-Sajdah (32): 9 “Lalu disempurnakan-Nya kejadiannya, ditiupkan-Nya ruh ciptaan-Nya kepada tubuh dan dilengkapi-Nya kamu dengan pendengaran, penglihatan dan pemikiran. Namun sedikit sekali kamu yang bersyukur”

Dalam pandangan etika normative, Masalah kematian dan hidup manusia telah diprogram oleh Allah. Manusia awalnya segumpal darah kemudian berubah sebagai janin hidup dalam kandungan ibu sampai mencapai waktu lahir (36/37 minggu). Kemudian Allah menetapkan kelahirannya. Selanjutnya dipelihara dan dibesarkan (diberi rizki) oleh Allah, ditetapkan jodohnya menjadi orang tua menuju kematian. Melakukan bunuh diri atau mengakhiri hidup di luar ketentuan Allah adalah dosa besar yang bertentangan dengan etika formal dan etika normatif.

Bab 11

Aspek Hukum dalam Keperawatan

11.1 Pendahuluan

Dalam pelayanan kesehatan masyarakat, perilaku petugas kesehatan harus tunduk pada etika profesi dan juga tunduk pada ketentuan hukum, peraturan, dan perundang – undangan yang berlaku. Hal itu pun berlaku pada Profesi Keperawatan di dalam Pelayanan Kesehatan. Apabila petugas kesehatan melanggar kode etik profesi akan memperoleh sanksi dari organisasi profesinya dan mungkin juga apabila melanggar ketentuan peraturan atau perundang – undangan, juga akan memperoleh sanksi hukum. Oleh sebab itu, suatu kewajiban bagi semua petugas kesehatan khususnya perawat untuk memahami etika dan hukum dalam Profesi Keperawatan.

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Dalam praktik di lapangan, perawat adalah tenaga kesehatan yang memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara langsung. Kondisi ini akan menimbulkan konskuensi hukum, etika dan moral.

Perawat harus mulai menyadari pentingnya hukum dan bertindak sesuai dengan aturan hukum serta memahami kewenangan-kewenangan sehingga perawat terlindung dari masalah hukum. Undang-undang No.38 tahun 2014 Tentang Keperawatan yang telah disahkan memberikan perlindungan hukum bagi perawat dan juga masyarakat sebagai pengguna jasa layanan keperawatan.

11.2 Hukum Kesehatan

Hukum Kesehatan (Health Law) merupakan suatu spesialisasi dari ilmu hukum yang ruang lingkupnya meliputi segala peraturan Perundang-undangan di sektor pemeliharaan kesehatan. Yang merupakan suatu sistem pengaturan dituangkan ke dalam bentuk suatu peraturan perundang-undangan yang dapat digunakan sebagai pedoman yuridis dalam memberikan pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional ahli khususnya dibidang kesehatan kepada masyarakat. Pemahaman Hukum Kesehatan penting untuk diketahui oleh professional tenaga Kesehatan di dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prosedur yang telah buat oleh pihak tenaga kesehatan, apabila terdapat kesalahan di dalam pelayanan kesehatan (malpraktek medis) dapat diselesaikan dengan pengetahuan hukum kesehatan yang sesuai dengan hukum berlaku tersebut.

Secara terminologis, istilah Hukum Kesehatan sering disamakan dengan istilah Hukum Kedokteran. Hal ini dikarenakan Pemahaman Hukum kesehatan selalu disangkut pautkan dengan hukum kedokteran sehingga pemahaman yang berkaitan langsung dengan dunia kedokteran lebih banyak membahas hal-hal yang berkaitan dengan Hukum Kedokteran atau Hukum Medis. Padahal lingkup pembahasan Hukum Kesehatan lebih luas daripada Hukum Kedokteran. Bidang ilmu lain yang berkaitan erat dengan Hukum Kesehatan khususnya Hukum Kedokteran adalah Kedokteran Kehakiman.

11.2.1 Pengertian Hukum Kesehatan

Menurut Anggaran Dasar Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (Perhuki) pasal 1 bahwa Hukum Kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan/pelayanan kesehatan dan penerapannya, serta hak dan kewajiban baik dari perorangan dan segenap lapisan masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan (health receivers)

maupun sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (health providers) dalam segala aspek organisasi, sarana, pedoman-pedoman medik, ilmu pengetahuan kesehatan dan hukum, serta sumber-sumber hukum lainnya.

Menurut Asyhadie, H. Zaeni (2018) Hukum kesehatan adalah "serangkaian ketentuan hukum, baik tertulis maupun tidak tertulis, yang berkaitan secara langsung maupun tidak langsung dengan kesehatan, hubungan antara pasien/atau masyarakat dengan tenaga kesehatan dalam upaya pelaksanaan kesehatan" Hukum kesehatan adalah semua peraturan hukum yang berhubungan langsung pada pemberian layanan kesehatan dan penerapannya pada hubungan perdata, hukum administrasi dan hukum pidana. Arti peraturan disini tidak hanya mencakup pedoman internasional, hukum kebiasaan, hukum yurisprudensi, namun ilmu pengetahuan & kepustakaan dapat juga merupakan sumber hukum.

112.2 Fungsi dan Tujuan Hukum Kesehatan

Hukum mempunyai fungsi penting sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh hukum itu sendiri, yaitu melindungi, menjaga ketertiban dan ketentraman masyarakat. Sejalan dengan asas hukum, maka fungsi hukum pun ada tiga, yaitu: fungsi manfaat, fungsi keadilan dan fungsi kepastian hukum;

Menurut Teori Van Kant (Veronica K, 1999) bahwa hukum bertujuan menjaga kepentingan tiap manusia agar kepentingan itu tidak diganggu. Hukum mengandung suatu pertimbangan menentukan kepentingan mana lebih besar dibandingkan kepentingan lain. Oleh sebab itu tugas utama hukum adalah menjamin adanya kepastian hukum (*rechtzekerheid*) sesuai dengan tujuan hukum itu sendiri.

Menurut Fred Anekb (1991) fungsi hukum secara umum adalah kepastian hukum dan perlindungan hukum. Karena fungsi tersebut adalah kepastian hukum yang berlaku secara umum begitu pula bagi hukum kesehatan.

Di dalam dunia Pelayanan Kesehatan (Health Care), pada dasarnya terdapat dua kelompok orang yang selalu menginginkan 'adanya kepastian hukum'. Sebab dengan adanya kepastian tersebut, maka orang-orang tersebut akan merasa 'terlindungi' secara hukum.

Kedua kelompok tersebut ialah:

1. Kelompok Penerima Layanan Kesehatan (Health Receiver), antara lain adalah: pasien (orang sakit) dan orang-orang yang ingin memelihara atau meningkatkan kesehatannya.
2. Kelompok Pemberi Layanan Kesehatan (Health Providers) antara lain adalah para medical providers yaitu dokter dan dokter gigi, serta paramedis atau tenaga kesehatan yaitu perawat, bidan, apoteker, asisten apoteker, analis atau laboran, ahli gizi, dan lain-lain.

Tabel 11.1: Bentuk Kepastian Hukum dan Perlindungan Hukum pada Kelompok Penerima Layanan Kesehatan (Health Receiver) dan Kelompok Pemberi Layanan Kesehatan (Health Providers)

	Kelompok Penerima Layanan Kesehatan (Health Receiver)	Kelompok Pemberi Layanan Kesehatan (Health Providers)
Kepastian Hukumnya	<ul style="list-style-type: none"> ● Ijazah ● Surat Tanda Registrasi ● Surat Izin Praktek Mandiri 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ijazah ● Surat Tanda Registrasi, ● Sertifikat Ukom, ● Sumpah Profesi ● maupun tanda/Surat yang menyatakan keprofesionalan dan legalitas bekerja di dalam bidang kesehatan
Perlindungan Hukumnya	Misal Ketentuan hukum (perdata) yang menjamin ganti rugi.	adanya ketentuan hukum (Perdata) yang memberi jaminan ganti rugi jika terjadi hal-hal yang tidak sesuai dengan yang diperjanjikan

11.2.3 Sifat dan Hakikat

Hukum kesehatan adalah kaidah atau peraturan hukum yang mengatur hak dan kewajiban tenaga kesehatan, individu dan masyarakat dalam pelaksanaan upaya kesehatan, aspek organisasi kesehatan dan aspek sarana kesehatan. Hukum sering diartikan sebagai adil, peraturan, perundang-undangan, dan hak. Hukum dalam arti sebagai peraturan perundang-undangan, sebenarnya adalah hukum obyektif. Sedangkan hukum dalam arti adil dan hak adalah hukum subyektif.

Pada Umumnya Hukum bersifat Imperatif dan Falkutatif (Sudikno Mertokusumo, 200:32). Kaidah hukum imperatif apabila hukum itu bersifat apriori harus ditaati, bersifat mengingatkan dan memaksa. Kaidah hukum itu Falkutatif apabila hukum itu tidak secara apriori mengikat, sifatnya hanya melengkap. Hukum bersifat Imperatif karena bersifat memaksa, maka pada umumnya disertai dengan sebuah hukum / sanksi. Sanksi dapat berupa hukuman penjara, hukuman denda dan hukuman administrasi.

Ketentuan sanksi dari hukum kesehatan dapat tergambar dari ketentuan UU no 36. Tahun 2009 tentang kesehatan mulai Pasal 190 sampai dengan Pasal 201 sebagai berikut:

1. Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) atau Pasal 85 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah).
2. Dalam hal perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian, pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah)
3. Setiap orang yang tanpa izin melakukan praktik pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (1) sehingga mengakibatkan kerugian harta benda, luka berat atau kematian dipidana dengan pidana penjara

- paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).
4. Setiap orang yang dengan sengaja memperjualbelikan organ atau jaringan tubuh dengan dalih apa pun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
 5. Setiap orang yang dengan sengaja melakukan bedah plastik dan rekonstruksi untuk tujuan mengubah identitas seseorang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 diancam dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
 6. Setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
 7. Setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
 8. Setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat atau kemanfaatan, dan mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2) dan ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
 9. Setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memiliki izin edar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima)
 10. Setiap orang yang tidak memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukan praktik kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00

(seratus juta rupiah)belas) tahun dan denda paling banyak Rp1.500.000.000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).

11. Setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Sebagaimana yang dikemukakan di dalam UU no 36. Tahun 2009 Pasal 190-201 maka ketentuan hukum kesehatan pada hakikatnya memberikan perlindungan hukum kepada pasien dan pihak terkait. Pada akhirnya hukum kesehatan mempunyai sifat ganda yaitu bersifat publik dan privat sekaligus, yang di mana hal ini diharapkan sesuai dengan tujuan pemerintah yang hendak mencapai kesejahteraan negara sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945.

11.2.4 Sumber Hukum Kesehatan

Sumber hukum kesehatan tidak hanya bertumpu pada hukum tertulis (undang-undang), namun juga pada yurisprudensi, traktat, konsensus, dan pendapat ahli hukum serta ahli kedokteran termasuk doktrin (Ta'adi, 2013).

Hukum kesehatan terkait dengan peraturan perundang-undangan dibuat untuk melindungi kesehatan masyarakat di Indonesia. Bentuk hukum tertulis atau peraturan undang-undang mengenai hukum kesehatan diatur dalam:

1. Undang-Undang
 - a. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU No. 29 Tahun 2004).
 - b. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (selanjutnya disebut UU No. 36 Tahun 2009).
 - c. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (selanjutnya disebut UU No. 44 Tahun 2009).
 - d. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (selanjutnya disebut UU No. 36 Tahun 2014)
 - e. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (selanjutnya disebut UU No. 38 Tahun 2014)
 - Peraturan Pemerintah.

- Keputusan Presiden.
- Keputusan Menteri Kesehatan.
- Keputusan Dirjen/Sekjen.
- Keputusan Direktur/Kepala Pusat.

Kemudian dengan berkembangnya otonomi daerah, masing-masing daerah baik provinsi maupun kabupaten juga semakin marak untuk mengeluarkan peraturan-peraturan yang terkait dengan kesehatan, misalnya:

1. Peraturan Daerah (Perda)
2. Keputusan Gubernur, Wali Kota atau Bupati
3. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan

Seperti telah disebutkan bahwa hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya. Oleh sebab itu, hukum kesehatan mengatur dua kepentingan yang berbeda, yakni:

1. Penerima pelayanan, yang harus diatur hak dan kewajiban, baik perorangan, kelompok atau masyarakat.
2. Penyelenggara pelayanan: organisasi dan sarana-prasarana pelayanan, yang juga harus diatur hak dan kewajibannya.

Mengingat banyaknya penyelenggara pelayanan kesehatan, baik dari segi perorangan maupun kolektivitas, di mana masing-masing mempunyai kekhususan antara pihak yang dilayani kesehatannya maupun sifat pelayanan dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan, maka hukum kesehatan dapat dikelompokkan menjadi berbagai bidang, antara lain:

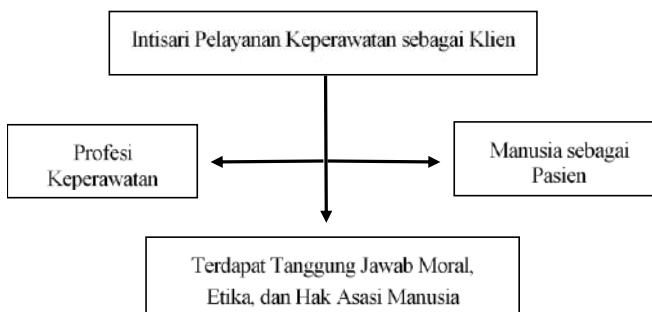
1. Hukum Kedokteran dan Kedokteran Gigi.
2. Hukum Keperawatan.
3. Hukum Farmasi Klinik.
4. Hukum Rumah Sakit.
5. Hukum Kesehatan Masyarakat.
6. Hukum Kesehatan Lingkungan.
7. Hukum Rumah Sakit.
8. Hukum Laboratorium Kesehatan

9. Hukum Asuransi
10. Dan lain-lain

11.3 Pelayanan Keperawatan

11.3.1 Intisari Pelayanan Keperawatan

Intisari dari pelayanan keperawatan adalah bagaimana melaksanakan asuhan keperawatan yang bermutu dan mengedepankan keselamatan bagi pasien sekaligus mencegah masalah pasien yang tidak diselesaikan. Komplain akan muncul apabila pasien memiliki perasaan bahwa apa yang telah diterima tidak sesuai dengan haknya sebagai pelanggan. Walaupun secara nyata produk jasa layanan kesehatan sulit dinyatakan (intangible) akan tetapi dengan dalih yang masih asumsi, pasien sendiri dapat melakukan komplain. Pada Gambar di bawah, menunjukkan gambaran hubungan inti pelayanan keperawatan.



Gambar 11.1: Intisari Pelayanan Profesi Keperawatan

Oleh karena itu, profesi keperawatan dalam praktiknya, harus menghormati martabat manusia saat menjadi pasien. Perawat memiliki tanggung jawab secara moral dan etika untuk menerapkan segala kemampuan terbaik dari kemampuan ilmu pengetahuan, sikap profesional dan keterampilan teknis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Di samping itu, yang tidak kalah pentingnya adalah menghormati hak-hak asasi pasien, terutama hak privasi dan hak kerahasiaan penyakitnya terhadap orang lain (keluarga dan masyarakat).

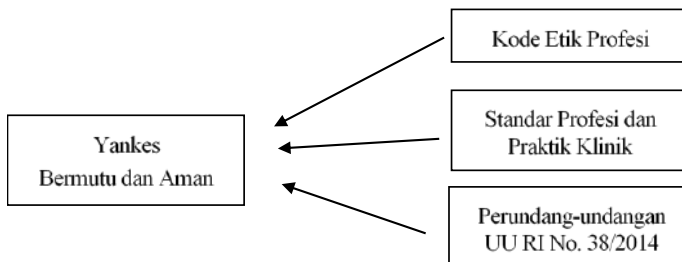
Adapun hubungan pelaksanaan pelayanan keperawatan antara pasien dan perawat tidak akan terlepas dari hubungan antara hak dan kewajiban masing-

masing. Satu sisi secara etik aliran rasional paternalistic jelas bahwa pasien pasti akan percaya kepada status perawat dari segi kemampuan dan kompetensi perawat yang akan merawatnya. Pasien berpendapat siapapun perawat yang bekerja dalam lingkungan sekitar pasien dianggap sudah memiliki jam terbang dan uji kompetensi yang baik. Oleh karena itu, adalah menjadi keyakinan dan harapan pasien bahwa hak perawat adalah memiliki kekuasaan dan kebebasan untuk melaksanakan pelayanan keperawatan secara ilmiah dan professional.

Adanya keyakinan dari pasien, seharusnya seorang perawat yang sudah memiliki syarat perizinan dan lulus uji kompetensi harus berprinsip;

1. Mengedepankan pelayanan terbaik bagi pasien (unilitarian dan deontodogy)
2. Mengutamakan kemanfaatan yang baik (beneficence)
3. Menghindari yang akan membuat cedera pasien (nonmaleficene)
4. Menghormati hak-hak individu pasien yang merupakan otonomi yang tidak boleh diubah/intervensi berlebihan oleh perawat (Right Based Ethics)

Dengan demikian, sikap dan tindakan yang diambil perawat selalu sesuai dengan standar kode etik keperawatan menurut PPNI, standar Praktik Profesi (pedoman dan SPO asuhan keperawatan), standar praktik STR, SIP, SIK), dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Hal ini dapat dijelaskan pada Gambar di bawah ini.

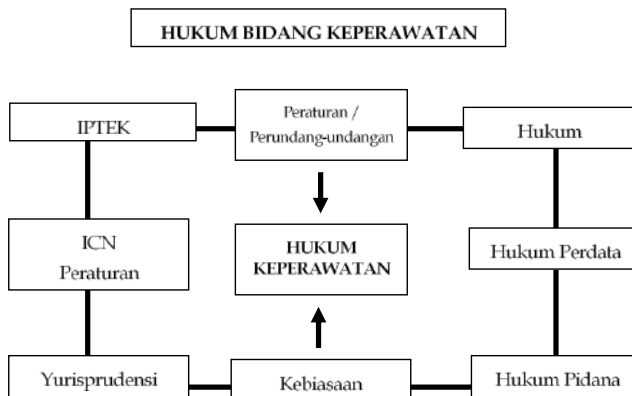


Gambar 11.2: Jaminan Pelayanan Keperawatan yang Bermutu dan Aman Bagi Pasien

11.4 Hukum terkait dengan bidang Keperawatan

Sumber hukum yang melindungi perawat dalam praktik klinik antara lain

1. Undang-Undang Dasar 1945.
2. Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional.
3. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
5. Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
6. Undang-Undang RI Nomor 13 Tahun 2013 tentang Ketenagakerjaan
7. Undang-Undang RI Nomor 21 Tahun 2000 tentang Serikat Pekerja/Serikat Buruh.
8. Undang-Undang RI Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen
9. Undang-Undang RI Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak asasi Manusia (HAM)



Gambar 11.3: Peraturan yang Berhubungan dengan Hukum Keperawatan

11.5 Ciri-Ciri Pekerjaan / Profesi Perawat

Adapun ciri-ciri pekerjaan profesional telah dimiliki oleh profesi perawat yaitu:

1. Perawat merupakan profesi bukan pekerjaan.
Untuk menjadi seorang perawat, harus melalui proses Pendidikan resmi yang panjang (3-5 tahun). mengikuti program akademik dan melakukan praktik klinik profesi, baru diangkat sebagai lulusan perawat serta memiliki sertifikat uji kompetensi, STR
2. Perawat mengikuti peraturan terkait hospital by laws, nursing care by laws, kode etik profesi dan Standard Operational Procedure (SOP). Bila ini dapat dipatuhi, maka asuhan keperawatan akan dapat menjamin mutu yang tinggi Keamanan dan keselamatan pasien.
3. Untuk menjamin kualitas pelayanan keperawatan secara terus-menerus, maka kelompok profesi (PPNI), membentuk kolegium yang menetapkan standar praktik klinik dan standar kinerja perawat.

11.6 Tugas dan Wewenang Perawat

Peraturan perundangan nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan mengatur tugas dan wewenang perawat. Sesuai dengan perundangan tersebut perawat bertugas Sebagai:

1. Pemberi Asuhan Keperawatan;
2. Penyuluh dan konselor bagi Klien;
3. Pengelola Pelayanan Keperawatan;
4. Peneliti Keperawatan;
5. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang: dan/ atau;
6. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

11.6.1 Pelimpahan Wewenang Dokter kepada Perawat

Pelimpahan wewenang yaitu kegiatan memberikan kemampuan sesuai dengan standar profesi. Hubungan hukum antara dokter dan perawat dapat terjadi karena rujukan/pendelegasian yang diberikan oleh dokter kepada perawat.

Tenaga keperawatan tidak dapat mengambil kebijaksanaan sendiri dalam melakukan tindakan medis tetapi melakukan tindakan medis sesuai dengan delegasi yang diberikan oleh dokter. Dalam bekerja dokter di rumah sakit membutuhkan tenaga perawat. Perawat mempunyai kewajiban utama yaitu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesi dan kewenangan yang melekat dalam dirinya. Pelimpahan wewenang (delegation of authority) menyebabkan perubahan tanggung jawab dari tanggung jawab dokter (vicarious liability) menjadi tanggung jawab perawat (personal liability).

Landasan hukum yang mengatur pelimpahan wewenang dokter kepada perawat tertuang pada Pasal 29 ayat 1 huruf e Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan yaitu pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan. Selanjutnya pelimpahan wewenang lebih dijelaskan pada Pasal 32 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan

Selain di Undang-Undang No 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, pelimpahan wewenang juga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 512/MENKES/Per/IV/2007 tentang Izin Praktek Kedokteran Pasal 15 ayat (1) dan ayat (2)

Pelimpahan kewenangan medis kepada perawat harus tertulis dengan pertimbangan:

1. Dilindungi oleh aturan yang ada
2. Merupakan bukti tertulis kewenangan mana yang boleh dilimpahkan sehingga dapat diketahui apabila terjadi perbuatan diluar kewenangan yang dilimpahkan bukan menjadi tanggung jawab pemberi kewenangan dan mutlak tanggung jawab yang diberi kewenangan.
3. Tidak semua kewenangan tindakan kedokteran dapat dilimpahkan kepada perawat/bidan, harus sesuai dengan kemampuan profesionalnya.

11.6.2 Pelimpahan Wewenang Ditinjau dari Aspek Hukum

1. Pelimpahan Wewenang Ditinjau dari Aspek Hukum Administrasi
Tinjauan hukum administrasi perlimpahan wewenang dokter kepada perawat yang terjadi saat ini secara umum tidak sesuai. Pada perlimpahan wewenang tindakan medis dari dokter ke perawat harus

didahului dengan surat keterangan pelimpahan wewenang yang ditandatangani oleh dokter sebagai pemberi limpah wewenang dan perawat sebagai penerima limpah wewenang.

2. Pelimpahan Wewenang Ditinjau dari Aspek Hukum Perdata
Pasal 1233 KUHPerdata menyebutkan bahwa "tiap tiap perikatan dilahirkan baik karena persetujuan, baik karena Undang-Undang".
Pasal 1234 KUHPerdata, "tiap-tiap perikatan adalah untuk memberikan sesuatu, untuk berbuat sesuatu/untuk tidak berbuat sesuatu", disini tidak dibedakan untuk perikatan yang timbul karena Undang-Undang atau perikatan yang timbul karena persetujuan.
3. Pelimpahan Wewenang Ditinjau dari Aspek Hukum Pidana
Hukum pidana pada prinsipnya bertujuan melindungi masyarakat. Ketentuan pidana dalam Undang-Undang Kesehatan memberikan implikasi adanya konsekuensi hukum terhadap unsur pelanggaran. Hal ini memberikan makna bahwa Standar profesi standar pelayanan, standar prosedur, dan kode etik untuk dipatuhi bukan untuk dilanggar. Sehingga, tenaga kesehatan menjalankan perannya sesuai dengan aturan yang mengikat.

11.7 Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat Perawat

11.7.1 Tanggung Jawab Perawat

Menurut Yosep, tanggung jawab perawat diidentifikasi menjadi 3 yaitu:

1. Responsibility to God (tanggung jawab utama terhadap Tuhannya).
2. Responsibility to Client and Society (tanggung jawab terhadap pasien dan masyarakat).
3. Responsibility to Colleague and Supervisor (tanggung jawab terhadap rekan sejawat dan atasan).

11.7.2 Tanggung Jawab Administrasi

Pada pasal 188 UU No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa Menteri dapat mengambil tindakan administratif terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan sesuai yang diatur dalam Undang-Undang ini. Tindakan administratif dapat berupa:

1. Peringatan secara tertulis;
2. Pencabutan izin sementara atau izin tetap.

Sementara itu sanksi administrasi juga tertuang Pasal 58 ayat (1) UU No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan yang menyatakan bahwa pelanggaran terhadap kewajiban STR, kewajiban memasang papan nama praktik mandiri, dan kewajiban registrasi bagi perawat asing akan dikenai sanksi administratif berupa:

1. Teguran lisan
2. Peringatan tertulis
3. Denda administrative
4. Pencabutan izin

11.7.3 Tanggung Jawab Perdata

Dalam transaksi trapeutik, posisi tenaga kesehatan dengan pasien adalah sederajat. Dengan posisi yang demikian ini hukum menempatkan keduanya memiliki tanggung gugat hukum. Gugatan untuk meminta pertanggungjawaban kepada tenaga kesehatan bersumber kepada dua dasar hukum yaitu Pertama, berdasarkan pada wanprestasi (contractual liability) sebagaimana diatur dalam pasal 1239 KUH Perdata. Kedua, berdasarkan perbuatan melanggar hukum (onrechmatigedaad) sesuai dengan ketentuan pasal 1356 KUH Perdata.

Wanprestasi dalam pelayanan kesehatan baru terjadi bila terpenuhinya unsur-unsur berikut ini:

1. Hubungan antara tenaga kesehatan dengan pasien terjadi berdasar kontrak terapeutik.
2. Tenaga kesehatan telah memberikan pelayanan kesehatan yang tidak patut dan menyalahi tujuan kontrak terapeutik.
3. Pasien menderita kerugian akibat tindakan tenaga kesehatan yang bersangkutan

11.7.4 Tanggung Jawab Pidana

Dalam pasal 2 KUHP disebutkan, "Ketentuan pidana dalam perundang-undangan Indonesia diterapkan bagi setiap orang yang melakukan suatu delik di Indonesia. Perumusan pasal ini menentukan bahwa setiap orang yang berada dalam wilayah hukum Indonesia dapat dimintakan pertanggungjawaban pidana atas kesalahan yang dibuatnya. Sekalipun hukum pidana mengenal adanya penghapusan pidana dalam pelayanan kesehatan yaitu alasan pemaaf dan pemaaf sebagaimana yang terdapat di dalam yurisprudensi, namun tidak serta merta alasan pemaaf dan pemaaf tersebut menghapus suatu tindakan pidana bagi tenaga kesehatan.

Pada alasan pemaaf yang dihapus adalah sifat melanggar hukum dari suatu perbuatan sehingga yang dilakukan oleh terdakwa menjadi patut dan benar. Pada alasan pemaaf yang dihapus adalah kesalahan terdakwa, perbuatan yang dilakukan oleh terdakwa tetap dipandang sebagai perbuatan yang melanggar hukum akan tetapi tidak dipidana karena tidak ada kesalahan (Moeljanto, 1982 dalam Nasution 2005:75). Alasan pemaaf dan pemaaf diatur dalam pasal 75 dan 76 UU No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

11.7.5 Tanggung Gugat Perawat

Tanggung gugat berarti dapat memberikan alasan atas tindakannya. Seorang perawat bertanggung gugat atas dirinya sendiri, pasien, profesi, atasan, dan masyarakat. Jika ada pasien akan dilakukan operasi dan diberikan tindakan medikasi dan dosis medikasi salah diberikan, perawat bertanggung gugat pada pasien yang menerima medikasi tersebut, dokter yang memprogramkan tindakan, perawat yang menetapkan standar perilaku yang diharapkan, serta masyarakat, yang semuanya menghendaki perilaku profesional. Untuk dapat melakukan tanggung gugat, perawat harus bertindak menurut Kode Etik Profesional. Jika suatu kesalahan terjadi, perawat melaporkannya dan memulai perawatan untuk mencegah trauma lebih lanjut. Tanggung gugat memicu evaluasi efektivitas perawat dalam praktik. Tanggung gugat profesional memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengevaluasi praktisi profesional baru dan mengkaji ulang yang telah ada.
2. Untuk mempertahankan standar perawatan kesehatan
3. Untuk memudahkan refleksi pribadi, pemikiran etis, dan pertumbuhan pribadi pada pihak profesional perawatan kesehatan.

4. Untuk memberikan dasar pengambilan keputusan etis

Untuk dapat bertanggung gugat, perawat melakukan praktik dalam kode profesi

11.8 Hak dan Kewajiban Pasien dan Perawat

11.8.1 Hak dan Kewajiban Pasien

1. Hak Pasien

Dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, hak pasien diatur dalam pasal 38. Dalam praktik keperawatan pasien berhak:

- a. Mendapatkan informasi secara, benar, jelas, dan jujur tentang tindakan Keperawatan yang akan dilakukan
- b. Meminta pendapat Perawat lain dan/atau tenaga kesehatan lainnya;
- c. Mendapatkan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan perundang-undangan.
- d. Memberi persetujuan atau penolakan tindakan Keperawatan yang akan diterimanya; dan
- e. Memperoleh keterjagaan kerahasiaan kondisi kesehatannya.

2. Kewajiban Pasien

Kewajiban pasien diatur dalam UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 53. Pada Pasal tersebut disebutkan bahwa pasien mempunyai kewajiban, yaitu:

- a. Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya
- b. Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi
- c. Mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan
- d. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima

Kewajiban Pasien berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit kewajiban pasien juga diatur pada Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 31 ayat (1) yang menyatakan bahwa setiap pasien mempunyai kewajiban terhadap rumah sakit atas pelayanan yang diterimanya.

11.8.2 Hak dan Kewajiban Perawat

1. Hak Perawat

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan Pasal 36, perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berhak:

- a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan
- b. Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya.
- c. Menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan
- d. Menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- e. memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar

2. Kewajiban Perawat

Dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, kewajiban perawat terdapat pada Pasal 37 yang Berbunyi "Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berkewajiban:

- a. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
- b. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;

-
- c. Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
 - d. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar;
 - e. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan Kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
 - f. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat; dan
 - g. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah

Daftar Pustaka

- Agungrakhmawan. (2009). Malpraktek dalam Pelayanan Kesehatan. <http://agungrakhmawan.wordpress.com>. Diakses tanggal 13 Oktober 2021
- Ahmad Taufik Nasution (2016) Filsafat ilmu. Yogyakarta: Deepublish.
- Alwisol, 2009. Psikologi Kepribadian. Malang: UMM Press
- American Nurses Association (ANA). (2015). Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. Silver Spring, MD : Author.
- American Nurses Association (ANA). (2001). Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. Silver Spring, MD : Author.
- Anwar Kurniadi. (2018). Etika dan Hukum Keperawatan . PT RajaGrafindo Persada, Depok.
- Ardiani, N. D. (2018) Modul Ajar Etika Keperawatan. Available at: http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/676/1/MODUL_AJAR_ETIKA_KEPERAWATAN.pdf.
- Ariani. (2007). <http://www.google.com>. Diakses tanggal 13 Oktober 2021
- Asmadi (2009) Konsep Dasar Keperawatan. Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Asmadi. (2005). Konsep Dasar Keperawatan. (E. A. Mardella, Ed.) Jakarta: EGC.
- Asmadi. (2008). "Konsep Dasar Keperawatan". Jakarta : EGC

- Bruce, A., Rietze, L., & Lim, A. (2014) *Understanding Philosophy in a Nurse's World: What , Where and Why? Nursing and Health*,. doi: 10.13189/nh.2014.020302.
- Budiono, Pertami, Budi. (2016). "Konsep Dasar Keperawatan". Jakarta: Imprint Bumi Aksara
- Budiono. (2016). "Modul Ajar Cetak Keperawatan Konsep Dasar Keperawatan". Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Caroline Bunker Rosdahal, (1999), *Text Book of Basic Nursing*, Lippincot, Philadelphia, Newyork, Baltimore
- Cecep Triwibowo, (2018). *Aspek Hukum Keperawatan*. Nuha Medika, Yogyakarta.
- Cholil Uman, (1994), *Agama menjawab tentang berbagai masalah Abad modern*, Ampel Suci Surabaya
- Citra Aditya Bakti, Bandung. Munir Fuady.(2005). *Sumpah Hippocrates (Aspek Hukum Malpraktek Dokter)*.
- Citra Aditya Bakti, Bandung. Tarmizi Taher.(2003). *Medical Ethics*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Dafrita, I. E. (2015). "Ilmu dan Hakekat Ilmu Pengetahuan dalam Nilai Agama". *Jurnal IAIN Pontianak*, 9, 159-179.
- Dalami, E. (2010) "Etika Keperawatan," Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Depkes, R. I. (2002). *Munas VI PPNI Bandung 12-15 April 2000*.
- Dermawan, R., & Rusdi. (2013). "Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa". Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Dewan pimpinan Pusat PPNI. (1998).*Kode Etik Keperawatan Indonesia*.
- Dewi, L. K. (2019) "Berpikir Kritis Sebagai Solusi Dalam Menghadapi Berbagai Masalah Keperawatan," *Jurnal Keperawatan*, hal. 1-11.
- Effendi, N. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Fowler, M (2015). *Guide to The Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements: Development, Interpretation, and Application*. Silver Spring, MD : American Nurses Association.

- Gillies. (2014). *Nursing Management: A System Approach*. Philadelphia : WB Saunders Company
- Hamid, A. Y. (2008). "Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa". Jakarta: EGC.
- Hendrik . (2012). *Etika dan Hukum Kesehatan*. EGC, Jakarta.
- Herdman. (2012). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012- 2014*. Jakarta: EGC
- Herdman. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020*. Jakarta: EGC
- Hidayat & Musrifatul Uliyah. (2012). *Buku ajarkebutuhan dasar manusia (KDM), pendekatan kurikulum berbasis kopetensi*. Surabaya: Health book publishing
- Hidayat, A. A. (2008). "Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan" (2 ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A.A. (2002). "Pengantar dokumentasi proses keperawatan". Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2004). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, Aziz Alimul. (2004). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat. A.A. Uliyah (2015). "Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia". 2nd ed. Edited by Tri Utami. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Hockenberry, M., Wilson D. (2007). *Wong's Nursing Care of Infant and Children*. ed 8. St. Louis: Mosby
- Husin, M. (2002). *Pendidikan Keperawatan di Masa Depan*. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- ICN. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva2012.
- International Council Of Nurse (2021) *THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES* International Council of Nurses, International Council of Nurses. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_eng.pdf.

- Janiszewski Goodin, H., & Stein, D. (2009). The use of deliberative discussion to enhance the critical thinking abilities of nursing students. *Journal of Public Deliberation*, 5(1).
- Johnstone, M. (1994). *Nursing and The Injustices of the Law*. Sydney: W.B.Saunders.
- Kaplan & Sadock. (2010). *Buku ajar psikiatri klinis*. Edisi2. Alih bahasa Profitasari dan Tiara Mahatmi Nisa. Jakarta: EGC
- Kemenkes, RI. (2010). "Modul Pelatihan Sistem pemberian pelayanan keperawatan profesional (SP2KP)". Bandung: Direktorat bina pelayanan keperawatan & tehnisian medik direktur jendral bina upaya kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012). "Modul: Peningkatan Kemampuan Teknis Perawat dalam Sistem pemberian pelayanan keperawatan profesional di Rumah Sakit". Jakarta : Direktorat bina pelayanan keperawatan & tehnisian medik direktur jenderal bina upaya kesehatan.
- Kozier B. et al. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Volume 1. Edisi 7. Jakarta: EGC.
- Kozier, B. (1990). *Fundamental of Nursing*. Red Wood City: Addison Wesley Co.
- Kozier, et al. (2010). "Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik" Edisi 7. Jakarta: EGC
- Kozier,B, Erb, G, Berman, A, Snyder, S.J. (2004). *Fundamental of Nursing: concepts, Process, and Practice*, 7 th Ed, New Jersey: Pearson Education Line.
- Kurniadi. (2016). *Manajemen Keperawatan: teori, Konsep dan Aplikasi*, FK UI, Jakarta
- Leniwita, H. (2020). "Tantangan dan Peluang Perawat Indonesia Pada Era Revolusi Industri 4.0".
- Leniwita, N. H. et al. (2019) *MODUL ETIKA KEPERAWATAN*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.
- Li, S., Ye, X., & Chen, W. (2019). Practice and effectiveness of “nursing case-based learning” course on nursing student’s critical thinking ability: A comparative study. *Nurse Education in Practice*, 36(759), 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.03.007>

- Lowdermilk, Deitra L., Perry Shannon, E., Cashion, Kitty. (2013) *Keperawatan Maternitas*. Edisi 8. Mosby: Elsevier.
- Lubis, S. C. (2020) "Pengambilan Keputusan Etis Dalam Keperawatan," *Jurnal Keperawatan*, hal. 1-9.
- Makhfudli. (2009). *Konsep Dasar Etika Keperawatan*. [http:// slideshare.net](http://slideshare.net). Diakses tanggal 13 Oktober 2021
- Manurung, Santa. (2011). *"Keperawatan Profesional"*. Jakarta: Tim
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2012) *Theoretical Basis for Nursing 3rd Edition*. *Saudi Med J*. doi: <http://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>.
- Meleis, A. I. (2012) *Theoretical Nursing: Development & Progress*. *Saudi Med J*. doi: 10.1073/pnas.0703993104.
- Mu'min, Sitti A. (2013). *Terori Perkembangan Kognitif Jean Piaget*. *Jurnal Al Ta'did*. Vol. 6.
- Mudhofir, A. (2012). "Pendidik profesional: konsep, strategi, dan aplikasinya dalam peningkatan mutu pendidikan di Indonesia".
- Muhammad Djumhana. (1995). *Hukum Dalam Perkembangan Bioteknologi*.
- Muhlisin, A. (2011). *"Dokumentasi Keperawatan"*. Yogyakarta: Gosyen
- Mujtahid. (2010). *Mengenal Konsep Profesional* <http://mujtahid-komunitaspendidikan.blogspot.com>. Diakses tanggal 13 Oktober 2021.
- Nasrullah, D. (2014). *Etika Dan Hukum Keperawatan: Untuk Mahasiswa dan Praktisi Keperawatan*.
- Nasrullah, D. (2019) 'Etika Keperawatan Kesehatan', Universitas Muhammadiyah Surabaya, pp. 1–48. Available at: [http://repository.um-surabaya.ac.id/5026/1/ilovepdf_merged_removed_\(1\).pdf](http://repository.um-surabaya.ac.id/5026/1/ilovepdf_merged_removed_(1).pdf).
- Nasution, Bahder Johan. (2005). *Hukum Kesehatan Pertanggungjawaban Dokter*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuha Hidayat, A, Aziz Alimul. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan jilid 1*. Jakarta : Salemba Medika
- Nur Aini (2018) *Teori Model Keperawatan*. Universitas Muhammadiyah Malang.

- Nurachmah, E. (1998). "Kemitraan antara Dokter dan Perawat" Makalah pada Simposium Keperawatan Akper St. Carolus. Jakarta.
- Nurhayati. (2009). Issue Legal dalam Keperawatan yang Berkaitan dengan Hak Pasien.
- Nursalam, (2014) "Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional," Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2001). Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2011). "Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional". Edisi Ketiga. Jakarta: Salemba Medika Publishing.
- Perangin-angin, M. A., Oktaviani, N. P. W., Sihombing, R. M., Sitanggang, Y. F., Haro, M., Tahulending, P. S., ... & Tambunan, E. H. (2021). Etika Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 90 Tahun 2017 tentang Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.
- Perry, Anne G and Potter, Patricia A. (2010). *Fundamental Of Nursing*. 7 ed. Mosby: Elsevier.
- Potter, P. A & Perry, A. G. (1997). *Fundamental of Nursing Concept: Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Ed. 4th. Volume 1. United States of America: Mosby. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik Vol. 1 E/4*. Yulianti & Ester. EGC. Jakarta
- Potter, P. A & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktis*. (Renata Komalasari, et al, Penerjemah). Ed. Ke-4. Jakarta : EGC
- Potter, P. A & Perry, A. G. (2009). *Fundamental of Nursing*. Vol 1. (Ed. ke-7). (Terj. Team Salemba Medika bekerja sama dengan dr. Adrina Ferderika). Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P.A. dan Perry, A.G. (2010) "Fundamental Keperawatan," Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

- PPNI. 2010. Konsep Dasar Etika Keperawatan. Jakarta: PP PPNI. PPNI. 2010. Kode Etik Keperawatan Indonesia dan Penerapannya. Jakarta: PP PPNI
- PPNI. 2015. Kode Etik Keperawatan, Lambang Panji PPNI dan Ikrar Keperawatan. Jakarta: PP PPNI.
- Purnamarini, D. P., Setiawan, T. I., & Hidayat, D. R. (2016). Pengaruh Terapi Expressive Writing Terhadap Penurunan Kecemasan Saat Ujian. *Bimbingan Konseling*, 36-42.
- Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia nomor 219/PK/PID.SUS/2012. Misran, SKM bin Kahir
- Qardhawi, Yusuf. (2003). Fatwa-fatwa Kontemporer. . <http://www.google.com>.
- Risnah (2021) *FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN DALAM INTEGRASI KEILMUAN*. Alauddin University Press.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar* (10 ed., Vol. 1). Jakarta: EGC.
- Rosidah, N. A., et., all. (2017) "Karakteristik Tes Keterampilan Berpikir Kritis (KBK) Berdasarkan Pendekatan Teori Respon Butir," *Jurnal Inovasi dan Pembelajaran Fisika*, hal. 54-63.
- Santrock, J. (2007). *Life-span Development*. Ed 9. New York: McDraw-Hill
- Saragi, S. (2017). *TINJAUAN REVITALISASI PELAYANAN KESEHATAN DASAR TENTANG SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP PESERTA BPJS DI PUSKESMAS BIRU-BIRU*. Publik, 2(2).
- Setiyo, N. A. (2021) 'Pandangan Ilmu Filsafat Sebagai Filosofi Ilmu Keperawatan Berdasarkan Rumpun Ilmu Sosial', *Fakultas Kesehatan Universitas Nurul Jadid*.
- Shirazi, F., & Heidari, S. (2019). The relationship between critical thinking skills and learning styles and academic achievement of nursing students. *Journal of Nursing Research*, 27(4), 1–7. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000307>
- Sternberg. (2016). Critical thinking: Its nature, measurement, and improvement. *National Inst. Of Education*, 11(1), 217–232. <https://pdfs.semanticscholar.org/80a7/c7d4a98987590751df4b1bd9adf747fd7aaa.pdf>

- Stuart. (2012). Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5. Edisi Revisi. Jakarta: EGC.
- Stuart. (2013). Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Stuart. (2016). Prinsip Dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Edisi Indonesia (Buku 1). Singapura : Elsevier
- Stuart. (2017). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Elsevier
- Suhaemi, M. E. (2004) "Etika Keperawatan Aplikasi pada Praktik," Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sulaiman, E. S. (2021). Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas. Yogyakarta: UGM Press.
- Sumijatun, (2011) "Membudayakan Etika dalam Praktik Keperawatan," Jakarta: Salemba Medika.
- Sutejo. (2017). Keperawatan Kesehatan Jiwa. Yogyakarta: Pustaka Baru Perss
- Tawi, Mirzal. (2008). Hak Pasien dan Perawat. <http://syehaceh.wordpress.com>.
- Taylor, Lilis, LeMone, (1997), fundamental of nursing the Art and Sciences of Nursing care, Lippincott Philadelphia Newyork
- The, S., Teacher, R., Disciplines, R., May, I., & Teacher, R. (2013). A Definition of Critical Thinking Author (s): Robert H . Ennis All use subject to JSTOR Terms and Conditions of Critical Thinking. 17(8), 599–612.
- Tim Penyusun DPP PPNI . (2017).Pedoman Praktik Keperawatan Mandiri
- Timby, B. K., (2017) "Fundamental Nursing Skills and Concepts," Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Undang-Undang Dasar RI Tahun 1945
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
- Undang-Undang R.l. Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang RI Nomor 13 Tahun 2013 tentang Ketenagakerjan

- Undang-Undang RI Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen
- Undang-Undang RI Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional
- Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
- Utami, N., Agustine, U., Happy, R. (2016) Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional: Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Veronica Komalawati. (2002). Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien).
- Wahyuni, S. (2021). Etika keperawatan dan hukum kesehatan. LovRinz Publishing.
- Widyawati, S. (2012). "Konsep Dasar Keperawatan". Jakarta: Prestasi Pustaka
- Widyawati, S. (2013). "Filsafat Ilmu Sebagai Landasan Pengembangan Ilmu Pendidikan". Gelar: Jurnal Seni Budaya, 11(1).
- Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas (2021) 'Filsafat'. Available at: <https://id.wikipedia.org/wiki/Filsafat>.
- Wong, Donna L., Et al. (2009). Wong Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Jakarta:EGC
- Yasni, R. and Muhammad, F. I. (2020) 'Peranan Pengeluaran Pemerintah Sektor Pendidikan, Kesehatan, Transportasi, Dan Perumahan Bagi Perekonomian Indonesia', Jurnal Riset Terapan Akuntansi, Vol 4, No, p. 24. Available at: <https://www.jurnal.polsri.ac.id/index.php/jrtap/article/view/1959>.
- Yosep (2014). Keperawatan Jiwa. 1. Bandung : PT Refika Aditama
- Zaeni Asyhadie. (2018). Aspek-Aspek Hukum Kesehatan . PT RajaGrafindo Persada, Depok.

Biodata Penulis



Lenny Erida Silalahi

Pengalaman bekerja di berbagai Rumah Sakit Negri dan Swasta di Jakarta. Bekerja sebagai Staf pengajar AKKES RSYJ (2016-Sekarang) Fokus mengajar mata kuliah Medikal Bedah, dan berbagai mata kuliah yang berkaitan. Kegiatan yang lain dilakukan saat ini aktif di masyarakat sebagai Perawat RW 08 Sukapura, Jakarta dan Sebagai Penulis.



Martalina Limbong, S.Kp., M.Kep., CH

merupakan Dosen pengajar pada Program Diploma III (D III) Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis lahir di Sei lebah, pada 3 Maret 1980. Jenjang akademik penulis, pertama dimulai dengan menempuh Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus tahun 2003. Penulis melanjutkan studinya tahun 2012 Program Magister di Universitas Sumatera Utara (USU) Medan.

Pengalaman di dunia profesional, penulis mulai dengan menjadi dosen di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar tahun 2004. Pada Tahun 2007 penulis telah memiliki Jabatan Fungsional sebagai Asisten Ahli (AA) dan tahun 2012 dengan Jabfung Lektor. Pada tahun 2017 akhirnya penulis dinyatakan lulus sertifikasi dosen dan dinyatakan sebagai Dosen Profesional pada ilmu keperawatan. Penulis dipercayakan sebagai Ketua Jurusan Keperawatan pada tahun 2019. Sebagai Dosen profesional, penulis aktif mengikuti seminar-seminar dan workshop Nasional dan Internasional. Penulis

aktif dalam publikasi jurnal yang merupakan hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.



Yohanes Gamayana Trimawang Aji

lahir di Jember pada tanggal 7 Januari 1988. Ia tercatat menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan dan profesi ners di Universitas Jember tahun 2011. Ia kemudian menyelesaikan pendidikan magister keperawatan dan spesialis keperawatan medikal bedah di Universitas Indonesia tahun 2017. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen di Akademi Perawatan RS PGI Cikini Jakarta dan aktif melakukan kegiatan tridarma perguruan tinggi baik pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.



/Kartini, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Mat.

Lahir di Jakarta 20 November 1979. Penulis beralamat di Jl. Peta Selatan No. 54 RT 005/ RW 003 Kalideres Jakarta Barat. Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang.



Ns. Fhirawati, S.Kep.,M.Kes, Lahir di Kota Watampone pada tanggal 27 Oktober 1988. Menamatkan Pendidikan SD, SMP dan SMA di Kabupaten Bone. Menyelesaikan kuliah pada Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika Makassar dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 dan melanjutkan lagi pendidikan profesi Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika Makassar dan mendapat gelar Ners pada tahun 2011. Kemudian melanjutkan Program Magister dengan konsentrasi

Promosi Kesehatan pada Universitas Muslim Indonesia dan menyandang gelar Magister Kesehatan pada tahun 2016. Pada tahun 2012-2017 bergabung menjadi Dosen Akper Lapatau Bone dan Pada Tahun 2017 bergabung menjadi Dosen di Universitas Patria Artha Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan.



Ns. Abdi Tallulembang S.Kep.,M.Kep.

lahir di Garogo' Tana Toraja pada tanggal 27 maret 1991, penulis terjun dalam didunia keperawatan mulai 2009-2012 tercatat sebagai mahasiswa di Akademi Keperawatan Sandikarsa Makassar dan berkarya di RS Stellamaris makassar tahun 2013-2015 di ruangan ICU-ICCU. Lalu kemudian melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di STIK Sint Carolus Jakarta (2015-2018), sejak lulus ners aktif bekerja di salah satu rumah sakit khusus jantung dijakarta (2018-2019) sambil melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di STIK Sint Carolus Jakarta (2018-2020). Pada saat menjadi mahasiswa, penulis aktif dalam kegiatan sosial (relawan Covid-19) di RS Universitas Indonesia pada bagian ICU tahun 2020, penulis juga pernah menjadi PJ Shift ICU RS UKRIDA (2020-2021) dan saat ini penulis sedang bekerja di RS Royal Progress Sunter Jakarta Utara sebagai PJ Shift ICU.



Siti Latipah

Lahir pada 22 Januari 1978. Ia tercatat sebagai salah satu staf dosen pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Mummadiyah Tangerang (UMT). Wanita yang kerap disapa Mimie ini adalah anak dari pasangan Slamet Riyadi (ayah) dan Musriah (ibu). Disamping menyukai pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, dia mendedikasikan dirinya sebagai pengajar di dengan harapan ilmunya yang diberikan mendapatkan keberkahan di dunia dan sebagai bekal di akhirat nantinya, bagi saya membaca dan menulis adalah hal yang baik untuk menjaga sel neuron (sel otak) kita tetap berkembang serta menjaga dari kerusakan dini. Menulis dapat pula menjadi media mencurahkan serta

menuangkan ide serta pengetahuan yang tentunya akan bermanfaat bukan saja penulis namun bagi pembaca dimanapun berada.



Ristonilassius S.Pd., S.Kep.s Ns

Lahir di Sumut, pada 17 Maret 1982. Seorang Staff Keperawatan IGD RS Advent Bandung. Menyelesaikan Pendidikan S1 Pendidikan Bahasa Inggris tahun 2006. Pernah bekerja sebagai dosen dan guru honorer Bahasa Inggris sebelum melanjutkan kuliah keperawatan dan lulus ners tahun 2013. Pengalaman organisasi saat ini adalah menjadi anggota LKS Bipartit Rumah Sakit Advent Bandung.



Sharely Nursy Siringoringo, S.Kp., M.Kep.,

lahir di Bandung, pada tanggal 26 Agustus 1974, dari pasangan Oberlin Siringoringo (ayah) dan Bertha Simbolon (ibu). Menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan di Universitas Advent Indonesia pada tahun 1996. Bekerja di Rumah Sakit Advent Bandarlampung sebagai perawat pelaksana dan sebagai perawat penanggungjawab diruang perawatan medikal-bedah dan anak sampai tahun 2009. Sambil tetap bekerja, menyelesaikan pendidikan dan meraih gelar Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia, pada tahun 2005. Kemudian bergabung dengan Akper Surya Nusantara, Pematangsiantar, sebagai dosen pada tahun 2009. Tahun 2015 mendapat kesempatan melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta, dan dengan pertolongan Tuhan Yang Maha Esa berhasil menyelesaikannya pada tahun 2017. Sampai saat ini bekerja menjadi dosen tetap di Akper Surya Nusantara, Pematangsiantar.

**Tri Suwanto**

Lahir di Demak, pada 1 Juni 1980. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Diponegoro Semarang. Pria yang sering disapa tri ini adalah anak dari pasangan H.Subardi dan Hj.Sri suparni Almh. Tri sering mengisi beberapa seminar sesuai seminatn di kampus Universitas Muhammadiyah Kudus.



Tutik Herawati, S.Kp, MM, dilahirkan di Sidoarjo, 24 Agustus 1971. Pendidikan Sekolah Dasar (1983), Sekolah Menengah Pertama (1985). Sekolah Menengah Atas (1989) diselesaikan di Sidoarjo. Tahun 1989 melanjutkan di Diploma Tiga Akademi Keperawatan Depkes Malang (1992). S1 Keperawatan di tempuh di Universitas Padjadjaran Bandung (2000) dan Pendidikan S2 Manajemen di Universitas Putra Bangsa pada Tahun 2006.

Bekerja sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Malang khususnya Prodi Diploma Tiga Keperawatan Poltekkes Kemenkes malang sejak 1994 hingga sekarang. Riwayat jabatan sebagai Koordinator Penjaminan Mutu Jurusan Keperawatan, Sekprodi D3 Keperawatan Malang dan Kaprodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu buku acuan bagi dosen atau tenaga pengajar, calon perawat dan praktisi pelayanan Kesehatan dalam mengenal tentang filsafat ilmu keperawatan, konsep dasar keperawatan, sejarah perkembangan keperawatan, konsep pertumbuhan dan perkembangan manusia dan teori model keperawatan sampai dengan kode etik, isu etik dan aspek hukum keperawatan.

Pembahasan dalam buku ini adalah:

- Bab 1 Filsafat Ilmu Keperawatan
- Bab 2 Konsep Dasar Keperawatan
- Bab 3 Sejarah Perkembangan Keperawatan
- Bab 4 Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan Manusia
- Bab 5 Pemahaman Teori Dan Model Keperawatan
- Bab 6 Konsep Kecemasan Dan Kehilangan
- Bab 7 Berpikir Kritis Dan Pengambilan Keputusan
- Bab 8 Kode Etik Dalam Keperawatan
- Bab 9 Isu Etik Dalam Praktik Keperawatan
- Bab 10 Prinsip Legal Dalam Praktik Keperawatan
- Bab 11 Aspek Hukum Dalam Keperawatan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-331-1

