



UMY

Universitas
Muhammadiyah
Yogyakarta

ANNUAL SCIENTIFIC FORUM 4TH ASF

MASTER OF NURSING PROGRAM
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA



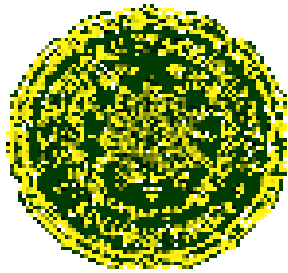
Annual Scientific Forum

4th

ASIF

Master of Nursing Program
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta





MASTER OF NURSING
UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA



4th Annual International Scientific Forum

BOOK OF ABSTRACTS, FULL PAPER &
CONFERENCE PROGRAMME

“Fusion to Innovation in Health Care”



Table of Contents

Editor	iv
Reviewer	v
Conference Program	vi
Conference Welcome	xix
Conference Committee	
Master of Nursing UMY	xx
Host and Co-Host	xxi
Our Sponsors	xxii
Conference Committee 2017	xxiii
Invited Speakers	xxiv
List of Oral Presentations	xxvii
List of Poster Presentations	xxxv
Books of Abstract	1
Books of Full Paper	51
Conclusion	389

Editor



Dr. Titih Huriah, M.Kep., Sp.Kom



Nur Chayati, M.Kep



**Shanti Wardaningsih, M.Kep., Sp.
Kep.J**



Falasifah Ani Yuniarti, MAN



**Erna Rochmawati, S.Kp., Ns.,
M.Med.Ed., MNSc., Ph.D**



Azizah Khoiriyati, M.Kep

Reviewer

1. Dr Teresa (Teri) Stone RN, RMN, BA, MHM, PhD FACMHN is Professor of International Nursing at Yamaguchi University, Japan. She is Conjoint Professor at the University of Newcastle and visiting professor at Wuhan University, China. Previously she was programme convenor for the Bachelor of Nursing at the University of Newcastle. Teri is Editor in Chief of Nursing and Health Sciences a premier international journal focusing on the exchange of knowledge in nursing and health sciences, particularly between the East and West.
2. Fitri Arofiati, MAN.,Ph.D is Head Program of Master in Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
3. Dr. Titih Huriyah, M.Kep.,Sp.Kom is Academic Affair of Master in Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
4. Erna Rochmawati, S.Kp.,M.Med.Ed.,MNSc.,Ph.D is Secretary Program of Master in Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
5. Shanti Wardaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.J is Head Program of School in Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Conference Program

Day 1, 16th, November, 2017

TIME	EVENT	VENUE
07.00-08.00	Registration	Cendana Room
08.00-08.05	Opening Ceremony	Cendana Room
08.05-08.10	Safety briefing	Cendana Room
08.10-08.15	Qur'an reciting	Cendana Room
08.15-08.20	National Anthem Indonesia Raya	Cendana Room
08.20-08.25	Speech from Committee	Cendana Room
08.25-08.30	Speech from Indonesian Nursing Association	Cendana Room
08.30-08.35	Speech from Rector and Opening the Seminar	Cendana Room
08.35-08.45	Student performance	Cendana Room
08.45-09.00	Coffee Break	Cendana Room
09.00-11.30	SESSION 1 1. Professor Hai-tao Liao (Faculty of Nursing Guang Xi Medical University, China) “High Fidelity Simulation in Nursing Education” 2. Assist. Prof. Dr. Mohd Said Nurumal, RN (Faculty of Nursing, International Islamic University Malaysia) 3. Prof. Dra. Setyowati, S. Kp., M. App. Sc., Ph. D. (Faculty of Nursing, Universitas Indonesia) “Quality assurance in higher nursing education” 4. Assoc. Prof. Dr. Amrizal M. Nur, MD, M. Sc, Ph. D. (ITCC, Faculty of Medicine University Kebangsaan Malaysia)	Cendana Room
11.30-12.00	Discussion session 1	Cendana Room
12.00-13.00	Lunch break	Cendana Room

4th Annual International Scientific Forum, 2017
 Master of Nursing UMY
 “Fusion to Innovation in Health Care”

CONCURRENT SESSION 1: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Medical Surgical Nursing	Palliative Care, Community Nursing	Pediatric Nursing
MODERATOR	Nurul Ahdiah	Muh. Agung	Ahmad Vindo
REVIEWER	Assist. Prof. Dr. Mohd Said Nurumal, RN	Prof. Dr. Kessarawan Nilvarangkul	Falasifah Ani Y, S. Kep., Ns., MAN
13.00-13.10	Factors Affecting Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease Teguh Santoso, Untung Sujianto, Dwi Susilawati	The Meaning and Role of Spirituality in HIV/AIDS Patients Agus Prasetyo, Sodikin, Widyoningsih	Disaster Risk Reduction and Emergency Preparedness for Children with Autism in Facing Earthquake Disaster in Yogyakarta Fika Nur Indriasari, Prima Daniyati K, Linda Widyarani
13.10-13.20	The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Diabetic Patients Hospitalized with Hyperglycemia Pranee Katedee, Pattama Surit (KKU, Thailand)	The Effect of Cucumber Juice (<i>Cucumis Sativus</i>) To Decrease of Blood Pressure in Elderly Hypertension Patients at Tresna Werdha Budi Sejahtera Social Institution of Banjarbaru South Borneo 2017 Candra Kusuma, Erna, Anna	Description of Knowledge Level about Adolescent Reproductive Health in Students SMP Muhammadiyah 3 Yogyakarta Cahya Indra Lukmana, Falasifah Ani Yuniarti
13.20-13.30	The Influence of Use Artery-Femoral Band (Arfeband) to Haematom Incident Patients After Percutaneous Coronary Intervention (PCI) Junait, Hery Djagat Purnomo, Chandra Bagus Ropyanto	Application of Kolcaba Theory in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Ady Irawan, Falasifah Ani Yuniarti	Attitude and Behavior about Sexuality among Adolescents in Yogyakarta Rahmah, Wahyudina AAAN, Sari WW
13.30-13.40	Effect of Upper & Lower Limb Exercise on Increasing Volume and Capacity of Lung in COPD Patients Tri Susilo, Muchlis AU Sofro, Untung Sujiyanto	Application of Peaceful End of Life Theory in Palliative Care Context Minanton, Erna Rochmawati	Relationship Between Sleep Disorders with Standard Deviation Patterns of All N-N Intervals (SDNN) In Young Adults in Yogyakarta Nurvita Risdiana, Mohammad Fachrur Rozy

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

CONCURRENT SESSION 1: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Medical Surgical Nursing	Palliative Care, Community Nursing	Pediatric Nursing
MODERATOR	Nurul Ahdiah	Muh. Agung	Ahmad Vindo
REVIEWER	Assist. Prof. Dr. Mohd Said Nurumal, RN	Prof. Dr. Kessarawan Nilvarangkul	Falasifah Ani Y, S. Kep., Ns., MAN
13.40-13.50	<p>Factors Associated with Rehospitalization of Patients with Congestive Heart Failure in RSUD Raden Mattaaher Jambi in 2017</p> <p>Nurhusna, Inggar Susakti</p>	<p>Analysis of Adaptation Model Theory on Quality of Life of Cancer Patient Living in Palliative Home Care</p> <p>Arif Rahman, Falasifah Ani Yuniarti</p>	<p>Differences Use of Yoga and Self Tapping Towards Long Pain of Primary Dysmenorrhea on Adolescent</p> <p>Mar’atun Ulaa, Wiwin Lismidiati, Elsi Dwi Hapsari</p>
13.50-14.00	<p>Effectiveness of Breath and Diaphragmatic Breathing Combinations of Expiratory Peak Currents in COPD Patients</p> <p>Endrian MJW, Elis Novianti, Jajuk Kusumawaty</p>	<p>Application of Roy Adaptation Model in Patient with HIV/ AIDS</p> <p>Maria Julieta Esperanca Naibili, Arianti</p>	<p>Analysis of Peer Attitude Towards LGBT Stigma in Adolescent in Ngaran Village, Gamping, Sleman</p> <p>Dhesi Ari Astuti, Nurul Kurniati</p>
14.00-14.15	Discussion Session	Discussion Session	Discussion Session
14.15-14.25	<p>Effect of Diabetes Self-Management Education (DSME) Group Plus Positive Affirmation on Self-Care Activities of Type II Diabetes Mellitus Patient</p> <p>Dewi Prasetyani, Evy Apriani, Yuni Sapto Edhy Rahayu</p>	<p>Experiences of The Psychological Response of The Diabetes Patients in a Community Life</p> <p>Arum Pratiwi, Fatima Nursita</p>	<p>The Application of Nursing Theory of Betty Neuman in Relation of Parenting with Smoking Behavior in Boys Aged 15-17 Years Old: Analysis of Research Results</p> <p>Indri Nurasa, Nur Chayati</p>
14.25-14.35	<p>Association Between Blood Cadmium Level and Myocardial Infarction: A Case Control Study</p> <p>Izwan Zianuddin (IIUM Malaysia)</p>	<p>Development of A Community-Based Care Program for Risk People to Prevent Type 2 Diabetes Mellitus in Indonesia: Phase I</p> <p>Mula Tarigan, Kessarawan Nilvarangkul (KKU, Thailand)</p>	<p>Analysis of Nursing Theory of Sister Calista Roy in School Refusal in Pre-School Children</p> <p>Elfiza Fitriami, Nur Chayati</p>

4th Annual International Scientific Forum, 2017
 Master of Nursing UMY
 “Fusion to Innovation in Health Care”

CONCURRENT SESSION 1: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Medical Surgical Nursing	Palliative Care, Community Nursing	Pediatric Nursing
MODERATOR	Nurul Ahdiah	Muh. Agung	Ahmad Vindo
REVIEWER	Assist. Prof. Dr. Mohd Said Nurumal, RN	Prof. Dr. Kessarawan Nilvarangkul	Falasifah Ani Y, S. Kep., Ns., MAN
14.35-14.45	<p>Factors Cause Burnout Syndrome Events Based on Nurse Work in Emergency Room RSUD Dr. Soegiri Lamongan</p> <p>Virgianti Nur Faridah</p>	<p>Stroke Prevention Among Risk Groups in Community: A Literature Review</p> <p>Pairin Patsadu, Kessarawan Nilvarangkul (KKU, Thailand)</p>	<p>The relation of Educational Level, Academic Achievement (GPA) and Depression among Public School Adolescent</p> <p>Mukhriyah Damaiyanti, Dwi Rahmah Fitriani</p>
14.45-14.55	<p>Application of Catharine Kolcaba Theory in Post-Surgical Patients</p> <p>Ahmad Muzaki</p>	<p>Analysis of The Application of Florence Nightingale Theory in Lung TB Cases in Fishermen and Fish Fungus Industry</p> <p>Erviana, Nur Chayati</p>	<p>Preventing the Spread of HIV/AIDS to the Students of Vocational High School of Health through Peer Educator Method in Samarinda</p> <p>Yuliani Winarti, Rini Ernawati</p>
14.55-15.05	<p>The Development of a Self-Management Handbook for Foot Care and Foot Exercise: The Integration of Self-Management and Adult Learning Theories</p> <p>Cynthia Eka Fayuning Tjomiadi Pattama Surit (KKU, Thailand)</p>	<p>Community Participation to Prevent Work- Related Illness Among Famers: A Review Literature</p> <p>Khachornsak Seevathee, Kessarawan Nilvarangkul (KKU, Thailand)</p>	<p>Kegel Exercise Combined with Music Therapy to Improve Bladder Dysfunction After Cervical Cancer Surgery</p> <p>Yang Jing</p>
15.05-15.15	Discussion Session	Discussion Session	Discussion Session
15.15-15.30	Coffee Break		

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

CONCURRENT SESSION 2: POSTER PRESENTATION				
GROUP	GROUP 1	GROUP 2	GROUP 3	GROUP 4
15.30-15.50	Application of Orem Theory in Patients with Post Operation TKR Agung Widiastuti, Fitri Arofiati	Analysis of Dorothea Orem Theory at Family Support in Self Care Management in Elderly with Stroke Yeni Isnaeni, Falasifah Ani Yuniarti	Analysis of the Application of Transcultural Nursing in Family Health Tasks Moh. Rozani	Analysis of Peplau Theory in Hallucinations Patient Bayu Seto Rindi Atmojo
	Analysis of Orem Theory in Patient with Diabetes Mellitus Eka Firmansyah Pratama	Application of Betty Neuman Theory in Elderly Depression Ardhian Indra Darmawan	Application of Levine Theory in Patient with Post-Partum Bleeding Sriyati, Shanti Wardaningsih	Analysis of Transcultural Theory in Leprosy Patients with Spiritual Needs Wa Ode Vita Sumarta
	Effectiveness of Propioceptive Neuromuscular Facilitator (PNF) Methods and Motor Relearning Program (MRP) In Non-Hemorrhagic Stroke Post Attack with Hemiparese Condition Novit Haris Setiawan	Analysis of the Application of Faye G. Abdellah Theory in Preventing the Spreading of TB Infection at Community in Dusun Arsuat Maluku Fatimah Kelrey, Nur Chayati	Analysis of Human Caring Theory and The Social Cognitive Career Theory in Career Couching Implementation of Nurses in Hospital Uly Pramuditya Isnaini, Elsy Maria Rosa	Application of Neuman Theory on Anxiety Level and Social Status of Parents with Smoking Behavior in Teens Ardiansyah, Falasifah Ani Yuniarti
	Analysis of Comfort Theory on Patient with Abdomen Post-Operation Tina Muzaenah	Analysis of Callista Roy Theory on Self Efficacy Patient with Diabetes Mellitus Ratna Agustiningrum, Azizah Khoiriyati	Analysis of Benner Theory on Clinical Learning Method with Bedside Teaching Made Yos Kresnayana	Application of Peplau Theory on Social Isolation Patients with Social Skill Training Method Agustiningsih
	Analysis of Orem Theory on Patient with Diabetes Mellitus Murwanti, Azizah Khoiriyati	Application of Chronic Sorrow Theory in Cancer Patient Sitti Rahma Soleman, Arianti	Application of Betty Neuman Theory on Nursing Care for Diabetic Patient Mirdat Hitiyaut, Arianti	Application of Peplau Theory: Assertive Training on Decreasing Symptoms of Violent Behavior Budi Priyanto

4th Annual International Scientific Forum, 2017
 Master of Nursing UMY
 “Fusion to Innovation in Health Care”

CONCURRENT SESSION 2: POSTER PRESENTATION				
GROUP	GROUP 1	GROUP 2	GROUP 3	GROUP 4
	Effect of Almatsurat Intervention to Depression Score and Self Efficacy Patient with Diabetes Mellitus Shanti Wardaningsih, Wijaya EA, Widyaningrum DP	Application of Orem Theory in Patients with Post Operation Sectio Caesarea Alfi Rusdianti, Fitri Arofiati	Palliative Patient’s Dignity at PKU Muhammadiyah Hospital Novita Nur Hasanah, Arianti	Description of Stress Levels and Coping Mechanisms of Stroke Families at PKU Muhammadiyah Hospital Ledia Teja Kusuma, Erna Rochmawati
15.50-16.00	Discussion Session	Discussion Session	Discussion Session	Discussion Session

Day 2, 17th, November, 2017

TIME	EVENT	VENUE
07.30-08.00	Registration	Cendana Room
08.00-08.15	KaUMY Master of Nursing Ceremony	Cendana Room
08.15-09.15	Keynote Speaker: Prof. dr. Ali Gufron Mukti, M. Sc., Ph. D. “Health Care Resource reform”	Cendana Room
09.15-09.30	Coffee Break	Cendana Room
09.30-11.30	SESSION 2: 1. Prof. Je-Kan Adiler-Collins, RN REMT MA., Ph. D (ED) (Faculty of International Nursing, University of Human Environment, Japan) “E-learning and blended learning: Across borders” 2. Dr. dr. Arlina Dewi, M. Kes. AAK (Master of Hospital Management, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta) “Quality management in Primary Health Services” 3. Prof. Dr. Kessarawan Nilvarangkul, (Faculty of Nursing, Khon Khaen University, Thailand) “Community engagement as a model to enhance student nurse competencies” 4. Fitri Arofiati, S. Kep., Ns., MAN., Ph. D (Master of Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta) “Nursing career path in emergency and critical nursing in Indonesia”	Cendana Room
11.30-11.45	Discussion session 2	Cendana Room
11.45-13.00	Lunch break	Cendana Room

CONCURRENT SESSION 4: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Hospital Management, Nursing Education	Medical Surgical Nursing, Interprofessional Education (IPE), Nursing Theory	Maternity Nursing, Psychiatric Nursing
MODERATOR	Minanton	Syahru Ramdhani	Maria
REVIEWER	Dr. Arlina Dewi	Professor Hai-tao Liao	Shanti Wardaningsih, PhD
13.00-13.10	The Remuneration System in a Private Hospital as a Strategic Choice Nur Hidayah	Effect of Nurse-Led Oral Drug Targeting on Treatment Compliance and Quality of Life in Patients with Lung Cancer Leiyi· Chenlijun· Zhoushaozhang, Limeiyang· Weidandan	The Effect of Early Mobilization on Pain Intensity of Post Caesarean Section at Muhammadiyah Hospital Palembang, 2017 Murbiah, Ayu Sekarsari
13.10-13.20	Cost Effectiveness Analysis of Antidiabetic Medicine on Patient Social Security Agency for Health (BPJS) at Outpatients in Yogyakarta Hospital Firman Pribadi, Abdul Ghofir	An Investigation on the Intention of Medical Care among the elderly in Jinxiu Yao Nationality in Guangxi and the Related Factors Yuanyuan Mo, Songgui Li, Jianhong Wang, Guiying Liu, Xiaofang Ling	The Increase of Prolactin Hormone Level on Postpartum Mothers Intervened with Oketani Massage and Pressure on Acupressure Point of JianJing GB-21 Machmudah, Nikmatul Khayati, Sri Widodo, Elsi Dwi Hapsari, Fitri Haryanti
13.20-13.30	Factors Affecting Performance of Hospital Managers: Case Study in PKU Muhammadiyah Delanggu Hospital, Central Java, Indonesia Qurratul Aini	Case Report of Interprofessional Education (IPE) Gito, Nurul Ahdiah, Novit Haris S, Minanton, Muhammad Azis, Erna Rochmawati	The Effect of Fe Tablets and Vitamin C to Hemoglobin levels of Pregnant Women in II and III Trisemester Duwi Basuki, Tika Widya Astuti

CONCURRENT SESSION 4: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Hospital Management, Nursing Education	Medical Surgical Nursing, Interprofessional Education (IPE), Nursing Theory	Maternity Nursing, Psychiatric Nursing
MODERATOR	Minanton	Syahru Ramdhani	Maria
REVIEWER	Dr. Arlina Dewi	Professor Hai-tao Liao	Shanti Wardaningsih, PhD
13.30-13.40	<p>Medical Adhesive-Related Skin Injury Prevalence at PICC Insertion Site, A Cross-Sectional, Multiple-Center Study</p> <hr/> <p>Huihan Zhao, Yu He, Qin Wei, Yanping Ying</p>	<p>Analysis of Theory of Jean Watson Insurance in Interprofessional Education (IPE) in Nursing Students</p> <p>Nova Ari Pangesti</p>	<p>The Effect of Early Initiation of Breastfeeding on Maternal Hemorrhage 2 hours of post-partum in Semarang City</p> <p>Pawestri, Nikmatul Khayati</p>
13.40-13.50	<p>Analysis of Caring Clinical Wisdom Theory on Implementation of Bedside Teaching in Improving Cognitive Ability of Nursing Students</p> <p>Ahmad Vindo, Shanti Wardaningsih</p>	<p>Application of From Novice to Expert Theory on Level of Knowledge and Career Path in Nursing Professional</p> <p>Muhammad Agung Krisdianto, Titih Huriah</p>	<p>The Comparative Effectiveness of Health Education Using Booklet and Internet to Reduce the Psychological Disorder of Husband</p> <p>Misrawati, Yulia Irvani Dewi</p>
13.50-14.00	<p>Analysis of Caring Theory in Professional Behavior Formation in Nursing Education</p> <p>Wulan Noviani, Elsy Maria Rosa</p>	<p>Communication Ability on Clinical Tutorial Process in Interprofessional Education (IPE)</p> <p>Muhammad Azis</p>	<p>Analysis of The Incidence and The Risk Factors of CVC Catheter Related Deep Venous Thrombosis in Hemodialysis Patients</p> <p>QIN Yan, LIAO Hai-tao, GAO Wen, LI Jie-xia, WU Xiao-yan, QIN Hai-min, WEI Yi-ping</p>
14.00-14.15	Discussion Session	Discussion Session	Discussion Session

CONCURRENT SESSION 4: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Hospital Management, Nursing Education	Medical Surgical Nursing, Interprofessional Education (IPE), Nursing Theory	Maternity Nursing, Psychiatric Nursing
MODERATOR	Minanton	Syahru Ramdhani	Maria
REVIEWER	Dr. Arlina Dewi	Professor Hai-tao Liao	Shanti Wardaningsih, PhD
14.15-14.25	<p>The Effect of the 5E Learning Cycle Model Combined with Problem Based Learning on Increasing Cognitive, Affective, and Psychomotor in Diploma Nursing Student</p> <p>Nilia Yuliana, Titih Huriah, Yanuar Primanda</p>	<p>Analysis of Imogene M King Theory in student communication skill in Interprofessional Education (IPE)</p> <p>Hadirai, Titih Huriah</p>	<p>Application of Orem Theory on Self-Care Deficit in Schizophrenia</p> <p>Sadarwati, Arianti</p>
14.25-14.35	<p>Effect of Implementation 5S Plus (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, Santun, Sentuhan) in Patient Satisfaction in RSUD Tidar Magelang</p> <p>Fahni Haris, Pratiwi Nova Ariani, Aulia Ayu Nugraheni, Nurul Maulidah</p>	<p>Analysis of King Theory on Tutorial Process of Interprofessional Education Program</p> <p>Argitya Righo, Titih Huriah</p>	<p>Analysis of Peplau Theory in Nurse Role and Family Support in Recurrence Patient with Schizophrenia</p> <p>Subhannur Rahman, Falasifah Ani Yuniarti</p>
14.35-14.45	<p>Knowledge Level of UMY Nursing Students About Nurses Independent Practice</p> <p>Muhammad Ade Lutfi Hanan, Fitri Arofiati</p>	<p>Application of Kolcaba Theory on Wound Care</p> <p>Nurul Ahdiah</p>	<p>Analysis of Imogene M. King Theory Against Stress Criteria in Medium Level in Patients Schizophrenia</p> <p>Arif Munandar</p>

CONCURRENT SESSION 4: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Hospital Management, Nursing Education	Medical Surgical Nursing, Interprofessional Education (IPE), Nursing Theory	Maternity Nursing, Psychiatric Nursing
MODERATOR	Minanton	Syahru Ramdhani	Maria
REVIEWER	Dr. Arlina Dewi	Professor Hai-tao Liao	Shanti Wardaningsih, PhD
14.45-14.55	<p>Analysis Theory Nursing of Calista Roy in Students' Psychomotoric Adaptation in Laboratory</p> <p>Wahyu Riyaningrum</p>	<p>Relationship of Knowledge and Attitude with Compliance of Elderly Visit to Pusbila in Pawindan Village</p> <p>Dedi Supriadi, Suhanda, Dinna Purnama Sidi</p>	<p>Application of Orem Theory in Self Care Management Ability of Hypertensive Patient</p> <p>Melda Indrawati, Azizah Khoiriyati</p>
14.55-15.05	<p>Analysis of Nurse Competencies in Genetic Counseling</p> <p>Henri Setiawan, Acep H Mustopa, Heri Ariyanto, Dian D, Wijaya, Gumilar Rahmat, Elis Shopatillah, Elis Roslianti, Suhanda</p>	<p>Application of Pender Theory in Patients with Chronic Renal Failure</p> <p>Endrat Kartiko Utomo, Fitri Arofiati</p>	<p>Analysis of Imogene King Theory and Qsen Competencies In The Case of Ineffective Coping of Post Amputation Patients</p> <p>Bety Agustina Rahayu</p>
15.05-15.15	<p>Analysis Orem Nursing Theory (Self-Care Agency) in Reading-Based Therapy: Reading Al Quran on The Case of Aphasia</p> <p>Slamet Purnomo</p>	<p>Study on the Integration of Medical Care Service and Elderly Care Service under the Background of Population Aging in China</p> <p>Yushu Huang</p>	<p>Application of APP in Health Management of PCI Patients</p> <p>Pan Xiao</p>

4th Annual International Scientific Forum, 2017
 Master of Nursing UMY
 “Fusion to Innovation in Health Care”

CONCURRENT SESSION 4: ORAL PRESENTATION			
VENUE	ROOM 1	ROOM 2	ROOM 3
STRAND	Hospital Management, Nursing Education	Medical Surgical Nursing, Interprofessional Education (IPE), Nursing Theory	Maternity Nursing, Psychiatric Nursing
MODERATOR	Minanton	Syahru Ramdhani	Maria
REVIEWER	Dr. Arlina Dewi	Professor Hai-tao Liao	Shanti Wardaningsih, PhD
15.15-15.25	Compliance with Infection Control among Dentist and Dental Student in Daily Practice Wiewied Priyo Sambodo	Strategies in Peritoneal Dialysis Patient Training Hou Lumeng	
15.25-15.45	Discussion Session	Discussion Session	Discussion Session
TIME	EVENT		VENUE
15.45-16.00	Closing Plenary		Cendana Room
16.00-16.30	Awards Ceremony Chair: Ms Falasifah Ani Yuniarti		Cendana Room

Dean Welcome

Assalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Praise and gratitude to Allah SWT for his blessing so that Master of Nursing Post Graduate Program, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta can organize The 4th Annual Scientific Forum (ASF) with theme “Fusion to Innovation in Health Care”. Shalawat and salam are always delivered to prophet Muhammad SAW. It is a great privilege and honor for us to welcome ever one in this forum.

Innovation in health care is very important for all nurses who are working in the clinic, community, and educational nursing system, to improve their competencies. This scientific forum will cover the important topics and top issues with a comprehensive and in-depth update in health care. We are certain all of participants can join and gain more knowledge and experience from this forum.

Finally, we would like to thanks to all speakers, participants, co-host, and congratulate to organizing committee for their tremendous efforts in organizing the forum. I hope, we all have a wonderful experience at this scientific forum.

Wassalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Fitri Arofiati, S.Kep.,Ns.,MAN.,PhD

Conference Welcome

Assalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Honorable Rector of Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Honorable Head of Master of Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Honorable Head of Co-Host Institutions
Distinguished Speakers and all Participants

Praise and gratitude to Allah SWT, the god of one and almighty. Shalawat and salam are always delivered to prophet Muhammad SAW, may Allah give mercy and blessings upon Him. On behalf of the committee, it is very special honour to be organized The 4th Annual Scientific Forum (ASF) in Master of Nursing, Post Graduate Program, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta with theme “Fusion to Innovation in Health Care”.

This forum is conducted in cooperation with Khon Kaen University Thailand, Guangxi Medical University China, International Islamic University Malaysia, School of Nursing and Master of Hospital Management Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Participants of this forum are lecturers, nurses, health provider, students from Indonesia, Thailand, China and Malaysia.

Finally, we would like to thank you to all speakers, co-hosts, participants who have successes in conducting the whole activities. We hope that this forum have good contribution in increasing the quality of health care.

Wassalamu’alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



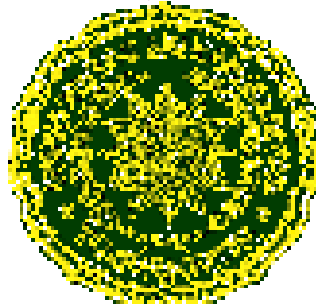
Erfin Firmawati, S.Kep.,Ns.,MNS

MASTER OF NURSING UMY

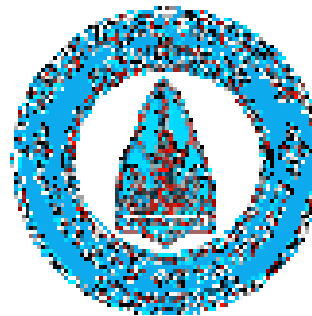


HOST and CO-HOST

HOST
MASTER OF NURSING UMY, SCHOOL OF NURSING UMY



CO-HOST



OUR SPONSORS



Conference Organizing Committee

Steering committee :

Fitri Arofiati, Sp.,Kep., Ns., MAN.,Ph.D (MKep UMY)
 Erna Rochmawati, S.Kp., Ns., M.Med.Ed., MNSc., Ph.D (MKep UMY)
 Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK (MMR UMY)
 Dr. Elsy Maria Rosa, M.Kep (MMR UMY)

Organizing committee :

Chair	: Erfin Firmawati, S.Kep.,Ns., MNS Ema Waliyanti, S.Kep., Ns., MPH
Secretary	: Nurvita Risdiana, S.Kep., Ns., MSc Khamidatul Helmia, S.IP Mar'atusolihah, S.E
Treasury	: Nina Dwi Lestari, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom Dewi Puspita,S.Kep. S.Kep., Ns., M.Kep, MSc
Program Section	: Yanuar Primanda, S.Kep., Ns., MNS Wulan Noviani, S.Kep., Ns., MM dr. Merita Arini, MMR
Scientific Section	: Dr. Titih Huriah, M.Kep.,Sp.Kom Nur Chayati, M.Kep Azizah Khoiriyati, M.Kep Shanti Wardaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.J Falasifah Ani Yuniarti, MAN
Food and Beverages Section	: Yusnita Rachmawati, S.Sos Elinda Husaeni, S.
Publication and Documentation Section	: Dinasti Pundang B, S.Kep.,Ns.,M.Kep.Sp.Kep.Kom Arifani Kurnia, SH Fahni Haris, M.Kep Winni Setyo Nugroho, S.Ked., M.Sc., Ph.D
Public Relation Section	: Ambar Relawati,S.Kep.,Ns.,M.Kep Syahruramdhani,S.Kep.,Ns.,MSN
Administration Section	: Novita Kurnia Sari,S.Kep.,Ns.,M.Kep Arianti,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB Resti Yulianti Sutrisno, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB

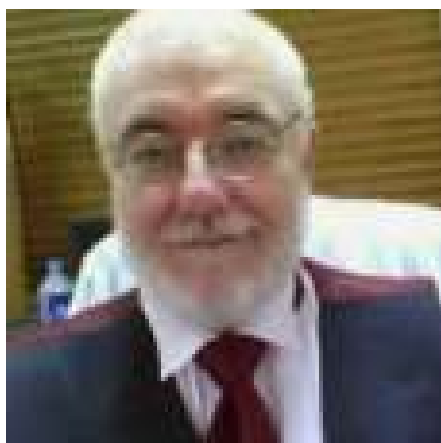
Invited Speakers



Keynote Speaker: Prof. dr. Ali Ghufon Mukti, M.Sc., Ph.D

Dr. Mukti began his career as Head of Policy Financing and Insurance Management Health, Graduate Program (S2) IKM, Gadjah Mada University, Yogyakarta, and from 2008 to 2011, he served as Dean of School of Medicine UGM. In 2011 Mr. Mukti was appointed as Deputy Minister of Health of the Republic of Indonesia. Mr. Mukti completed his Bachelor of Medicine from the University of Gajah Mada in 1986, completed his Graduate Program from Mahidol University, Bangkok, Thailand in 1991 and completed his Doctoral Program from the University of Newcastle, Australia in 2000. He is well known for his involvement, mainly in health insurance, and has expertise in the field of health service quality, family medicine, and epidemiology.

Plenary Speakers:



**Prof. Je-Kan Adler-Collins, RN,
REMT MA., Ph.D (Ed)**

Faculty of International Nursing
University of Human Environments,
Japan



**Prof. Dr. Kessarawan
Nilvarangkul**

Faculty of Nursing
Khon Kaen University Thailand



Hai-tao Liao

Nursing Pharmacology Professor,
Master Tutor
Guangxi Medical University, China



**Assist. Prof. Dr. Mohd. Said
Nurumal, RN**

Kulliyah of Nursing
International Islamic University Malaysia



**Assoc. Prof. Dr. Amrizal M. Nur,
MD., M.Sc., Ph.D**
ITCC, Faculty of Medicine
Universiti Kebangsaan Malaysia



**Prof. Dra. Setyowati, S.Kp., M.
App.Sc., Ph.D**
Faculty of Nursing
Universitas Indonesia



**Fitri Arofiati,
S.Kep., Ns., MAN., Ph.D**
Master of Nursing
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK
Master of Hospital Management
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

LIST OF ORAL PRESENTATION

No	NAME	TITLE	PAGE
1	Khachornsak Seevathee, Kessarawan Nilvarangkul (KKU Thailand	Community Participation to Prevent Work- Related Illness Among Famers: A Review Literature	2
2	Mula Tarigan, Kessarawan Nilvarangkul (KKU Thailand	Development of A Community- Based Care Program for Risk People to Prevent Type 2 Diabetes Mellitus in Indonesia: Phase I	3
3	Pairin Patsadu, Kessarawan Nilvarangkul (KKU Thailand	Stroke Prevention Among Risk Groups in Community: A Literature Review	4
4	Cynthia Eka Fayuning Tjomiadi, Pattama Surit (KKU Thailand	The Development of a Self- Management Handbook for Foot Care and Foot Exercise: The Integration of Self-Management and Adult Learning Theories	5
5	Pranee Ketedee, Pattama Surit (KKU (Thailand	The Development of a Clinical Nursing Practice Gudeline for Diabetic Patients Hospitalized with Hyperglycemia	6
6	Iwan Zianuddin (IIUM (Malaysia	Association Between Blood Cadmium Level and Myocardial Infarction: A Case Control Study	7
7	Huihan Zhao, Yu He, Qin Wei, Yanping Ying (GMU (China	Medical Adhesive-Related Skin Injury Prevalence at PICC Insertion Site-A Cross-Sectional, Multiple-Center Study	8
8	Leiyi Chenlijun Zhoushaozhang, Limeiyang Weidandan (GMU China	Effect of Nurse-Led Oral Drug Targeting on Treatment Compliance and Quality of Life in Patients with Lung Cancer	9

9	Yuanyuan Mo, Songgui Li Jianhong Wang Guiying Liu, Xiaofang Liang (GMU China	An Investigation on the Intention of Medical Care among the elderly in Jinxiu Yao Nationality in Guangxi and the Related Factors	10
10	Yushu Huang (GMU China	Study on the Integration of Medical Care Service and Elderly Care Service under the Background of Population Aging in China	11
11	(Hou Lumeng (GMU China	Strategies in Peritoneal Dialysis Patient Training	12
12	(Pan Xiao (GMU China	Application of APP in Health Management of PCI Patients	13
13	QIN Yan, LIAO Hai-tao, GAO Wen, LI Jie-xia, WU Xiao-yan, QIN Hai-min, (WEI Yi-ping (GMU China	Analysis of The Incidence and The Risk Factors of CVC Catheter Related Deep Venous Thrombosis in Hemodialysis Patients	14
14	Yang Jing	Kegel Exercise Combined with Music Therapy to Improve Bladder Dysfunction After Cervical Cancer Surgery	15
15	Teguh Santoso, Untung Sujianto, Dwi Susilawati	Factors Affecting Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease	16
16	Murbiah, Ayu Sekarsari	The Effect of Early Mobilization on Pain Intensity of Post Caesarean Section at Muhammadiyah Hospital Palembang, 2017	17
17	Mar’atun Ulaa, Wiwin Lismidiati, Elsi Dwi Hapsari	Differences Use of Yoga and Self Tapping Towards Long Pain of Primary Dysmenorrhea on Adolescent	18

18	Candra Kusuma, Erna, Anna	The Effect of Cucumber Juice (<i>Cucumis Sativus</i>) To Decrease of Blood Pressure in Elderly Hypertension Patients at Tresna Werdha Budi Sejahtera Social Institution of Banjarbaru South Borneo 2017	19
19	Agus Prasetyo, Sodikin, Widyoningsih	The Meaning and Role of Spirituality in HIV/AIDS Patients	20
20	Junait, Hery Djagat Purnomo, Chandra Bagus Ropyanto	The Influence of Use Artery-Femoral Band (Arfeband) to Haematom Incident Patients After Percutaneous Coronary (Intervention PCI	21
21	Fika Nur Indriasari, Prima Daniyati K, Linda Widyarani	Disaster Risk Reduction and Emergency Preparedness for Children with Autism in Facing Earthquake Disaster in Yogyakarta	22
22	Tri Susilo, Muchlis AU Sofro, Untung Sujiyanto	Effect of Upper & Lower Limb Exercise on Increasing Volume and Capacity of Lung in COPD Patients	23
23	Dhesi Ari Astuti, Nurul Kurniati	Analysis of Peer Attitude Towards LGBT Stigma in Adolescent in Ngaran Village, Gamping, Sleman	24
24	Nurhusna, Inggar Susakti	Factors Associated with Rehospitalization of Patients with Congestive Heart Failure in RSUD Raden Mattaher Jambi in 2017	25
25	Duwi Basuki, Tika Widya Astuti	The Effect of Fe Tablets and Vitamin C to Hemoglobin levels of Pregnant Women in II and III Trisemester	26

26	Dewi Prasetyani, Evy Apriani, Yuni Sapto Edhy Rahayu	Effect of Diabetes Self-Management Education (DSME) Group Plus Positive Affirmation on Self-Care Activities of Type II Diabetes Melitus Patient	27
27	Cahya Indra Lukmana, Falasifah Ani Yuniarti	Description of Knowledge Level about Adolescent Reproductive Health in Students SMP Muhammadiyah 3 Yogyakarta	28
28	Pawestri, Nikmatul Khayati	The Effect of Early Initiation of Breast Feeding on Maternal Hemorrhage 2 Hours of Post-Partum in Semarang City	29
29	Rahmah, Wahyudina AAAN, Sari WW	Attitude and Behavior about Sexuality among Adolescents in Yogyakarta	30
30	Nurvita Risdiana, Mohammad Fachrur Rozy	Relationship Between Sleep Disorders with Standard Deviation Patterns of All N-N Intervals (SDNN) In Young Adults in Yogyakarta	31
31	Arum Pratiwi, Fatima Nursita	Experiences of The Psychological Response of The Diabetes Patients in a Community Life	32
32	Nila Yuliana, Titih Huriah, Yanuar Primanda	The Effect of the 5E Learning Cycle Model Combined with Problem Based Learning on Increasing Cognitive, Affective, and Psychomotor in Diploma Nursing Student	33
33	Virgianti Nur Faridah	Early Enteral Nutrition Without Fasting Affect The Nutritional Status Of Patients With Upper Gastrointestinal Bleeding	34

34	Fahni Haris, Pratiwi Nova Ariani, Aulia Ayu Nugraheni, Nurul Maulidah	Effect of Implementation 5S Plus (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, Santun, Sentuhan) io Patient Satisfaction in RSUD Tidar Magelang	35
35	Misrawati, Yulia Irvani Dewi	The Comparative Effectiveness of Health Education Using Booklet and Internet to Reduce the Psychological Disorder of Husband	36
36	Muhammad Ade Lutfi Hanan, Fitri Arofiati	Knowledge Level of UMY Nursing Students About Nurses Independent Practice	37
37	Endrian MJW, Elis Noviati, Jajuk Kusumawaty	Effectiveness of Breath and Diaphragmatic Breathing Combinations of Expiratory Peak Currents in COPD Patients	38
38	Mukhriyah Damaiyanti, Dwi Rahmah Fitriani	The relation of Educational Level, Academic Achievement (GPA) and Depression among Public School Adolescent	39
39	Yuliani Winarti, Rini Ernawati	Preventing the Spread of HIV/AIDS to the Students of Vocational High School of Health through Peer Educator Method in Samarinda	40
40	Nur Hidayah	The Remuneration System in a Private Hospital as a Strategic Choice	41
41	Firman Pribadi, Abdul Ghofir	Cost Analysis Diabetes Melitus Type 2 And Multiple Discriminant Analysis Outpatient In X Hospital	42

42	Machmudah, Nikmatul Khayati, Sri Widodo, Elsi Dwi Hapsari, Fitri Haryanti	The Increase of Prolactin Hormone Level on Postpartum Mothers Intervened with Oketani Massage and Pressure on Acupressure Point of JianJing GB-21	43
43	Qurratul Aini	Factors Affecting Performance of Hospital Managers: Case Study in PKU Muhammadiyah Delanggu Hospital, Central Java, Indonesia	44
44	Dedi Supriadi, Suhanda, Dinna Purnama Sidi	Relationship of Knowledge and Attitude with Compliance of Elderly Visit to Pusbila in Pawindan Village Work Area UPTD Health Center Imbanagara Ciamis District	45
45	Henri Setiawan, Acep H Mustopa, Heri Ariyanto, Dian D, Wijaya, Gumilar Rahmat, Elis Shopatillah, Elis Roslianti, Suhanda	Analysis of Nurse Competencies in Genetic Counseling	46
46	Indri Nurasa, Nur Chayati	The Application of Nursing Theory of Betty Neuman in Relation of Parenting with Smoking Behavior in Boys Aged 15-17 Years Old: Analysis of Research Results	52
47	Ahmad Muzaki	Application of Catharine Kolcaba Theory in Post-Surgical Patients	63
48	Hadirai, Titih Huriah	Analysis of Imogene M King Theory in student communication skill in (Interprofessional education (IPE	69
49	Maria Julieta Esperanca Naibili, Arianti	Application of Roy Adaptation Model in Patient with HIV/AIDS	76
50	Gito, Nurul Ahdiah, Novit Haris S, Minanton, Muhammad Azis, Erna Rochmawati	Case Report Interprofessional Education (IPE)	85

51	Arif Munandar	Analysis of Imogene M. King Theory Against Stress Criteria in Medium Level in Patients Schizophrenia	91
52	Nova Ari Pangesti	Analysis of Theory of Jean Watson Insurance in Interprofessional Education (IPE) in Nursing Students	97
53	Bety Agustina Rahayu	Analysis of Imogene King Theory and Qsen Competencies In The Case of Ineffective Coping of Post Amputation Patients	104
54	Slamet Purnomo	Analysis Orem Nursing Theory (Self-Care Agency) in Reading-Based Therapy: Reading Al Quran on The Case of Aphasia	112
55	Wulan Noviani, Elsy Maria Rosa	Analysis of Caring Theory in Professional Behavior Formation in Nursing Education	118
56	Melda Indrawati, Azizah Khoiriyati	Application of Orem Theory in Self Care Management Ability of Hypertensive Patient	129
57	Minanton, Erna Rochmawati	Application of Peaceful End of Life Theory in Palliative Care Context	136
58	Sadarwati, Arianti	Application of Orem Theory on Self-Care Deficitin Schizophrenia	146
59	Ahmad Vindo	Analysis of Caring Clinical Wisdom Theory on Implementation of Bedside Teaching in Improving Cognitive Ability of Nursing Students	154
60	Muhammad Agung Krisdianto, Titih Huriah	Application of From Novice to Expert Theory on Level of Knowledge and Career Path in Nursing Professional	160

61	Argitya Righo, Titih Huriah	Analysis of King Theory on Tutorial Process of Interprofessional Education Program	166
62	Arif Rahman, Falasifah Ani Yuniarti	Analysis of Adaptation Model Theory on Quality of Life of Cancer Patient Living in Palliative Home Care	172
63	Nurul Ahdiah	Application of Kolcaba Theory on Wound Care	180
64	Muhammad Azis	Communication Ability on Clinical Tutorial Process in (Interprofessional Education (IPE	189
65	Ady Irawan, Falasifah Ani Yuniarti	Application of Kolcaba Theory in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy	198
66	Elfiza Fitriami, Nur Chayati	Analysis of Nursing Theory of Sister Calista Roy in School Refusal in Pre-School Children	208
67	Erviana, Nur Chayati	Analysis of The Application of Florence Nightingale Theory in Lung TB Cases in Fishermen and Fish Fungus Industry	215
68	Endrat Kartiko Utomo, Fitri Arofiati	Application of Pender Theory in Patients with Chronic Renal Failure	221
69	Subhannur Rahman, Falasifah Ani Yuniarti	Analysis of Peplau Theory in Nurse Role and Family Support in Recurrence Patient with Schizophrenia	228
70	Wahyu Riyaningrum	Analysis Theory Nursing of Calista Roy in Students' Psychomotoric Adaptation in Laboratory	235

LIST OF POSTER PRESENTATION

No	NAME	TITLE	PAGE
1	Ledia Teja Kusuma, Erna Rochmawati	Description of Stress Levels and Coping Mechanisms of Stroke Families at PKU Muhammadiyah Hospital	47
2	Shanti Wardaningsih, Wijaya EA, Widyaningrum DP	Effect of Almatasurat Intervention to Depression Score and Self Efficacy Patient with Diabetes Mellitus	48
3	Winda Azmi Meisari, Arlina Dewi, Supriyatiningsih	The Difference Perceptions between Private and Government Hospital Staffs on Comprehensive Neonatal Obstetric Service	49
4	Novita Nur Hasanah, Arianti	Palliative Patient's Dignity at PKU Muhammadiyah Hospital	50
5	Agung Widiastuti, Fitri Arofiati	Application of Orem Theory in Patients with Post Operation TKR	241
6	Yeni Isnaeni, Falasifah Ani Yuniarti	Analysis of Dorothea Orem Theory at Family Support in Self Care Management in Elderly with Stroke	248
7	Moh. Rozani	Analysis of the Application of Transcultural Nursing in Family Health Tasks	255
8	Ardhian Indra Darmawan	Application of Betty Neuman Theory in Elderly Depression	261
9	Sriyati, Shanti Wardaningsih	Application of Levine Theory in Patient with Post-Partum Bleeding	267

10	Bayu Seto Rindi Atmojo	Analysis of Peplau Theory in Hallucinations Patient	273
11	Eka Firmansyah Pratama	Analysis of Orem Theory in Patient with Diabetes Mellitus	287
12	Novit Haris Setiawan	Effectiveness of Proprioceptive Neuromuscular Facilitator (PNF) Methods and Motor Relearning Program (MRP) In Non-Hemorrhagic Stroke Post Attack with Hemiparese Condition	293
13	Wa Ode Vita Sumarta	Analysis of Transcultural Theory in Leprosy Patients with Spiritual Needs	299
14	Uly Pramuditya Isnaini, Elsy Maria Rosa	Analysis of Human Caring Theory and The Social Cognitive Career Theory in Career Coaching Implementation of Nurses in Hospital	305
15	Ardiansyah, Falasifah Ani Yuniarti	Application of Neuman Theory on Anxiety Level and Social Status of Parents with Smoking Behavior in Teens	312
16	Made Yos Kresnayana	Analysis of Benner Theory on Clinical Learning Method with Bedside Teaching	319
17	Tina Muzaenah	Analysis of Comfort Theory on Patient with Abdomen Post-Operation	325
18	Agustiningsih	Application of Peplau Theory on Social Isolation Patients with Social Skill Training Method	334
19	Budi Priyanto	Application of Peplau Theory: Assertive Training on Decreasing Symptoms of Violent Behavior	340

20	Murwanti, Azizah Khoiriyati	Analysis of Orem Theory on Patient with Diabetes Mellitus	353
21	Fatimah Kelrey, Nur Chayati	Analysis of the Application of Faye G. Abdellah Theory in Preventing the Spreading of TB Infection at Community in Dusun Arsuat Maluku	359
22	Ratna Agustiningrum, Azizah Khoiriyati	Analysis of Callista Roy Theory on Self Efficacy Patient with Diabetes Mellitus	364
23	Siti Rahma Soleman, Arianti	Application of Chronic Sorrow Theory in Cancer Patient	371
24	Alfi Rusdianti, Fitri Arofiati	Application of Orem Theory in Patients with Post Operation Sectio Caesarea	378
25	Mirdat Hitiyaut, Arianti	Application of Betty Neuman Theory on Nursing Care for Diabetic Patient	384



BOOKS OF ABSTRACT

COMMUNITY PARTICIPATION TO PREVENT WORK- RELATED ILLNESS AMONG FARMERS: A REVIEW LITERATURE

Khachornsak Seevathee ¹, Kessarawan Nilvarangkul²

¹Master student, Faculty of Nursing, KhonKean University.

²Professor of Nursing, Faculty of Nursing, KhonKean University. Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age people.

Abstract: This study will explore published and unpublished related to community participation to prevent work-related illness among farmers. Thai farmers faced many health problems such as low back pain, agricultural chemical allergy, and respiratory diseases. This article focuses on activities and level of community participation. The aim of this research was to explore published and unpublished research related to community participation to prevent work-related illness among farmers. This literature review searched published research from Thai Online Database (Digital Research Information Center, Thai Digital Collection) and health science online databases (CINALTH, ProQuest Nursing and Science direct) and unpublished research from e-Theses between May 2006 and April 2017. The words of community participation, prevent work-related illness among farmers, and work-related musculoskeletal disorders were used to search the database. **Results:** From a total number of 13 articles only 10 articles were retrieved in the final stage. Most community participation was conducted by organizations or scholars. They provided health education and trained prevention work-related skills for farmers. This community participation was tokenism level since they convinced community to participate in conducting activities rather than allowing farmers to plan and work with the organizations or scholars as partnerships. The literature review showed that community participation to prevent work-related illness among farmers was top down from organization or scholars viewed rather than the farmers' views.

Key words: Community participation, Prevention work-related illness, Farmers.

DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-BASED CARE PROGRAM FOR RISK PEOPLE TO PREVENT TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN INDONESIA: PHASE I

Mula Tarigan¹, Kessarawan Nilvarangkul²

¹PhD (candidate), Faculty of Nursing, Khon Kean University, Thailand.

²Professor of Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kean University. Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age people.

Abstract: The trend of prevalence of people with risk for diabetes is increasing in the world. In Indonesia, the number of risk diabetes population was almost twice higher than the prevalence of diabetes. The program of diabetes prevention in Indonesia is still dominated by government centered, a top-down approach, which is mainly focus on information sharing and a campaign to public. The aim of this research was to identify the situation of type 2 diabetes mellitus prevention in the community namely perception, self-care among risk group, community activities, obstacle to conduct the community activities, and policy to conduct prevention of type 2 diabetes mellitus. This study used action research. The setting took place on two sub-district of Deli Serdang District, North Sumatera Province, Indonesia. In-depth interview and focus group discussion were used to collect qualitative data. General information was gathered by using questionnaire. Content analysis was employed to analyze qualitative data and descriptive statistics were used to analyze quantitative data. Regarding perception, type 2 diabetes mellitus was known as sugar disease and cannot be cured. They care for themselves to prevent diabetes mellitus improperly. For example, they ate dessert and did not exercise. There was no activity to prevent diabetes mellitus in community. Health personnel provided only diabetes mellitus treatment not the disease prevention. There was also no policy to prevent the disease. Most participants lack knowledge related to diabetes prevention and they were not aware of the disease prevention and they were poor. As a result, they concerned how to earn money rather than their health. Health personnel especially community nurses are able to use the information from preliminary phase to enhance self-care abilities of risk group to prevent DM.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Risk group, Action research, Community-based care.

STROKE PREVENTION AMONG RISK GROUPS IN COMMUNITY: A LITERATURE REVIEW

Pairin Patsadu¹, Kessarawan Nilvarangkul²

¹Ph.D. (candidate), Faculty of Nursing, KhonKean University.

²Professor of Nursing, Faculty of Nursing, KhonKean University. Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age people.

Abstract: This article will review literature related to stroke prevention among risk groups in community. Stroke is the most common causes of death and disability in worldwide. Incidence rates for stroke are increased due to escalating prevalence of risk factors such as hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia. This article focuses on community strategies to prevent stroke. The aim of this research was to explore published and unpublished research related to stroke prevention among risk groups in community. This literature review search of published research from Thai Online Database (Digital Research Information Center, Thai Digital Collection and Thai National research Repository) and Health science online databases (CINALTH, ProQuest Nursing and Pubmed) and unpublished research from e-Theses between January 2006 and December 2016. The words of stroke prevention, risk groups, and community strategies were employed to search of the database. From a total number of 105 articles only 10 articles were retrieved in the final stage. There were five community strategies to prevent the disease. First, community engaged in providing education for risk group using dialect language, simple content and teaching by using pictures more than texts. They also monitored the results of their education. Second, they conducted exercise activities. Third, the community especially local organization provided financial support to conduct stroke prevention project by local health personnel and village health volunteers. Fourth, good role models who were able to control risk factors visited the risk groups at their homes to support and encourage the risk group to prevent the disease. Fifth, they provided area for risk group to exercise. This article revealed that there were many community strategies to prevent stroke among risk group but the number of stroke patients still increased. Therefore, it is needs to develop new community strategy to prevent the disease.

Keywords: Stroke prevention, Risk groups, Community strategies

THE DEVELOPMENT OF A SELF-MANAGEMENT HANDBOOK FOR FOOT CARE AND FOOT EXERCISE: THE INTEGRATION OF SELF- MANAGEMENT AND ADULT LEARNING THEORIES

Cynthia Eka Fayuning Tjomiadi¹ and Pattama Surit²

¹Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

Abstract: Diabetic foot ulcer is a major complication of diabetes mellitus. It can lead to hospitalizations and lower extremity amputations. Patient education is an integral part of diabetic care which helps to prevent such complication. However, patients often forget verbal instructions given by healthcare providers. Materials, such as handbooks, can help to remind patients of what they have learned and lead to better understanding and less questions about the disease, treatments, and self-care. The aim of this research is to develop a self-management handbook for foot care and foot exercise. Initially, clinical questions were established, such as what should be in the contents, what kind of materials should be used, how to deliver the contents, etc. Then, the researchers performed literature search from various well-known databases. The related information was selected to use for developing the contents and all contents were organized consequently. The designs and images were added to make the handbook be more interesting. The content regarding to a process of self-management was based on Creer (2000) and the adult learning principles (Knowles, 1970) were used as an integral part of self-management. After the handbook was developed, the forward and backward translation process was performed by two bilingual individuals (English and Indonesian languages). Then, the handbook's quality is evaluated by the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II criteria (AGREE) and content validity is examined by a panel of experts. The handbook consisted of the contents as follows: 1) definition of diabetic foot ulcer, 2) causes of diabetic foot ulcer, 3) diabetic foot ulcer classification, 4) foot care, 5) foot exercise, and 6) self-management for foot care and foot exercise. Recently, the handbook is in the process of evaluating its quality and validity. If the handbook is accepted, it should be tested with diabetic patients before implementing in nursing practice. The clinical outcomes should be examined, such as patient's knowledge, patient's self-management, and occurrence of diabetic foot ulcer, patient satisfactions, and nurse satisfactions.

Key words: Handbook, Diabetic foot ulcer, Self-management

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR DIABETIC PATIENTS HOSPITALIZED WITH HYPERGLYCEMIA

Pranee Katedee¹ and Pattama Surit²

¹Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

Abstract: Hyperglycemia is commonly found in hospitalized patients with diabetes. It has been associated with increased morbidity and mortality. Proper nursing practice is required to reduce the incidence of hyperglycemia. Aim: To use the evidence to develop a clinical nursing practice guideline (CNPg) for diabetic patients hospitalized with hyperglycemia. The researchers used the evidence-based practice model (Soukup, 2000) as a framework to conduct the CNPg. The PICO (population, intervention, comparator, and outcome) format was used to search for related evidences gained from several well-known databases. Each evidence was determined for its strength through the level of evidence (*The Joanna Briggs Institute, 2014*), analyzed, and synthesized to generate recommendations for the CNPg. **After the guideline was established, its quality was evaluated by the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II criteria (AGREE) and content validity was examined by a panel of experts.** Fourteen relevant pieces of evidence were recruited to develop the CNPg. Based on an analysis and synthesis, the recommendations for practice included: 1) initial assessment, 2) patient classification, 3) insulin administration, 4) surveillance of hypo/hyperglycemia, 5) nutritional management, 6) patient education, and 7) assessment of patient’s readiness to discharge. Currently, the guideline is in the process of testing its quality and validation. If the guideline is accepted, it should be implemented in nursing practice by establishing a training course for nurses. The clinical outcomes should be examined, such as the recurrence of hyperglycemia, length of stay, patient satisfactions, nurse satisfactions, and readmission.

Keywords: Clinical nursing practice guideline, Hyperglycemia, Diabetic patients

ASSOCIATION BETWEEN BLOOD CADMIUM LEVEL AND MYOCARDIAL INFARCTION: A CASE CONTROL STUDY

Iwan Zianuddin
Kulliyah of Nursing, IIUM Malaysia

Abstract: Cadmium is one of the heavy metals that is said to be one of the culprits responsible for most diseases suffered by the community. Cadmium can be detected in many things like batteries, fertilizers, and paints. Due to its special characteristic such as it could prevent corrosion and withstand a high temperature, it is widely used in the industries. The aim of this research is mainly to determine the association between the blood cadmium level and the myocardial infarction. Apart from that, the association of the risk factors with myocardial infarction also determined. This study is a case-control study, involving 132 participants enrolled in University Kebangsaan Malaysia Medical Centre (UKMMC). It is conducted as inpatient in University Kebangsaan Malaysia Medical Centre. The blood is drawn and the questionnaire is given to the participants after they are explained about the study and agreed to participate. The blood is sent to the accredited lab and the all the data including the blood cadmium level is analyzed using the SPSS. Univariate analysis used t-test and chi square test and if there is association between variables and myocardial infarction, multivariate analysis is used. It is found that education ($p = 0.041$), ethnic ($p = 0.014$), alcohol intake ($p = 0.039$), smoking ($p = 0.028$) status and blood cadmium ($p < 0.001$) level are associated with myocardial infarction. Binary logistic regression performed to find the odds ratio and only blood cadmium fits the model. From the model, people with a high blood cadmium is 23 times more prone to get myocardial infarction ($p < 0.05$). The analysis to find the association between the variables and blood cadmium level performed and found that education ($p = 0.006$), ethnic ($p = 0.034$), smoking ($p < 0.01$) and income ($p = 0.022$) were significant. Binary logistic regression performed to find the odds ratio and only smoking fits the model. From the model, it could be say that people who is smoking are 6 times more risky to have a high blood cadmium level ($p < 0.01$). Conclusively, there is association between blood cadmium level and myocardial infarction.

Keywords: Blood cadmium levels, Myocardial Infarction, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre, Risk factors

MEDICAL ADHESIVE-RELATED SKIN INJURY PREVALENCE AT PICC INSERTION SITE—A CROSS-SECTIONAL, MULTIPLE-CENTER STUDY

Huihan Zhao, Yu He, Qin Wei, Yanping Ying
Guangxi Medical University, China

Abstract: The purpose of this research was to examine prevalence and associated risk factors of medical adhesive-related skin injury(MARSI) at PICC insertion site in hospitalized oncology patients in China. A cross-sectional, multiple-center epidemiological carried out in this study. The sample comprised 697 adult inpatients at 4 tertiary hospitals (3 general hospitals and 1 tumor hospital). The facilities are located in the western China. The trained nurses examined and assessed all subjects' skin exposed to medical adhesive during PICC maintenance process followed by recording the morphological features of the skin lesions, complains of the patients and information of catheter maintenance. The information of demography, PICC insertion, disease, and laboratory parameters were collected through electronic medical records system. Prevalence of MARSI was calculated statistically and risk factors were examined by logistic regression model. 697 patients (mean age:48.86, range:18-89 years) were enrolled. Prevalence of MARSI was 19.7% (137/697), including mechanical skin injury 5.0% (35/697), contact dermatitis 14.8% (103/697), folliculitis 1.0% (7/697), moisture-associated skin damage 1.3% (9/697). There were significant differences($P<0.05$) in age, diagnoses, body-mass index, smoking history(yes/no), indwelling time of PICC, types of dressing, types of antiseptic, history of MARSI(yes/no), and skin allergies(yes/no) on the basis of the presence or absence of MARSI. Multivariate analysis identified age ≥ 50 years($P=0.009$, OR=2.202, 95%CI:1.222~3.968), previous history of MARSI ($P=0.000$, OR=14.834, 95%CI:6.534~33.680) as independent risk factors for MARSI. Additionally, while application of Tegaderm™ HP transparent film(9636HP,10×12cm) made by 3M Health Company, compared to IV3000(4008, 10×12cm) made by Smith &Nephew Medical Ltd., was also a risk factor for MARSI ($P=0.034$, OR=3.292, 95%CI:1.092~9.923). The prevalence of MARSI is significant in hospitalized oncology patients in China. Our study provided new knowledge for the epidemiology of MARSI and identified high-risk population, which would guide clinical nursing practice and ensure patient safety.

Key words: Peripherally inserted central catheter (PICC), Adhesives, Medical adhesive-related skin injury, MARSI; Epidemiology, cross-sectional study.

EFFECT of NURSE-LED ORAL DRUG TARGETING on TREATMENT COMPLIANCE and QUALITY of LIFE IN PATIENTS with LUNG CANCER

Leiyi¹Chenlijun²Zhoushaozhang³Limeiyi⁴Weidandan⁵
Guangxi Medical University Graduate School,
Affiliated Tumor Hospital of Guangxi Medical University

Abstract: The objective in this research was to investigate the effect of nurse-oriented oral drug targeting on treatment compliance and quality of life in patients with lung cancer. A total of 60 patients with non-small cell lung cancer who underwent surgical treatment at the Cancer Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region from March 2015 to September 2016 were randomly divided into control group and observation group according to the random number method. Patients in the control group were given routine care. The patients in the observation group were given nurse-directed oral drug management and compared the indicators of the two groups. In the control group and the observation group, the difference between the two groups was not statistically significant ($t = 1.602$, $P > 0.05$) at the time of 1 month, and the other months were different ($T = 9.662$, 18.341 , 43.654 , 53.627 , 62.345 , $P < 0.05$). The data were all lower in the observation group than in the control group, and the difference between the control group and the control group was statistically significant ($F = 7.594$, $P < 0.05$), and the number of patients increased gradually with the increase of the number of months. The quality of life scores of the two groups were improved after treatment, and the score of the observation group was higher than that of the control group, the incidence of adverse reactions in the observation group was higher than that in the control group. Nurses under the oral administration of oral drug management to improve the non-small cell lung cancer patients, at home for oral administration of gefitinib treatment compliance, improve the quality of life of patients, worthy of a greater clinical scope to promote.

Key words: Nurse-led, oral drug, compliance, quality of life, lung cancer

AN INVESTIGATION ON THE INTENTION OF MEDICAL CARE AMONG THE ELDERLY IN JINXIU YAO NATIONALITY IN GUANGXI AND THE RELATED FACTORS

Yuanyuan Mo¹ Songgui Li Jianhong Wang Guiying Liu*¹ Xiaofang Liang ²

¹Nursing college of Guangxi Medical University;

²Bureau of health and family planning of Yao Autonomous County of Guangxi, Jinxiu
Mailbox: 903837884@qq.com, Telephone number: 86-139771016

Abstract: To explore the elderly’s intention of medical care in the Yao nationality and analyze the related factors, in order to provide some theoretical basis for guiding the elderly to seek medical treatment scientifically. Stratified random sampling questionnaire survey and interview were used to investigate the elderly of Jinxiu County. **Results:** 1. Under the condition of general illness, 22.7% elderly people choose the traditional medical treatments, 47.7% elderly people choose Western medicine treatment, 25.0% elderly people choose mixed treatment, and 4.5% elderly people choose non-treatment. 2. Choose the traditional medicine for the treatment of acute illness accounted for 13.6% elderly people, accounting for 70.5% of elderly people choose Western medicine, western medicine mixed treatment accounted for 9.1% elderly people, choose non-treatment accounted for 6.8%. 3. Acute illness to see Western medicine, chronic disease to see traditional medicine accounted for 18.2%, acute and chronic disease do not choose Chinese medicine and Western medicine treatment accounted for 4.5%. 4. Analysis of the relevant factors found that different gender, religious beliefs, family income of the elderly medical advice, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). There was no significant difference among different ethnic groups ($P > 0.05$). The highest proportion of the elderly in the Yao nationality community is the choice of Western medicine, but the traditional medicine still can not be underestimated. While carrying forward traditional medicine, we should guide the aged to seek medical treatment scientifically.

Key words: Yao nationality, The elderly, Medical intention, Traditional medicine, Western Medicine

STUDY ON THE INTEGRATION OF MEDICAL CARE SERVICE AND ELDERLY CARE SERVICE UNDER THE BACKGROUND OF POPULATION AGING IN CHINA

Yushu Huang
Nursing College of Guangxi Medical University, Nanning, 530021

Abstract: Through the analyzing the current situation of population aging both internationally and domestically, this paper puts forward the necessity of the integration of medical care service and elderly care service, and probes its concept and integration modes. Based on the existing problem in implementation, such as managing the disorder, insufficient government investment, constraints of medical insurance policy, and medical personnel shortage, this paper proposes suggestions in four aspects: 1. Establishing a multi sectoral coordination mechanism; 2. Forming a diversified investment mechanism, and consider adoption of PPP mode in the integration of medical care service and elderly care service; 3. Optimizing relative medical insurance policy by encouraging the nursing home with medical institutions included in the appointed institution of medical insurance coverage, supporting the appointed hospital of medical insurance to establish representative offices in the nursing home, in including the nursing fee of aged people into medical insurance coverage; 4. Training the medical personnel by improve the quality of existing staffs and strengthen the education of medical personnel from higher education period, such as offers professional training and skills assessment for the existing staffs, and installed geriatric nursing major in college and university, and use the approach of “Ordered Class” to cultivate students who can meet the market demand.

Keywords: aging; integration of medical care service and elderly care service; transition

STRATEGIES IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENT TRAINING

Hou Lumeng
GuangXI Medical University

Abstract:The prevalence of Chronic Kidney Disease among adults in China was 10.8% in 2012.The number of patients with Renal Replacement Therapy increased by more than 11% per year. Goals of Training:1) To support patients, their families and caregivers in their choice of PD; 2) To provide training and education to ensure safe and effective PD; 3) To assist in early identification and treatment of PD related problems thus ensureing patient safety, satisfaction and retention on the PD program. Training Program at GMU PD Center:1) Profile; 2) Training process: 5 days, 2-3h/d (individual); 3) Application Experience; 4) 5E rehabilitation program: Improve training effect, and reduces the incidence of peritonitis; 5) PD Re-Training: who needs for Re-training of Patients/Caregiver. Summary: PD Training is essential in improving technique survival on peritoneal dialysis: 1) PD Training needs to be patient-centric, learner-centric; 2) PD Re-Training may be considered for some population group and after a certain period of peritoneal dialysis.

Key Words: Peritoneal diaysis, Chronic kidney disease, Patient training

APPLICATION of APP in HEALTH MANAGEMENT of PCI PATIENTS

Pan Xiao
GuangXI Medical University

Abstract: To investigate the disease knowledge and self-management behavior of PCI patients and evaluation the effect of using mobile medical APP to improve PCI patients' self-management behavior, which provides new thinking for future related research and reference. Intervention group patients obtain routine nursing health education health education and health management through the mobile medical APP, this APP can provide advice, guidance, patient monitoring platform, the intervention time is 3 months. Prior to intervention, the scores of disease knowledge scores in the two groups were not statistically significant ($P < 0.05$). indicating that the baseline of the two groups was consistent. After 1 month and 3 months, the scores of diseases knowledge in the intervention group were higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The variance analysis of the repeated measures was used, and the scores of diseases knowledge in the intervention group were statistically significant ($P < 0.01$) after the intervention, 1 month, 3 months after the intervention. In the control group, the score of disease knowledge was statistically significant ($P < 0.01$) after 1 month and 3 months before intervention. Conclusion: According to the results of routine health education and the application of mobile medical APP intervention can improve the disease knowledge level in patients with coronary heart disease, but the application of mobile medical APP intervention to improve the effect of coronary heart disease in patients with disease knowledge level is more significant. Only by mastering the basic knowledge of disease can the patient control the risk factors, carry out the self-monitoring of the disease, and take the self-care measures correctly.

Key Words: APP, Health management, PCI patients

ANALYSIS OF THE INCIDENCE AND THE RISK FACTORS OF CVC CATHETER RELATED DEEP VENOUS THROMBOSIS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

QIN Yan¹, LIAO Hai-tao¹, GAO Wen¹, LI Jie-xia², WU Xiao-yan², QIN Hai-min¹,
WEI Yi-ping¹

¹Nursing College of Guangxi Medical University, Nanning, China

²Guigang People 's Hospital, Guigang, China

Abstract: Central venous catheter is one of the most widely used vascular pathways in patients with hemodialysis. It has the advantages of simple operation, less trauma and less pain, large blood flow and stability. At the same time, deep vein thrombosis is also one of its serious complications. In severe cases, thrombus shedding can form pulmonary embolism, which will cause a great harm to the patients. This study was designed to investigate the incidence and risk factors of CVC-associated deep venous thrombosis in patients with hemodialysis. Retrospective data were collected from 405 patients with CVC catheterization from July 2016 to June 2017. Among them, 14 cases of DVT were diagnosed as case group, 112 cases of DVT patients were randomly selected as the control group. CVC catheter information and blood index. The general information, CVC insertion information, blood index was analyzed by univariate analysis, and the factors that had statistical differences were assigned and enroll in the unconditional logistic regression model for the analysis. There were 405 cases of hemodialysis patients with CVC catheterization and 14 patients suffered deep venous thrombosis. The incidence of deep venous thrombosis was 3.46%. .In the univariate analysis, age, living ability self-care disorder, catheter infection, diabetes mellitus, catheter body, D-dimer value, FIB value, hypersensitive C-reactive protein value, hemodialysis blood flow, case group and control Group differences were statistically significant ($P < 0.05$), and statistical analysis of single factor data into multivariate logistic regression can be found that Life self-care ability disorder, diabetes mellitus and catheterization D-dimer value increased were the risk factors of CVC-related deep venous thrombosis in patients with hemodialysis. The OR values were 410.29, 26.61 and 3.03 respectively. For hemodialysis patients with CVC catheterization, effective precautions should be taken to address the risk factors associated with CVC-related deep venous thrombosis.

Key words: Incidence, CVC catheter, Deep venous thrombosis, hemodialysis

KEGEL EXERCISE COMBINED WITH MUSIC THERAPY TO IMPROVE BLADDER DYSFUNCTION AFTER CERVICAL CANCER SURGERY

Yang Jing

Abstract: To collect the relevant data of patients and postoperative bladder dysfunction by retrospective analysis, follow-up and prospective clinical study. To investigate the Kegel exercise of music therapy combined with cervical cancer after radical resection to improve the effect of bladder dysfunction. **Methods.** (1) Chose 702 cases of radical surgery between January 2014 to December 2016 of the Affiliated Tumor Hospital of Guangxi Medical University, application of information management platform for review of cases, collecting disease information and treatment related data, and telephone follow-up the bladder function assessment scale and self-made general information questionnaire patient postoperative bladder dysfunction and bladder function exercise. (2) 115 patients with cervical cancer recruited between November 2017 to November 2018 from Tumor Hospital Affiliated to Guangxi Medical University. They were randomly allocated into two groups: a Intervention group (n=58), who participated in a 12-week Kegel exercise combined with music therapy program, and a control group (n=57), who received the usual health care. Music therapy after a week using the self rating Anxiety Scale (SAS) assessment of anxiety status of the patients with functional exercise and pulled out the catheter after surgery and 3 months after the evaluation of patients with bladder function, including the incidence of urinary retention, residual urine volume and bladder function assessment scale to evaluate the bladder function recovery. **Results.** The retrospective research result : 1. postoperative bladder dysfunction occurred in the early postoperative period (6 months after operation): urinary retention occurred in 446 of the 702 patients, with an incidence of 63.53%. 2. Long-term postoperative bladder dysfunction (above 6 months): There were 212 patients with bladder dysfunction, accounting for 30.20%. The main symptoms of bladder dysfunction were frequent urination, urgency, urine is not yet, dysuria, and stress urinary incontinence. The incidence rates were 3.69%, 5.97%, 10.65%, 18.89%, 15.63%, respectively. **Conclusions.** The retrospective research results suggest that cervical cancer after radical surgery higher incidence of bladder dysfunction; disease-related knowledge of patients with low awareness; Degree of education and bladder function exercise are the main factors affecting the recovery of bladder function in patients.

Key words: Kegel exercise, Music therapy, Bladder dysfunction, Cervical cancer surgery

FACTORS AFFECTING QUALITY of LIFE in PATIENTS with CORONARY ARTERY DISEASE

Teguh Santoso¹, Untung Sujianto², Dwi Susilawati³

¹Master Student of Nursing in Diponegoro Univesity and Lecturer of Guna Bangsa
Yogyakarta Institute of Health, Indonesia; email: tg.santoso21@gmail.com

^{2,3}Lecturer of Nursing in Diponegoro University, Indonesia

Abstract: Coronary artery disease caused disturb of physical, psychological, and social aspects on quality of life. The aims in this study was to examine effecting factors of quality of life (QoL). In this used the analytic correlation with cross-sectional design. One hundred and three subjects paticipated with purposive sampling (88 male and 23 female). QoL qusioner (SF-36) were used to collect the data. The data were analyzed by multivariate regression. One hundred and three patientss (80 males and 23 female) were enroll on this study. The greater quality of life found in patients graduated from university (62,2%) and had much income (51.9%). Other variables like male (57.5%), patients between 48-57 years of ages (68.2%), married patients with coronary artery disease (62.0%), the retired or unemployee (78.9%), patients with hypertention (57.8%), never taking alcohol (60.8%), never smoking (50%) and never doing exercise (66%) had lower quality of life score. There were no statistically significant factors affecting quality of life in patients with CAD.

Keywords: *Coronary artery disease, Quality of life, SF-36*

The EFFECT OF EARLY MOBILIZATION on PAIN INTENSITY Of POST SECTIO CAESAREA At MUHAMMADIYAH HOSPITAL PALEMBANG 2017

Murbiah¹, Ayu Sekarsari²
PSIK STIKes Muhammadiyah Palembang ^{1,2}
Email : murbiah.husin@gmail.com

Abstract: Post -sectio caesarea becomes a challenge for medical staffs especially in nursing to increase their knowledge about management of postpartum mothers with sectio caesarea so as to minimize the pain that occurs after the surgery. Early mobilization is one of the ways to decrease the pain intensity of post-operation of sectio caesarea patient. The objective of this study was to investigate the effect of early mobilization on pain intensity of post-operation sectio caesarea at Muhammadiyah Hospital Palembang in 2017. This study used pre-experimental research method with One Group Pre-Post Test without Control Group, and samples 19 respondents, were taken using purposive sampling method, data were taken using Standard Operational Procedure of Early Mobilization and numerical pain scale (NRS) and then statistically tested using Paired Sample T-Test. The mean pain intensity score before early mobilization was 7.89 and after early mobilization was 4.84. The result of statistical test obtained was that $t = -8,420$ with $p\text{-value} = 0,000$. There was a significant decrease of pain intensity of post sectio caesarea operation after early mobilization.

Key words: Early Mobilization, Pain Intensity, Sectio Caesarea

DIFFERENCES USE Of YOGA and SELF-TAPPING Towards LONG PAIN OF PRYMARY DYSMENORRHEA On ADOLESCENT

Mar'atun Ulaa^{1*}, Wiwin Lismidiati², Elsi Dwi Hapsari²

¹ School of Nursing STIKes Muhammadiyah Palembang;

E-mail: maratunulaa@gmail.com

² School of Nursing Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada

Abstract: Dysmenorrhea is a common complaint in young women, characterized by pain. Dysmenorrhea pain has a significant impact on women's lives, such as limitations in daily activities. Primary dysmenorrhea can be treated using yoga and self-tapping. Objective: understanding differences on use of Complementary and Alternative Medicine (CAM), such as yoga and self-tapping towards changing long pain of primary dysmenorrheal. Study was conducted by quasi experiment with non-equivalent pretest-posttest control group design. Study was conducted on November 2016 until Februari 2017 in SMK “A” Pedan Klaten and SMK “B” Klaten. Sample of study amounted 88 respondents divided on 47 respondents on experimental group and 41 respondent as control group. The experimental group was given a yoga intervention, control group was given self-tapping. Measuring tool using Numerical Rating Scale (NRS). Data analysis using t-test for independent sample, Mann-Whitney test and Wilcoxon. Result: Statistically yoga and sel- tapping were equally effective in reducing the long pain of primary dysmenorrheal with p values of 0.000 and 0.012 respectively. Clinically yoga is more effective in reducing the long pain of primary dysmenorrhea with mean 1,49 compared with self-tapping 0,46. Yoga become more effective intervention on reduction long pain of primary dysmenorrhea compared to self-tapping.

Key words: primary dysmenorrhea, yoga, self-tapping, long pain, adolescent.

The EFFECT of CUCUMBER JUICE (*Cucumis Sativus*) to BLOOD PRESSURE DROP in ELDERLY HYPERTENSION PATIENTS at TRESNA WERDHA BUDI SEJAHTERA SOCIAL INSTITUTION of BANJARBARU SOUTH BORNEO 2017

Candra Kusuma¹, Erna², Anna³

^{1,2,3} Health Science Institute Cahaya Bangsa Banjarmasin

Email : Candra14780@yahoo.com

Abstract: Hypertension is a degenerative disease that becomes a major problem in society, especially elderly. Hypertension can cause complications of cerebral hemorrhage, heart failure, kidney failure, and blindness due to rupture of blood vessels. Cucumber (*Cucumis sativus*) is a type of vegetables commonly consumed by people to lower blood pressure. Objective: Analyze the effect of cucumber juice on blood pressure drop in elderly hypertension patients at Tresna Werdha Budi Sejahtera Social Institution of Banjarbaru South Borneo 2017. Method: Quasi experiment with One group pre-post test design. Total of samples are 35 people taken using purposive sampling technique. Normality test using Shapiro-wilk and statistical analyze using Paired t-test. Result: The mean blood pressure of systolic after giving cucumber juice was 136,65 mmHg ($\pm 7,596$ mmHg), lower than systolic blood pressure before giving cucumber juice which is 149,68 mmHg ($\pm 6,229$ mmHg). Diastolic blood pressure after giving cucumber juice was 89,08 mmHg ($\pm 3,355$ mmHg), lower than diastolic blood pressure before giving cucumber juice which is 95,88 mmHg ($\pm 3,332$ mmHg). There is effect of cucumber juice toward blood pressure drop in elderly hypertension patients at Tresna Werdha Budi Sejahtera Social Institution of Banjarbaru South Borneo with value p 0,000 ($p < 0,05$). Conclusion: 200 g of cucumber juice can lower blood pressure in elderly hypertension patients.

Key Words: Cucumber Juice (*Cucumis Sativus*), Hypertension, Blood Pressure

THE MEANING and ROLE of SPIRITUALITY in HIV/AIDS PATIENTS

Agus Prasetyo¹, Sodikin², Widyoningsih³

^{1,2,3}Al-Irsyad Al-Islamiyyah Institute of Health Sciences, Indonesia

e-mail : prasetyoagus163@gmail.com

Abstract: AIDS (acquired immune deficiency syndrome) arises because of an infection caused by the entry of a virus called HIV (human immunodeficiency virus). The spread of HIV / AIDS in Cilacap is increasing, indicated by HIV / AIDS sufferers spread throughout 24 sub-districts. Data of VCT of Cahaya Pita General Hospital Cilacap stated that the number of HIV / AIDS sufferers almost reaches 700 people in Cilacap, this number makes Cilacap become the third ranks of HIV / AIDS case in Central Java. Purposes: To discover the meaning and role of spirituality in HIV / AIDS patient. Methodology: qualitative phenomenological approach is conducted in order to produce a description of the meaning process in accordance with the original process and the natural occurrence of the patient. Analysis of data to be performed using qualitative data analysis according to Colaizzi that has the character of involving clarification back to participants related to the analysis or theme found from the results of research. Results: The research finds several themes from all informants including, sincere accepting condition of sickness, repentance, giving thanks to God, obedient worship, gaining the peace of mind and spirit to live and recover. Conclusion: These impacts of spirituality includes reduce the incidence of depression, increase the number of CD4 and improve the quality and health status of patients

Keywords: Meaning, Role, Spirituality, HIV/AIDS

THE INFLUENCE of USE ARTERY-FEMORAL BAND (ARFEBAND) to HAEMATOM INCIDENT In PATIENTS AFTER PERCUTANEUS CORONARY INTERVENTION (PCI)

Junait¹, Hery Djagat Purnomo², Chandra Bagus Ropyanto³

Master Student of Nursing in Diponegoro University of Semarang and Senior Clinical Nurse¹,

The Internist, the Consultant of Gastro-Hepatology Dr. Kariadi Hospital of Semarang²,
Lecturer of Nursing in Diponegoro University of Semarang³

email: junaitns@gmail.com

Abstract: Haematom is the main vascular complication in the patients after percutaneous coronary intervention (PCI). This incident is important to be prevented and be overcome because the internal bleeding is not easy to be control and it can be make extend the mass of patients to inpatient in the hospital. Artery-femoral Band (arfeband) is a device designed that worthy and safe to keep the stability of haemostasis after PCI. It is to know the influence of use arfeband to haematom incidents in patients after PCI. This research used the **quasy- eksperiment pre-post control trial design**, it involves 121 patients after the elective of PCI that receives the intervention group (IG) and control group (CG) that is done for 6 hours after the removal of the sheath femoral artery, 60 IG used arfeband and 61 CG with the sand bag. The measurement of diameter haematom is done when before and after intervention. The nominal data analyzed with **chi-Square Test** and numeric pre and post procedure with wilcoxon. This research shows that before the intervention, there are no differences that significant between IG and CG $p=0,909$. There are the significant differences to haematom incidents after the use of IG with $P<0,05$, OR 0,398 with CI 95% 0,172 - 0,919. It means that arfeband is reducing the haematom incidents for 60,2 %. The size of the diameter of pre and post procedure, it is decrease in average of 30,4(\pm 13,6)mm to be 10,9 (\pm 15,9) $p<0,05$. This research shows that the intervention of use arfeband influences to decrease the haematom incidents significantly after percutaneous coronary intervention (PCI).

Keywords: *arfeband, percutaneous coronary intervention (PCI), haematom.*

DISASTER RISK REDUCTION and SPECIAL NEEDS AUTISTIC CHILDREN'S PREPAREDNESS in DEALING with EARTHQUAKE DISASTER in YOGYAKARTA

Fika Nur Indriasari¹, Prima Daniyati K², Linda Widyarani³

¹Departemen Keperawatan Anak, Akper Notokusumo

²Departemen Keperawatan Maternitas, Akper Notokusumo

³Departemen Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana, Akper Notokusumo

fheekha.nur@gmail.com

Abstract : ABK merupakan salah satu kelompok paling rentan ketika terjadi bencana. Beberapa dari mereka memiliki hambatan mobilitas untuk melakukan perlindungan bahkan penyelamatan diri secara mandiri sehingga diperlukan adanya informasi bagaimana prosedur atau rencana penyelamatan bagi ABK yang memerlukan bantuan orang di sekitar mereka (misal: guru, teman, staf sekolah). Tujuan: Mengetahui pengaruh metode simulasi terhadap kemampuan mitigasi anak berkebutuhan khusus dalam menghadapi bencana gempa bumi di Yogyakarta. Desain penelitian adalah quasi eksperimen dengan rancangan **one pre post test design**. Teknik pengambilan sampel dengan **purposive** sampel sedangkan teknik pengumpulan data dengan lembar observasi. Responden penelitian adalah anak berkebutuhan khusus dengan autis di SLB N Pembina Yogyakarta. Analisis data menggunakan analisis deskriptif kualitatif. Pemberian metode simulasi siaga bencana gempa bumi memberikan pengaruh positif terhadap kemampuan mitigasi anak berkebutuhan khusus dengan autis. Sebelum diberikan pelatihan, kemampuan dan keterlibatan anak dalam melakukan simulasi sebanyak 48% (11 anak) namun setelah diberikan pelatihan dan simulasi sebanyak 5x, kemampuan dan keterlibatan anak meningkat sebanyak 87% (20 anak). Metode simulasi memberikan pengaruh positif dalam meningkatkan kemampuan mitigasi terhadap bencana gempa bumi pada anak dengan autis. Peningkatan kemampuan mitigasi anak-anak autis sebelum dan sesudah diberikan simulasi sebanyak 39%.

Keywords: disaster risk reduction, preparedness, autistic child

EFFECT of UPPER and LOWER LIMB EXERCISE on INCREASING of VOLUME and CAPACITY of LUNG in COPD PATIENTS

Tri Susilo¹, Muchlis AU Sofro², Untung Sujiyanto³

¹Master Students of Nursing in Diponegoro University and Lecturer of Nursing in Ngudi Waluyo University, Indonesia

²Tropical Infectious Disease Division, Internal Medicine Consultant in Dr. Kariyadi Hospital, Lecturer of Medicine Faculty in Diponegoro University, Indonesia;

³ Lecturer of Nursing in Diponegoro University Indonesia

email: trisolopandoyo@gmail.com

Abstract: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is condition of the irreversible pertaining to dyspnea when exertion and Decrease in pulmonary functional capacity. The symptoms most Often Occurs in COPD is dyspnea and Decrease in pulmonary capacity. Upper and Lower Limb Exercise is the one of non-pharmacological therapy in COPD Patients done. The purpose of this research to know Whether the Upper and Lower Limb Exercise can be change volume and capacity of the lung in COPD Patients. In this used **a clinical** experimental research with one group pretest and posttest. Forty-eight subjects participated with purposive sampling depend on the criteria for inclusion and exclusion, (24 control groups and 24 intervention group). Obtained samples from 48 respondents Upper and Lower Limb Exercise rehabilitation done in a week for one and a half months. Were used to collect the data, the data were analyzed by bivariate. Forty-eight subjects were enrolling on this study. Result of the study based on the paired t-test p value 0,000 to the volume and p value 0,014 to lung capacity. Conclusion is Upper & Lower Limb Exercise can be increase lung volume and capacity in COPD Patients.

Keywords: COPD, **Upper & Lower limb exercise**, **Lung** Volume, capacity of Lung

ANALYSIS OF PEER ATTITUDE TOWARDS THE LGBT STIGMA IN ADOLESCENT IN NGARAN VILLAGE, GAMPING, SLEMAN

Dhesi Ari Astuti, Nurul Kurniati
Midwifery Program Faculty of Health Sciences
Aisyiyah University of Yogyakarta
dhesi_stikesayo@yahoo.co.id
nurul.kurniati@unisayogya.ac.id

Abstract: LGBT stands for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender or Transsexual. As part of LGBTIQ's range of sexual orientation and gender identity (SOGIE), its existence remains a social, theological and psychological problem. Like trauma, low self-acceptance, a sense of inferiority and anxiety that if not handled properly will worsen the situation. This study aims to improve prevention efforts against the phenomenon of t LGBT in adolescents in relation to peer attitudes. The design of this research is quantitative study with cross sectional time approach. The subject of research is Ngaran village of 41 people. Research method is one group pra-experiment pre test post test. Data analysis was done by statistic analysis. The results showed that peer attitude factor was related to stigma about LGBT in adolescent with p value 0.02 (p value <0.05). After participating in this research is expected that the adolescent will be able to have different knowledge and behavior related to LGBT stigma. The role of family and health personnel is also important in shaping the character of a teenager in his growth into a quality generation in the future.

Key words: Peer attitude, adolescent, LGBT Stigma

FACTORS ASSOCIATED with REHOSPITALIZATION Of PATIENTS with CONGESTIVE HEART FAILURE In RSUD RADEN MATTATHER JAMBI In 2017

Nurhusna¹, Inggar Susakti¹

¹Program Studi Keperawatan Universitas Jambi; Email : Nurhusna@Unja.ac.id

Abstrak: Gagal jantung kongestif sering dikaitkan dengan rawat inap ulang dan angka kematian yang tinggi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan kejadian rawat inap ulang pasien **Congestive Heart Failure** (CHF) di RSUD Raden Mattaher Jambi. Faktor-faktor yang dipilih untuk diteliti yaitu faktor riwayat hipertensi, aktivitas fisik, kepatuhan minum obat, dan tingkat pengetahuan aktivitas **self-care** pasien CHF. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan **cross sectional**. Subjek penelitian ini yaitu pasien CHF yang dirawat dibangsal jantung RSUD Raden Mattaher Jambi dan pernah menjalani rawat inap sebelumnya kemudian diambil sebanyak 60 orang sebagai responden dengan cara **purposive sampling**. Analisis penelitian yang digunakan yaitu univariat dan bivariat dengan uji statistik **chi square**. Data diambil menggunakan kuesioner dengan teknik wawancara. Kuesioner yang digunakan yaitu IPAQ untuk aktivitas fisik, MMAS-8 untuk kepatuhan minum obat, dan PakSAC survey yang dimodifikasi untuk tingkat pengetahuan aktivitas **self-care** pasien. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara faktor riwayat hipertensi (**p-value** 0,020) dan aktivitas fisik (**p-value** 0,016) terhadap kejadian rawat inap ulang pasien CHF. Frekuensi kejadian rawat inap ulang yang paling banyak yaitu rawat inap ulang dengan frekuensi tinggi (>1 kali) sebesar 53,3%. Kesimpulan: riwayat hipertensi dan aktivitas fisik menunjukkan hubungan bermakna terhadap kejadian rawat inap ulang pasien CHF. Diharapkan untuk intervensi kedepannya perawat dapat membantu meningkatkan kesadaran dan motivasi pasien dalam perawatan CHF yang baik sehingga angka rawat ulang dapat ditekan.

Kata Kunci : gagal jantung kongestif, rawat ulang, riwayat hipertensi, aktivitas fisik

THE EFFECT of FE TABLETS and VITAMIN C to HEMOGLOBIN LEVELS of PREGNANT WOMEN II and III TRIMESTERS

Duwi Basuki¹, Tika Widya Astuti¹

¹STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto; duwibasuki@gmail.com

Abstract: During pregnancy occur physiological changes on maternal vascular system there are blood thinning due to the number of red blood cells are not comparable the amount of plasma resulting in a lowering concentration of hemoglobin in pregnant women. If decrease hemoglobin concentration were not given the action, it can be anemia in pregnancy what is major causes of bleeding and be a factor in maternal mortality in Indonesia. One of the measure to increase hemoglobin levels of pregnant women are giving Fe tablets added vitamin C to accelerate absorption. This research aims to prove the effect of Fe tablets and vitamin C to hemoglobin levels of pregnant women II and III trimesters in Mojokerto. In this research used is **quasy experiment** design with the approach **one group pre-test post-test** design. Sample in this research is pregnant women II and III trimesters as a many as 15 people were taken by simple random sampling. Collecting data using observation sheet and Hb Electric. Research result is Paired T-Test shows that $p (0.000) < \alpha (0.05)$, so H_0 is rejected it means there are significant Fe tablets and vitamin C to hemoglobin levels of pregnant women II and III trimesters with an average increase 1 gr/dl. Fe tablets with other multivitamin such as vitamin C increase hemoglobin levels in pregnant women so it can prevent anemia in pregnancy.

Key words : Fe Tablets and Vitamin C, Hemoglobin Levels, Pregnant Women II and III trimesters.

EFFECT of DIABETES SELF MANAGEMENT EDUCATION (DSME) GROUP PLUS POSITIVE AFFIRMATION on SELF-CARE ACTIVITIES of TYPE II DIABETES MELITUS PATIENT

Dewi Prasetyani ^{1*}, Evy Apriani², Yuni Sapto Edhy Rahayu³

¹STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap

Jl. Cerme No. 24 Sidanegara Cilacap

*Correspondence: prasetyanidewi78@gmail.com

Abstract: The ability of self-care is important to keep blood glucose to or stay within normal limits, so that will inhibit the occurrence of complications in diabetes mellitus. A variety of methods to improve the self-care ability of DM patients have been investigated. DSME group plus positive affirmation is a potential intervention and needs to be proven to influence the ability of self-care in type II DM patients. The purpose of this study was to analyze the effect of DSME group plus positive affirmation of self-care activity of type 2 DM patients in Cilacap Central Public Health Center. The method used in this study was quasi experimental design with pre-test and post-test design of two intervention with control group. The sampling technique used was cluster random sampling with the sample size was 75 type 2 DM patients. Respondents were divided into 3 groups namely the DSME group plus positive affirmation (25 people), the DSME group (24 people) and the control group (26 people). Bivariate analysis test used is paired t-test. The results showed that there were significant differences in pre-test and post-test of self-care in group DSME group plus positive affirmation with the mean differences of 11,44, $t = 4,741$ and $p\text{-value} < 0,05$. The conclusion of this research is that group DSME group plus positive affirmation have an effect on the increase of self-care activity type 2 DM patient. Recommendation of this research is DSME group plus positive affirmation can be applied as one of alternative action to improve self-care ability of type 2 DM patient.

Keywords: DSME, positive affirmation, self-care, type 2 DM

DESCRIPTION of KNOWLEDGE LEVEL about ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH in STUDENTS SMP MUHAMMADIYAH 3 YOGYAKARTA

Cahya Indra Lukmana¹, Falasifah Ani Yuniarti²

¹ Nursing Science Program, Faculty of Medicine and Health Sciences,

²Master of Nursing Muhammadiyah University of Yogyakarta

Abstract: The number of adolescents in Indonesia is very large, so adolescence as the successor of the nation needs to be prepared to be a healthy human body, spiritual, and mental and spiritual. Adolescence is a transitional period from childhood to adulthood with a unique transition period and is characterized by physical, emotional and psychological changes. This study aims to determine the knowledge level about adolescent reproductive health in students SMP Muhammadiyah 3 Yogyakarta. This is a descriptive research with cross sectional approach. method and the sample is done by using simple random sampling technique with a sample size of 90 people. An instrument for the data is questionnaire and use ordinal scala. This study sknew that adolescent of knowledge level there was good 15 children (16.7%), enough 71 children (78.9%), and less 4 children (4.4%). In this study the average level of students' knowledge in SMP Muhammadiyah 3 on adolescent reproductive health is enough. This is influenced by several factors one of which is the source of information that can be by students. For nurse and school should work together to do counseling about adolescent reproductive health which also involve Parent to increase youth knowledge.

Keywords: adolescent, knowledge, reproductive health

The EFFECT of EARLY INITIATION Of BREAST FEEDING On MATERNAL HEMORRHAGE 2 HOURS Of POST PARTUM In SEMARANG CITY

Pawestri ¹⁾, Nikmatul Khayati²⁾

D3 Nursing Program, Faculty of Nursing and Health Sciences,
Universitas Muhammadiyah Semarang

1) Email : pawestritri@yahoo.co.id

2) Email :nikmatul.kayati@yahoo.com

Abstract: The problem of postpartum hemorrhage needs a serious handling because it may affect the maternal health postnatal. One of the efforts taken to overcome this problem is the implementation of Early Initiation of Breastfeeding (EloB). EloB may affect uterine involution which takes place during the breastfeeding process. During the breastfeed, an oxytocin hormone is exerted that causes contraction and retraction of the uterine muscle. This will suppress the blood vessels resulting in decreased blood supply to the uterus. This process helps to reduce the site or place of placental implantation and reduce bleeding. The purpose of this study was to explore the effect of EloB on the number of maternal hemorrhages 2 - hour postpartum in the city of Semarang. This type of research is an observational study using a prospective cohort design where this study compared the effects of exposed groups and the effects of unexposed groups. The subjects of this study were 90 post partum mothers. Data processing was carried out by computerization. The data were presented in the form of frequency distribution and then tested with independent t-test, correlation and regression test to determine the effect of the relationship between the two variables. Result of research showed that the average amount of maternal hemorrhage 2-hour post partum with early initiation of breastfeeding was 87.20 ml with deviation standard of 17.617. While the amount of those without early initiation of breastfeeding was 143 ml with standard deviation of 33.86. The statistical test results showed that there was an effect of EloB on the maternal hemorrhage 2-hour post partum with ($p < 0.00$). There was a significant difference between the amount of maternal hemorrhage 2- hours post partum exposed with EloB and the amount of those unexposed to EloB. When applied in health service level that help the delivery, the EloB can reduce the maternal mortality caused by post partum hemorrhage.

Key words: Early Initiation of Breast Feeding, Birthing, Hemorrhage

ATTITUDE and BEHAVIOR about SEXUALITY among ADOLESCENTS in YOGYAKARTA

Rahmah¹, Wahyudina AAAN, Sari WW¹.

¹Pediatrics Nursing Department, School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia

Abstract: Yogyakarta as a tourism city given more impact on attitude and behavior sexuality among adolescents. Notion and ideas about sexuality much influenced by the Globally issued environment. This study is basically on the attitude and behavior about sexuality among adolescent. It is of public health importance to examine this topic to inform sex education, policymaking, prevention and intervention program. This study explored the characteristics of sexual attitudes, and high risk premarital sexual behaviors among 106 unmarried youth aged 15 to 17 years used sexual behavior questionnaire and adopted from **Brief Sexual Attitude Scale** to investigate sexual attitudes. The scale measures sexual attitudes on four dimensions, being permissiveness, birth control (sexual practices), communion (investment in relationship), and instrumentality (pleasure-orientation to relationship). This study shown to female prefer low being permissiveness and male prefer high birth control , communion, and instrumentality for aspect sexual attitude. The male shown to prefer high premarital sexual behavior than female. Adolescents still have high risk sexual behavior, so parent, school and government should arrange intervention program together toward sex education for adolescents.

Keywords: attitude, behavior, sexuality, adolescent

BETWEEN SLEEP DISORDERS with STANDARD DEVIATION PATTERNS of ALL N-N INTERVALS (SDNN) in YOUNG ADULTS in YOGYAKARTA

Nurvita Risdiana¹, R. Mohamad Fachrur Rozy²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, nurvita.risdiana@umy.ac.id

²Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, rozyjabul@gmail.com

Abstract: Sleep patterns disturbance makes the body unhealthy, as a result the autonomic nervous system imbalance. It decreases the value of Heart Rate Variability (HRV), then the risk of morbidity and mortality increases. HRV consist of time domain and frequency domain. **Standard Deviation of All N-N Intervals (SDNN)** is a part of HRV which controlled Autonomic Nervous System (ANS). This research purpose is to know the relationship between sleep pattern disturbances with SDNN in young adults. This research was non-experimental study with correlational design and cross-sectional approach. This research samples were 31 male student which chosen by purposive sampling techniques. Sleep pattern disturbances and HRV was measured by questionnaire and Electrocardiogram (ECG). The data was analyzed by Spearman Rho. There is no correlation between sleep pattern disturbance and SDNN with $p = 0,11$ ($p > 0,05$).

Keywords: Sleep Patterns Disturbances, Standard Deviation of All N-N Intervals, Autonomic Nervous System

EXPERIENCES of THE PSYCHOLOGICAL RESPONSE of the DIABETES PATIENTS in A COMMUNITY LIFE

Arum Pratiwi¹, and Fatima Nursita²

¹ Psychiatric Nursing Department, Nursing School, Faculty of Health Science, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia, arum.pratiwi@ums.ac.id, ² Professional student, Nursing School, Faculty of Health Science, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia, [Fnursita@gmail.com](mailto:F Nursita@gmail.com)

Abstract: Psychological response is one of group symptom that crucial to control to achieve positive coping mechanism. Some patients manage the problem with satisfactory way; on the other hand, others appear unable to handle anxieties, fear, and depression. Understandings of the psychological responses like anxiety are important to prevent for the next severe problem; so, the nurse can determine the appropriate nursing care. This study purposes to explore the diabetic patients' experiences of psychological responses in a community life. A mixed method approach was applied to investigate the participants' perception and explore the lived experiences of patients with Diabetes. Descriptive statistic was utilised to identify the participants' perception and then, was continued with in-depth interviews for ten patients who had negative perception. Finally, the information then analysed using Braun and Clarke thematic analysis. Three main themes emerged from the information: the bored experience, making sense of anxiety, the need of support. Psychosocial distress was likely among patients with diabetes in community life. The chronic condition of the disease makes the patient discouraged and requires support from the surrounding environment.

Keywords: Psychological responses, Diabetes, Community life

THE EFFECT OF 5E LEARNING CYCLE MODEL COMBINED WITH PROBLEM BASED LEARNING ON INCREASING COGNITIVE, AFFECTIVE, AND PSYCHOMOTOR IN DIPLOMA NURSING STUDENT

Titih Huriah, Nila Yuliana, Yanuar Primanda,
Master of Nursing, Post Graduate Program
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Kampus Terpadu UMY
Jl. Ringroad Selatan Tamantirto Kasihan Bantul Yogyakarta

Email : titih.huriah@umy.ac.id/nilayuliana066@gmail.com

Abstract: In achieving the cognitive, affective, and psychomotor aspects of students it is necessary to have innovative learning methods that are integrated in the learning process in the classroom or in the laboratory. 5E learning cycle model with PBL is an innovative model in teaching integrated both that gives rise to an understanding in performing nursing actions through clinical practice. The objective of the study was to investigate the cognitive, affective, and psychomotor improvement before and after implementing 5E learning cycle model with PBL. The design of the research was quasi experiment using pretest posttest with control group. The sample of the research was semester two students consisting of 28 students of nursing academy of Samawa Sumbawa as the intervention group and 30 students of health polytechnic of Mataram in Bima nursing department as the control group. The data were analyzed through descriptive test, Chi Square, Paired t-test, and independent t-test. The findings of the research showed that the implementation of 5E learning cycle model with PBL can improve students' ability cognitive, affective, and psychomotor ($p=0,015$, $p=0,000$, $p=0,004$). There was a significant difference on the improvement of cognitive, affective, and psychomotor between the intervention group and the control group ($p=0,41$, $p=0,002$, $p=0,000$). 5E learning cycle model with PBL can improve nursing students ability' cognitive, affective, and psychomotor of diploma program in the teaching and learning process of Musculoskeletal in Nursing academy of Samawa Sumbawa. Nursing academy of Samawa Sumbawa can conduct training for its lecturers as the facilitator in teaching SCL.

Key words: 5E Learning Cycle Model, PBL, Cognitive, Affective, Psychomotor, Nursing Students

EARLY ENTERAL NUTRITION Without FASTING AFFECT the NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS With UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Virgianti Nur Faridah¹

¹Lecturer in Bachelor Nursing Program Muhammadiyah Health Science College of
Lamongan,

Email : virgianti_nf@yahoo.com

Abstract: Patients with upper gastrointestinal bleeding generally were decreased nutritional status because of increased albumin excretion from hemorrhage and patients fasted indefinitely until the bleeding stops. Enteral nutrition in patients with bleeding should be given to prevent malnutrition and reduce mortality. **Objective:** To identify the differences in nutritional status in the early enteral nutrition without waiting for the results of gastric lavage is clear (without fasting) and after 2-3 times the clear gastric lavage (fasted). **Method:** The study used pre-experimental research design by static-group comparison design. The study was conducted in RS Aisyiyah Bojonegoro in March to June 2015. The sample was 30 patients divided into 2 groups by random allocation, there were the treatment group I that fasted (15 patients) and treatment group II without fasted (15 patients). Analysis of data using Wilcoxon test signed ranks test. **Results:** The research found that there was differences in the provision of early enteral nutrition to the nutritional status. Results showed that nutritional status in patients who fasted lower than that without fasted. Results statistics by Wilcoxon signed-rank test with a 0.05 significance level values obtained 0,046, its means that H1 was accepted. **Conclusion:** Patients with upper gastrointestinal bleeding can be given early enteral nutrition without waiting for the results gastric lavage clear rinse.

Key Words: early enteral nutrition; nutritional status; upper gastrointestinal bleeding

EFFECT OF IMPLEMENTATION 5S PLUS (SENYUM, SALAM, SAPA, SOPAN, SANTUN, SENTUHAN) IN PATIENT SATISFACTION IN RSUD TIDAR MAGELANG

Fahni Haris¹, Pratiwi Nova Ariani², Aulia Ayu Nugraheni², Nurul Maulidah²

¹Dosen Ilmu Keperawatan UMY,

²Mahasiswa Profesi Ners UMY,

Abstrak: Salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah kepuasan pasien. Keperawatan adalah salah satu profesi yang berperan penting dalam menentukan kepuasan melalui asuhan keperawatan. Peningkatan mutu pelayanan keperawatan didukung oleh pengembangan teori-teori keperawatan, salah satunya adalah teori **caring** menurut Jean Watson. **Caring** adalah pusat fokus atau inti dari keperawatan. Komunikasi terapeutik merupakan bagian dari **caring** yang dapat meningkatkan kepuasan pasien. Komunikasi terapeutik dapat berupa memberikan senyum, menyapa pasien, memberikan salam, berlaku sopan, berlaku santun, dan memberikan sentuhan untuk menunjukkan empati pada pasien. **Tujuan:** Mengetahui pengaruh penerapan 5S **Plus** (Senyum, Sapa, Salam, Sopan, Santun dan Sentuhan) terhadap kepuasan pasien di Bangsal Gladiol RSUD Tidar Mangelang. Penelitian ini adalah penelitian **quasi experimental** dengan pendekatan **pre-test and post-test with control group design**. Populasi sebanyak 100 orang dan sampel 15 orang kelompok intervensi dan 15 orang kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel menggunakan **accidental sampling**. Kepuasan pasien kelompok kontrol terhadap penerapan 5S **Plus** pada saat **pretest** adalah 3,00 dan saat **posttest** adalah 3,00. Kepuasan pasien kelompok intervensi terhadap penerapan 5S **Plus** saat **pretest** memiliki nilai 3,00 dan saat **posttest** memiliki nilai 4,00. Terdapat pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien sebelum dan setelah dilakukan penerapan 5S **Plus** di bangsal Gladiol RSUD Tidar Magelang. Rumah sakit dapat menerapkan 5S **Plus** kepada pasien dan menjadikan SOP untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Kata Kunci: Caring, kepuasan pasien, rumah sakit, 5S **Plus**

The COMPARATIF EFFECTIVENESS of HEALTH EDUCATION using BOOKLET and INTERNET to REDUCE the PSYCHOLOGICAL DISORDER of HUSBAND

Misrawati¹, Yulia Irvani Dewi¹

¹ Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Riau; misra_wati@yahoo.co.id

Abstract: Psychological disorders after childbirth generally occurs in women, but men can also be severe psychological disorders after wife of childbirth. Health education using convensional ways such as booklet can solve it, but nowadays technology advances require internet. Nevertheless health education using internet has not been evaluated. This study aims to compare the effectiveness of health education using booklet and internet. Design studies using pre-test and post-test with comparison treatments. The study was conducted in Pekanbaru-Riau. Purposive sampling method was applied. Fifty-one respondents were participated; 17 respondents as experiment using booklets group, 17 respondents as experiment using internet group and 17 respondents as control group. An assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) instrument of the psychological condition score was performed in the first day assessment as baseline data. The experiment groups were given a health education using booklet or internet. The second evaluation was performed on eighth day. The result shown that there was significant difference of EPDS value after treatment using booklet (Pv <0.001) and internet (Pv 0.001), but there was not significant in control group (Pv 0.34). Health education is effective to decrease the husband’s psychological disorders. Health education using booklet is more effective because the internet network has not been stable. It recommended health care provider to conduct health education using booklet since antenatal care program by including their husband.

Keywords: booklet, internet, husband, psychological disturbance

The KNOWLEDGE LEVEL of BACHELOR DEGREE NURSING STUDENT UMY related to NURSE’S INDEPENDENT PRACTICE

Muhammad Ade Lutfil Hanan¹, Fitri Arofiati²

¹Student at School of Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta;
adelutfihan5@gmail.com

²Lecturer at School of Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: Roles and functions of nurses were being developed in Indonesia. It is not only focused on nursing services in the hospital, but merely nurses can choose to do nursing practice independently. Independent practice of nurses has been supported by Nursing Acts which was launched on October 2014 especially in the point of law protection. Nurses students need to have early information related to independent practice of nurses in order to be a future career and can be implemented based on the regulation and meet the best quality of nursing services. This study aims to determine the level of knowledge of nursing student in University Muhammadiyah Yogyakarta related to the independent practice of nurses. This research is a quantitative research using descriptive design with **cross sectional** approach. Sampling method is **proportional cluster**, sampling as much as 217. This research uses questionnaires made by the researchers and have tested the validity of **Pearson product moment** on 30 people with r table value 0.361 and reliability using **Cronbach’s Alpha** with the result is 0.856. The research was conducted on nursing students in the medical and health sciences faculty of University Muhammadiyah Yogyakarta. All of respondents have a good level of knowledge in all of the available dimensions of nurse ‘s independent practice, including the notion of independent practice, the goals, the obligations, the rights, the implementation and related permits establish independent practice. The level of knowledge of PSIK FKIK UMY students about the nurse’s independent practice in good category.

Keywords: Level of Knowledge, Self Nurse Practice.

EFFECTIVENESS of DEEP BREATH AND DIAPHRAGMATIC BREATHING COMBINATIONS OF EXPIRATORY PEAK CURRENTS In COPD PATIENTS

Endrian MJW ^{1*}, Elis Noviati², Jajuk Kusumawaty³

¹ Dosen Prodi Ilmu Keperawatan, STIKes Muhammadiyah Ciamis

² Dosen Prodi Ilmu Keperawatan, STIKes Muhammadiyah Ciamis

³ Dosen Prodi Ilmu Keperawatan, STIKes Muhammadiyah Ciamis

*E-mail: endrian1987@gmail.com

Abstract: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic progressive disease characterized by respiratory limitation of dyspnea associated with inflammatory responses and exposure to pollution or toxins inhaled. The purpose of this study is the effectiveness of the combination of deep breath with diaphragm breath to increase the peak flow of expiration (APE). The research design was using pre-post control with different group, the sample used was 25 controls and 25 people intervention total were 50 correspondents suffering from COPD. The results showed that the test results of Wilcoxon for intervention group P value <0,05, control group P value > 0,05, for Man Whitney test <0,05. The conclusion of deep breathing oxigen with diaphragmatic breath proves to be more efficient to increase the peak expiration flow (PEF).

Keywords: Obstructive pulmonary disease (COPD), deep breath, diaphragmatic breathing, peak expiration flow (PEF)

THE RELATION OF EDUCATIONAL LEVEL, ACADEMIC ACHIEVEMENT (GPA) AND DEPRESSION AMONG PUBLIC SCHOOL ADOLESCENT

Mukhriyah Damaiyanti¹, Dwi Rahmah Fitriani²

¹Faculty of Health Science, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur,
email: muda101180@gmail.com

²Faculty of Health Science, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur,
email: duwieerahmah@gmail.com

Abstract: This descriptive correlation study aimed to describe the relation of educational level, academic achievement (GPA) and depression among public school adolescents of Samarinda municipal, East Kalimantan province, Indonesia. A total of 552 adolescents in senior high school aged between 14-19 years were recruited through stratified cluster sampling. The instruments used The Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D). The data were analyzed by statistical method including t-test, Chi-square, and Pearson correlation. The result showed the prevalence of depression in this sample of Indonesian adolescents was 52.7%. Adolescent females showed almost equal prevalence of depression than adolescents' males (26.6%, 26.1%), respectively. There was significant relationship between adolescents' depression and educational level ($X^2= 8.039$, p value= 0.018). Specifically, based on the findings suggest interventions program to reduce depression in adolescents by giving health education with specific mental health in them school. Some programs are able to do in school such as counseling center, stress management program, time management, and screening about negative life events. This strategy need to include the participation of other personnel such as class coordinator and health workers to be successful of program.

Keywords: adolescents, depression, public high school

PREVENTING the SPREAD Of HIV/AIDS to the STUDENTS Of

VOCATIONAL HIGH SCHOOL (SMK) OF HEALTH THROUGH PEER EDUCATOR METHOD In SAMARINDA

Yuliani Winarti¹, Rini Ernawati²

¹Faculty of Health Science, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
(yulianiwinarti@gmail.com)

²Faculty of Health Science, Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
(rini_zachwa@yahoo.co.id)

Abstract: The raise of HIV/AIDS cases on teenagers aged 15-24 years old has reached 25%. Inadequate knowledge of HIV/AIDS has been one issue that contributed to the raise of the cases. This research was aimed at investigating the effect of peer educators on the increase of the knowledge and attitudes of HIV/AIDS prevention to the students of vocational high school (SMK) of health in Samarinda. This research employed quasi-experimental design with non-equivalent control group pre-test and post-test. The data were collected through questionnaires with purposive sampling technique. The samples of this research were 60 students of vocational high school of health. 30 students in the intervention group were given the treatment of the peer educator method. In addition, the other 30 were in the control group were only given a module. Paired t-test analysis was employed to see differences mean with significance level of $p = 0.05$. The results showed that there was significant difference ($p < 0.05$) between the control and the intervention group after the treatment. The conclusion was that peer educator method was found to be more effective to raise the knowledge and attitudes of HIV/AIDS prevention to the students of vocational high school (SMK) of health.

Key words: health education, peer educator, prevention of HIV/AIDS

THE REMUNERATION SYSTEM IN A PRIVATE HOSPITAL AS A

STRATEGIC CHOICE

Nur Hidayah

Master of Hospital Management

Postgraduate Program, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: One way to improve the performance of hospital employees is to implement a transparent, fair, and proportional remuneration system. This study aims to examine the internal conditions of hospitals in the face of opportunities and threats in the implementation of remuneration system in a private hospital in Yogyakarta. This research uses qualitative approach with structured interviews as a data collection technique to make SWOT analysis. The key Informants consist of a Human Resources Director, a Finance Manager, a Human Resources Manager, and a Nursing Manager. The results show that the hospital is in a strategic position to be able to use its strength in facing the existing opportunities in the external environment by applying the remuneration system in the era of National Health Insurance.

Keywords: a remuneration system, a hospital, strategic positions, strengths and opportunities, a Health Insurance

COST ANALYSIS DIABETES MELITUS TYPE 2 and MULTIPLE

DISCRIMINANT ANALYSIS OUTPATIENT in X HOSPITAL

Firman Pribadi
, Abdul Ghofir

^{1,2}Magister of Hospital Management, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: This research aimed to analyze the relationship between the complication rates, the hospital profit rates to the cost of hospital treatment of patients with DM type 2 in outpatient of Hospital X. Statistically Test from Multiple Discriminant Analysis is done to predict the changes in the rate of complications in future. The results showed that the costs incurred by hospital is higher than the revenues received by the hospital especially for patients DM type 2 with more than one complication. More complications, will be higher for the cost to issued. For the average cost of antidiabetic medicine with the insuline, the results showed that all of the costs associated with many complications either uncomplications, the costs higher than the revenues received by hospital. For Further ,the results of test complication variable associated positively and significantly with non-insulin medicine costs variable, variable medicine with insulin, and many variations of medicine. The results of hospital profit test with the cost showed that the hospital profit rates correlated positively and significantly on the 1% to the total cost, but is not significant with non-insulin medicine costs and the medicine with insulin costs. This result explains that the profit levels did not correlate with the level of the medicine cost because the hospital profit obtained from the total cost issued by the payer of medical expenses. Then Multiple Discriminant Analysis test to predict the likelihood of occurrence in future indicates that there may be changes in the rate of complications from patients with DM type 2. Prediction results showed that there was a higher percentage of patients with DM type 2 will sustain the complications to a higher level, while the percentage of degression the complications rate of patient with DM type 2 is very low. This is understandable because the peregrination of patients with DM type 2 is likelihood very large to sustain the complications in future with predictive classification accuracy is 62.2%.

Key Words: Treatment cost, Hospital Revenues, Multiple Discriminant Analysis

THE INCREASE OF PROLACTIN HORMON LEVEL ON POSTPARTUM

MOTHERS INTERVENED WITH OKETANI MASSAGE AND PRESSURE ON ACUPRESSURE POINT OF JIANJING GB-21

Machmudah¹, Nikmatul Khayati², Sri Widodo³, Elsi Dwi Hapsari⁴,
Fitri Haryanti⁵

¹Faculty of Nursing and Health Sciences, Universitas Muhammadiyah Semarang
Jl. Kedungmundu Raya No. 18 Semarang; machmudah@unimus.ac.id

Abstract: The breastfeeding process is one of the physiological adaptations and processes of maternal role change in the postpartum mother. The little amount of milk production during the first few days of postpartum constitutes one of the complaints felt by postpartum mothers. Breast milk production is influenced by hormonal factors (prolactin and oxytocin), food intake, maternal psychological condition, breast care, frequency of breastfeeding, and consumption of drugs / hormonal contraceptives (Kompas, 2013). Breast care will stimulate the breast and affect the hypophysis to release hormones progesterone, estrogen and oxytocin more. The hormone oxytocin will cause contractions in other cells around the alveoli so that the milk flows down toward the nipple. **Methodology:** This research is a quasi experiment with the pre- post test design with control group. **Results:** The study showed that there was an increase in mean values of maternal prolactin levels after Oketani massage intervention and pressure on GB-21 acupressure points. **Discussion:** Massage can help reduce daily stress, boost the immune system and generally make people feel healthier and relaxed. Massage has been shown to facilitate increased natural oxytocin release. Acupressure techniques at the Jianjing point GB-21 are a point to stimulate let down reflexes that can stimulate lactogen hormone secretion and can improve blood circulation in the breasts (Betts, 2003). The relaxation conditions experienced by the mother will increase comfort so that increasing the let down reflexes and increase the levels of prolactin and oxytocin hormone (Rahayu, et al, 2015).

Keywords: Oketani Massage, Jianjing GB-21 Acupressure Point, Prolactin

**FACTORS AFFECTING PERFORMANCE HOSPITAL MANAGERS: CASE
STUDY in PKU MUHAMMADIYAH DELANGGU HOSPITAL, CENTRAL**

JAVA, INDONESIA

Qurratul Aini¹

¹Magister of Hospital Management, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email : q.ainiomy@gmail.com; qurrotul_aini@umy.ac.id

Abstract: The lack of managers who have been trained on management management results in less effective management systems. In general, management capacity has been classified as weaknesses in various areas of health managers' expertise. The success and future of an organization depends on the performance generated by the leadership of the hospital manager. As a complex organization, RS has interaction among various professions, so the conflict is not an abnormality that occurs in hospital is a characteristic of a hospital. Health services in hospitals is a comprehensive health service (comprehensive and holistic) which includes promotive, preventive, curative and rehabilitative. Hospital Health Promotion is an important part of health programs designed to bring improvement in the community as well as in the organization and environment as a process to improve the community's ability to maintain and improve their health. The purpose of this research are analyze the factors that affect the performance of manager in PKU Muhammadiyah Delanggu Hospital, Central Java, Indonesia. The analysis in this study using SEM analysis to test the performance model of hospital managers and hypothetical relationships that exist in the model. The findings in this study show the performance of hospital managers, from the five factors that predict, influenced by motivation, commitment and leadership. Two other predictors were found to have no significant effect, ie job satisfaction and organizational culture. Motivation becomes the factor with the strongest influence on performance. The strong influence after motivation is commitment and then leadership.

Keywords: performance manager, leadership skill, commitment, motivation

**The RELATIONSHIP of KNOWLEDGE And ATTITUDE With The
COMPLIANCE of ELDERLY VISITS To PUSBILA In PAWINDAN**

VILLAGE WORK AREA UPTD HEALTH CENTER IMBANAGARA CIAMIS DISTRICT

Dedi Supriadi¹, Suhanda¹, Dinna Purnama Sidi¹
¹Prodi Ilmu Keperawatan, Stikes Muhammadiyah Ciamis;
hdedisupriadi2015@gmail.com

Abstract: Increasing social welfare aimed at improving the quality of human life and society, including the elderly (senior citizens) is one of the targets in development in Indonesia. The elderly will be experienced naturally by everyone reaching that age level, with increasing age, physical and mental abilities, including reduced social contacts. The purpose of this study is to determine the relationship of knowledge and attitude with the compliance of elderly visits to Pusbila in Pawindan Village Work Area UPTD Health Center Imbanagara Ciamis Distric. Quantitative analytic research type using Cross Sectional approach. Technique of sampling by proportional random sampling with sample that is 93 elderly people. The results showed that the elderly knowledge about Pusbila was mostly less than 37 people (39.8%), elderly attitude toward pusbila mostly unfavorable as many as 56 people (60.2%) and elderly compliance visited Pusbila most respondents did not obediently visit Pusbila as many as 60 elderly (64,5%). Result of analysis χ^2 (chi square) is known that there is significant relation. Between knowledge with elderly visit compliance to Pusbila because χ^2 count value $>$ χ^2 table (30,039 $>$ 5,991) and there is significant correlation between attitude with adult visit compliance to Pusbila because χ^2 value $>$ χ^2 table (32,480 $>$ 3,841).

Key words: Knowledge, Attitudes, Compliance, Elderly, Pusbila

ANALISIS KOMPETENSI PERAWAT dalam MELAKSANAKAN KONSELING GENETIK

Henri Setiawan¹, Acep H. Mustopa¹, Heri Ariyanto¹, Dian D. Wijaya¹,
Gumilar Rahmat¹, Elis Shopatillah¹, Elis Roslianti¹, Suhandi¹

¹ STIKes Muhammadiyah Ciamis; henrisetiawan1989@gmail.co.id

Abstrak: Konseling genetik adalah sebuah proses membantu seseorang untuk memahami dan beradaptasi terhadap efek medis, psikologis, implikasi keluarga, dan kontribusi genetik terhadap suatu penyakit. Perawat memiliki peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Salah satu upaya preventif untuk mencegah peningkatan prevalensi penyakit genetik adalah dengan memberikan layanan konseling genetik. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kompetensi perawat berupa pengetahuan dan kemampuan perawat dalam melaksanakan konseling genetik. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan melibatkan 78 responden. Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan SPSS versi 24 dengan analisis univariat untuk mendeskripsikan data sosio-demografi dan gambaran pengetahuan serta Uji Wilcoxon untuk mengetahui efektivitas **Coaching Clinic** serta pengaruh pengetahuan terhadap kemampuan melaksanakan konseling genetik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa teori dasar konseling genetik belum familiar di kalangan perawat. Namun, kompetensi perawat meningkat signifikan (**pvalue <0,05**) setelah dilakukan **coaching clinic**.

Kata Kunci : Kompetensi Perawat, Konseling Genetik

**DESCRIPTION LEVEL STRESS and COPING MECHANISM FAMILY
STROKE PATIENTS in PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

HOSPITAL

Ledia Teja Kesuma¹, Erna Rochmawati²

¹Nursing Student Universitas Muhammadiyah Yogyakarta;

lediatejakesuma.150396@gmail.com

²Lecturer of School of Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract : Stroke is a syndrome caused by blood circulation disorder in one part of brain that cause functional disorder in brain called nerve paralysis. Effect caused by stroke is defect that makes patient depends on others, so that it effects the patient’s caregiver. The dependency of stroke patient to others makes family or caregiver stressed. They can have mild stress, moderate, until severe. To face stress, family must adapt to the stressor, and that stress can cause physical, psychological, and spiritual responses. Adaptive response of stressor is called coping mechanism. Aim the research to find out level of stress and coping mechanism amount family of stroke patients in PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta Hospital. Method. This is a sectional design, and the samples were 40 respondents consisting of family members of stroke patients who visited nerve polyclinic of PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. The samples were taken using consecutive sampling. The data were analyzed using descriptive numeric analysis. This study found that 42.5% family caregivers experienced mild stress. Stress level of the family of stroke patients is in mild category or 42.5% and the family’s internal coping mechanism is dominant or 52.5%. Family has mild stress and dominant using internal coping mechanism. Future researcher can use the way home data collection.

Keywords: levels of stress, coping mechanism, family of stroke patients.

The EFFECT Of DOA and DZIKIR AL-MA’TSURAT INTERVENTION to SELF EFFICACY DIABETES MELLITUS PATIENS in MLATI 1 HEALTH

CENTER.

Wardaningsih, S¹. Wijaya, E.A². Widyaningrum, D.P²

¹Lecturer School of Nursing FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

²Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: Diabetes mellitus is a metabolic disease which is showed by the highest level of glucose with the failure of insulin secretion or the activity of insulin. Yogyakarta is the first province in Indonesia with diabetes mellitus case in 2013. Diabetes mellitus treatment make the change of patient lifestyles which is influenced by self efficacy as the one of the factors. Self efficacy can be handled by using nonfarmacology treatment with the intervention doa and dzikir al-ma'tsurat method to optimizing the increasing of self efficacy in diabetes mellitus patient. Purpose: to determine the effect of doa and dzikir al-ma'tsurat intervention to depression score and self efficacy score diabetes mellitus patients in Mlati 1 health center. Research Method: Quasy experiment with (Non-Equivalent Control Group) Pretest Posttest with control and intervention group. Total sample 34 respondents consist of 17 respondent of control group dan 17 respondent of intervention group who is collected by using Purposive Sampling technique to set the patient in control and intervention group. the data is analyzed by Wilcoxon and Mann-Whitney test. Result: There is influence of prayer and dhikr al-ma'tsurat against depression score of diabetes mellitus patient. Result paired T-test control group value p value = 0.350 there is no significant influence. While the intervention group value p value = 0,000, indicating the influence of prayer intervention and dhikr al-ma'tsurat. Analysis of Independent T-test p value = 0.000 in the post-test of both groups showed significant differences. The results of this study can be used as a holistic nursing care in the treatment of diabetes mellitus patients depression. Wilcoxon statistic test shows that there are not an effect of intervention doa and dzikir al-ma'tsurat to the self efficacy in diabetes mellitus patient on control group with p value is 0,130 ($p < 0,05$) and p value on intervention group is 0.760 ($p < 0.05$). Whereas in Mann-Whitney test show that there is not the differences of intervention doa and dzikir al-ma'tsurat to the self efficacy in diabetes mellitus patient on control group and intervention group with p value is 0.123 ($p < 0.05$). Conclusion: There is the influence of prayer and dhikr al-ma'tsurat against depression scores of patients with diabetes mellitus. There are some factors which is effect the self efficacy of diabetes mellitus patient in Mlati 1 health center so the doa and dzikir intervention are not effect to the self efficacy.

Keyword: Diabetes Mellitus, Doa And Dzikir Intervention, Al-Ma'tsurat, Self Efficacy, Depression

The DIFFERENCE PERCEPTIONS between PRIVATE and GOVERNMENT HOSPITAL STAFFS on COMPREHENSIVE NEONATAL

OBSTETRIC SERVICE

Winda Azmi Meisari¹, Arlina Dewi², Supriyatningsih³

¹ Master of Hospital Management, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
winda.ams@gmail.com

² Master of Hospital Management, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
dewikoen@yahoo.com

³ Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
supriyatningsih_upi@yahoo.com

Abstract: This study discusses the staff's understanding of an existing maternal and neonatal program in Indonesia, namely the PONEK (Comprehensive Neonatal Emergency Obstetrics Services) program which is specifically held in Government Hospital or Private Hospital which is designated as PONEK hospital, research This focuses on comparing the performance of staff to the PONEK program of the hospital. The role of medical staff in running a program of health organizations is very influential in the success of a health program and service delivery. PONEK is a government program in order to minimize health problems in Indonesia, especially maternal and infant morbidity. **Method:** The total number of samples in this study were 41 respondents (21 respondents Government Hospital and 19 respondents Private Hospital), statistical analysis used in this study is Mann Whitney. **Result:** Of the 6 factors that affect the performance, there are 2 factors that have significant difference, that is cooperation factor with p value $0,01 < \alpha (0,05)$ and support of superior with p value $0,024 < \alpha (0,05)$. **Conclusion:** From the above results, the performance of private hospital employees compared to government hospitals has significant differences in terms of cooperation factors and support factors of supervisors.

Keywords: PONEK; Hospital; Clinical Care; Staff Medical

MARTABAT PASIEN PALIATIF DI RUMAH SAKIT
PKU MUHAMMADIYAH GAMPING

Novita Nur Hasanah¹, Arianti²

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta;
hasanah.novita20@gmail.com

²Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstrak: Martabat pasien merupakan salah satu aspek penting dalam perawatan paliatif mengingat perubahan fisik dan psikososial yang terjadi akibat penyakit. **Distress** terkait martabat merupakan penyebab permintaan tindakan euthanasia, dan kualitas hidup yang buruk. **Tujuan:** Mengetahui martabat pasien paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. **Metode:** Penelitian dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Gamping dengan metode deskriptif survey. Populasi sebanyak 248 orang, pengambilan sampel dengan **total sampling** terbatas waktu 1 bulan dengan sampel sebanyak 100 orang. Penelitian menggunakan kuesioner **patient dignity inventory** yang telah diterjemahkan ke bahasa Indonesia. Telah dilakukan uji validitas menggunakan **korelasi pearson product moment** pada 30 orang dengan $r \text{ tabel} \geq 0,361$ dan reliabilitas **cronbach's alpha** dengan hasil 0,883. Karakteristik pasien paliatif yaitu mayoritas penyakit gagal ginjal kronik, berjenis kelamin laki-laki dan perempuan (sama besar), mayoritas beragama Islam, berusia 15-59 tahun, bersuku Jawa, mayoritas menikah, mayoritas pendidikan SMA, bekerja sebagai wiraswasta, dan tinggal bersama anggota keluarga. Pasien paliatif memiliki martabat utuh, namun terdapat pasien yang memiliki martabat retak pada gejala yang membuat tertekan secara fisik, tidak bisa melanjutkan kegiatan rutin seperti biasanya, dan merasa menjadi beban bagi orang lain. Pasien paliatif di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping memiliki martabat utuh.

Kata Kunci: pasien paliatif, perawatan paliatif, martabat pasien

PENERAPAN TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN TERHADAP

BOOKS OF FULL PAPER

HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN PERILAKU MEROKOK PADA ANAK LAKI-LAKI USIA 15 - 17 TAHUN: ANALISIS HASIL PENELITIAN

Indri Nurasa¹, Nur Chayati²

¹Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Program Pasca Sarjana
Kampus FKIK UMY

E-mail: muslimah_mushroom@yahoo.co.id

²Dosen Program Studi Magister Keperawatan Program Pasca Sarjana Kampus FKIK UMY

E-mail: n_cha_klt@yahoo.com

Abstract: The theory proposed by Betty Neuman is the Health Care System Model. According to Betty Neuman the goal of nursing care is the achievement of the balance of the client system. The main / major concepts in Neuman's model include: stressors, defense and resistance lines, prevention levels, five client system variables, basic structure, intervention and reconstitution. **Method:** case analysis using Betty Neuman nursing theory. **Results:** From the analysis of research results studied by Betty Neuman's nursing theory are: the major concept of interpersonal stressor, because the interpersonal stressor comes from the external environment, any influences that originate outside the client's self. Examples are: role expectations, when referring to the case of research that is: the role of parents in relation to parental parenting. The line of defense and resistance according to Neuman related to the case of this research is: when viewed from the line of defense that is: flexible line of defense is a circle break out the model. In this case, smoking behavior is included in the category of development. The line of resistance in the concept conveyed by Betty Neuman is a line of resistance. However, on the basis of existing research cases, resistance lines do not exist because individuals / teenagers do not resist, for example, eliminating their habitual smoking behavior. Prevention is done secondary prevention. The relationship between parental parenting and smoking behavior in boys, if it is linked to the conceptual model system theory, becomes clear that there is a meaningful relationship because the exposed open system confirms that the family is the smallest scope of a social relationship that will reflect the personality or character / behavior of a child in this case smoking behavior in boys.

Keywords: Parenting, smoking behavior, Betty Neuman's nursing theory

KASUS

Kelurahan Tanah Raja merupakan salah satu wilayah kerja dari Puskesmas

Kota Ternate yang memiliki jumlah penduduk pada tahun 2013 sebanyak 294 Kepala Keluarga (KK) dengan jumlah anak laki-laki usia 15-17 tahun sebanyak 43 orang. Berdasarkan data yang penulis peroleh dari hasil survey tahun 2012 yang dilakukan oleh petugas Promosi kesehatan (Promkes) Puskesmas Kota Ternate didapatkan bahwa Kelurahan Tanah Raja merupakan Kelurahan dengan jumlah perokok tertinggi diwilayah kerja Puskesmas Kota Ternate, dengan jumlah sampel yang diambil sebanyak 20 KK di dapatkan bahwa 17 KK berperilaku merokok. Hasil survey petugas Promkes dari 17 KK tersebut, sebanyak 15 KK dengan anak laki-laki yang berusia 15-20 tahun juga berperilaku merokok. Sehingga judul dari penelitian ini adalah: “Hubungan pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki usia 15-17 tahun di Kelurahan Tanah Raja Kota Ternate”.

Manfaat penelitian ialah penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan tentang bahaya rokok khususnya kepada anak laki-laki di Kelurahan Tanah Raja, juga akan memberikan gambaran kepada orang tua tentang pentingnya peranan pola asuh terhadap perilaku anaknya, sebagai bahan yang dapat digunakan untuk penelitian lebih lanjut, Instansi kesehatan, digunakan sebagai masukan dan upaya dalam melakukan promosi kesehatan, memberikan pengalaman baru bagi peneliti sendiri, dan diharapkan dapat menambah pengetahuan yang lebih luas di bidang keperawatan anak. Metodologi penelitian: desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu studi korelasi dengan pendekatan **cross sectional** yang bertujuan untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki usia 15-17 tahun di Kelurahan Tanah Raja Kota Ternate.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh anak laki-laki usia 15-17 tahun dan orang tuanya di Kelurahan Tanah Raja Kota Ternate yang berjumlah 42 pasang responden. Pengambilan sampel menggunakan **Purposive sampling** yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan pertimbangan peneliti sendiri (tujuan masalah dalam penelitian). Total sampel dalam penelitian ini yaitu 34 pasang responden yang telah memenuhi kriteria inklusi: orangtua yang memiliki anak laki-laki usia 15-17 tahun, anak laki-laki yang berusia 15-17 tahun yang berperilaku merokok di Kelurahan Tanah Raja Kota Ternate. Kriteria eksklusi: tidak bersedia menjadi responden.

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 23 Desember 2013 sampai tanggal 21 Januari 2014. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner yang telah baku untuk mengukur variabel independen (pola asuh orang tua) dan variabel dependen (perilaku merokok). Kuesioner untuk mengukur jenis pola asuh orang tua terdiri dari 30 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban skor 1 untuk sangat tidak setuju, 2 tidak setuju, 3 setuju, 4 sangat setuju. Untuk kuesioner perilaku merokok terdiri dari 1 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban, skor 1 untuk perilaku merokok ringan, 2 sedang, 3 berat, dan 4 sangat berat. Sebelum kuesioner disebarkan kepada responden, peneliti terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian, dan lembar persetujuan menjadi responden terlebih dahulu. Analisis univariat dilakukan untuk melihat frekuensi, distribusi

karakteristik responden dari masing-masing variabel independen (pola asuh orang tua) dan variabel dependen (perilaku merokok). Analisis bivariat dilakukan untuk melihat ada tidaknya hubungan pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki usia 15-17 tahun, dengan menggunakan uji **chi square** dengan batas kemaknaan $\alpha = 95\%$ (0,05) atau interval kepercayaan $p < 0,05$. Hasil uji statistik **Chi-Square** diperoleh nilai $p = 0,003$. Hal ini berarti nilai p lebih kecil dari α (0,05) dan dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada hubungan pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki usia 15-17 tahun. Presentasi anak laki-laki usia 15-17 tahun yang berperilaku merokok tertinggi yaitu perilaku merokok berat. Jenis pola asuh yang paling banyak diterapkan oleh orang tua pada anak laki-laki usia 15-17 tahun, yaitu pola asuh permisif. Ada hubungan bermakna antara pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki usia 15-17 tahun.

PENDAHULUAN

Keperawatan masa kini tidak terlepas dari jasa para ilmuwan di bidang keperawatan yang telah mewarisi ilmu-ilmu dan teori keperawatan kepada dunia keperawatan sampai abad ke 21 dan sampai dengan hari ini. Salah satu ilmuwan tersebut ialah Betty Neuman. Betty Neuman menemukan teori modelnya dari berbagai teori dan disiplin ilmu. Teori ini juga merupakan hasil dari pengamatan dan pengalaman selama ia bekerja di pusat kesehatan mental keperawatan.

Model Sistem Neuman menggunakan sebuah sistem pendekatan untuk menggambarkan bagaimana klien mengatasi tekanan (stressor) dalam lingkungan internal atau eksternal mereka. Perawat yang menggunakan teori Neuman dalam praktek pelayanan mereka berfokus pada respons klien terhadap tekanan (Meleis, 2006 dalam Potter dan Perry, 2009). Model sistem Neuman menyoroti bahwa keadaan sehat dan sakit dari seseorang itu sebagai sistem yang holistik dan lingkungan mempengaruhi kesehatan. Klien dengan perawat membuat tujuan dan mengidentifikasi intervensi preventif yang sesuai. Individu, keluarga atau kelompok lain, komunitas atau jaringan sosial adalah sistem klien yang dilihat sebagai gabungan dari interaksi fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan, dan variabel spiritual (Tomey dan Alligood, 2002).

Konsep yang dikemukakan oleh Betty Neuman adalah konsep “**Health Care System**” yaitu model konsep yang menggambarkan aktifitas keperawatan yang ditujukan kepada penekanan penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri secara fleksibel atau normal maupun resisten dengan sasaran pelayanan adalah komunitas. Betty Neuman mendefinisikan manusia secara utuh merupakan gabungan dari konsep holistik (fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan dan variabel spiritual) dan pendekatan sistem terbuka. Sebagai sistem terbuka, manusia berinteraksi, beradaptasi dengan dan disesuaikan oleh lingkungan, yang digambarkan sebagai stressor (Chinn dan Jacobs, 1995 dalam Potter dan Perry, 2005).

Konsep utama yang terdapat pada model Neuman, meliputi: stresor, garis pertahanan dan perlawanan, tingkatan pencegahan, lima variabel sistem klien, struktur dasar, intervensi dan rekonstitusi (Fitzpatrick & Whall, 1989). Berikut ini akan diuraikan tentang masing-masing variabel: stressor: adalah kekuatan lingkungan yang menghasilkan ketegangan dan berpotensi untuk menyebabkan sistem tidak stabil. Neuman mengklasifikasi stressor sebagai berikut: stressor intrapersonal: terjadi dalam diri individu/keluarga dan berhubungan dengan lingkungan internal. Misalnya: respons autoimmune, stressor interpersonal: yang terjadi pada satu individu/keluarga atau lebih yang memiliki pengaruh pada sistem. Misalnya: ekspektasi peran, stressor ekstrapersonal: juga terjadi diluar lingkup sistem atau individu/keluarga tetapi lebih jauh jaraknya dari sistem dari pada stressor interpersonal. Misalnya: sosial politik.

Garis pertahanan menurut Neuman terdiri dari garis pertahanan normal dan garis pertahanan fleksibel. Garis pertahanan normal merupakan lingkaran utuh yang mencerminkan suatu keadaan stabil untuk individu, sistem atau kondisi yang menyertai pengaturan karena adanya stressor yang disebut wellness normal dan digunakan sebagai dasar untuk menentukan adanya deviasi dari keadaan wellness untuk sistem klien. Selain itu ada berbagai stressor yang dapat menginvasi garis pertahanan normal jika garis pertahanan fleksibelnya tidak dapat melindungi secara adekuat. Jika itu terjadi, maka sistem klien akan bereaksi dengan menampilkan adanya gejala ketidakstabilan atau sakit dan akan mengurangi kemampuan sistem untuk mengatasi stressor tambahan. Garis pertahanan normal ini terbentuk dari beberapa variabel dan perilaku seperti pola coping individu, gaya hidup dan tahap perkembangan. Garis pertahanan normal ini merupakan bagian dari garis pertahanan fleksibel.

Garis pertahanan fleksibel berperan memberikan respon awal atau perlindungan pada sistem dari stressor. Garis ini bisa menjauh atau mendekat pada garis pertahanan normal. Bila jarak antara garis pertahanan meningkat maka tingkat proteksipun meningkat. Oleh sebab itu untuk mempertahankan keadaan stabil dari sistem klien, maka perlu melindungi garis pertahanan normal dan bertindak sebagai buffer. Kondisi ini bersifat dinamis dan dapat berubah dalam waktu relatif singkat. Disamping itu hubungan dari berbagai variabel (fisiologi, psikologis, sosiokultur, perkembangan dan spiritual) dapat mempengaruhi tingkat penggunaan garis pertahanan diri fleksibel terhadap berbagai reaksi terhadap stressor.

Garis perlawanan menurut Neuman merupakan serangkaian lingkaran putus-putus yang mengelilingi struktur dasar. Artinya garis resisten ini melindungi struktur dasar dan akan teraktivasi jika ada invasi dari stressor lingkungan melalui garis normal pertahanan (**normal line of defense**). Misalnya mekanisme sistem imun tubuh. Jika **lines of resistance** efektif dalam merespon stressor tersebut, maka sistem depan berkonstitusi, jika tidak efektif maka energi berkurang dan bisa timbul kematian.

Tingkatan pencegahan ini membantu memelihara keseimbangan yang terdiri dari pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan Primer: terjadi sebelum sistem bereaksi terhadap stressor, meliputi: promosi kesehatan dan mempertahankan kesehatan. Pencegahan primer mengutamakan pada penguatan *flexible lines of defense* dengan cara mencegah stress dan mengurangi faktor-faktor resiko. Intervensi dilakukan jika resiko atau masalah sudah diidentifikasi tapi sebelum reaksi terjadi. Strateginya mencakup: imunisasi, pendidikan kesehatan, olah raga dan perubahan gaya hidup. Pencegahan sekunder meliputi berbagai tindakan yang dimulai setelah ada gejala dari stressor. Pencegahan sekunder mengutamakan pada penguatan **internal lines of resistance**, mengurangi reaksi dan meningkatkan faktor-faktor resisten sehingga melindungi struktur dasar melalui tindakan-tindakan yang tepat sesuai gejala. Tujuannya adalah untuk memperoleh kestabilan sistem secara optimal dan memelihara energi. Jika pencegahan sekunder tidak berhasil dan rekonstitusi tidak terjadi maka struktur dasar tidak dapat mendukung sistem dan intervensi-intervensinya sehingga bisa menyebabkan kematian. Pencegahan tersier: pencegahan ini dilakukan setelah sistem ditangani dengan strategi-strategi pencegahan sekunder. Pencegahan tersier difokuskan pada perbaikan kembali ke arah stabilitas sistem klien secara optimal. Tujuan utamanya adalah untuk memperkuat resistansi terhadap stressor untuk mencegah reaksi timbul kembali atau regresi, sehingga dapat mempertahankan energi. Pencegahan tersier cenderung untuk kembali pada pencegahan primer.

Model Sistem Neuman merupakan suatu pendekatan sistem yang terbuka dan dinamis terhadap klien yang dikembangkan untuk memberikan suatu kesatuan fokus definisi masalah keperawatan dan pemahaman terbaik dari interaksi klien dengan lingkungannya. Elemen-elemen yang ada dalam sistem terbuka mengalami pertukaran energi informasi dalam organisasi kompleksnya. Stress dan reaksi terhadap stres merupakan komponen dasar dari sistem terbuka. Klien sebagai sistem bisa individu, keluarga, kelompok, komunitas atau sosial issue (Tomey & Alligood, 1998). Klien sebagai suatu sistem memberikan arti bahwa adanya keterkaitan antar aspek yang terdapat dalam sistem tersebut. Kesehatan klien akan dipengaruhi oleh keluarganya, kelompoknya, komunitasnya, bahkan lingkungan sosialnya.

Struktur dasar berisi seluruh variabel untuk mempertahankan hidup dasar yang biasa terdapat pada manusia sesuai karakteristik individu yang unik. Variabel-variabel tersebut yaitu variabel sistem, genetik, dan kekuatan/kelemahan bagian-bagian sistem. Intervensi merupakan tindakan-tindakan yang membantu untuk memperoleh, meningkatkan dan memelihara sistem keseimbangan, terdiri dari pencegahan primer, sekunder dan tertier. Neuman (1995) mendefinisikan rekonstitusi sebagai peningkatan energi yang terjadi berkaitan dengan tingkat reaksi terhadap stressor. Rekonstitusi dapat dimulai menyertai tindakan terhadap invasi stressor. Rekonstitusi adalah suatu adaptasi terhadap stressor dalam lingkungan internal dan eksternal. Rekonstitusi bisa memperluas **normal line defense** ke tingkat sebelumnya, menstabilkan sistem

pada tingkat yang lebih rendah, dan mengembalikannya pada tingkat semula sebelum sakit. Yang termasuk rekonstitusi adalah faktor-faktor interpersonal, intrapersonal, ekstrapersonal dan lingkungan yang berkaitan dengan variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.

Asumsi Mayor terkait dengan paradigam keperawatan pada teori Neuman antara lain menjelaskan 4 unsur utama yang mendasar yaitu manusia, lingkungan, kesehatan, keperawatan (Neuman, 1995). Sistem model Neuman digunakan dalam praktik berbasis masyarakat/kelompok dan perawatan kesehatan masyarakat. Anderson, McFarland dan Helton (1986) Tommey dan Alligood (2002) adalah orang-orang yang pertama beradaptasi terhadap model ini dalam mengembangkan penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat di mana mereka mengidentifikasi kekerasan terhadap perempuan sebagai masalah kesehatan masyarakat utama. Dwyer, Walker, Suchman dan Coggiola (1995) Tommey dan Alligood (2002) menggunakan sebagai dasar bagi praktik-praktik kolaboratif oleh para praktisi perawat dan dokter di Pusat Perawatan Masyarakat University of Rochester. Hal ini digunakan untuk menggambarkan layanan dan efektivitas biaya di pusat kesehatan warga senior di Pennsylvania.

METODE

Metode yang digunakan adalah metode analisis kasus dengan menggunakan teori keperawatan Betty Neuman.

HASIL

Analisis hasil penelitian yang dikaji berdasarkan teori keperawatan Betty Neuman ialah: konsep mayor stressor interpersonal, karena stressor interpersonal berasal dari lingkungan eksternal, segala sesuatu pengaruh yang berasal di luar diri klien. Contohnya adalah: ekspektasi peran, bila merujuk pada kasus penelitian yaitu: peran orang tua kaitannya dengan pola asuh orang tua. Garis pertahanan dan perlawanan menurut Neuman terkait dengan kasus penelitian ini adalah: bila dilihat dari garis pertahanannya yaitu: garis pertahanan fleksibel (*flexible line of defense*) adalah lingkaran putus di luar model. Dalam hal ini, perilaku merokok termasuk dalam kategori perkembangan. Garis perlawanan dalam konsep yang disampaikan oleh Betty Neuman adalah garis pertahanan resisten (***lines of resistance***). Namun, berdasarkan kasus penelitian yang ada, garis pertahanan resistennya tidak ada karena individu/remaja tidak melakukan perlawanan, misalnya menghilangkan kebiasaannya dalam hal perilaku merokok. Pencegahan yang dilakukan adalah pencegahan sekunder.

Hubungan pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki, jika dikaitkan teori model sistem konseptual, menjadi jelas ada hubungan yang bermakna karena sistem terbuka yang dipaparkan menegaskan bahwa keluarga merupakan ruang lingkup terkecil dari sebuah hubungan sosial yang akan merefleksikan kepribadian atau karakter/perilaku seorang anak dalam hal ini

perilaku merokok pada anak laki-laki.

PEMBAHASAN

Betty Neuman menjelaskan bahwa klien adalah sistem terbuka. Salah satu sistem terbuka yang dimaksud ialah keluarga. Alasan keluarga disebut sebagai suatu sistem diantaranya ialah karena: 1) keluarga mempunyai subsistem, yaitu terdapat anggota, fungsi, peran, aturan, budaya, dan lainnya yang dipelajari dan dipertahankan dalam kehidupan keluarga, 2) terdapat saling berhubungan dan ketergantungan antar subsistem, 3) merupakan unit (bagian) terkecil dari masyarakat yang dapat mempengaruhi subsistem (Mubarak, dkk. 2009).

Keluarga memiliki perspektif dan karakteristiknya masing-masing. Warisan budaya keluarga akan mempengaruhi ibadah, pengasuhan anak, aktivitas rekreasi, dan pilihan makanan (Potter & Perry, 2009). Baylon dan Maglaya menjelaskan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu samalainya dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

Mubarak, dkk (2009) mengatakan bahwa terdapat dua peran yang mempengaruhi keluarga yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal dimaknai oleh keluarga dengan cara membagi peran secara merata kepada para anggotanya seperti cara masyarakat membagi peran-perannya menurut pentingnya pelaksanaan peran bagi berfungsinya suatu sistem. Peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu antara lain sebagai provider atau penyedia, pengatur rumah tangga perawat anak baik sehat maupun sakit, sosialisasi anak, rekreasi, memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal, peran terpeutik (memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan), dan peran sosial. Peran informal keluarga: bersifat implisit, biasanya tidak tampak, hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. Salah satu peran adaptif di dalam peran informal keluarga adalah: sebagai pendorong yang memiliki arti bahwa dalam keluarga terjadi kegiatan mendorong, memuji, dan menerima kontribusi dari orang lain. Sehingga ia dapat merangkul orang lain dan membuat mereka merasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengarkan. Tahap perkembangan keluarga dalam penelitian ini adalah tahap V: keluarga dengan anak remaja.

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa jumlah perokok di Indonesia yaituterbesar ketiga di dunia dan jumlah kematian akibat kebiasaan merokok mencapai 400 ribuorang per tahun (Kemenkes RI, 2012 *cit* Kharie, dkk, 2013). Perilaku merokok adalah reaksi individu yang diwujudkan dengan tindakan aktivitas terhadap stimulus berupa rokok (Nurlailah, 2010). Perilaku merokok merupakan masalah kesehatan masyarakat karena dapat menimbulkan berbagai penyakit bahkan kematian. Rokok dan berbagai produk tembakau

lainnya bersifat adiktif. Sifat adiktif ini dikarenakan adanya nikotin yang hanya terkandung dalam tembakau. Nikotin adalah zat psikoaktif yang bersifat adiktif yang dapat menimbulkan adiksi dengan cara yang sama dengan substansi lain seperti kokain dan heroin (Sheridan & Radmacher, 1992 *cit* Astuti, 2012).

Berdasarkan hasil uji statistic menggunakan **chi-square** menunjukkan ada hubungan bermakna antara pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki usia 15-17 tahun, dengan nilai $\rho = 0,003$ ($p < \alpha 0,05$). Penerapan pola asuh otoriter oleh orang tua yang selalu menekan, tidak memberikan kebebasan pada anak untuk berpendapat akan membuat anak tertekan, marah dan kesal kepada orang tuanya, akan tetapi anak tidak berani mengungkapkan kemarahannya itu dan melampiaskan kepada hal lain berupa perilaku merokok.

Berdasarkan penelitian orang tua yang memberikan kebebasan sepenuhnya kepada anak, kontrol yang minim apalagi dengan anak usia remaja 15-17 tahun yang merupakan fase remaja pertengahan dengan penuh gejala jiwa dapat menyebabkan penyimpangan perilaku pada anak, yang salah satunya perilaku merokok. Pola asuh permisif yang cenderung memberikan kebebasan pada anak untuk berbuat apa saja, dapat berpotensi membuat anak menjadi bingung dan salah arah dalam berperilaku (Agus, 2012, *cit* Kharie, 2014).

Agus (2012) *cit* Kharie (2014) mengemukakan bahwamengasuh anak secara demokratis lebih baik dari pada otoriter dan permisif. Orang tuayang menerapkan pola asuh demokratis memberikan bimbingan yang sesuai dengan perkembangan anak. Hourlock *cit* Thoha (1996: 111-112) mengemukakan ada tiga jenis pola asuh orang tua terhadap anaknya, yakni: pola asuh otoriter, pola asuh demokratis, dan pola asuh permisif. Pola asuh otoriter ditandai dengan cara mengasuh anak dengan aturan-aturanyang ketat, seringkali memaksa anak untuk berperilaku seperti dirinya (orang tua), kebebasan untuk bertindak atas nama diri sendiri dibatasi. Pola asuh demokratis ditandai dengan adanya pengakuan orang tuaterhadap kemampuan anak, anak diberi kesempatan untuk tidak selalu tergantung pada orang tua. Pola asuh ini ditandai dengan cara orang tua mendidik anak yangcenderung bebas, anak dianggap sebagai orang dewasa atau muda, ia diberi kelonggaran seluas-luasnya untuk melakukan apa saja yang dikehendaki.

Berbeda dengan hasil penelitian, anak dengan pola asuh demokratis yang berperilaku merokok ringan 2 orang sedangkan berat berjumlah 9 orang. Hal tersebut terjadi karena selain faktor pola asuh yang tepat terdapat faktor-faktor lain yang mempengaruhi anak untuk berperilaku merokok, antara lain dukungan keluarga, teman sebaya, dan media sosial. Keluargadengan perilaku merokok dapat membuat anak remaja juga berperilaku merokok, karena remaja cenderung meniru perilaku dari orang yang bermakna terutama keluarga. Presentasi anak laki-laki usia 15-17 tahun yang berperilaku merokok tertinggi yaitu perilaku merokok berat. Jenis pola asuh yang paling banyak diterapkan oleh orang tua pada anak laki-laki usia 15-17 tahun, yaitu pola asuh permisif.

Kaitan antara analisis hasil penelitian dengan teori yang disampaikan oleh Betty Neuman, maka Saya mendapatkan **blue print** yang dapat diambil, yaitu: Friedman mengemukakan bahwa struktur keluarga terdiri atas: pola dan proses komunikasi, struktur peran, struktur kekuatan, dan nilai-nilai keluarga. Keluarga memiliki pengaruh yang cukup besar kaitannya dengan perkembangan remaja, karena keluarga merupakan ruang lingkup terkecil yang memberikan dampak besar bagi terbentuknya kepribadian remaja. Pola asuh pun tidak kalah penting dalam pembentukan karakter atau perilaku yang melekat pada seorang remaja, perilaku yang positif maupun negatif, dalam hal ini yaitu perilaku merokok. Penerapan teori Betty Neuman pada pola asuh orang tua kaitannya dengan perilaku merokok ialah bahwa di dalam model sistem konseptual ada peran perawat dalam mengidentifikasi stressor yang meliputi: stressor intrapersonal dan ekstrapersonal dan membantu klien untuk berespon terhadap stressor. Kesulitan yang biasanya dialami bersumber dari stressor interpersonal, intrapersonal dan ekstrapersonal yang ada di lingkungan internal maupun eksternal. Stressor intrapersonal dapat bersumber dari keluarga, karena di dalam keluarga dibentuklah pembentukan karakter, dalam hal ini ialah perilaku. Pembentukan karakter berasal dari pola asuh yang ditanamkan oleh orang tua di dalam rumah.

Karakteristik keluarga sebagai sistem ditinjau dari sudut pandang perilaku anggota keluarga (pada sistem terbuka) akan menghasilkan suatu hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga, memiliki kesiapan, mampu berkembang sesuai dengan kondisi, keadaan harga diri yang terjadi ialah percaya diri, mengikat, dan mampu mengembangkan dirinya (Mubarak, dkk. 2009).

Berdasarkan konsep mayor model sistem Neuman dan dikaitkan dengan kasus penelitian stressor interpersonal, karena stressor interpersonal berasal dari lingkungan eksternal, segala sesuatu pengaruh yang berasal di luar diri klien. Stressor ini terjadi pada satu individu/keluarga atau lebih yang memiliki pengaruh pada sistem. Contohnya adalah: ekspektasi peran, bila merujuk pada kasus penelitian yaitu: peran orang tua kaitannya dengan pola asuh orang tua. Garis pertahanan dan perlawanan menurut Neuman terkait dengan kasus penelitian ini adalah: bila dilihat dari garis pertahanannya yaitu: Garis pertahanan fleksibel (*flexible line of defense*) adalah lingkaran putus di luar model. Garis pertahanan fleksibel berperan memberikan respon awal atau perlindungan pada sistem dari stressor. Kondisi ini bersifat dinamis dan dapat berubah dalam waktu relatif singkat. Disamping itu hubungan dari berbagai variabel (fisiologi, psikologis, sosiokultur, perkembangan dan spiritual) dapat mempengaruhi tingkat penggunaan garis pertahanan diri fleksibel terhadap berbagai reaksi terhadap stressor (Alligood & Tomey, 2006). Dalam hal ini, perilaku merokok termasuk dalam kategori perkembangan. Garis perlawanan dalam konsep yang disampaikan oleh Betty Neuman adalah garis pertahanan resisten (***lines of resistance***). Namun, berdasarkan kasus penelitian yang ada, garis pertahanan resistennya tidak ada karena individu/remaja tidak melakukan

perlawanan, misalnya menghilangkan kebiasaannya dalam hal perilaku merokok.

Pencegahan yang dilakukan adalah pencegahan sekunder, yaitu: penemuan kasus dini dan penanganan gejala. Penemuan kasus dini dapat diartikan bahwa: pada penelitian diperoleh data remaja yang telah menunjukkan perilaku merokok, dapat disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya adalah stressor yang muncul dalam diri remaja tersebut, sedangkan penanganan gejalanya bisa dilakukan dengan cara: memperkuat garis pertahanan resistensi internal, mengurangi reaksi, dan meningkatkan faktor resistensi (Neuman, 2011, *cit* Alligood, 2014).

KESIMPULAN

Teori yang dikemukakan oleh Betty Neuman ialah **Health Care System Model**. Menurut Betty Neuman tujuan dari asuhan keperawatan adalah tercapainya keseimbangan sistem klien. Berdasarkan konsep mayor model sistem Neuman dan dikaitkan dengan kasus penelitian, stressor yang muncul adalah stressor interpersonal, karena stressor interpersonal berasal dari lingkungan eksternal, yaitu: pola asuh orang tua. Garis pertahanannya adalah fleksibel (*flexible line of defense*) adalah lingkaran putus di luar model. Dalam hal ini, perilaku merokok termasuk dalam kategori pola koping, pola hidup, dan tingkat perkembangan. Lingkaran tebal diluar model. Dalam hal ini, perilaku merokok termasuk dalam kategori perkembangan. Garis perlawanan dalam konsep yang disampaikan oleh Betty Neuman adalah garis pertahanan resisten (**lines of resistance**). Namun, berdasarkan kasus penelitian yang ada, garis pertahanan resistennya tidak ada karena individu/remaja tidak melakukan perlawanan, misalnya menghilangkan kebiasaannya dalam hal perilaku merokok.

Klien sendiri (berdasarkan penelitian), adalah kelompok usia remaja yang dipandang oleh Neuman sebagai sistem terbuka (baik individu, keluarga, kelompok dan komunitas) yang terdiri dari struktur dasar atau faktor kehidupan. Hubungan pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki, jika dikaitkan teori model sistem konseptual, menjadi jelas ada hubungan yang bermakna karena sistem terbuka yang dipaparkan menegaskan bahwa keluarga merupakan ruang lingkup terkecil dari sebuah hubungan sosial yang akan merefleksikan kepribadian atau karakter/perilaku seorang anak dalam hal ini perilaku merokok pada anak laki-laki.

Keseimbangan sistem klien dapat tercapai apabila berfokus pada tindakan keperawatan: menurunkan stressor dengan memperkuat garis pertahanan yang resisten, normal dan fleksibel. Dalam hal ini pola asuh yang diberikan oleh keluarga akan menyempurnakan keseimbangan sistem yang ada pada seorang individu.

DAFTAR PUSTAKA

Agustiawati, I. (2014). Pengaruh pola asuh orang tua terhadap prestasi belajar

siswa pada mata pelajaran Akuntansi kelas XI IPS di SMA Negeri 26 Bandung Diakses pada tanggal 03 Oktober 2017.

Alligood, M.R. & Tomey, A.N. (2006). **Teori pakar keperawatan dan karya mereka**. 8th Indonesian Edition, ST. Louis: Mosby Elsevier, Inc.

Astuti, K. (2012). Gambaran perilaku merokok pada remaja di Kabupaten Bantul. INSIGHT Volume 10, Nomor 1, Februari 2012 <http://fpsi.mercubuana-yogya.ac.id/wp-content/uploads/2012/06/6.GAMBARAN-PERILAKU-MEROKOK-PADA-REMAJA-DI-KABUPATEN-BANTUL.pdf> Diakses tanggal 11 Oktober 2017

Kharie, dkk. (2014). Hubungan pola asuh orang tua dengan perilaku merokok pada anak laki-laki usia 15-17 tahun di Kelurahan Tanah Raja Kota Ternate diakses pada tanggal 04 Oktober 2017 dari <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/4056>

Mubarak, dkk. (2009). **Ilmu keperawatan komunitas konsep dan aplikasi**. Jakarta: Salemba Medika.

Neuman, B. (1989). **The Neuman systems model (2nd ed.)**. Norwalk, CT: Appleton-Lange.

_____. (1995). **The Neuman systems model (3rd ed.)**. Norwalk, CT: Appleton- Lange.

Potter dan Perry. (2005). **Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktek Edisi 4**. Jakarta: EGC.

_____. (2009). **Fundamental Keperawatan Buku 1 Edisi 7**. Jakarta: Salemba Medika.

Tomey dan Alligood. (2002). **Nursing Theory: Utilization & Application**. 3rd ed. Missouri: Elsevier Mosby Publications.

_____. (2002). **Nursing theorists and their work**. (5th ed.). Philadelphia: Mosby

THE CONCEPT APPLICATION OF KOLCABA THEORY TOWARDS

POST SURGERY PATIENTS’

Ahmad Muzaki¹, Fitri Arofiati²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

²Dosen Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Email : muzaki.ahmad1@yahoo.co.id

Abstract: Patients who undergo surgery almost entirely feel pain. Pain experienced by Patients after surgery could Affect the stability of hemodynamic and decreases the body’s immunity roommates can interrupt the healing process. The purpose of this assignment is to provide an overview of the application of nursing theory Katharine Kolcaba’s offer section with pain in post-surgical Patients. The application of the theory comfort in performing nursing care to Patients Effectively reduce pain after surgery. Application of comfort can be applied in the context of physiological context, psychospiritual, sociocultural and environmental. The sensation of pain experienced by Patients after surgery is the context of physical comfort (physiological) roommates Correspond to the physical sensations.

Keywords: Theory of comfort, post-surgical pain

INTRODUCTION

Nursing is a professional services form an integral part of health care based on nursing science and troubleshooting, servicing shaped bio-psycho-socio-spiritual comprehensive. Applied by applying professional nursing science and nursing theory in practice, education and research in nursing. In providing care requires knowledge of the behavior and human health as a unique individual and holistic (Potter and Perry, 2005).

Comfort theoretical approach developed by Kolcaba offer comfort as the forefront of the nursing process. Kolcaba holistic view that comfort is the comfort that includes a thorough physical comfort, psychospiritual, environmental, and psychosocial. The comfort level is divided into three relief where patients need comfort needs specifics, ease that is free from a sense of discomfort or increase a sense of comfort, and transcendence that is able to tolerate or adapt to discomfort (Kolcaba & Dimarco, 2005; Tomey & Alligood, 2006).

Harmer in (Alligood, 2014), states that the nursing care focuses on providing “comfortable environment”, and the nursing care of individual patients include happiness, comfort, relieve physical and mental, in addition to rest and sleep,

nutrition, hygiene and elimination. Good now in (Achir Yani S. Hamid & Kusman Ibrahim, 2014), in his book describes **the technique of Nursing** regarding patient comfort. Good now write a nurse uses his ability to provide comfort to the patient. Leisure includes both physical and mental, nurse responsibility does not end at physical nursing care. Emotional comfort so-called mental comfort and can be achieved by providing physical comfort and modify the patient's environment.

THEORETICAL MODEL KATHARINE KOLCABA

In Alligood, (2014) theory of **Comfort** from Kolcaba stressed on some main concepts and definitions, among others:

Health care needs

Kolcaba defining health care needs as a need for comfort evolving from a situation of stress in health care that can not be achieved by the recipient generally support systems (traditional). These needs include physiological needs, psychospiritual, sociocultural and the environment, all of which require monitoring.

Comfort measures / interventions comfort

Kolcaba states that care for comfort require at least three types of interventions **comfort**, namely:

1. Standard comfort intervention namely Technical measurement of comfort, an **intervention** was made to maintain **homeostasis** and pain control that exist, such as monitoring vital signs, results of blood chemistry, also including the treatment of pain.
2. **Coaching** (teaching) include interventions designed to reduce anxiety, provide information, hope, listen and help the recovery planning(**recovery**) and integration realistically or in the face of death in a manner appropriate to the culture.
3. **Comfort food for the soul**, include interventions made in the strengthening of something that can not be felt. Therapy for psychological comfort include massages, environmental adaptation that enhances peace and tranquility, **guided imagery**, music therapy, recalls, and others.

Intervening variables

Variables interact are interactions that influence the perception of the recipient of utmost comfort. These variables include past experience, age, attitude, emotional status, support system, prognosis, financial or economics, and all the elements in the experience of the recipient.

Enhanced comfort

Comfort is a concept that has a strong relationship in nursing. Sense of comfort is expressed or perceived status of the recipient of the intervention of comfort

are obtained. This is a holistic experience and provide power when someone needs it. Some types of **Comfort** were defined as follows:

1. **Relief (relief)** is the sense of comfort from the findings Orlando, which suggests that nurses alleviate the needs required by the patient.
2. **Ease** (tranquility) is the sense of comfort of the research results that describe Henderson there are 14 basic human functions that must be maintained during care delivery.
3. **Transcendence** translated from Paterson and Zderad research that explains that nurses assist patients in overcoming difficulties.

Kolcaba (2003) and then derive some of the above into context as follows:

1. Physiological, with regard to body
2. psychospiritual sensation with regard to internal self-awareness, which include self-esteem, self-concept, sexuality, the meaning of life to the relationship to a higher requirement.
3. Environment, with regard to the environment, conditions, influences from outside.
4. Sociocultural, with regard to interpersonal relationships, family and social relationships.

Health seeking behavior

Behavior seek help describe the purpose of the yield of the meaning of health, namely the attitude of the receiver when consulted about his health with a nurse. These categories can be derived from the internal (healing, immune function, etc.), external (activities related to health) or peaceful death (peaceful death).

Institutional integrity

is defined as the value of value, stability of financial and overall organization of health services in the local area, regional, and national levels. At the hospital system, the definition of an institution is defined as public health care, home care agencies, etc. When these institutions show that this will create the basis of appropriate practices and policies.

Comfort Theory Applications to Address Pain Patients Post-Surgery

Surgery causes tissue around is terminated (discontinuities) resulting in injury to tissue surgery. Injury for this surgery will activate nociceptors to release chemicals that will be forwarded by korn dorsalis and continued to the brain as pain perception. Within a few seconds after severe tissue damage will occur sensory massive flow into the spinal cord, this will cause the nerve tissue in the spinal cord becomes hyper-responsive. This reaction will cause the stimulation of pain due to a stimulus non noxious and in areas far from the injured tissue will also become more sensitive to stimulation of pain (Smeltzer and Bare, 2002; Skilton, 2003)

Pain in patients with post surgery if not promptly treated will affect hemodynamic changes, interruption of blood flow, coagulation, fibrinolysis, electrolyte and fluid imbalances increase needs of the respiratory system and cardiovascular system due to increased catabolic hormones (Hockenberry & Wilson, 2009).

Therefore the comfort theory according to which the author Katharine Kolcaba take is viewed from the aspect of the comfort level relief (relief). Comfort type of scene **relief** a sense of comfort from the findings Orlando, which suggests that nurses alleviate the needs required by the patient. Application of comfort can be applied in the context of context, **physiological**, *psychospiritual*, *sociocultural and environmental*. The sensation of pain experienced by patients after surgery is the context of physical comfort(**physiological**)which correspond to the physical sensations (Kolcaba, 2003).

THE ISLAMIC VIEW ABOUT KATHARINE KOLCABA'S THEORY COMFORT

Theory **comfort** Kolcaba is not separated from the viewpoint of the Islamic religion associated with the prayer recalls the human values that the human relationship with the creator. One element of humanity poured in (HR. Bukhari, 2262): “It has told us Yahya bin Bukair have told us Al Layth from ‘Uqail from Ibn Shihab that Salim informing him that’ Abdullah bin ‘Umar radiallahu’ anhuma proclaim that the Messenger sallallahu alaihi wasallam said: “a Muslim is a brother of another Muslim, he did not cruel and not allow it to be harmed. who helps the needs of his brother, God will help her needs. Anyone who removes the distress of a Muslim, Allah removes the distress him from Qiyamat day afflictions. And who cover (disgrace) of a Muslim, Allah will close her shame on the day of Judgment “.

God said to tell his lover, **Ibrahim as** in Surah ash-Shu'ara: 80.

وَإِذْ مَرَّ جُثَّةً فَهُوَ يَشْفِينِ ﴿٨٠﴾

“And when **i am ill, He is healing me.**”

In the letter al An'am (verse: 17), “**If Allah afflict thee something kemudharatan , then there is nothing but Him alone eliminate it. And if he brings any good, then He has power over all things.**”

It must be embedded in the patient or client confidence, resulting in the application of **theory Comfort** by Kolcaba can achieve a holistic point for the patient. With sufficient spiritual understanding, nurses and their patients and families can implement a comprehensive nursing with emphasis on components of **comfort food for the soul**.

CONCLUSION

From the study of the theory and analysis conducted by the author of the

theory of Katharine Kolcaba Applications can be deduced that focuses on the theory Kolcaba **Comfort** where Katharine Kolcaba has four central concept in nursing paradigm is human or clients, health, environment, and nursing. Looked comfort nursing theory is an intense assessment of the needs of comfort and convenience devise measures to address those needs.

BIBLIOGRAPHY

Al Quran

Al hadits

Achir Yani S.Hamid & Kusman Ibrahim, 2014. **Specialist Nursing Theory and their work**. Elsevier

Alligood, MR (2014), **Nursing Theorists and Their Work, Elsevier Mosby**,8th ed., Elsevier

Herlina (2012). **Applications comfort theory on nursing care of children**. Accessed from http://library.upnvj.ac.id/pdf/artikel/Majalah_Ilmiyah%20UPN/bw-vol23-no4-jun2012/191-197.pdf

Hockenberry, MJ, & Wilson, D. (2009). **Wong's essentials of pediatric nursing. (8th ed)**.St. Louis: Mosby Elsevier.

Kolcaba, K. (2003). **Comfort theory and practice: A holistic vision for health care**, New York: Springer.

Kolcaba, K., & DiMarco, MA (2005). **Comfort theory and its application to pediatric nursing**.Pediatric Nursing, Vol 31, No. 3, pp.187-194,

LJ Kozlowski Byerly, SK, Colantuoni, E., Thompson, CB, Vasquenza, KJ, Rothman, SK et al. (2012). **Pain Prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized population**.USA: Elsevier.

Owen, MI (2016). **An investigation of palliative care in heart transplant candidates utilizing Kolcaba's Theory of Comfort**. ProQuest Dissertations Publishing.

Potter & Perry. (2005). **“Fundamentals Of Nursing volume 1”**,Book of Medicine. EGC.Jakarta

Renillmiasih et al. **Kolcaba comfort theory application in addressing post-surgical pain in children laparotomy in RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo**. IPI Portal Garuda

Skilton, M. (2003). **Postoperative pain management in day surgery**. Nursing Standard, Vol. 17, No. 38, pp. 39-44.

Smeltzer, SC, & Bare, B G. (2002). **Textbook of Medical Surgical Nursing, 8th Edition Vol.3. Agung Waluyo**(translator). Jakarta: EGC.

Tomey, AM, & Alligood, MR (2006). **Nursing theorist and their work. (6th ed)**. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Wirasti, Nurhaeni & Syahreni (2016). **Applications comfort kolcaba theory in nursing care in children with fever in the child infection RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo**. Accessed from http://lib.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak/id_abstrak-20405369.pdf

ANALISIS PENERAPAN TEORI IMOGENE M KING DALAM

KEMAMPUAN KOMUNIKASI MAHASISWA PADA PELAKSANAAN INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE)

Hadirai¹, Titih Huriah²

¹STIKes YARSI Pontianak

²Magister Keperawatan Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
Jl. Lingkar Selatan, Kasihan Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta

Email: hadirai21@yahoo.com

Abstract: Communication is a social interaction that someone gives from someone else, it can be intentional or unintentional. Effective communication can reduce the barriers of process, physical, and psychosocial relation. Communication skills will be reduced if a person does not attend formal and non-formal training and education. Communication between health personel can be improved through professional education process. The aim for this paper is to analyze the application of Imogene M King theory in student communication skills on the implementation of Interprofessional education (IPE). Interpersonal communication can be effective if there is collaboration or collaboration between health professions so as to ensure the safety, effectiveness of services and health services focused on clients so that will make better health optimization. The Kings Conceptual System based of three interactions: personal, interpersonal and social systems. Students can learn to collaborate and communicate through IPE, so it is expected that ability of student communication give positive impact for health service.

Keywords: Imogene M King’s theory, communication, IPE.

PENDAHULUAN

Fenomena penerapan komunikasi tenaga kesehatan yang terjadi saat ini khususnya di Indonesia menunjukkan belum terlaksana dengan baik, dapat dilihat ketika berada di fasilitas kesehatan atau rumah sakit. Tenaga kesehatan menerapkan komunikasi yang kurang baik antara tenaga profesi dan pasien, seperti beberapa keluhan yang disampaikan oleh pengguna jasa yaitu keluhan sikap yang tidak ramah, kaku, pemarah, tidak ada respons, acuh tak acuh, berbicara seenaknya, tidak menunjukkan sikap seorang profesi, tidak mau menerima masukkan orang lain (Orbayinah, dkk, 2016).

Salah satu upaya untuk mewujudkan kolaborasi antar tenaga kesehatan adalah dengan memperkenalkan sejak dini paktik kolasborasi melalui proses pendidikan (Mulyono et al., 2011). Setiap profesi memiliki tujuan pendidikan

yang unik, ukuran hasil, jadwal klinis, dan budaya, nilai, dan kepercayaan. Hal ini dapat menyebabkan kurangnya komunikasi dan kolaborasi antara profesional kesehatan, yang merupakan penyebab kesalahan (Hudson *et al.*, 2013).

Pada dasarnya komunikasi adalah sharing informasi, baik secara tertulis maupun secara lisan. Manusia menyampaikan informasi melalui berbagai metode. Namun, semua bentuk komunikasi memerlukan elemen dasar yang sama: pembicara atau pengirim informasi, pesan, dan audiens atau penerima. Pengirim dan penerima juga harus berbagi bahasa atau sarana untuk saling memahami agar komunikasi menjadi sukses (Velentzas and Broni, 2014).

Salah satu ayat dalam Al-Qur'an terkait komunikasi ada dalam surat Al-Hujarat/49: 13, yang berbunyi:

”Hai manusia, sesungguhnya kami menciptakan kamu dari laki-laki dan perempuan dan menjadikan kamu berbangsa-bangsa dan bersuku-suku supaya kamu saling mengenal. Sesungguhnya orang yang paling mulia di antara kamu di sisi Allah ialah orang yang paling bertaqwa di antara kamu. Sesungguhnya Allah maha mengetahui lagi maha mengenal”.

Kurangnya kemampuan komunikasi dapat terjadi jika tidak adanya pelatihan atau pendidikan penerapan kolaborasi antar tenaga kesehatan. Kemampuan kolaborasi antar tenaga kesehatan dapat ditingkatkan melalui perubahan proses pendidikan profesional (Orbayinah, dkk, 2016). King mengatur pengetahuan yang ada dalam keperawatan, serta memperluas basis pengetahuan untuk praktik keperawatan. King mengidentifikasi konsep sistem sosial, kesehatan, interpersonal hubungan dan persepsi sebagai universal terhadap disiplin keperawatan. Kerangka konseptual dan teori pencapaian tujuan King banyak digunakan pada keperawatan saat ini. Penekanan King pada peran klien serta perawat dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan kesehatan adalah komunikasi antar personal yang menggunakan **King's General Systems Framework** dan teori pencapaian tujuan (Alligood, 2013).

King's Conceptual System terdiri dari tiga sistem interaksi: sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. King mengidentifikasi sekelompok konsep untuk masing-masing sistem, yang jika dipertimbangkan bersama-sama dapat menentukan proses sistem itu. Komunikasi atau interaksi perawat-pasien mengarah pada pencapaian tujuan telah diterapkan di berbagai bidang praktik keperawatan (Alligood, 2013).

King menempatkan konsep interaksi dalam sistem interpersonal karena interaksi terjadi antara dua orang atau lebih. Komunikasi yang didefinisikan oleh King sebagai pertukaran informasi. King mengutarakan interaksi sangat penting dalam mengembangkan hubungan melalui hubungan inilah pertumbuhan, perubahan, dan pengembangan pribadi terjadi sehingga kualitas interaksi harus dimiliki. King tidak membedakan antara hubungan interaksi (dukungan sosial) dan

kesehatan, kesehatan sistem perorangan (individu) dan sistem sosial (keluarga) (Frey, 1989). Persiapan pembelajaran yang lebih lanjut diperlukan untuk mengembangkan kemampuan komunikasi antara tenaga kesehatan sehingga meningkatkan kerjasama yang kompeten, berkualitas terhadap pelayanan, salah satu metode yang dapat digunakan adalah melalui **interprofessional education**.

Interprofessional education (IPE) merupakan suatu pelaksanaan pembelajaran yang diikuti oleh dua atau lebih profesi yang berbeda untuk meningkatkan kolaborasi dan kualitas pelayanan dan pelaksanaannya dapat dilakukan dalam semua pembelajaran, baik itu tahap sarjana maupun tahap pendidikan klinik untuk menciptakan tenaga kesehatan yang profesional (ACCP, 2009). Banyak hasil yang bermanfaat dari IPE klinis bagi para profesi. IPE tidak hanya merangsang komunikasi **intra-profesional**, namun juga memfasilitasi komunikasi antara dokter dari berbagai profesi dengan saling mempromosikan saling pengertian dan saling menghormati (Geissler et al., 2002). Dokter juga mengalami peningkatan kepercayaan pribadi dan profesional dan meningkatkan kepuasan kerja sebagai hasil IPE (Sinclair, 2004; Parsell & Bligh, 1998). Selanjutnya, IPE klinis mendorong profesional untuk mengambil bagian dalam praktik reflektif dimana mereka secara kritis memeriksa kinerja klinis mereka dan membuat modifikasi yang tepat untuk memperkuat kinerja ini (Geissler et al., 2002). Semua manfaat IPE klinis di atas menghasilkan peningkatan kualitas praktik klinis dan perawatan pasien (Lumague et al., 2006).

Metode dan nilai ini sangat penting untuk kesuksesan dalam pengaturan tim perawatan kesehatan dimana fungsionalitas tim dan keselamatan pasien adalah prioritas. Perawat bisa memanfaatkan keahlian mereka terlibat dengan dokter dan profesional kesehatan lainnya dengan cara yang efektif sebagai anggota vital dari tim dan sebagai pemimpin dalam tim melalui pendukung orang lain. Dengan mengasah mereka keterampilan praktik kerja sama dalam pemrograman IPE, profesional keperawatan di semua tingkatan akan lebih mungkin untuk memanfaatkan keterampilan ini dalam praktik klinis mereka sendiri (**National League for Nursing**, 2015).

Berdasarkan uraian fenomena dan kasus di atas, terbukti kemampuan komunikasi tenaga kesehatan mempengaruhi kualitas dalam pemberian pelayanan kesehatan di tatanan klinik atau rumah sakit. Maka penulis tertarik membahas tentang “Analisis penerapan teori Imogene M King dalam kemampuan komunikasi mahasiswa pada pelaksanaan Interprofessional education (IPE)”.

ANALISIS

King mengatakan setiap individu adalah sistem **personal** (sistem terbuka)

yang meliputi persepsi, diri, pertumbuhan dan perkembangan, citra tubuh dan waktu. Persepsi merupakan gambaran seseorang tentang objek, orang dan kejadian-kejadian. Persepsi orang ke orang lain akan berbeda dan hal ini tergantung dengan pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan dan status emosi sehingga seseorang akan berpengaruh dalam berinteraksi dan berkomunikasi. Tubuh kembang juga dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Perubahan ini biasanya terjadi dengan cara yang berbeda setiap masing individu serta dipengaruhi oleh fungsi genetik, pengalaman yang bearti dan memuaskan, yang berdampak pada bawaan citra diri bagaimana orang merasakan tubuhnya dan bereaksi untuk berpenampilan. Ruang dan waktu dapat dijadikan suatu pengalaman seseorang terhadap kajadian yang pernah dialaminya (Alligood, 2013). Dikaitkan dalam penerapan IPE, sistem personal berpengaruh terhadap seseorang untuk berinteraksi dan berkomunikasi terhadap diskusi bersama mengenai konsep pemberian pelayanan kesehatan pada pasien.

Sistem **interpersonal** terbentuk oleh interaksi antara manusia baik itu antara dua orang atau lebih. King mengatakan sistem **interpersonal** meliputi interaksi, komunikasi, transaksi, peran dan stress. Tingkah laku seseorang yang dapat dilihat oleh dua orang atau lebih dalam hubungan timbal balik dikatakan interaksi. Selama proses interaksi ada komunikasi yang dilalui oleh seseorang dengan orang lain dimana informasi yang diberikan baik secara langsung maupun tidak langsung, baik berupa tulisan maupun lisan serta ada transaksi informasi antara dua orang atau lebih sehingga seseorang berperan sebagai pemberi dan disaat yang lain sebagai penerima suatu informasi. Jika seseorang dapat berinteraksi secara baik dengan lingkungan maupun orang lain maka seseorang dapat mengontrol keadaan yang seimbang (tidak stress), begitu juga sebaliknya jika seseorang tidak dapat mengontrol keadaan yang seimbang maka akan mengalami keadaan stress (Alligood, 2013). Keterkaitan dalam penerapan IPE, sistem **interpersonal** berpengaruh terhadap bagaimana seseorang dapat berinteraksi dan berkomunikasi dengan orang lain sehingga informasi yang disampaikan dapat diterima oleh orang lain dengan baik untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien.

Sistem sosial merupakan sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan. Menurut King, sistem sosial meliputi organisasi, otoritas kekuasaan, status dan pengambilan keputusan (Alligood, 2013). Keterkaitan dalam penerapan IPE, sistem sosial berpengaruh bagaimana seseorang berada didalam kelompok diskusi berhubungan dengan peraturan formal maupun nonformal, setiap profesi memiliki arah dan wewenang tersendiri dalam pengambilan dan pembuatan keputusan untuk memberikan tahapan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Penerapan komunikasi sistem King dalam pelaksanaan IPE dapat meningkatkan kerjasama, membina kerjasama yang kompeten, meningkatkan kualitas perawatan pasien yang komprehensif. Tidak hanya sesama mahasiswa, dosen, pembimbing klinik serta penanggung jawab terlibat dalam komunikasi untuk

mengurangi terjadinya gangguan komunikasi, meningkatkan semangat dan efisiensi.

Praktisi pemberi pelayanan di lapangan memperoleh pemahaman yang lebih besar tentang peran dan keterampilan profesi lainnya dan mulai mengembangkan keterampilan dalam kerja tim interprofessional. Namun, ada hambatan dalam pelaksanaan salah satunya adalah komunikasi. Sehingga komunikasi sangat penting untuk mengatasi hambatan-hambatan ini sebagai persiapan mahasiswa dan praktisi profesi kesehatan yang lebih baik demi praktik kolaborasi hingga perubahan sistem pelayanan kesehatan yang baik dengan tujuan supaya pesan yang kita sampaikan dapat dimengerti orang lain, dapat memahami orang lain serta menggerakkan orang lain untuk melakukan sesuatu (Orbayinah, 2016).

Dalam berkomunikasi dengan klien dan keluarganya, praktisi profesi kesehatan harus mampu memilih kata-kata yang tidak banyak disalah tafsirkan, terutama sangat penting, terutama sangat penting ketika menjelaskan tujuan terapi, terapi dan kondisi klien. Komunikasi non verbal mempunyai dampak yang lebih besar daripada komunikasi verbal. Komunikasi non verbal dapat disampaikan melalui beberapa cara, yaitu penampilan fisik, sikap tubuh dan cara berjalan, ekspresi wajah dan sentuhan. Komunikasi yang buruk memberikan dampak pada buruknya hubungan antar individu serta kelompok. Tatanan klinik seperti rumah sakit yang dinyatakan sebagai salah satu sistem dari kelompok sosial mempunyai kepentingan yang tinggi di dalamnya dalam unsur sebuah komunikasi.

Berdasarkan kasus diatas peneliti menyimpulkan, komunikasi antarpersonal dapat dilakukan efektif jika adanya kerjasama atau kolaborasi antar profesi kesehatan sehingga dapat menjamin keselamatan, keefektifan pelayanan dan pelayanan kesehatan terfokus pada klien sehingga akan membuat keoptimalan kesehatan yang lebih baik.

KESIMPULAN

Kings Conceptual System memikirkan tiga interaksi yaitu: sistem personal, interpersonal dan sosial. Ke-tiga system King tersebut diterapkan dalam pelaksanaan IPE dimana mahasiswa dapat belajar berkolaborasi dan berkomunikasi melalui IPE, sehingga diharapkan kemampuan kemampuan komunikasi mahasiswa dapat memberikan hal yang positif bagi pelayanan kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang telah memberikan dorongan baik moril maupun materil kepada penulis. Oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Titih Huriah, Ns, M. Kep., Sp. Kom selaku pembimbing dalam penyusunan laporan Modul I.
2. Semua rekan-rekan seangkatan yang telah memberikan dorongan dan motivasi dalam penyusunan laporan Modul I.
3. Pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu yang juga telah banyak membantu baik support maupun do'a.

REFERENSI

- Alligood, M.R. (Ed.), 2013. *Nursing theory: utilization & application*, Fifth edition. ed. Elsevier Mosby, St. Louis, Missouri.
- American College of Clinical Pharmacy (ACCP), 2009. *Interprofessional education: Principle and application, a framework for clinical pharmacy*. *Pharmacotherapy*, 29 (3): 145-164.
- Frey, M.A., 1989. *Social support and health: A theoretical formulation derived from King's conceptual framework*. *Nurs. Sci. Q.* 2, 138-148.
- HPEQ-Project, 2011. *Mahasiswa kesehatan harus tahu: Berpartisipasi dan berkolaborasi dalam sistem pendidikan tinggi ilmu kesehatan*. Jakarta: Dikti Kemendikbud.
- Hudson, C.E., Sanders, M.K., Pepper, C., 2013. *Interprofessional Education and Prelicensure Baccalaureate Nursing Students: An Integrative Review*. *Nurse Educ.* 38, 76-80. doi:10.1097/NNE.0b013e318282996d
- Lumague, M., Morgan, A., Mak, D., Hanna, M., Kwong, J., Cameron, C., Zener, D., Sinclair, L., 2006. *Interprofessional education: The student perspective*. *J. Interprof. Care* 20, 246-253. doi:10.1080/13561820600717891.
- National League for Nursing, 2015. *Guide to effective interprofesional education experience in nursing education*. Robert Wood Johnson Foundation.
- Orbayinah, dkk, 2016. *Tingkat kemampuan komunikasi mahasiswa setelah terpapar interprofesional education (IPE) di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*. Laporan Penelitian Kemitraan.
- Velentzas, J., Broni, D.G., 2014. *Communication cycle: Definition, process, models and examples*, in: *Proceeding of the 5th International Conference on Finance, Accounting and Law (ICFA□ 14)*. pp. 117-131.

**CASE STUDY: APPLICATION ROY ADAPTATION MODEL IN PATIENT
HIV/AIDS**

Maria Julieta Esperanca Naibili¹, Arianti²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
julietanaibili@gmail.com

²Dosen Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, ariimoon@gmail.com

Abstract: *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* is a stressful event with several functional, physical, psychological, social and spiritual that affect living balances. With coping strategies, help patients try to control problems and return to good life. The aim of this study is to investigate nursing approach based on Roy Adaptation Model in Patient HIV/AIDS. Methods : we searched by Google Search, Google Scholar, and PubMed use keywords HIV/AIDS, impact of HIV/AIDS, Roy Adaptation Model. Literature is used fulfill inclusion criteria such as clinical study, observational, systematic review, and metaanalysis. Exclusion criteria such as study for animal and invitro. Result of searched literature find eight articles describing a nursing approach and model is general used is Roy Adaptation Model which classification four mode adaptation are physiologic mode, self-concept mode, role function mode, and interdependence mode. Roy Adaptation model outcome promotion adaptation in patients HIV/AIDS. The use of models in nursing provides nurses to focus on the role of nursing and its application rather than medical practice. In addition, it helps patient care to be systematic, purposeful, controlled and effective. Roy Adaptation Model increase adaptation and quality of life. RAM evaluated in the four modes to provide holistic care.

Key words : HIV/AIDS, **impact of** HIV/AIDS, Roy **Adaptation Model**

PENDAHULUAN

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan salah satu infeksi retroviral yang menyerang sistem kekebalan tubuh atau imunitas dengan menghancurkan atau merusak fungsi sistem imun sehingga mengakibatkan kerusakan progresif dan defisiensi imun yang berdampak lanjut menjadi *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* (WHO, 2016).

Berdasarkan **World Health Organization (WHO)** (2016) epidemi global HIV, jumlah orang yang hidup dengan HIV tahun 2016 total 36.7 juta, orang yang baru terinfeksi HIV total 1.8 juta dan orang yang meninggal dengan AIDS total 1.0 juta. Di Indonesia HIV tahun 2015 (30.935) dan tahun 2016 (7.146). Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Maret 2016 sebanyak 198,219. AIDS tahun 2015 (6.373) dan 2016 (305). Jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987 sampai dengan Maret 2016 sebanyak 78.292 orang. Sejak pertama

kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Maret 2016, HIV-AIDS tersebar di 407 (80%) dari 507 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia (Kemenkes RI, 2016). Berdasarkan data Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) kabupaten Belu, provinsi Nusa Tenggara Timur hingga Juni 2017 terdapat 1.019 kasus HIV/AIDS. Kabupaten Belu menduduki peringkat kedua di provinsi Nusa Tenggara Timur setelah kabupaten Kupang (Manek, 2017).

Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) adalah suatu penyakit yang penuh tekanan dengan beberapa masalah fungsional kehidupan baik fisik, psikologi, sosial maupun spiritual yang mempengaruhi keseimbangan hidup individu. Aspek psikologis dipengaruhi oleh beberapa faktor mencakup stigma, resisten obat dan efek samping, respon emosional terhadap tes HIV-positif. Selanjutnya respon emosional terhadap tes HIV-positif berupa syok, ketidakpercayaan, panik, takut, kesalihan, marah, putus asa, rasa bersalah, mati rasa, dan terjadi penurunan minat dan aktivitas seksual yang romantis dengan pasangan. Semua faktor tersebut menyebabkan tekanan psikologis, menurunkan kualitas hidup, membatasi akses dan penggunaan layanan kesehatan, dan mengurangi kepatuhan terhadap antiretroviral (ARV) (Remien dan Rabkin, 2001) ; (Vreeman dan Scanlon, 2015) ; (Poku, 2016). Aspek sosial orang yang menderita HIV/AIDS dianggap aib akibatnya ODHA sering dikucilkan dan dijauhi dalam pergaulan di masyarakat sehingga penderita menjadi isolasi sosial (Samhkaniyan, 2015) ; (Li X, **et al cit** Ardani, 2017). Aspek fisiologis, setelah infeksi HIV ditambah dengan stres psikososial-spiritual yang dialami pasien HIV menurut konsep psikoneuroimunologis, dapat menekan sistem imun (Apasou dan Sitkorsky, 1999 **cit** Nursalam, 2007), penurunan jumlah CD4 dan pasien menjadi rentan terhadap infeksi sekunder. Lebih lanjut hasil penelitian Olisah, **et al** (2016) menunjukkan bahwa pasien dengan jumlah CD4 < 150 lebih cenderung mengalami depresi. Hasil penelitian Evans, **et al**, (2012) **cit** Sasraku, **et al** (2016) menunjukkan hubungan yang signifikan antara infeksi HIV dan depresi, termasuk jumlah CD4 yang lebih rendah dan **viral load** yang lebih tinggi (Watkins, et al, 2011 **cit** Sasraku, **et al**, 2016).

Kondisi tersebut memerlukan perawatan yang holistik, khususnya dalam mengatasi stres psikososial-spiritual. Perawat yang memberikan perawatan holistik pada pasien HIV/AIDS sangat penting. Perawatan holistik dengan menggunakan model keperawatan “Roy **Adaptation Model**”, melalui model ini perawatan tidak berpusat pada pelayanan rutinitas tetapi lebih berfokus pada pasien. Selain itu, model ini memberikan gambaran bagi perawat tentang konsep dan hubungannya sehingga perawat dapat mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang muncul. Model ini membuat perawat fokus pada peran keperawatan dan penerapannya dibandingkan praktik medis. Selain itu membantu perawatan pasien menjadi sistematis, terarah, terkendali, dan efektif serta membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sehari-hari yang berkualitas tinggi dengan tenaga kerja kurang.

Namun sampai saat ini model asuhan keperawatan yang sesuai pada pasien

HIV di Indonesia dalam mempercepat respons adaptif (biologis, psikologis dan spiritual) belum ditemukan. Perawat merupakan faktor yang mempunyai peran penting pada pengelolaan masalah HIV/AIDS dengan memfasilitasi dan mengarahkan coping pasien yang konstruktif agar pasien dapat beradaptasi dengan penyakitnya (Nursalam, 2007). Salah satu pendekatan yang digunakan adalah model adaptasi Roy yang bertujuan meningkatkan adaptasi individu dan kelompok pada kesehatan, kualitas hidup, hingga meninggal dengan terhormat. Apabila mekanisme coping tidak efektif, maka penyakit akan muncul. Sehat akan terwujud jika individu terus beradaptasi. Oleh karena manusia beradaptasi terhadap suatu stimulus manusia bebas berespon terhadap stimulus lainnya. Pembebasan energi dari upaya coping yang tidak efektif dapat meningkatkan penyembuhan dan kesehatan (Alligood, 2017).

METODE

Penelusuran literatur dilakukan melalui Google Search, Google Scholar, dan Pubmed dengan kata kunci HIV/AIDS, **impact of HIV/AIDS**, Roy **Adaptation Model**. Literatur yang digunakan memenuhi kriteria inklusi berupa studi klinis, observasional, review sistematis, dan metaanalisis serta kriteria eksklusi berupa studi pada hewan dan invitro dengan masa publikasi 10 tahun terakhir.

Hasil

Hasil pencarian literatur menemukan delapan artikel yang menjelaskan pengelompokan data menjadi empat mode adaptif sesuai dengan model adaptasi Roy. Mode fisiologis adalah penurunan respon imun misalnya CD4, infeksi oportunistik pada sistem pernapasan mencakup batuk kronis, ISPA, TBC, pneumonia ; sistem pencernaan mencakup penurunan berat badan, diare kronis, malabsorpsi ; sistem persyarafan meliputi neuralgia ; sistem integument meliputi herpes dan alergi. Mode konsep diri berupa syok, ketidakpercayaan, panik, takut, kesalahan, marah, putus asa, rasa bersalah, mati rasa, depresi, penurunan minat dan aktivitas seksual yang romantis dengan pasangan, dan isolasi sosial. Mode fungsi peran pasien tidak dapat memenuhi tanggung jawab di rumah dan tempat kerja, perasaan ditolak/terisolasi, perasaan minder dan tak berguna di masyarakat. Mode interdependensi adalah ketidakpuasan dengan hubungan, adanya dukungan sosial dari pasangan, keluarga, dan kelompok.

PEMBAHASAN

Pendekatan asuhan keperawatan Teori Adaptasi Sister Callista Roy mengemukakan manusia sebagai suatu sistem adaptasi (Alligood, 2017). Model ini memandang individu sebagai suatu integrasi yang utuh dalam sistem adaptasi yang selalu berinteraksi dengan lingkungan. Seseorang yang mengikuti proses yang berkelanjutan untuk mencapai tujuan, integritas dan pemenuhan dari kekuatan yang maksimal (Roy & Andrews, 1991) *cit* (DeHaan, 1995). Proses ini merupakan adaptasi terhadap perubahan untuk membangun diri, melalui stimulus dari

lingkungan. Lingkungan terdiri atas semua faktor yang ada di sekeliling individu yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu. Lingkungan sebagai suatu perubahan yang dinamis. Stimulus dari lingkungan mendorong individu untuk merespon dan mengembalikan pengaruh dan perubahan pada lingkungan. Stimulus lingkungan terdiri dari stimulus fokal, stimulus kontekstual, dan stimulus residual (Alligood, 2017). Stimulus fokal adalah stresor utama yang menyebabkan atau memicu seseorang untuk merespon dengan segera. Stimulus kontekstual merupakan semua faktor yang mempengaruhi seseorang untuk merespon pada stresor utama. Stimulus residual adalah faktor-faktor yang diduga tetapi tidak dapat diperkuat atau dibuktikan (Roy & Andrews, 1991) **cit** (DeHaan,1995).

Kombinasi dari stimulus fokal, kontekstual, dan residual menjadi masukan dalam mekanisme koping yang dapat diklasifikasikan sebagai regulator dan kognator. Regulator terdiri dari **autonomic neural, chemical, dan endocrine processes** ; Kognator melibatkan proses psikologis seperti **perception, judgment, learning, dan emotion**. Mekanisme koping (regulator dan kognator) merupakan pembawaan lahir dan diperoleh melalui pembelajaran. Mekanisme koping dimanifestasi melalui respon perilaku yang adaptif atau maladaptif. Sebuah respon adaptif mempertimbangkan makna/pemahaman integritas dan keselarasan dengan maksud dan tujuan dari keberadaan, sedangkan respon maladaptif tidak mampu merespon secara efektif (Roy & Andrews, 1991) **cit** (DeHaan,1995).

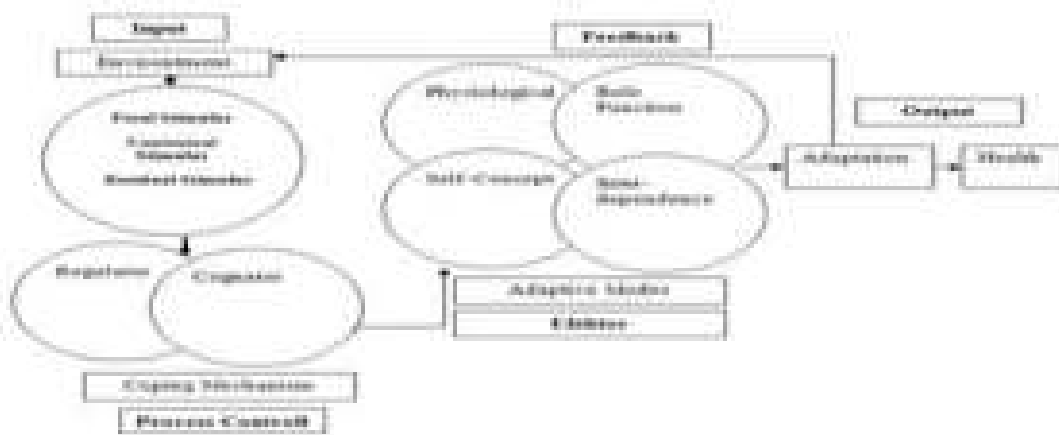
Ketika suatu respon adaptif tercapai, energi yang digunakan selama proses adaptasi dibebaskan, memungkinkan seseorang untuk merespon stimulus yang lain. Cara ini merupakan suatu proses adaptasi aktif yang mendorong diri terus-menerus mencapai tujuan hidup. Tujuan tersebut memberikan kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, dan keunggulan (Roy & McLeod, 1984) **cit** (DeHaan, 1995). Respon yang maladaptif melemahkan dan menghalangi mencapai tujuan hidup. Respon stimulus dapat adaptif atau maladaptif bergantung pada tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang ditentukan oleh kombinasi semua faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk merespon dalam cara adaptif. Jika stimulus fokal keluar dari area, maka seseorang tidak dapat merespon secara efektif. Tingkat adaptasi dapat diubah salah satunya memodifikasi stimulus fokal seperti metode jatuh dalam zona Adaptasi, atau memodifikasi stimulus kontekstual ke dalam zona yang diperluas kepada Respon Adaptif (Roy & Andrews, 1991) **cit** (DeHaan,1995).

Asuhan Keperawatan secara langsung merawat dan memperkuat perilaku adaptif, mengubah perilaku maladaptif. Hal ini dapat tercapai dengan manajemen stimulus lingkungan dan menguatkan atau memodifikasi tingkat adaptasi seseorang sehingga memungkinkan respon adaptif.

Asuhan keperawatan merencanakan dan mengevaluasi perilaku yang terwujud dalam setiap empat mode adaptif yaitu **Physiological, self-concept, role function, dan interdependence**. Perilaku dikategorikan dalam mode yang memfasilitasi pengkajian dan mengevaluasi respon. Secara operasional,

keempat mode tersebut saling berhubungan ; perilaku merupakan suatu model yang mempengaruhi mode lain. Gabungan perilaku dalam empat mode menggambarkan adaptasi individu secara khusus pada suatu waktu. Pemahaman ini bahwa adaptasi adalah suatu keadaan atau hasil akhir dari sebuah proses adaptasi (Lutjens, 1991) *cit* DeHaan (1995). Tujuan asuhan keperawatan menurut Model Adaptasi Roy adalah meningkatkan adaptasi, meningkatkan kemampuan individu mencapai penyembuhan dan kesejahteraan yang tinggi (Roy & Roberts, 1981) *cit* DeHaan (1995) ; (Alligood, 2017). Roy mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan dan proses menjadi sebuah integrasi dan keutuhan seseorang. Kesehatan mendeskripsikan fungsi integrasi dan proses dari usaha seseorang untuk mencapai kekuatan yang maksimal (Lutjens, 1991) *cit* (DeHaan, 1995). Adaptasi didefinisikan sebagai proses yang terjadi. Kesehatan merupakan refleksi dari adaptasi, untuk meningkatkan adaptasi, melalui asuhan keperawatan.

Konsep Teori Adaptasi Roy manusia sebagai suatu sistem adaptif pada gambar 1



Gambar 1. Teori Manusia sebagai suatu sistem Adaptif (Roy & Mcleod, 1981) *cit* DeHaan (1995) ; (Alligood, 2017) telah di Modifikasi oleh Penulis

Tabel 1. Iktisar Mode Adaptif

Subsistem	Mode Adaptif	Kebutuhan Koping
Regulasi	Fisiologi berfokus pada diri individu sebagai manusia dalam berespon dan berinteraksi terhadap lingkungan internal dan eksternal Kebutuhan dasar : Integritas fisiologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oksigenasi 2. Nutrisi 3. Eliminasi 4. Aktivitas dan istirahat 5. Perlindungan 6. Integritas 7. Cairan, elektrolit dan keseimbangan asam basa 8. Fungsi neurologis 9. Fungsi endokrin
Kognitif	Konsep diri Kebutuhan dasar : Integritas psikospiritual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi Tubuh 2. Citra Tubuh 3. Personal Diri 4. Ideal diri/bayangkan diri
	Fungsi Peran Kebutuhan dasar : Integritas sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi peran 2. Keefektifan periode perubahan peran 3. Kombinasi dari peran <i>primary, secondary</i> dan <i>tertiary</i> 4. Keefektifan peran yang ubah 5. Keefektifan mekanisme koping terhadap perubahan peran 6. Kombinasi peran yang efektif 7. Kesiambungan dan kesetiaan peran 8. Tanggungjawab terhadap peran
	Interdependensi Kebutuhan dasar : Integritas keberagamaan Kebutuhan dasar : Integritas keberagamaan Kebutuhan dasar : Integritas keberagamaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahanan penilaian positif terhadap identitas seseorang 2. Pertahanan hubungan yang erat dan saling mendukung dengan keluarga dengan membentengkan cinta, rasa hormat, dan penghargaan.

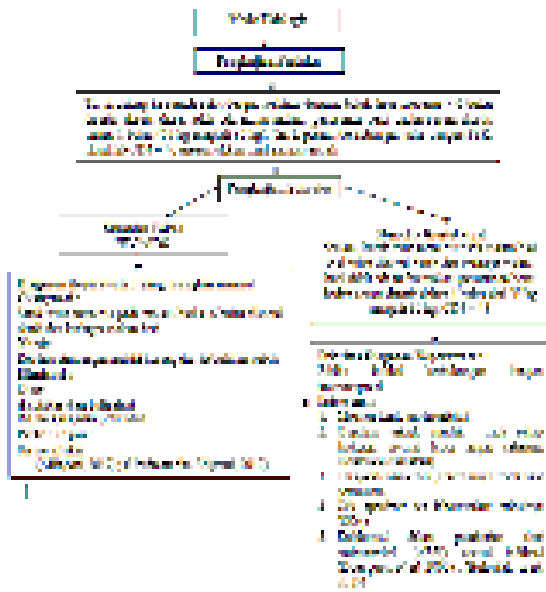
Sumber : (Alligood, 2017 ; Ursavas, *et al*, 2014)

APLIKASI TEORI ADAPTASI ROY (ROY **ADAPTATION MODEL**)

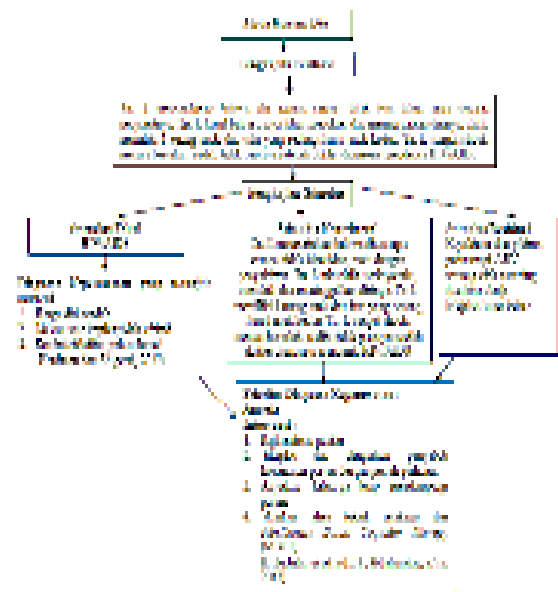
KASUS

Tn.L berumur 35 tahun, sudah memiliki 1 orang anak, saat ini istrinya sedang mengandung anak kedua. Tn.L bekerja pada sebuah kapal pesiar selama 5 tahun, dan pulang setiap 1 tahun sekali. Tn. L datang ke rumah sakit dengan keluhan demam, batuk terus menerus pada malam hari > 6 bulan disertai darah dan keringat malam hari, diare, tidak ada nafsu makan, berat badan turun drastis dalam 1 bulan (55 kg menjadi 35 kg). Dia sudah berkali-kali keluar masuk rumah sakit. Tn. L mengatakan keluhan yang dirasakan sudah lama namun tidak dirasakan karena tuntutan pekerjaan. Tn. L mengatakan kondisi penyakitnya semakin lama semakin parah, kemudian dia memutuskan mengunjungi dokter terkait kondisi penyakitnya. Hasil anamnesa juga, Tn.L mengaku beberapa kali berhubungan seksual dengan wanita pekerja seks komersial (PSK) saat merantau. Tn.L mengatakan bahwa istrinya wanita yang setia, tidak pernah menaruh hati pada pria lain apalagi berhubungan seks. Hasil pemeriksaan laboratorium, jumlah Limfosit T Helper (CD4) = 43 menunjukkan hasil sangat rendah. Pasien didiagnosis HIV/AIDS. Tn. L menceritakan bahwa dia sangat cemas, tidak bisa tidur, malu dengan penyakitnya. Tn. L takut bila istrinya tahu, menolak,

dan meninggalkan dirinya. Tn. L sangat shock, merasa bersalah, sedih, tidak percaya setelah dokter diagnosis menderita HIV/AIDS. Tn. L mengatakan ia tidak bisa mencari nafkah untuk keluarganya semenjak sakit. Tn. L mengatakan istrinya yang membantu mencari nafkah untuk menghidupi keluarganya. Tn. L mengatakan ia belum berani menyampaikan penyakitnya kepada istrinya. Tn. L mengatakan selama ia sakit istri, keluarga, dan teman-teman menjenguknya ke rumah sakit.



Gambar 4. Data pasien berhubungan dengan Mode Fungsi Peran dan intervensi Keperawatan



Gambar 5. Data pasien berhubungan dengan Mode Interdependensi dan intervensi Keperawatan

KESIMPULAN

Roy **Adaptation Model** dapat digunakan sebagai kerangka kerja bagi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS. Penggunaan model keperawatan membuat perawat fokus pada peran keperawatan dan penerapannya, membantu perawatan pasien menjadi sistematis, terarah, terkendali, dan efektif sehingga meningkatkan adaptasi dan kualitas hidup pasien melalui asuhan keperawatan yang holistik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Saya ingin mengucapkan terimakasih kepada orangtuaku atas kepercayaan, dukungan, dan kesabaran serta kepada Ibu Arianti S. Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.KMB atas ketersediaan waktu dalam membimbing, motivasi, kecermelangan dan kemurahan hatinya.

REFERENSI

- Alligood, Martha Raile. 2017. **Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka**. Singapore : Elsevier
- Ardani, Irfan, dan Handayani, Sri. 2017. **Stigma terhadap Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sebagai Hambatan Pencarian Pengobatan: Studi Kasus pada Pecandu Narkoba Suntik di Jakarta** Date of access : 12/10/2017. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/viewFile/6042/5060>
- Bulechek, Gloria M, et al. 2013. **Nursing Interventions Classifications (NIC) 6th Edition**. Missouri : Mosby Elsevier
- DeHaan, Linda M. 1995. **Master Theses Loss Associated with Chronic Illness : Application of The Roy Adaptation Model**. Date of Access : 18/10/2017. <http://scholarworks.gvsu.edu/theses>
- Doengoes, Marilynn, et al. 2000. **Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien**. Jakarta : EGC
- Herdman dan Shigemi. 2017. **Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2018-2020 Eleventh Edition**. Canada : Marquis
- Kemenkes RI. 2016. **Laporan Perkembangan Situasi HIV-AIDS di Indonesia Jan-Maret 2016**. Date of access : 11/10/2017. [http://www.aidsindonesia.or.id/filesFinalLaporan HIV AIDS TW 1 2016.pdf](http://www.aidsindonesia.or.id/filesFinalLaporan%20HIV%20AIDS%20TW%201%202016.pdf).
- Manek, Rofinus. 2017. **Angka HIV-AIDS di Belu Terus Meningkat, Ini Penyebabnya**. Date of access : 05/10/2017. <http://voxntt.com> 6 september 2017
- Mehranfar, et al. 2012. Iranian Journal of Cancer **Prevention Effektivness of Mindfulness based-Cognitive Therapy on reduction of depression and anxiety**

symptoms in mothers of children cancer. Date of access : 20/10/2017

Nursalam dan Ninuk. 2007. ***Asuhan Keperawatan pada Pasien HIV/AIDS.*** Jakarta : Salemba Medika

Olisah, et al. 2014. ***The International Journal of Psychiatry in Medicine Depression and CD4 Cell Count among Patients with HIV in a Nigerian University Teaching Hospital.*** Date of access : 20/10/2017 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25817522/>

Poku, Nana K. 2016. ***The open AIDS Journal HIV Prevention : The Key to Ending AIDS by 2030.*** Date of access : 19/10/2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4893686/>

Remien, Robert H dan Rabkin, Judith G. 2001. ***Journal of Medicine Psychological Aspects of Living with HIV Disease.*** Date of access : 20/10/2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071613/>

Sasraku, et al, 2016. ***Journal of Psychiatry Volume 6 Issue 1 Poor CD4 count is a predictor of untreated depression in human immunodeficiency virus-positive African-Americans*** Date of access : 16/10/2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804261/pdf/WJP-6-128.pdf>

Ursaval, et al. 2014. ***Journal Breast Health Nursing Approach Based on Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery for Breast Cancer.*** Date of access : 20/10/2017. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC535137/>

Vreeman, Rachel C dan Scanlon, Michael L. 2015. ***Journal of The International AIDS Society The Physical and Psychological Effects of HIV Infection and Its Treatment on Perinatally HIV-Infected Children.*** Date of access : 20/10/2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670835/>

WHO.2016. ***Summary of The Global HIV Epidemic 2016.*** Date of access : 11/10/2017 <http://who.int/hiv/pub/progressreports/2016-progress-report>
WHO

CASE REPORT INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE)

Gito, Nurul Ahdiah, Novit Haris S, Minanton, Muhammad Azis,
Erna Rochmawati

Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
email : gito.junaidi@gmail.com

Abstract: IPE is a way of professional learning that aims to provide an opportunity for the health profession to learn with, from, and among other health professions to create effective communication on interprofessional collaboration. The hope of a clinical tutorial at IPE is that students are able to engage and contribute actively in solving health problems according to their respective roles. The result of IPE tutorial process observation shows that the result of tutorial implementation is not ideal either from procedural aspect or student as participant. Continuous evaluation should be enhanced in order to what is planned in accordance with the results obtained.

Keywords: Interpersonal Education, Clinical Tutorial

PENDAHULUAN

The Bussiness Case for Medication Safety menyatakan sekitar 7000 orang/tahun dari seluruh dunia meninggal karena **medical error**. Berdasarkan data dari **World Health Organization** (WHO), 80% dari kesalahan dalam pelayanan kesehatan disebabkan oleh buruknya komunikasi dan pemahaman tentang kondisi pasien antara petugas medis. Kerjasama tim yang tidak baik akan berakibat pada terjadinya pelayanan tumpang tindih, konflik, serta **error** pada terapi pasien. Permasalahan kesehatan **kesehatan** pasien yang bersifat kompleks tidak dapat ditangani oleh satu profesi medis saja. Pekerjaan yang dilakukan dokter dan tenaga medis lainnya sebenarnya bersifat komplementer dan dapat dikatakan bahwa kerjasama tersebut dapat memberikan pengaruh positif terhadap **patient outcome** (**The Joint Comission**, 2015).

Fenomena di Indonesia menunjukkan bahwa peran masing-masing profesi kesehatan di Indonesia belum maksimal. Perbedaan status, **stereotyping**, adanya perasaan superior inferior, serta banyaknya tindakan yang bersifat instruksi dari profesi lain masih mendominasi praktik kolaborasi (Legare, 2010). Dengan demikian dibutuhkan proses pendidikan profesional lebih lanjut untuk mengembangkan kemampuan komunikasi dan kerja sama tim yang baik antara seluruh profesi medis. Metode yang dapat digunakan adalah melalui **Interpersonal Education** (Liaw, Siau, Zhou, dan Lau 2014).

Interprofessional Education (IPE) merupakan bagian integral dari pembelajaran profesional kesehatan yang terjadi ketika 2 profesi atau lebih belajar bersama,

belajar dari profesi kesehatan lain, dan mempelajari peran masing-masing. (CAIPE, 2012). Komponen yang harus ada untuk terwujudnya IPE adalah komunikasi yang baik ketika berkolaborasi antar profesi. Pembelajaran IPE melalui **Case Study** dan **Case Based Learning** terbukti efektif untuk meningkatkan komunikasi antar profesi yang baik diantara mereka. Praktik IPE di jenjang perguruan tinggi dianggap sebagai wadah untuk melatih kerjasama tim sejak dini diantara mahasiswa-mahasiswa kedokteran dan ilmu kesehatan (Mitchell *et al*, 2010).

KONSEP TEORI

IPE merupakan salah satu cara pembelajaran professional yang dilakukan dengan memberikan kesempatan bagi profesi kesehatan belajar dengan, dari, dan antar profesi kesehatan lainnya hingga menciptakan komunikasi efektif pada kolaborasi profesi kesehatan (Mendez, 2008). Tujuan dari penerapan IPE adalah mahasiswa dapat menjalin komunikasi yang seimbang sehingga menghasilkan kolaborasi interprofessional saat memasuki dunia kerja nanti. Sejak dini mahasiswa diwajibkan untuk mampu melakukan pembelajaran sesuai profesi kesehatan masing-masing dan menghindarinya adanya tumpang tindih antar profesi (CAIPE, 2017).

American College of Clinical Pharmacy (ACCP, 2009) membagi kompetensi untuk IPE menjadi 4 bagian, yaitu : Pengetahuan (Strategi Asosiasi, Penilaian Situasi, Karakteristik anggota tim, Pengetahuan tentang tugas tim), Keterampilan (Fleksibilitas / adaptasi, Pemantauan kerja, Memberi dukungan, Kepemimpinan sebuah tim, Pemecahan masalah, Umpan balik, Kemampuan komunikasi), Sikap (orientasi tim, kebersamaan, saling berbagi visi), serta Kemampuan bekerjasama dalam tim (Kekompakan tim, rasa saling memiliki, saling percaya).

Interprofessional Education sudah menjadi bagian dari proses pembelajaran di FKIK UMY sejak bulan September 2013 dan telah melalui proses percobaan sejak bulan November 2012-Juli 2013. Alur pembelajaran IPE dimulai dengan membagi mahasiswa dari 4 program studi (kedokteran umum, kedokteran gigi, keperawatan, farmasi) menjadi beberapa kelompok yang terdiri dari 10-15 orang. Kemudian setiap kelompok tersebut akan membentuk kolaborasi bersama dalam menyelesaikan kasus yang di berikan sesuai dengan tahapan berikut:

1. Kuliah Pengantar: Perkuliahan ini diadakan di awal tahapan pembelajaran IPE yang dimaksudkan agar mahasiswa memiliki gambaran mengenai kegiatan yang akan dilakukan pada saat IPE.
2. **Bed Site Teaching** (BST) : Mahasiswa akan berinteraksi langsung dengan pasien dengan didampingi oleh dosen dari setiap prodi. Proses ini berlangsung dengan kisaran waktu 20-30 menit.
3. Tutorial Klinik
Tutorial adalah bimbingan pembelajaran dalam bentuk pemberian bimbingan, bantuan, petunjuk, arahan, dan motivasi agar pembelajaran mahasiswa dapat efisien dan efektif. Tutorial dilakukan sebanyak 2x pertemuan dengan didampingi 1 orang dosen yang bertugas sebagai tutor. Tugas seorang tutor

adalah membantu atau mengikuti proses penyelesaian kasus pada tutorial klinik serta menghindari adanya kekeliruan pada saat tutorial klinik seperti pembahasan yang diluar kasus yang didapatkan. Pada tahapan tutorial klinik, ditentukan salah seorang mahasiswa yang akan bertugas menjadi serorang ketua dan 1 orang mahasiswa sebagai notulen.

Tutorial klinik yang diterapkan oleh TIM IPE FKIK UMY adalah tutorial dengan rancangan **Cased Based Learning** (CBL) dengan format **case analysis**. Format ini meliputi identifikasi kasus, **problem, hypothesis, mechanism, more info, don't know, learning issue**, dan **problem solving**. Menurut Kaddoura (2011) CBL adalah penggunaan pendekatan berbasis kasus yang melibatkan siswa dalam diskusi spesifik dan contoh nyata didunia. Prinsip CBL adalah **student-centered learning** dengan mengutamakan **problem-solving approach**.

CBL dimulai dengan dosen akan menyiapkan kasus sesuai dengan tujuan pembelajaran yang harus dicapai. Kasus kemudian diberikan 1 minggu sebelum proses diskusi dilakukan. Diskusi akan dilakukan dalam kelompok kecil dengan dosen sebagai pengamat untuk memberikan koreksi/pengarahan agar tetap mencapai tujuan pembelajaran. Setiap peserta diwajibkan untuk membuat catatan ringkasan sesuai dengan kasus/materi yang akan dibahas.

4. Presentasi kasus: kegiatan penyampaian kasus serta penanganan apa saja yang sudah dilakukan oleh mahasiswa IPE.
5. Refleksi kasus: meliputi proses observasi, analisis, evaluasi dari pengalaman klinik dan di lakukan sebanyak 1x. tahapana ini dimulai dengan mendeskripsikan kasus klinik, untuk kemudian di evaluasi dengan menentukan penyelesaian dari kasus tersebut.
6. Tes Sumatif: tes tulis yang diberikan kepada mahasiswa dalam program pembelajaran IPE dengan tujuan mengevaluasi prosese pembelajaran IPE

KASUS

Observasi proses tutorial IPE menunjukan hasil beragam baik dari segi prosedural maupun dari mahasiswa sebagai partisipan. Setelah mahasiswa seluruhnya hadir, tutorial kemudian diawali dengan penetapan 1 mahasiswa yang mengambil tugas untuk menjadi ketua dan merangkap sebagai notulen. Selama 30 menit pertama tutorial berjalan tanpa di damping oleh dosen yang bertugas sebagai tutor.

Ketua tutorial memulai membaca kasus dan diikuti dengan data senjang yang di dapatkan dari hasil pemeriksaan. Beberapa mahasiswa kemudian menambahkan sesuai dengan bagiannya masing-masing. Mahasiswa dari prodi Kedokteran Gigi (KG) dan Farmasi terkesan pasif terbukti dari hasil observasi sepanjang tutorial hanya 1 orang yang mengemukakan pendapat walaupun sudah dipancing oleh ketua tutorial. Setelah kedatangan tutor, tutorial berjalan lebih teratur dan sekertaris sudah di tunjuk. Beberapa peserta tutorial terlihat kurang persiapan yang berimbas kepada minimnya partisipasi saat tutorial berlangsung. Untuk

menggantikan mahasiswa dari prodi Ilmu Keperawatan yang tidak ada, tutor menyarankan mahasiswa untuk menyertakan **Nursing Care Plan** sebagai salah satu **Learning Issue**.

PEMBAHASAN

Secara prosedural tutorial klinis yang dilakukan sudah sesuai, namun dari segi partisipasi masih banyak kekurangannya. Berdasarkan **Tutorial Assessment**, setiap mahasiswa harus memenuhi 4 poin penilaian yaitu partisipasi selama diskusi, persiapan pengetahuan selama diskusi, kemampuan mendiskusikan prinsip dasar terhadap kasus, serta **performance mahasiswa** (Khoiriyati, dkk, 2017). Berdasarkan hasil observasi, partisipasi mahasiswa saat tutorial belum merata. Hal ini bisa disebabkan karena kurangnya persiapan materi atau kurangnya keinginan dari mahasiswa untuk mengungkapkan pendapat. Hanya beberapa mahasiswa yang terlihat aktif dalam memberikan masukan ataupun bertanya kepada mahasiswa dari prodi lain sehingga tutorial terkesan berat sebelah. Seharusnya saat tutorial mahasiswa mampu mengkomunikasikan ide mereka secara lisan dan tertulis. Berdasarkan observasi seluruh mahasiswa sudah membawa materi belajar masing-masing yang sesuai dengan kasus.

Mahasiswa juga harus mampu untuk menguraikan pengetahuan atau prinsip-prinsip pengetahuan yang sudah di pelajari untuk menemukan solusi kasus yang di bahas. Tutorial IPE yang sudah di jalankan menunjukkan bahwa beberapa mahasiswa sudah mampu mengemukakan intervensi untuk pasien yang sesuai dengan jurusan mereka masing-masing. Setiap penjelasan tindakan selalu di sertai dengan alasan atau dasar yang jelas agar kemudian digunakan untuk mempertahankan pendapat. Secara **performance** mahasiswa, dapat dilihat bahwa keseluruhan mahasiswa memiliki **attitude** yang bagus. Selama proses tutorial berlangsung mahasiswa selalu mengangkat tangan terlebih dahulu sebelum mengajukan pertanyaan atau berpendapat. Mahasiswa juga menghargai peserta tutorial lainnya dengan tidak menyela saat sedang berbicara.

Terdapat beberapa hambatan yang ditemukan dalam proses tutorial klinik IPE ini yaitu komitmen terhadap waktu, SDM pengajar, dan tingkat persiapan mahasiswa. Saat tutorial, dosen yang bertugas sebagai tutor berhalangan hadir sehingga harus digantikan oleh dosen lain yang kemudian memakan waktu 1,5 jam untuk hadir di proses tutorial. Hal ini sangat disayangkan mengingat pentingnya tugas tutor saat proses diskusi berlangsung. Menurut Karunia (2013) tutor dalam IPE memiliki tugas wajib untuk mengembangkan kemampuan berpikir dan keterampilan belajar mahasiswa juga untuk membantu mahasiswa menjadi **independent** dan **self-directed learners**. Peran tutor secara khusus adalah mendorong mahasiswa aktif berdiskusi, sebagai **time keeper**, mencegah diskusi diluar skenario, mendorong kelompok mencapai **Learning Objective**, dan menilai kinerja mahasiswa.

PENUTUP

Kesimpulan

Partisipasi mahasiswa saat tutorial belum merata, karena kurangnya persiapan materi atau kurangnya keinginan dari mahasiswa untuk mengungkapkan pendapat. Tutorial IPE yang sudah di jalankan menunjukkan bahwa beberapa mahasiswa sudah mampu mengemukakan intervensi untuk pasien yang sesuai dengan jurusan mereka masing-masing. Secara **performance** mahasiswa, dapat dilihat bahwa keseluruhan mahasiswa memiliki **attitude** yang bagus. Selama proses tutorial berlangsung mahasiswa selalu mengangkat tangan terlebih dahulu sebelum mengajukan pertanyaan atau berpendapat. Mahasiswa juga menghargai peserta tutorial lainnya dengan tidak menyela saat sedang berbicara.

Saran

Diharapkan mahasiswa dapat meningkatkan partisipasi dalam proses diskusi, mahasiswa mampu menguraikan pengetahuan, meningkatkan sikap dalam berdiskusi, serta diharapkan mahasiswa dapat melaksanakan IPE sesuai prosedur yang sudah di tentukan.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Clinical Pharmacy. (2009). **Interprofessional Education: Principles and Application, a Framework for Clinical Pharmacy.** *Pharmacotherapy* 29 (3), 145-164. Diakses di <http://www.acpp.com/docs/positionwhitepapers/InterProEduc.pdf> pada tanggal 23 September 2017
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) diakses di <http://www.caipe.gov.uk/definingipe> pada 22 September 2017
- Kaddoura, M, A. (2011). **Keterampilan Berfikir Kritis Siswa Keperawatan dalam Pengajaran Kuliah Berbasis Case Based Learning (CBL)**
- Legare, F., Stacey, D., Gagno, S., Dunn, S., Pluye, P., Frosch, D., Kryworuchko, J., Elwyn, G., Gagnon, M, P., Graham, I, D. (2010) **Validating a Conceptual Model for an Inter-professional Approach to Shared Decision Making: a Mixedmethods Study.** Birmingham: J Eval Clin Pract Writing.
- Liaw, S.Y., Siau, C., Zhou, W., Lau. (2014). **Interprofessional Simulation-Based Education Program: A Promising Approach for Changing Stereotypes and Improving Attitudes Towards Nurse-Physician Collaboration.** *Applied Nursing Research*, **127**, 258-260
- Mendez, P. (2008). **The Potential Advantages and Disadvantages of Introducing Interprofessional Education Into The Healthcare Curricula in Spain.** *Nurse Education Today* 28: 327-336. Diakses di: <http://www.elsevier.com/journal/nedt> pada 23 September 2017
- Mitchell, M., Grove, M., Mitchell, C., Batkin, J. (2010). **Innovation in Learning**

An Interprofesional Approach to Improving in Communication. Nurse Education Practice, 10 379-384. Di akses dari <http://www.elsevier.com/nepr> pada 22 September 2017

[Schneider. \(2016\). **The Effectiveness of Case Based Learning**. Diakses di: http://edutechwiki.unige.ch/en/Case-Based Learning pada 23 Sepetember 2017](http://edutechwiki.unige.ch/en/Case-Based_Learning)

The Joint Comision on Accreditation of Healthcare Organizations. (2015). **The Joint Comission Guide to Improving Staff Communication**. U.S: Joint Commission Resources.

Tim Akademik FKIK UMY. (2013). Buku Panduan Akademik Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Yogyakarta:UMY

World Health Organization. (2010). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**.

ANALISIS PENERAPAN TEORI IMOGENE M. KING “**INTERPERSONAL SYSTEM**” TERHADAP KRITERIA STRES DALAM TINGKAT SEDANG PADA PASIEN SKIZOFRENIA

Arif Munandar S,Kep.Ns

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Email: Arifm96553@gmail.com.

Abstract: Cases of mental illness are pervasive in many countries, the case of schizophrenia is a case of mental disorders in various countries such as the United States, the lifespan of schizophrenia prevalence varies from 4 per mil or 1.4% of the population. In Indonesia alone the prevalence of mental disorders nationally 1.7 per mile and 70% is schizophrenia. If the population of Indonesia is about 200 million people then it is estimated about 2 million was schizophrenia, where about 99% of patients in Mental Hospital is schizophrenia. Schizophrenia generally can occur due to stress. The aim of this paper is to analyze the application of Imogene M. King’s theory of “Interpersonal Systems” to moderate stress categories in patients with schizophrenia. Imogene M. King’s “interpersonal” nursing system is able to cope with stress in schizophrenic patients by using interaction domains, communication, transactions, roles and stress.

Keywords: Interpersonal system, schizophrenia and stress

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah sindrom klinik bervariasi, yang sangat mengganggu, dengan psikopatologi terentang dari disfungsi kognitif, gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan persepsi, dan gangguan perilaku. Pasien **skizofrenia** umumnya mengalami penurunan kemampuan fungsional sehingga cenderung memerlukan bantuan dan pertolongan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya (Sadock dan Sadock, 2007). Laporan pertumbuhan penderita gangguan skizofrenia terjadi 7 per seribu orang yang terjadi pada rentang usia 15 sampai 35 tahun. Kasus gangguan jiwa mendapatkan perhatian besar diberbagai negara, kasus skizofrenia adalah kasus gangguan jiwa terbanyak di berbagai negara seperti halnya Amerika Serikat, angka prevalensi seumur hidup skizofrenia bervariasi berkisar 4 permil atau 1,4 % dari populasi.

Di Indonesia sendiri prevalensi gangguan jiwa secara nasional 1,7 per mil dan 70% diantaranya adalah skizofrenia. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa maka diperkirakan sekitar 2 juta skizofrenia, dimana sekitar 99% pasien di Rumah Sakit Jiwa adalah skizofrenia. Skizofrenia umumnya dapat terjadi disebabkan oleh stres.

Stres merupakan istilah yang berasal dari bahasa latin “ stingere “ yang berarti keras (stricus), yaitu sebagai keadaan atau kondisi dari tubuh terhadap situasi yang menakutkan, mengejutkan, membahayakan dan merisaukan seseorang (Yosep,2009). Stres itu diawali dengan adanya ketidakseimbangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki oleh semua individu, semakin tinggi kesenjangan terjadi maka semakin tinggi pula tingkat stres yang dialami oleh individu tersebut (Yosep, 2009). Stres merupakan faktor penyebab terjadinya skizofrenia yang kedua setelah depresi. Stres adalah perasaan tertekan yang dialami oleh setiap orang sebagai respon dari reaksi emosional, psikologis yang terjadi pada situasi tertentu sehingga tidak mampu mengatasinya terhadap setiap tuntutan dan beban yang dihadapinya.

Teori Model Keperawatan Imogene King akan membantu penyelesaian masalah tentang stres sebagaimana yang akan diteliti. Dalam teori Imogene King, Konsep yang ditempatkan dalam sistim interpersonal karena menekankan pada interaksi antara dua orang atau lebih. Sistem interpersonal adalah dua atau lebih individu atau grup yang berinteraksi. Interaksi ini dapat dipahami dengan melihat lebih jauh konsep tentang peran, interaksi, komunikasi, transaksi, stress, koping. Imogene M. King mengatur pengetahuan dalam keperawatan, serta memperluas area pengetahuan untuk praktik keperawatan.

King mengidentifikasi konsep sistem sosial, kesehatan, hubungan interpersonal dan persepsi sebagai universal terhadap disiplin keperawatan. Kerangka konsep dan teori pencapaian tujuan King banyak digunakan di keperawatan saat ini. Penekanan King pada peran klien serta perawat dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan kesehatan adalah interaksi interpersonal yang menggunakan kerangka kerja konseptual dan asumsi dasar tentang human being yang meliputi persepsi dari perawat dan klien memengaruhi proses interaksi, King menderivatnya menjadi teori pencapaian tujuan (Alligod, 2013 dalam Nursalam, 2016). Elemen utama dari teori pencapaian tujuan adalah **interpersonal system**, dimana dua orang (perawat-klien) yang tidak saling mengenal berada bersama - sama di organisasi pelayanan kesehatan untuk membantu dan dibantu dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Dalam sistem interpersonal, perawat dan klien berinteraksi dalam suatu area (**space**). Menurut King, intensitas dari sistem interpersonal sangat menentukan dalam menetapkan dan pencapaian tujuan keperawatan. Dalam interaksi tersebut terjadi aktivitas - aktivitas yang dijelaskan dalam Sembilan konsep utama, dimana konsep - konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktik keperawatan, meliputi interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stres, tumbuh kembang, waktu dan ruang.

Berdasarkan(data laporan tahunan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma NTB tahun 2016) diperoleh 50 orang mengalami stres dengan rincian sebanyak 33 orang (66,0%) memiliki tingkat stres sedang, tingkat stres tinggi 15 orang (30,0%), dan yang memiliki tingkat stres rendah hanya 2 orang (4,0%).Berdasarkan hasil

penelitian tentang Kajian Stres Hospitalisasi Terhadap Pemenuhan Pola Tidur Anak Usia Prasekolah di Ruang Anak Rumah Sakit Baptis Kediri, maka dapat disimpulkan dari 30 responden yang dilakukan pada tanggal 23 Oktober 2011 sampai dengan 14 Nopember 2011 di Ruang Anak Rumah Sakit Baptis Kediri diperoleh hasil : stres hospitalisasi pada anak sebagian besar anak mengalami stres sedang, sebanyak 24 responden (85%). Anak yang mengalami stres berat sebanyak 5 responden (12%). Anak yang mengalami stres ringan 1 responden (3%) (Febriana, 2011). Penelitian serupa pernah dilakukan oleh (Agustini, 2010) dengan judul Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Stres Klien Pasca Stroke di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dari 37 responden pasca Stroke di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, maka disimpulkan Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami stres sedang yaitu 23 orang (62,2%) sedangkan responden yang paling sedikit mengalami stres ringan satu orang (2,7%) dan stres berat 13 orang (35,1%).

Berdasarkan uraian fenomena dan kasus di atas, maka penulis tertarik membahas tentang “Analisis Penerapan Teori Imogene M King“ Sistem Interpersonal ” Terhadap Kriteria Stres Dalam Tingkat Sedang Pada Pasien Skizofrenia “.

ANALISIS APLIKASI TEORI PADA KASUS SKIZOFRENIA

Model keperawatan terakhir dari King memadukan tiga sistem interaksi yang dinamis-personal, interpersonal, dan sosial yang mengarah pada perkembangan teori pencapaiantujuan (King,1981 dalam Christensen J.P, 2009). Konsep yang ditempatkan dalam sistim personal karena merekaterutama berhubungan dengan individu, sedangkan konsep yang ditempatkan dalam sistim interpersonal karena menekankan pada interaksi antara dua orang atau lebih. Konsep yang ditempatkan dalam sistem sosial karena mereka menyediakan pengetahuan untuk perawat agar berfungsi di dalam sistim yang lebih besar (King, 1995a, p.18 - 19 dalam Tomey & Alligood,2006). Dalam interpersonal sistem perawat dan klien berinteraksi dalam suatu area (**space**). Menurut King, intensitas dari **interpersonal system** sangat menentukan dalam menetapkan pencapaian tujuan keperawatan.

Beberapa karakteristik teori Imogene King (Christensen & Kenney,1995): Sistem personal adalah individu atau klien yang dilihat sebagai sistemterbuka, mampu berinteraksi, mengubah energi, dan informasi denganlingkungannya. Individu merupakan anggota masyarakat, mempunyai perasaan, rasional, dan kemampuan dalam bereaksi, menerima, mengontrol, mempunyai maksud-maksud tertentu sesuai dengan hak danrespon yang dimilikinya serta berorientasi pada tindakan dan waktu. Sistem personal dapat dipahami dengan memperhatikan konsep yang berinteraksi yaitu: persepsi, diri, gambaran diri, pertumbuhan dan perkembangan, waktu dan jarak. Sistem interpersonal adalah dua atau lebih individu atau grup yang berinteraksi. Interaksi ini dapat dipahami dengan melihat lebih jauh konsep tentang peran, interaksi, komunikasi, transaksi, stress, koping. Sistem sosial merupakan sistem dinamis yang akan

menjaga keselamatan lingkungan. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat, interaksi, persepsi, dan kesehatan. Sistem sosial dapat mengantarkan organisasi kesehatan dengan memahami konsep organisasi, kekuatan, wewenang, dan pengambilan keputusan.

Teori pencapaian tujuan berfokus pada interpersonal systems dengan berorientasi pada pencapaian tujuan dengan sembilan konsep utama, yaitu interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, waktu, dan ruang. Pengkajian, Selama pengkajian perawat mengumpulkan data tentang klien, diantaranya adalah : Tingkat tumbuh kembang, Pandangan tentang diri sendiri, Pola komunikasi diperlukan untuk memferivikasi keakuratan persepsi, untuk transaksi, interaksi dan sosialisasi. Diagnosa, Stress merupakan konsep yang penting dalam hubungannya dengan diagnosa keperawatan. Perencanaan, Merupakan bagian dari transaksi dan partisipasi pasien/klien yang dianjurkan ikut serta dalam pengambilan keputusan tapi tidak harus bertanggung jawab. Implementasi, Dalam pencapaian tujuan itu adalah kelanjutan dari transaksi. evaluasi. Dalam evaluasi membahas tentang pencapaian tujuan dan keefektifan proses keperawatan.

PEMBAHASAN

Uraian pembahasan dengan cara membandingkan data yang diperoleh saat ini dengandata yang diperoleh pada penelitian / tinjauan sebelumnya. Tidak ada lagi angka statistic dalam pembahasan. Pembahasan diarahkan pada jawaban terhadap hipotesis penelitian. Penekanan diberikan pada kesamaan, perbedaan, ataupun keunikan dari hasil yang peneliti peroleh. Peneliti melakukan pembahasan mengapa hasil penelitian menjadi seperti itu. Pembahasan diakhiri dengan memberikan rekomendasi penelitian yang akan dating berkaitan dengan topi tersebut.

KESIMPULAN

Teori pencapaian tujuan (**Theory of Goal Attainment**) merupakan derivat dari kerangka kerja konseptual (**Conceptual Framework**) dan asumsi dasar King tentang **Human Being**. Teori pencapaian tujuan berfokus pada interpersonal systems dengan berorientasi pada pencapaian tujuan dengan sembilan konsep utama, yaitu : interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, waktu, dan ruang. Teori King merupakan serangkaian konsep yang saling berhubungan dengan jelas dan dapat diamati dalam praktek keperawatan. Manfaat dari teori ini adalah: mengkontribusi pada pengembangan tubuh ilmu pengetahuan (**Body of Knowledge**), dapat dijadikan sebagai rujukan dalam memperbaiki praktek keperawatan, konsep teori ini dapat dimanfaatkan oleh pelajar, guru dan juga peneliti. Teori ini dapat menyesuaikan pada setiap perubahan, perkembangan iptek, sosial, ekonomi dan politik.

BIBLIOGRAPHY

Al. quran

Agustini, i. D. (2010). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat stres klien pasca stroke di rs pku muhmmadiyah yogykarta. **Jurnal keperawatan** , 1-10.

Alligood, Martha Raile.(2006). **Nursing Theory : Utilization and Application 3th edition. mosby elseiver** : United States of America

Christensen, Paula J. (2009) : **Nursing Process:Application of Conceptual Models, 4th ed.** St.Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Data laporan tahunan RSJ Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2016

Febriana, D. (2011). Kajian Stres Hospitalisasi Terhadap Pemenuhan Pola Tidur Anak. **Jurnal STIKES RS. Baptis Kediri** , 4, 1-7.

Gibson, J. L. (2006). **Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses.** Jakarta: Binarupa Aksara.

Hawari, D. 2013. Manajemen Stres, Cemas dan Depresi. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Hidayat, Aziz Alimul. 2004. **Pengantar Konsep Dasar Keperawatan**, Penerbit Salemba Medika: Jakarta.

Kozier, B. Et al. (2005). **Fundamentals of nursing; concepts, process, and practice. Fifth Edition**, California; Addison Wesley.

Marriner-Tomey &Alligood (2006). **Nursing Theorist and Their Work. Seventh edition.** St.Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Meleis Ibrahim A., (2007). **Theoretical nursing: development and progress, 3rd edition**, Philadelphia: Lippincott.

Muwarni A.(2009). **Pengantar Konsep Dasar Keperawatan.** Fitramaya :Yogyakarta

Nasir, Abdul. 2009. Komunikasi dalam keperawatan teori dan aplikasi.Jakarta : Salemba Medika

Perry & Potter. 2005. **Fundamental of Nursing, Concept, Process, and Practice: Edisi 4**, Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta

Rasmun. 2004. Stres koping dan adaptasi teori dan pohon masalah edisi pertama. Jakarta: Sagung Seto.

Robbins, S. P. (2015). **Organizational Behaviour - Fourteenth Edition New Jersey.** Jakarta: Pearson Education.

Siswanto, S. (2007). ***Buku Kesehatan Mental Konsep, Cakupan dan Perkembangan.***
Yogyakarta: Anggota IKADI.

Supardi, 2007. Analisa stres kerja pada kondisi dan beban kerja perawat dalam klasifikasi pasien di ruang rawat inap rumah sakit TK II putri hijau kesdam I/BB Medan. Tesis tidak dipublikasikan. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Wisnuwardhani, Dian., & Mashoedi, Sri fatmafati. 2012. Hubungan Interpersonal.
Jakarta: Salemba Humanika

Yosep, Iyus. (2009). Keperawatan jiwa. Bandung: PT Refika Aditama.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE) IN NURSING STUDENTS

Nova Ari Pangesti

Abstract: Facing globalization, the effort that needs to be done is to make adjustments and improvements to the quality of health services. Caring nurse behavior is one of the aspects related to nursing service, because caring includes the relationship between humans and affect the quality of service and patient satisfaction. Therefore collaboration is very important in care to clients. Interprofessional collaboration in professional work environments has been recognized by nursing, dentistry, medicine, physicians, pharmaceutical, and public health professional organizations as an essential component for safe, high quality, accessible, patient-centered care. Interpersonal collaboration can be applied in interprofessional education (IPE) learning methods where IPE is an innovative learning strategy that emphasizes collaboration and interprofession collaboration in conducting maintenance processes to improve the quality of patient health services. The purpose of this article is to analyze Jean Watson’s nursing theory in interprofessional education (IPE) in nursing students. The concept of IPE conforms to one of the views of Jean Watson’s theory of the branch of human needs namely the psychosocial needs (the need for integration) which includes the need for achievement, organizational needs, and intra and interpersonal needs (needs for development) ie self-actualization needs. The need for integration and intra and interpersonal needs can be applied in interprofessional education (IPE) learning methods. In nursing education to train interprofessional collaboration needs to be taught about interprofessional education. Application of the IPE curriculum is important in improving patient outcomes.

Keywords: Jean Watson Theory, Caring Behavior, IPE, Nursing Students

PENDAHULUAN

Adanya pergeseran demografi, pergeseran sosial ekonomi, serta bertambah rumitnya masalah kesehatan akan berdampak pada tuntutan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan. Masyarakat lebih sadar akan hak dan kewajiban untuk menuntut tersedianya pelayanan kesehatan dan keperawatan dengan mutu yang secara profesional dapat dipertanggungjawabkan. Menghadapi globalisasi ini upaya yang perlu dilakukan adalah mengadakan penyesuaian dan perbaikan terhadap mutu layanan kesehatan.

Patient Centered Care (PCC) merupakan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai center of care. Paradigma PCC tersebut bertujuan untuk mendapatkan outcomes pelayanan kesehatan yang

lebih baik, pengalokasian sumberdaya yang tepat, dan mencapai kepuasan pasien dan keluarga yang lebih besar. Kepuasan pasien merupakan faktor yang sangat penting untuk mengevaluasi mutu pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit. Perilaku caring perawat adalah salah satu aspek yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan, karena caring mencakup hubungan antar manusia dan berpengaruh terhadap mutu pelayanan dan kepuasan pasien (Kotler, 2003).

Perilaku caring yang dilakukan oleh tenaga keperawatan memberikan nilai ekonomis bagi institusi pelayanan kesehatan, karena perilaku caring menimbulkan lima dampak bagi pasien, yaitu komunikasi, kepedulian, informasi, bantuan, pemenuhan rasa nyaman, empati, dan keberadaan/kemudahan diakses (Issel & Khan, 1998). Perilaku caring ini sangat sesuai dengan konsep PCC dimana salah satu konsepnya adalah aspek martabat dan respect. Aspek martabat dan respek dalam konsep patient centered care adalah perilaku seorang perawat yang mencerminkan sikap caring saat melaksanakan pelayanan kesehatan.

Dalam penerapan PCC, perawatan di rumah sakit harus melibatkan semua aspek yang terkait rumah sakit. Dimulai dari pimpinan, dokter, perawat, sampai tenaga non-medis. Oleh karena itu kolaborasi interdisiplin ilmu atau interprofesi yang baik sangat diperlukan dalam penerapan PCC.

Kolaborasi interprofesional merupakan merupakan strategi untuk mencapai kualitas hasil yang diinginkan secara efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan. Kolaborasi merupakan unsur penting untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien (Reni, A, 2010). Kemampuan untuk bekerja dengan profesional dari disiplin lain untuk memberikan kolaboratif, patient centred care dianggap sebagai elemen penting dari praktek profesional yang membutuhkan spesifik perangkat kompetensi. Praktek kolaborasi interprofesional harus diajarkan kepada mahasiswa sejak mereka di bangku kuliah agar ketika terjun langsung ke lahan praktik mereka sudah siap dan terbiasa. Salah satu pendidikan praktek kolaborasi interprofesi yang bisa dilakukan adalah dengan Interprofessional Education (IPE).

Fenomena yang ada adalah banyak mahasiswa keperawatan yang memiliki pengetahuan faktual cukup, tetapi gagal menggunakan pengetahuannya dan kurang berperilaku caring saat menangani pasien sesungguhnya dalam memberikan asuhan keperawatan. Model pembelajaran berbasis perilaku caring harus digunakan karena sesuai dengan pekerjaan seorang perawat nantinya dimana hubungan antara perawat dengan pasien dan team kesehatan yang lain membutuhkan hubungan yang saling menghargai dan saling menghormati. Salah satu metode pembelajaran yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan sikap saling menghargai dan menghormati (caring) baik dengan pasien, maupun interprofesi lainnya di ranah keperawatan yaitu dengan IPE.

TUJUAN

Tujuan dari artikel ini adalah untuk menganalisis Teori keperawatan Jean Watson

dalam interprofessional education (IPE) pada mahasiswa keperawatan.

ANALISIS APLIKASI JEAN WATSON DALAM INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE) PADA MAHASISWA KEPERAWATAN

Perawat memerlukan kemampuan khusus saat melayani orang atau pasien yang sedang menderita sakit. Kemampuan khusus tersebut mencakup keterampilan intelektual, teknis, dan interpersonal yang tercermin dalam perilaku caring (Johnson, 1989). Caring merupakan fenomena universal yang berhubungan dengan bagaimana seseorang berpikir, berperasaan, dan bersikap terhadap orang lain. Dalam teori caring, human care merupakan hal yang paling mendasar. Human care terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan, dan menjaga atau mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain, mencari arti dalam sakit, penderitaan, dan keberadaannya serta membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri (Watson, 1979). Di samping itu, Watson dalam Theory of Human Care mempertegas bahwa caring sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh.

Dari teori tersebut dapat diketahui bahwa caring bukan semata-mata perilaku. Sikap caring dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat menggunakan keahlian, kata-kata yang lemah lembut, sentuhan, memberikan harapan, selalu berada di samping klien, dan bersikap sebagai media pemberi asuhan (Carruth et al., 1999). Caring dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk kinerja perawat dalam merawat pasien. Perilaku caring perawat menjadi jaminan apakah perawat bermutu atau tidak. Caring sebagai inti profesi keperawatan dan fokus sentral dalam praktik keperawatan, bersifat universal dan terdiri dari perilaku-perilaku khusus yang ditentukan oleh dan terjadi dalam konteks budaya. Di dalamnya memiliki makna yang bersifat aktifitas, sikap (emosional) dan kehati-hatian (Barnum, 1994).

Beberapa tokoh keperawatan seperti Watson (1979), Leininger (1984), Benner (1989) menempatkan caring sebagai dasar dalam praktek keperawatan. Diperkirakan bahwa sekitar $\frac{3}{4}$ pelayanan kesehatan merupakan caring. Perilaku caring ini sangat sesuai dengan konsep patient centered care (PCC) dimana mengedepankan pusat pelayanan kesehatannya adalah pasien. PCC adalah sebuah paradigma baru dalam pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai center of care.

Menurut Australian Commission on Safety and Quality in Health care (ACSQHC) patient centered care adalah suatu pendekatan inovatif terhadap perencanaan, pemberian, dan evaluasi atas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pemberi layanan kesehatan, pasien dan keluarga. Patient centered care diterapkan kepada pasien dari segala kelompok usia, dan bisa dipraktekkan dalam setiap bentuk pelayanan

kesehatan (Lumenta, 2012).

Ada 4 Konsep inti yang ada dalam konsep PCC (Patient Centered Care) salah satunya adalah yaitu konsep martabat. Aspek martabat dan respek dalam konsep patient centered care sesuai dengan teori caring yang disampaikan oleh Jean Watson (1988) tentang elemen pertama yang terdapat dalam carative faktor yaitu nilai-nilai kemanusiaan dan altruistic (Humanistic-Altruistic System Values). Dalam PCC perilaku seorang perawat yang mencerminkan sikap caring saat melaksanakan pelayanan kesehatan. Perilaku caring mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan dilakukan dengan ikhlas (Dwidianti, 2009). Perilaku caring memiliki inti yang sama yaitu sikap peduli, menghargai dan menghormati orang lain, memperhatikan, dan mempelajari kesukaan seseorang serta cara berpikir dan bertindak.

Konsep yang selanjutnya dalam PCC yaitu mengkomunikasikan dan menginformasikan secara lengkap mengenai kondisi pasien dan hal-hal yang berkaitan dengan pasien, maupun program perawatan dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Memberikan Informasi secara lengkap dapat membantu dalam perawatan pasien, meningkatkan pengetahuan pasien dan pembuatan keputusan (PFCC, 2007).

Konsep ke empat dalam PCC adalah kolaborasi dimana tenaga kesehatan mengajak pasien dan keluarga pasien dalam membuat kebijaksanaan, perencanaan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi program yang akan didapatkan oleh pasien (Kusumaningrum, 2009).

Salah satu model desain dari patient centered care adalah Planetree model yang mempunyai konsep para pasien, keluarga dan staf profesional mempunyai peran yang vital dalam tim (Dewi, 2011). Oleh karena itu kolaborasi sangat penting dalam perawatan kepada klien. Hal ini sejalan dengan pendapat Hall (1987) Caring merupakan tugas primer perawat dan di dalam caring termasuk salah satunya adanya kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk membantu penyembuhan klien. Kolaborasi antara penyedia layanan kesehatan yang diperlukan dalam pengaturan perawatan kesehatan apapun, karena tidak ada profesi tunggal yang dapat memenuhi kebutuhan semua pasien. Akibatnya, kualitas layanan yang baik tergantung pada profesional yang bekerja sama dalam tim interprofesional. Komunikasi yang efektif antara profesional kesehatan juga penting untuk memberikan pengobatan yang efisien dan pasien-berorientasi komprehensif (Matziou¹ at al, 2014).

Kolaborasi Interprofesional di lingkungan kerja profesional telah diakui oleh keperawatan, kedokteran gigi, kedokteran, dokter, farmasi, dan kesehatan masyarakat organisasi profesional sebagai komponen penting untuk aman, tinggi, kualitas, diakses, perawatan pasien berpusat (Interprofessional Pendidikan Collaborative Panel Ahli, 2011). Kolaborasi interprofesional bekerja di profesi kesehatan untuk bekerja sama, berkolaborasi, berkomunikasi, dan

mengintegrasikan pelayanan dalam tim untuk memastikan perawatan yang terus menerus dan dapat diandalkan (IOM, 2003).

Burtscher (2012) dan Collins (2005) dalam penelitiannya menyatakan kolaborasi interprofesi meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Menurut Hanson (2000) kolaborasi yang efektif antar anggota tim kesehatan memfasilitasi terselenggaranya pelayanan yang berkualitas. Dengan demikian pengembangan kolaborasi interprofesi dalam pelayanan kesehatan menjadi hal yang perlu diprioritaskan oleh semua organisasi pemberi pelayanan kesehatan. Hubungan kolaborasi dalam pelayanan kesehatan melibatkan sejumlah tenaga profesi kesehatan, namun kolaborasi antara dokter dan perawat merupakan faktor penentu bagi peningkatan kualitas proses perawatan (Vazirani, 2005; Leever et al., 2010). Pasien yang ditangani secara interdisiplin baik di ruang rawat inap maupun pelayanan kesehatan primer, meningkatkan kesinambungan asuhan, kepuasan pasien serta mengurangi hospitalisasi dan angka kematian (Mitchell & Crittenden, 2000).

Pandangan teori Jean Watson memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan salah satunya diantaranya adalah kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan dalam hal integrasi dan kebutuhan intra serta interpersonal dapat diaplikasikan dalam metode pembelajaran interprofessional education (IPE) dimana IPE merupakan strategi pembelajaran inovatif yang menekankan pada kerjasama dan kolaborasi interprofesi dalam melakukan proses perawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pasien.

Pada pendidikan keperawatan untuk melatih kolaborasi antar interprofessional perlu diajarkan tentang interprofesional education. WHO (2010) juga menekankan pentingnya penerapan kurikulum IPE dalam meningkatkan hasil perawatan pasien. IPE merupakan langkah yang sangat penting untuk dapat menciptakan kolaborasi yang efektif antar tenaga kesehatan profesional sehingga dapat meningkatkan hasil perawatan pasien yang optimal.

Dalam pelaksanaan IPE menekankan pada proses pemecahan masalah pasien. Hal ini sesuai dengan elemen ke enam atau faktor ke enam dari caractive faktor yang dikemukakan oleh Watson, (1988) yaitu menggunakan metode pemecahan masalah secara sistematis untuk pengambilan keputusan (creative problem-solving caring process) dalam hal ini keputusan terkait perawatan pasien dengan cara yang kreatif.

Konsep IPE juga sesuai dengan faktor ke tujuh pada caractive faktor yaitu meningkatkan pengajaran dan pembelajaran secara transpersonal (transpersonal teaching learning) karena pada akhirnya, tujuan dari transpersonal caring relationship adalah berkaitan dengan melindungi, meningkatkan dan mempertahankan martabat, kemanusiaan, kesatuan dan keselarasan batin.

Salah satu cara meningkatkan dan mempertahankan martabat pada pasien adalah dengan perilaku caring dimana memiliki inti yang sama yaitu dengan sikap peduli, menghargai dan menghormati orang lain, memperhatikan, dan mempelajari kesukaan seseorang. Hal ini sesuai dengan salah satu elemen yang terdapat dalam carative faktor menurut Watson adalah nilai-nilai kemanusiaan dan altruistic (Humanistic-Altruistic System Values),

Watson, (1988) juga menyatakan tentang tujuh asumsi tentang science of caring. Asumsi dasar yang pertama yaitu Caring dapat didemonstrasikan dan dipraktekkan dengan efektif hanya secara interpersonal. Oleh karena itu konsep caring dapat diterapkan kepada pasien hanya dengan melakukan interpersonal dalam hal ini interpersonal antara perawat dengan klien maupun perawat dengan profesi lain yang direfleksikan dalam collaborative interprofessional atau IPE.

KESIMPULAN

Teori Jean Watson yang telah dipublikasikan dalam keperawatan adalah “Human Science and Human Care”. Caring merupakan ideal moral utama bagi keperawatan. Perilaku **caring** perawat dapat diterapkan dalam Interprofessional Education (IPE) karena dalam pelaksanaan IPE menekankan pada proses pemecahan masalah pasien yang sesuai dengan faktor ke enam dari carative faktor yang dikemukakan oleh Watson, (1988) yaitu menggunakan metode pemecahan masalah secara sistematis untuk pengambilan keputusan (creative problem-solving caring process) dan konsep IPE juga sesuai dengan faktor ke tujuh dalam carative faktor yaitu meningkatkan pengajaran dan pembelajaran secara transpersonal (transpersonal teaching learning) karena pada akhirnya, tujuan dari transpersonal caring relationship adalah berkaitan dengan melindungi, meningkatkan dan mempertahankan martabat, kemanusiaan, kesatuan dan keselarasan batin.

Selain itu konsep IPE sesuai dengan salah satu pandangan teori Jean Watson tentang cabang kebutuhan manusia yaitu kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan dalam hal integrasi dan kebutuhan intra serta interpersonal dapat diaplikasikan dalam metode pembelajaran interprofessional education (IPE). Pada pendidikan keperawatan untuk melatih kolaborasi antar interprofessional perlu diajarkan tentang interprofesional education. Penerapan kurikulum IPE penting dalam meningkatkan hasil perawatan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Arya Reni, Kurniawan Yudianto, Irman Somantri. Efektifitas Pelaksanaan Komu-

nikasi dalam Kolaborasi Antara Perawat dan Dokter di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Sumedang. Jurnal unpad.ac.id/mku/article. Vol. 12, No. 1 Maret 2010- September 2010 Hal 36,.2010.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). **A National Interprofessional Competency Framework**;. Available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb12_10r.pdf. 2010

Dwidiyanti, Mediana. **Caring kunci sukses perawat/ners mengamalkan ilmu**. Semarang. Hasani. 2007.

Hanson, K., & Stenvig, T., **The good clinical nursing educator and the baccalaureate nursing clinical experience: Journal of Nursing Education**, 47(1), 38-42. Retrieved on March 5, 2015, from Google Scholar. 2000.

Matziou¹, V, Vlahioti, E, Pantelis Perdikaris, Theodora Matziou, Efstathia Megapanou and Konstantinos Petsios. . **Physician and nursing perceptions concerning interprofessional Communication and collaboration. Journal of Inter-professional Care**. Vol (no) : 28(6): pp 526-533. 2014.

WHO. **Framework for Action on Interprofesional Education & Collaborative Practice**. Geneva : World Health Organization. 2010.

Watson, Jean. **Nursing the Phylosophy and Science of Caring**. Boston : Little, **Brown**. 1979.

Watson, Jean. **Nursing Human Science and Human Care -a theory of nursing**. Norwalk, (CT) : Applenton- Century- Crofts. 1985.

Watson, Jean. **Nursing Human Science and Human Care-a theory of nursing**. New Yark: National League for Nursing. **1988**.

Watson, Jean. **Post modern Nurisngand Beyond**. Edinburgh : Churchill Livingstone. **1999**.

Watson, Jean. **Theory of human caring**. [Http://www2.uchsc.edu/son/c](http://www2.uchsc.edu/son/c). **2004**

ANALYSIS OF APPLICATION IMOGENE M.KINGS NURSING THEORY AND QSEN COMPETENCIES IN THE CASE OF INEFFECTIVE COPING

OF POST AMPUTATION PATIENTS

Bety Agustina Rahayu, S.Kep., Ns
Program Pascasarjana Magister Keperawatan UMY
Email : betyagustinarahayu@yahoo.co.id

Abstract: Amputation is defined as the act of separating some or all parts of the extremities of the body. The extremities may not be chosen by other techniques or when the condition of other body or safety organs can cause complications. Four problems found in the case of post amputation: the impact of amputation, the source of the coping, where the source of the disorder is the cause of stress that causes the patient's coping ineffective. Looking at the existing background, the authors are interested to use the analytical method. To help overcome the problem of coping is not effective in post amputation patients. By using Imogene M.Kings theory, the authors conducted the study of 3 concepts of post amputation patients, namely the first personal concept in which the patient post self-esteem amputation is low, embarrassed to be embarrassed, embarrassed by new condition, feeling helpless, no life expectancy, interpersonal second patient concept do not want interacting with people other than family and health teams, patients feel unable to play and activate as before, and the concept of the three social patients needs help and family, friends, and the environment. The authors use QSEN competence in the assessment of care in post amputation patients where repeated in order of patient problems ie individual coping is ineffective, the existing competencies of six include centralized care principles, teamwork and collaboration, evidence-based practice, quality improvement, security, and informatics. By applying QSEN competence and objective theoretical achievement of Imogenogen M.King cases of ineffective coping in post amputation patients can be resolved. The overall goal of QSEN's competence is to meet the challenges of preparing for the future that have the knowledge, skills and attitudes necessary to improve quality and safety.

Keywords: Imogene M.Kings Nursing Theory - QSEN Competencies - Ineffective Coping - Post Amputation Patients

PENDAHULUAN

Amputasi adalah tindakan memisahkan sebagian atau seluruh bagian tubuh ekstremitas (Marrelli, 2007) yang mana dilakukan sebagai tindakan pilihan

terakhir manakala masalah organ yang terjadi pada ekstremitas tidak mungkin diperbaiki dengan tehnik lain atau manakala kondisi organ membahayakan keselamatan tubuh pasien seperti merusak organ tubuh dan dapat menimbulkan komplikasi seperti infeksi. Pada tindakan amputasi akan memunculkan masalah baru pada pasien dimana akan mengalami menghadapi masalah utama yaitu psikologis, ada 4 masalah yang sering muncul atau ditemukan pada pasien post amputasi.

Masalah pertama adalah dampak amputasi, dampak yang ada antara lain fisik, psikologis dan aktivitas. Masalah yang kedua adalah sumber coping, sumber bisa diperoleh dari dukungan sosial secara internal (keluarga) dan eksternal (petugas kesehatan). Masalah yang ketiga bentuk dukungan sosial yang diterima pasien post amputasi, dukungan bisa berupa informasi, instrumental dan emosi. Dari hasil beberapa penelitian sesuai dengan teori yang menjelaskan dukungan sosial berasal dari lingkungan keluarga, meliputi keluarga internal berasal dari dukungan suami atau istri, saudara kandung atau dari anak, dukungan sosial keluarga eksternal berasal dari dukungan sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, kelompok sosial, praktisi kesehatan (Harnilawati, 2013). Adanya dukungan sosial dari keluarga dan tenaga kesehatan membuat pasien selalu tegar dalam menghadapi kondisi yang dialami. Masalah yang keempat adalah strategi coping yang digunakan pasien post amputasi meliputi: **problem focused coping** dan **emotional focused coping** (Putri, 2014).

Dalam intervensi penulis menggunakan goal attainment theory dari Imogene M.Kings yang memberikan intervensi dari 3 konsep yaitu personal, interpersonal dan social pasien (Christensen, 2009), selain itu penulis juga memadukan QSEN competencies untuk memperbaiki coping pasien menjadi efektif. QSEN competencies juga mengubah fokus keperawatan dari upaya perawatan pribadi dan perawatan individual pada perawatan sistem yang akan mempercepat peningkatan kualitas dan keselamatan kesehatan (Cronenwett, 2007).

HASIL

Dari hasil telaah yang telah dilakukan penulis berdasarkan teori Imogene M.Kings dan QSEN competencies, pasien dengan post amputasi memiliki masalah baru yang sangat mengganggu pikirannya yaitu terkait perubahan konsep diri (gambaran diri, peran diri, ideal diri, identitas diri, dan harga diri) adanya masalah ini mengakibatkan pasien mengalami stress, pasien tidak memiliki manajemen stress yang baik sehingga pasien terdiagnosa oleh perawat coping individu tidak efektif berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Dengan menerapkan teori Imogene M.Kings dengan pelayanan keperawatan berdasarkan konsep personal, interpersonal, dan social serta penggunaan model QSEN competencies dalam pemberian asuhan keperawatan meliputi kompetensi patient centered care, team work and collaboration, evidence based practice, safety, dan informatics, masalah coping pasien post amputasi yang tidak efektif harapannya akan kembali efektif dan pasien mendapatkan dukungan sesuai yang

diharapkan pasien. Jika ditilik dari teori Imogene M.Kings penggunaan interaksi secara terus menerus dan komunikasi yang positif dapat memperbaiki coping pasien.

PEMBAHASAN

Teori Imogene M.Kings menjelaskan ada 3 sistem interaksi yang mempengaruhi kesehatan seseorang yaitu personal, interpersonal, dan sosial. Adapun dalam pengkajian masing-masing konsep ada 9 sub konsep dari teori ini yang mana konsep personal dikaji dari persepsi pasien, tumbuh kembang, dan waktu. Pengkajian personal didapatkan hasil pasien mulai gelisah melihat dirinya secara utuh, pada aspek gambaran diri pasien mengatakan malu dengan kondisinya sekarang setelah amputasi tidak memiliki kaki kanan, aspek ideal diri pasien mengatakan seperti tidak memiliki harapan untuk hidup, bekerja, aktivitas terhenti semua karena amputasi ini, aspek harga diri pasien mengatakan malu dengan kondisinya dan untuk bertemu orang, aspek peran pasien mengatakan sepertinya dengan adanya amputasi ini peran saya dalam kehidupan tidak akan berjalan lancar, kegiatan sehari-hari saja tidak bisa saya lakukan, aspek identitas pasien tampak paham dengan identitas dirinya sebagai anak dan sebagai seorang wanita pekerja yang sedang mengalami musibah dan belum menikah. Untuk sub aspek tumbuh kembang pasien bisa menjelaskan perubahan kesehatan yang ada, yang berdampak stress pada dirinya, dan menyebabkan pasien lebih sering diam, tidak mau berinteraksi dengan pengunjung. Dari sub konsep waktu pasien juga bisa menyebutkan kapan stress muncul atau faktor apa yang menyebabkan stress pasien muncul. Konsep interpersonal dan social bisa dikaji dari sub konsep interaksi, transaksi, komunikasi, stress, peran, dan ruang.

Dari pengkajian sub konsep interaksi, pasien nampak tidak nyaman saat berinteraksi dengan pengunjung, saat berinteraksi dengan perawat juga menunjukkan gelisah dan malu dengan kondisinya. Sub konsep transaksi didapatkan data bahwa, saat perawat dan dokter menjelaskan tentang kondisi pasien, pasien mendengarkan dan menyatakan paham, pasien menanyakan bagaimana cara pasien bisa berjalan lagi dengan satu kaki kiri. Pengkajian sub konsep komunikasi, pasien berkomunikasi dengan perawat dokter dan keluarganya, komunikasi verbal dan non verbal yang ditunjukkan pasien sesuai. Sub konsep stress saat dilakukan wawancara pasien mengatakan amputasi ini membuat pasien stress seperti tidak ada harapan hidup lagi, pasien juga mengatakan membutuhkan motivasi setiap langkah kehidupannya. Sub konsep peran, pasien nampak bingung akan perannya saat ini yang sebagai pekerja dan belum menikah seperti yang disampaikan pada konsep diri di konsep personal. Sub yang terakhir adalah ruang dimana seorang perawat mengamati selama proses perawatan kondisi ruangan seperti apa yang diharapkan pasien untuk proses pemulihan amputasi sekaligus untuk manajemen stress agar coping pasien kembali efektif. Selain itu dari segi konsep social teori Imogene M.Kings disini perawat juga perlu megakaji bagaimana aspek budaya yang dianut agar

perawatan bisa menyesuaikan, dan jika ada yang tidak sesuai dengan kesehatan bisa diluruskan. Dalam pengkajian, pasien dan keluarga mengatakan tidak ada budaya tertentu yang memberatkan untuk proses selama perawatan, pasien dan keluarga akan mengikuti saran dokter selama tindakan tidak melanggar agama.

Untuk diagnose keperawatan prioritas yang diambil oleh penulis adalah koping individu tidak efektif berhubungan dengan perubahan kesehatan-status dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

Melihat diagnose keperawatan yang ada perencanaan hasil yang diharapkan adalah koping individu kembali efektif, pasien mendapatkan dukungan baik informasi dan motivasi, pengetahuan pasien meningkat tentang perawatan setelah pulang dari rumah sakit.

Perencanaan tindakan yang dilakukan pada kasus pasien ini penulis selain berfokus menggunakan teori Imogene M.Kings yaitu goal attainment, penulis juga menggunakan dasar dari Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Competencies dimana tindakan perawatan berdasarkan kompetensi patient centered care, teamwork and collaboration, evidence based practice, quality improvement, safety, and informatics.

Kompetensi patient centre care, dimana perawat dalam pemberian asuhan keperawatan difokuskan pada pasien, tindakan antara lain observasi kebutuhan pasien, lakukan komunikasi yang baik dengan pasien, jaga kerahasiaan pasien, berikan informasi terkait yang dibutuhkan pasien, motivasi dan berikan pelayanan yang berpusat pada pasien, libatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan terkait kesehatannya, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi pada pasien, kerjasama dengan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

Teamwork and Collaboration, dalam kompetensi ini perawat harus melaporkan setiap hasil temuan pengkajian dan klarifikasi bersama untuk membuat rencana asuhan keperawatan dengan membuat rencana kegiatan bersama tim untuk melakukan perawatan dengan berbasis IPC (interprofessional collaboration).

Evidence Based Practice, dalam kompetensi ini perawat harus aktif dan kritis dalam memilih referensi tindakan yang tepat diberikan pada pasien, dengan cara mencari literature berdasarkan EBP untuk melakukan terapi yang efektif untuk penanganan pasien dengan post amputasi untuk perbaikan koping pasien, konsultasi dengan dokter atau tim ahli klinis sebelum menentukan tindakan perawatan agar tidak menyimpang dari from evidence-based protocols, penggunaan jurnal sebagai metode manajemen stress (jurnal psikologi : Pengaruh terapi menulis pengalaman emosional terhadap penurunan depresi pada mahasiswa tahun pertama, Theresia dkk UGM 2011), selain itu juga menggunakan Jurnal dakwah dan komunikasi Komunika STAIN Purwokerto : Ketika stress beraksi Islam punya solusi, Zaenal abiding, 009)

Quality Improvement (Perbaikan Mutu), dalam kompetensi ini perawat adalah pelaku perbaikan mutu baik untuk diri perawat, citra rumah sakit, dan kondisi pasien. Dalam perbaikan mutu perawat perlu mengidentifikasi kesenjangan antara praktek dengan teori yang ada, menggunakan alat ukur yang mudah dipahami dan dilaksanakan, menggunakan experiential learning method seperti membuat Plan-Do-Study-Act dalam pelayanan untuk mencapai tujuan yang diharapkan untuk pasien, membuat strategi pelayanan sebelum melakukan perawatan pada pasien dengan kata lain menggunakan metode interprofessional collaboration dalam pelayanan pada pasien.

Pada kompetensi safety, perawat mengkaji faktor internal dan faktor eksternal yang menggunakan prinsip dasar keselamatan seperti work-arounds and dangerous abbreviations, menggunakan teknologi terbaru untuk meminimalakan kebocoran data pasien (jaga kerahasiaan pasien), menjelaskan dan pelajari faktor budaya yang dianut pasien untuk mencegah culture shock (dengan menggunakan komunikasi strategi dan organisasi pelaporan yang tersistem)

Konsep terakhir adalah informatics, mengingat teori Imogene M. King menyatakan pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi, membuat keputusan untuk kesehatan, serta memperoleh pelayanan kesehatan. Perawat perlu menjelaskan pada pasien terkait alasan suatu tindakan dilakukan pada pasien adalah untuk keselamatan pasien, menggunakan informasi dan alat ukur yang jelas untuk setiap tindakan yang diberikan, menjelaskan hasil tindakan, melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan.

Hasil evaluasi dari asuhan keperawatan yang dilakukan dengan mengkaji peningkatan pengetahuan pasien terkait coping yang adaptif, mengkaji stress yang dirasakan pasien baik dari personal, interpersonal dan social pasien, mengkaji efektivitas manajemen stress yang diajarkan, pasien tampak menerima kondisi kesehatan saat ini, pasien mau menerima tamu yang menjenguk, pasien sudah mau berinteraksi dan bercanda dengan penjenguk, perawat, dokter, dan keluarga. Manajemen stress yang diberikan berhasil dilakukan pasien (setiap stress muncul pasien bercerita pada keluarga atau perawat, dan menulis keluhannya dalam buku diary, dimana pasien memilih aplikasi dari jurnal pengaruh terapi menulis pengalaman emosional terhadap penurunan depresi pada mahasiswa tahun pertama, Theresia dkk UGM 2011).

Untuk antisipasi masalah jika masih ada tanda stress dan coping belum adaptif maka lanjutkan intervensi.

Analisis terhadap teori Imogene King mengacu pada tujuh kategori atau prosedur yang diuraikan seperti berikut:

- Sumber Teori
Teori Imogene M. King didapatkan dari studi literatur, diskusi, penelitian dan

lain-lain.

- **Makna Teori**
Teori Imogene M.King mudah untuk dipahami dan diaplikasikan. Dasar dari teori ini kesehatan seseorang bisa dinilai dari interaksi baik personal, interpersonal maupun social pasien. Jadi dalam goal attainment juga berfokus pada 3 ranah interaksi ini.
- **Kecukupan logika teori**
Pada teori goal attainment menyatakan manusia memiliki hak untuk memperoleh informasi, membuat keputusan untuk kesehatan dan kehidupan, serta mendapat pelayanan kesehatan. Maka menurut penulis teori Imogene M.King Goal Attainment cukup logis.
- **Manfaat Teori**
Teori Goal Attainment Imogene M.Kings ini dapat digunakan pada pelayanan klinik maupun nonklinik, karena kesehatan seseorang atau klien sangat dipengaruhi oleh hubungan atau interaksi antara perawat atau petugas kesehatan dan klien (orang yang mengalami masalah).
- **Kemampuan menggeneralisasi**
Menurut penulis teori ini cakupannya luas dan dapat diaplikasikan pada praktek klinik maupun nonklinik.
- **Parsimony atau Kesederhanaan**
Konsep dari teori goal attainment dapat dijelaskan dan dipahami dengan mudah meskipun kompleks definisi yang dikemukakan jelas.
- **Kemampuan Teori Untuk Dilakukan Uji**
Teori ini menurut penulis sudah menggambarkan dengan jelas dan sangat sesuai dengan kondisi IT pada saat sekarang. Teori telah banyak diterapkan karena sudah terbukti hasilnya.

KESIMPULAN

- Theory of Goal Attainment berorientasi pada pencapaian tujuan dengan konsep utama perawatan pada personal, interpersonal dan social dengan menggunakan sembilan konsep untuk pengkajian antara lain persepsi, tumbuh kembang, waktu, interaksi, komunikasi, transaksi, peran, stress, dan ruang.
- Pasien pasca amputasi memiliki 4 masalah antara lain : dampak amputasi, sumber coping, bentuk dukungan sosial, dan strategi coping dengan analisa dari Teori Imogene M.King.
- Gaya komunikasi yang positif dan interaksi yang continue merupakan intervensi dari Teori Imogene M.Kings agar pasien mampu menyesuaikan diri terhadap amputasi dan berpartisipasi aktif dalam rencana rehabilitasi.
- Penerapan QSEN dalam pelayanan bertujuan untuk memenuhi tantangan dan mempersiapkan perawat masa depan yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan sikap yang diperlukan untuk terus meningkatkan kualitas dan keamanan sistem perawatan kesehatan.

Dengan adanya hasil pemaparan ini, harapannya pembaca dapat menjadikan referensi untuk menambah bacaan atau wawasan. Penulis juga berharap pembaca melakukan analisa keperawatan dengan menggunakan teori yang lainnya agar memperkaya ilmu dan memperbaiki critical analysis dalam keperawatan. Bagi keperawatan, harapannya hasil analisa dapat digunakan sebagai bahan referensi atau rujukkan dalam memberikan pelayanan pada pasien sehingga kepuasan pasien dalam pelayanan terpenuhi.

UCAPAN TERIMAKASIH

Pada UMY yang telah memberikan kesempatan, memfasilitasi kegiatan untuk belajar dan melakukan riset. Kepada mentor Bapak Moch. Afandi S.Kep., Ns., MAN yang telah memberikan arahan dan masukkan terkait tulisan saya.

REFERENSI

Alligood, Martha. 2006. Nursing Theory : Utilization and Application 3th edition. Mosby Elsevier : United Stated of America

Anto, Dwi. 2017. Model Human Interaction Dan Health Promotion Sebagai Upaya Peningkatan Kinerja Perawat Di Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes) Jawa Timur. GLOBAL HEALTH SCIENCE, Volume 2 Issue 2, Juni 2017 ISSN 2503-508891 GLOBAL HEALTH SCIENCE ----- <http://jurnal.csdforum.com/index.php/ghs>

Ashraf, A., Shojaee, H., Mousavi, B., Masoumi, M., Rezaei, N., Azema, H., & Soroush, M. (2012). Impact of pain in vertebral column on activities of daily living in the Iranian amputees with bilateral lower limb amputation. **Disability and Rehabilitation**, **34**(10), 869-72. doi:10.3109/09638288.2011.62 3756

Christensen J, Ipsen T, Doherty P, Langberg H. Disabil Rehabil. 2016 Dec; 38(24):2345-53. Epub 2016 Mar 17

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D., Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. **Nursing Outlook**, **55**(3)122-131

Dadkhah, B., Mohammadi, E., Hassankhani, H., & Valizadeh, S. (2014). The perception of trauma patients from social support in adjustment to lowerlimb amputation: A qualitative study. **Indian Journal of Palliative Care**, **20**(3), 229. doi:10.4103/0973-1075.138401

Harnilawati. (2013). **Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga**. Kalampa: Pustaka As Salam.

Holzer LA, Sevelde F, Fraberger G, Bluder O, Kicking W, Holzer G (2014) Body

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees. PLoS ONE 9(3): e92943.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092943>

Marrelli, TM. 2007. Buku Saku Dokumentasi Keperawatan Edisi : 3. EGC 1376:
Jakarta

Meleis Ibrahim A. 1997. Theoretical Nursing : Development and Progress, 3rd
edition. Philadelphia : Lippincott

Putri. 2014. Strategi Koping Pasien Diabetes Melitus Pasca Amputasi (Studi
Fenomenologi). FKUNDIP : Semarang

ANALYSIS OF DOROTHE ELIZABETH OREM (SELF-CARE AGENCY) APPLICATIONS WITH READING-BASED THERAPY: READING AL

QURAN IN APHASIA CASE

Slamet Purnomo¹

¹ Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Program Studi Magister
Keperawatan, pslametpurnomo@yahoo.co.id

Abstract: Stroke is in second ranked as the most common cause of death in the world, which are 6.7 million deaths each year. It is estimated that about 21-38% of patients with stroke are at risk of suffering from aphasia. The purpose of this article is to analyze the Self-Care Agency theory of Dorothea Elizabeth Orem on improving speech skills in patients with aphasia using reading-based therapy: reading Al Quran. Reading-based Therapy Exercises: reading the holy Quran, will encourage patients' ability to heal in aphasia. As well the religious values will nourish the patient's physical and spiritual.

Key Word: Reading-Based Therapy, Holy Quran, Aphasia

PENDAHULUAN

Stroke menempati peringkat kedua sebagai penyakit yang paling sering menyebabkan kematian di dunia, yaitu 6,7 juta kematian setiap tahun (WHO). Di Indonesia penyakit stroke menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker. Di Indonesia prevalensi Stroke berdasarkan yang terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9‰), Di Yogyakarta (16,9‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), dan diikuti Jawa Timur sebesar 16 permil (RISKESDAS, 2013). Hanya 15% saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke dan kecacatan (Khairunnisa, 2014). Diperkirakan bahwa sekitar 21-38% pasien dengan stroke beresiko menderita afasia (Salter et al., 2006).

Afasia adalah gangguan komunikasi dalam memahami dan atau mengucapkan kalimat karena kerusakan pada bagian otak (Alexander and Hillis, 2008). Menurut Mulyatsih dan Airizal (2008), secara umum afasia dibagi dalam tiga jenis yaitu afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. Afasia motorik merupakan kerusakan terhadap seluruh korteks pada daerah broca. Seseorang dengan afasia motorik tidak bisa mengucapkan satu kata apapun, namun masih bisa mengutarakan pikirannya dengan jalan menulis (Mardjono & Sidharta, 2004).

Salah satu penanganan yang dapat dilakukan adalah dengan cara terapi berbasis membaca/ **reading-based therapy**, strateginya menargetkan peningkatan kemampuan bicara melalui membaca (Horan, 2016). Di dalam kepercayaan agama islam membaca kitab suci Al-Quran akan dibalas dengan kebaikan oleh yang Maha Kuasa. Selain itu menurut para ahli tafsir bahwa nama lain dari Al Qur'an yaitu "Asyasyifâ" yang artinya secara Terminologi adalah Obat Penyembuh.

Meningkatkan kemampuan berbicara melalui terapi berbasis membaca pada pasien dengan afasia, dalam perspektif Dorothea Orem dikatakan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri, memenuhi kebutuhan yang ditujukan untuk melakukan fungsi dan perkembangan tubuh serta untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraannya, hal ini lah yang disebut dengan teori **Self-care agency** (Orem, 2001)

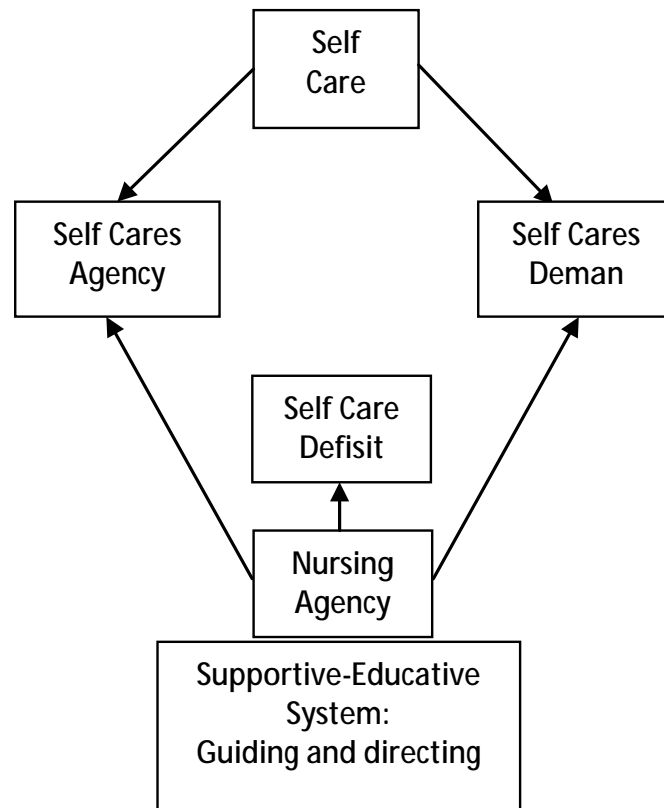
TUJUAN

Tujuan dari artikel ini adalah untuk menganalisis teori keperawatan **Self-care Agency** dari Dorothea Elizabeth Orem terhadap peningkatan kemampuan bicara pada pasien dengan afasia menggunakan metode **Reading-based therapy**: membaca Al Quran.

ANALISIS APLIKASI TEORI PADA KASUS AFASIA

Orem menyatakan “**Keperawatan termasuk dalam bagian dari pelayanan kesehatan yang diorganisir untuk memberikan perawatan langsung kepada orang-orang yang memiliki kebutuhan yang sah untuk berbagai bentuk perawatan langsung karena keadaan kesehatan mereka atau sifat persyaratan perawatan kesehatan mereka**” (Orem, 2001).

Gangguan komunikasi/bicara pada pasien dengan afasia dianggap suatu **Self-care deficit** yang memerlukan bantuan dari perawat sebagai agen keperawatan (**Nursing-care agency**) untuk membantu pasien dalam melakukan fungsi dan perkembangan tubuh serta untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraannya (**Self-care agency**) (Alligood, 2014). Gambaran singkat hal ini dapat digambarkan melalui kerangka konsep yang dikembangkan oleh Orem (Nursalam, 2016):



Gambar 1. Kerangka konsep berbasis **self-care** (Orem) Penerapan pada Penerapan pada pasien Afasia (Alligood, 2014)

Pengkajian diarahkan pada faktor personal, universal self care, development self care, health deviation self care deficit untuk menentukan permasalahan keperawatan yang dialami pasien afasia. Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan di analisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Masalah-masalah yang mungkin muncul adalah seperti: hambatan komunikasi verbal, gangguan **body image**, Cemas dan lain-lain.

Dari masalah yang muncul tersebut salah satu bentuk terapi rehabilitasi pasien afasia adalah dengan memberikan terapi wicara (Sunardi, 2006). Terapi wicara merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan komunikasi, gangguan bahasa bicara, gangguan menelan. Terapi wicara ini berfokus pada pasien dengan masalah-masalah neurologis, di antaranya pasien pasca stroke (Hearing Speech & Deafness Center, 2006).

Menggunakan metode membaca Al Quran merupakan termasuk kedalam **Reading-based therapy** yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi pasien afasia. Dengan proses latihan dengan membaca secara terus menerus yang dilakukan oleh pasien akan menstimulus dan akan memperbaiki masalah gangguan bicara pada pasien dengan afasia. Membaca merupakan bagian integral

dari kehidupan sehari-hari. Banyak sumber-sumber bacaan yang dapat dipakai sebagai bahan bacaan. Salah satunya adalah membaca Al-Quran. Menurut para ahli tafsir bahwa nama lain dari Al Qur'an yaitu “Asyisyifâ” yang artinya secara terminologi adalah Obat Penyembuh. Hal ini sesuai dengan firman Allah S.W.T.

“Hai manusia, telah datang kepadamu kitab yang berisi pelajaran dari Tuhanmu dan sebagai obat penyembuh jiwa, sebagai petunjuk dan rahmat bagi orang-orang yang beriman.”(QS. Yunus/10: 57)

Secara fisiologis dengan membaca akan menggerakkan organ bicara dan akan menimbulkan getaran yang hasilnya adalah bunyi. Bunyi yang dihasilkan melalui getaran ini akan ditangkap oleh saraf pendengaran. Stimulus yang diterima oleh system pendengaran berfungsi menstimulus untuk menggerakkan otot-otot bicara untuk mengucapkan bunyi tersebut (Sofiatun et al., 2016). Dalam penerapannya, pelaksanaan terapi ini dapat dilaksanakan selama 3,5 jam/hari selama 15 hari kerja selama berturut-turut (Johnson et al., 2014). Namun, dari literature lainnya terapi membaca dapat dilakukan sebanyak 11 sesi dan selama 1 jam setiap sesinya (Cocks et al., 2013)

Ayat di dalam Al Quran yang paling sering digunakan oleh praktisi-praktisi dalam pengobatan antara lain seperti surah Al Fatihah ayat 1-7. Allah SWT di dalam firmannya surah **Al Israa 17:82** dan surah **Al Fusilat 41:44** menjelaskan kepada manusia, bahwasannya secara keseluruhan Al Quran adalah obat (**shifa'**) untuk semua penyakit, baik itu penyakit fisik maupun masalah spiritual (Ibrahim et al., 2017). Membaca Al Quran akan diganjar pahala dan akan mendekatkan diri kepada-Nya. Sehingga rohani akan menjadi lebih tenang yang berimbas pada perbaikan fisik juga.

KESIMPULAN

Latihan **Reading-based Therapy**: membaca Al Quran, akan mendorong kemampuan pasien dengan afasia untuk mampu memenuhi kebutuhannya yang bertujuan untuk melakukan fungsi dan perkembangan tubuhnya. Perawat berperan dan berusaha untuk memberi dorongan untuk pasien mencapai tujuan tersebut. Selain itu, nilai-nilai keagamaan yang masuk didalamnya melalui membaca Al Quran dapat mendekatkan diri kepada sang Pencipta, yang mana hanya DIA lah yang memiliki kekuasaan dan kehendak atas semua yang terjadi di dunia. Sehingga pasien tidak hanya akan merasakan kesehatan jasmani, namun kesehatan rohani juga akan tersentuh di dalamnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, M.P., Hillis, A.E., 2008. Chapter 14 Aphasia, in: Handbook of Clinical Neurology, Neuropsychology and Behavioral Neurology. Elsevier, pp. 287-309. doi:10.1016/S0072-9752(07)88014-6
- Alligood, M.R. (Ed.), 2014. Nursing theorists and their work, 8 edition. ed. Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Al-Qur'an, Surah: **Yunus**/10, Ayat: 57
- Cocks, N., Pritchard, M., Cornish, H., Johnson, N., Cruice, M., 2013. A “novel” reading therapy programme for reading difficulties after a subarachnoid haemorrhage. Aphasiology 27, 509-531. doi:10.1080/02687038.2013.780283
- Horan, J.J., 2016. A Systematic Review of Aphasia Therapy Outcomes Research. Cleveland State University.
- Ibrahim, M.A., Shah, A.S.M., Mohd, R.A., 2017. Concept Of Shifa' In Al-Quran: Islamic Medicine Approach In Healing Physical Disorder. Al-Qanatir Int. J. Islam. Stud. 6, 23-39.
- Johnson, M.L., Taub, E., Harper, L.H., Wade, J.T., Bowman, M.H., Bishop-McKay, S., Haddad, M.M., Mark, V.W., Uswatte, G., 2014. An Enhanced Protocol for Constraint-Induced Aphasia Therapy II: A Case Series. Am. J. Speech Lang. Pathol. 23, 60-72. doi:10.1044/1058-0360(2013/12-0168)
- Khairunnisa N. 2014. Hemiparese sinistra, parese nervus vii, ix, x, xii e.c stroke Nonhemorrhagic. JUKE Unila. 2(3): 53.
- Mardjono, M & Sidharta, P., 2004. Neurologi Kinis Dasar. Jakarta : PT Dian Rakyat
- Mulyatsih, E & Airizal, A., 2008. Stroke Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di rumah. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Nursalam, 2016. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis (Edisi 4). Jakarta: Salemba Medika
- Orem, D. E., 2001. Nursing Concepts of Practice (6th ed.). St. Louis: Mosby
- RISKESDAS. 2013. Riset Kesehatan Dasar
- Salter, K., Jutai, J., Foley, N., Hellings, C., Teasell, R., 2006. Identification of aphasia post stroke: A review of screening assessment tools. Brain Inj. 20, 559-568. doi:10.1080/02699050600744087

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

Sunardi. 2006. Speech Therapy (Terapi Wicara) Post Laringotomy.

Sofiatun, I., Kristiyawati, S.P., Purnomo, S.E.C., 2016. EFEKTIFITAS TERAPI AIUEO DAN TERAPI THE TOKEN TEST TERHADAP KEMAMPUAN BERBICARA PASIEN STROKE YANG MENGALAMI AFASIA MOTORIK DI RS MARDI RAHAYU KUDUS. J. Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan 2.

WHO | The top 10 causes of death [WWW Document], n.d. . WHO. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> (accessed 10.7.17).

APPLICATION WATSON CARING THEORY FOR ESTABLISHMENT PROFESSIONAL BEHAVIOUR IN NURSING EDUCATION

Wulan Noviani¹ , Elsy Maria Rosa²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan,

²Dosen Magister Keperawatan

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Email: wulan.n@umy.ac.id

Abstract: Profesionalisme is an imperative, nevertheless it is difficult to define, teach and assess in nursing education. Caring theory states that the core of nursing is caring and it is as a form of professional behaviour among nurses. The establishment of professional behaviour requires a curriculum which is the interventions should be innovative and creative appropriate with the nursing institution goals. **Objectives:** To analyze application of Watson caring theory to establishment professional behaviour in nursing education. **Analysis:** Watson caring theory assumes that nursing is the human science and the heart of nursing. This theory based on the philosophy of human caring with the concept and assumption of ten narrative processes. Caring theory can be integrated through the curriculum to internalize professional values in nursing. Combination of caring theory with affective domain approach has proved effective in the internalization of value development to be the part of individual. The stages of internalization values involves: receiving, responding, valuing, organizing and characterizing. Caring professional behaviour can be realized through a curriculum model with a learning process that involves knowledge, skills and attitudes. The role model, commitment, creativity, partner collaboration an interaction between educator and students can support the successful establishment of professional behaviour in nursing education. **Conclusion:** The theory of caring is an embodiment of professional behaviour of nurses. The internalization of professional behavior requires appropriate models, learning methods and interventions through the nursing curriculum both of academic and profession stages. Establishment of professional behaviour can be achieved with the support from leader, policy, routine to monitoring and evaluation the process and using high quality of instrument to assess.

Keywords: caring theory, nurse, nursing education, professional behaviour, Watson theory

PENDAHULUAN

Profesionalisme merupakan suatu hal yang sulit untuk didefinisikan, diajarkan dan dinilai (Rogers and Ballantyne, 2010) di dalam dunia pendidikan khususnya keperawatan. Pendidikan keperawatan memegang peranan yang sangat penting dalam menentukan kualitas lulusan keperawatan melalui pengajaran profesionalisme. Tanggung jawab moral institusi untuk mengedepankan profesionalisme lulusan perawat tidak hanya mengantarkan sampai pintu gerbang tetapi mengantarkan sampai memasuki dunia kerja (Nursalam, 2014). Profesionalisme merupakan pusat dari praktik keperawatan dimana terdapat hubungan antara perawat dan pasien yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan dan kepuasan pasien yang dipelajari melalui institusi pendidikan. Institusi pendidikan keperawatan harus menjamin bahwa lulusan perawat memiliki standar nilai yang tinggi dalam perilaku profesional (Rogers and Ballantyne, 2010).

Perilaku profesional sangat penting untuk diajarkan, dinilai secara formal dan menyesuaikan dengan kurikulum institusi. Elemen yang melekat pada perilaku profesional pada berbagai literatur meliputi keterampilan komunikasi, etika dan keterampilan interpersonal. Penilaian perilaku profesional sangat kompleks sehingga dalam menentukan perilaku yang tepat yaitu melalui pengamatan dari perilaku yang ditunjukkan dan bagaimana penilaiannya didasarkan pada kebutuhan mahasiswa, program dan komunitas klinis (Davies et al., 2015). Domain profesional dapat diperoleh dari mengkaji literatur secara empiris dan menilai kesukaan pasien melalui survei. Bentuk dasar dari perilaku profesional meliputi tanggung jawab, menghargai pasien, kejujuran, kesadaran diri, kemampuan refleksi, kolaborasi, kerjasama, dan peduli dengan kolega. Kelima domain pertama disarankan untuk masuk kedalam kurikulum pendidikan medis. Analisis empiris menghasilkan catatan khusus yang memerlukan penerjemahan ke dalam kurikulum formal dan memerlukan uji coba melalui tindakan. Pemberian definisi pada perilaku profesional medis memerlukan uji validitas prediktif serta penelitian jangka panjang (Rogers and Ballantyne, 2010).

Perilaku merupakan aspek profesionalisme yang dapat diamati melalui sikap profesional dan **role model** dari pendidik dan rekan kerja (Mak-van der Vossen et al., 2017) it has remained difficult for educators to identify medical students' unprofessionalism, because, among other reasons, there are no commonly adopted descriptors that can be used to document students' unprofessional behaviour. This study aimed to generate an overview of descriptors for unprofessional behaviour based on research evidence of real-life unprofessional behaviours of medical students.\n\nMethods\nA systematic review was conducted searching PubMed, Ebsco/ERIC, Ebsco/PsycINFO and Embase.com from inception to 2016. Articles were reviewed for admitted or witnessed unprofessional behaviours of undergraduate medical students.\n\nResults\nThe search yielded 11,963 different studies, 46 met all inclusion criteria. We found 205 different descriptions of unprofessional behaviours,

which were coded into 30 different descriptors, and subsequently classified in four behavioural themes: failure to engage, dishonest behaviour, disrespectful behaviour, and poor self-awareness.

Conclusions

This overview provides a common language to describe medical students’ unprofessional behaviour. The framework of descriptors is proposed as a tool for educators to denominate students’ unprofessional behaviours. The found behaviours can have various causes, which should be explored in a discussion with the student about personal, interpersonal and/or institutional circumstances in which the behaviour occurred. Explicitly denominating unprofessional behaviour serves two goals: [i] creating a culture in which unprofessional behaviour is acknowledged, [ii] targeting students who need extra guidance. Both are important to avoid unprofessional behaviour among future doctors.

Electronic supplementary material

The online version of this article (10.1186/s12909-017-0997-x. Penerjemahan bukti penelitian dalam intervensi perilaku ditujukan untuk merubah perilaku menjadi perilaku profesional dalam praktik klinik. Intervensi profesional merupakan inovasi yang sangat penting dalam pengembangan ilmu yang berisi metode, jenis intervensi, nilai yang dibagi dan memiliki prosedur evaluasi. Namun, sebagian besar perubahan perilaku profesional merupakan hal yang sulit dilakukan dengan masalah yang kompleks karena dipengaruhi oleh organisasi dan kebijakan. Intervensi yang berkontribusi dalam proses perubahan perilaku meliputi restrukturisasi secara normatif harapan dan nilai kelompok baik dari faktor internal maupun eksternal (Johnson and May, 2015). Penilaian profesionalisme medis sangat banyak tetapi saat ini memerlukan instrumen berkualitas yang mampu menilai **performance** dengan jenis instrumen yang disesuaikan dengan kebutuhan penelitian dan target populasi (Li et al., 2017).

Dampak dari perilaku tidak profesional dapat menyebabkan bahaya bagi pasien, keluarga (Rogers and Ballantyne, 2010) dan masyarakat, menyebabkan dampak negatif bagi karir perawat, buruknya citra profesi keperawatan dengan menurunnya kepercayaan masyarakat. Pengajaran perilaku profesional merupakan tantangan yang besar pada pendidikan keperawatan di Indonesia untuk dapat didefinisikan, diajarkan serta dievaluasi. Perilaku tidak profesional dapat diukur melalui evaluasi **performance** mahasiswa dari penilaian pendidik. Hal ini sulit dilakukan karena beberapa alasan yaitu: sulit memberikan label perilaku tidak profesional, standar yang tidak pasti yang menyatakan apa dan bagaimana cara mendokumentasikan, hasil penilaian yang tidak jelas dan tidak langsung; kurangnya definisi perilaku tidak profesional dan kurangnya dukungan dokumen dan form penilaian. Masukan penting bagi pendidik dalam menilai profesionalisme adalah mereka dapat menilai melalui perilaku disertai komentar tergantung waktu dan budaya (Mak-van der Vossen et al., 2017)

properties”:{“formattedCitation”:(Mak-van der Vossen et al., 2017.

Institusi pendidikan menggunakan kurikulum sebagai suatu formula untuk membentuk mahasiswa dengan karakteristik yang berbeda untuk dapat dijadikan sebagai perawat profesional dengan standar yang sama melalui pengetahuan, keterampilan dan sikap. Berbagai masalah dalam pendidikan

keperawatan adalah menurunnya moralitas mahasiswa keperawatan maupun perawat terkait sikap maupun perilaku yang tidak etis, tidak memandang pasien sebagai manusia seutuhnya, menjalankan rutinitas tindakan keperawatan tanpa memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien, kurangnya kemampuan komunikasi interpersonal dan kurang memahami kode etik profesi. Mahasiswa keperawatan merupakan calon perawat profesional dimana semua sikap dan perilakunya harus sesuai dengan standar dan etika profesi keperawatan. Pentingnya pengajaran perilaku profesional merupakan tanggung jawab moral dan sosial kepada masyarakat dari institusi pendidikan keperawatan untuk menjamin kualitas lulusan keperawatan..

Kesulitan dalam mendefinisikan, mengajarkan dan mengevaluasi perilaku profesional yang dialami oleh setiap institusi pendidikan keperawatan menjadi masalah utama di era global saat ini. Masalah dalam perilaku profesional erat kaitannya dengan etika keperawatan dan kompetensi. Mahasiswa dan dosen memerlukan kurikulum profesionalisme yang jelas, aplikatif dan berbasis bukti (Rogers and Ballantyne, 2010). Salah satu perilaku profesional yang menjadi inti dari keperawatan adalah **caring**. **Caring** menunjukkan adanya kepedulian yang ditekankan pada pentingnya memberikan dedikasi yang total kepada pasien. Melalui caring, perawat menunjukkan penghormatan dan apresiasi untuk pasien dan dirinya. Pengenalan **caring** sebagai nilai pusat dalam pemberian pelayanan keperawatan menjadi dasar yang dapat memandu dan mengarahkan pada pelayanan berfokus pada pasien/ individu (Cook and Cullen, 2003).

Peran **caring** sebagai komponen esensial dalam keperawatan didukung oleh teori keperawatan dan penelitian. Mempertimbangkan teori dan filosofi Watson menjelaskan **caring as a moral ideal and “the heart of nursing”** yang berarti bahwa caring sebagai moral ideal dan jantungnya keperawatan. Watson menyampaikan bahwa **caring** melibatkan sisi kemanusiaan perawat, memperluas jangkauan kemanusiaan pada orang lain dan mengawetkan hubungan antara perawat dengan manusia dan orang lain sebagai proses yang menguntungkan dan saling percaya (Cook and Cullen, 2003). **Caring** merupakan pusat dari keperawatan yang memerlukan pengajaran yang tepat bagi perawat. Hal ini dapat dilakukan dengan mendesain kurikulum dalam pendidikan keperawatan yang sesuai dengan perilaku profesional **caring**. Menurut Bevis and Watson, (1989; 2000), kurikulum **caring** ada dalam tradisi pendidikan sebagai proyek emansipatoris dimana dosen dan mahasiswa bersama menggali, mengetahui dan menciptakan hubungan untuk mempelajari sejarah, kejadian saat ini dan kemungkinan yang akan terjadi di masa depan berdasarkan filosofi keperawatan.

Filosofi keperawatan dan teori pendidikan keperawatan penyimpangan, maka kWat menemui berbagai penyimpangan, maka son kurikulum kita harus dibebaskan dari metodologi restriktif dengan berpikir kritis, etis dan kreatif serta harus diorientasikan kembali ke arah visi baru bagi semua orang, tubuh, pikiran, hati dan jiwa (Bevis and Watson, 1989; 2000). Berdasarkan permasalahan yang ada, maka diperlukan aplikasi teori **caring** Watson dalam kurikulum sebagai

bentuk perwujudan dari pengajaran perilaku profesional di institusi pendidikan keperawatan.

TUJUAN

Menganalisis aplikasi teori **caring** Watson pada pembentukan perilaku profesional dalam pendidikan keperawatan.

ANALISIS APLIKASI TEORI **CARING** PADA PERILAKU PROFESIONAL

Keperawatan sebagai ilmu pengetahuan tentang perawatan manusia / **human care** didasarkan pada asumsi bahwa ilmu pengetahuan tentang manusia / **human science** dan **human care** merupakan domain utama dan menyatukan tujuan keperawatan. Sebagai **human science** keperawatan berupaya mengintegrasikan pengetahuan empiris dengan estetika, nilai-nilai kemanusiaan dan seni. Watson mengatakan bahwa “**human care is the heart of nursing**” yang berarti bahwa perawatan manusia adalah jantung keperawatan. (Watson, 1985). Teori **caring** juga sering disebut **caring science** karena teori tersebut memberikan dasar untuk membimbing keperawatan sebagai sebuah disiplin ilmu dan sebuah profesi. Teori ini didasarkan pada filosofi **human caring** dengan konsep dan asumsi sepuluh proses karitas (Durant et al., 2015).

Teori **caring** mengalami perkembangan dari faktor karatif menjadi proses karitas dimana inti dalam praktik antara lain melakukan praktik cinta kasih dan ketenangan hati, mempercayai keberadaan pada keyakinan yang mendalam, membudayakan praktik spiritual secara utuh, menciptakan lingkungan penyembuhan melalui caring dan mengizinkan adanya suatu keajaiban yang tidak dapat dijelaskan dalam kehidupan (Watson, 2008); hubungan transpersonal, lingkungan penyembuhan dan modalitas penyembuhan (Durant et al., 2015). Konsep dari teori karitas adalah adanya hubungan **caring** pada diri sendiri dan orang lain, hubungan **caring** transpersonal dan kejadian **caring**. Perkembangan teori Watson menjadi proses karitas dilakukan untuk lebih mudah memahami secara mendalam dan lebih komprehensif dalam praktik dan menjadi panduan dalam memasukan, menginterpretasi, menjaga dan memiliki kesadaran dalam meneliti faktor karatif (Watson, 2008).

Karitas memberikan gambaran lebih dalam pada fenomena pada praktik personal dan profesional dalam ilmu keperawatan. Hal terpenting yang harus dilakukan adalah memahami dari seluruh faktor karatif dan prosesnya untuk mengetahui latar belakang saat melakukan praktik dengan menggunakan model **caring** profesional dan menyadari bahwa kesembuhan diperoleh dari **caring** perawat (Watson, 2008). Caring merupakan sesuatu yang unik dalam keperawatan dan tidak dapat dipisahkan dari perawat dimana dalam proses karitas terdapat interaksi antara perawat dan pasien, mempraktikkan 10 perilaku caring dan memahami semua aspek dalam diri pasien sebagai manusia seutuhnya. Hal inilah yang membedakan perawat dengan profesi kesehatan yang lain dan perawat

dapat memahami dampak dari caring terhadap kesembuhan pasien (Watson, n.d.).

Teori **caring** Watson dipilih sebagai kerangka teori karena Watson memberikan konsep **caring** sebagai proses **transpersonal caring** yang berarti melampaui diri, mengakui adanya hubungan saling menguntungkan dan adanya timbal balik. Teori ini menyediakan kerangka kerja profesional dalam mengubah etika praktik penyembuhan dan memberikan bukti adanya integrasi ilmu dalam memberikan kualitas pelayanan (Durant et al., 2015). Selama dalam hubungan **caring** transpersonal perawat berhubungan dengan pasien dalam ruang, waktu dan kehidupan pribadi pasien. Teori **caring** ini merupakan perwujudan dari bentuk perilaku profesional perawat. Menurut Cook and Cullen (2003), model domain afektif dari Krathwohl, Bloom dan Masia dapat mendukung pengajaran konsep **caring** sebagai nilai sentral dalam pengembangan afektif mahasiswa keperawatan. Taksonomi dalam kompetensi afektif, Watson mengidentifikasi internalisasi sebagai prinsip pengorganisasian yang memberikan gambaran terbaik bagaimana nilai menjadi bagian pada individu. Lima kategori pengembangan afektif antara lain: 1) Penerimaan (**receiving**); 2) Pemberian respon (**responding**); 3) Pemberian nilai (**valuing**); 4) Pengorganisasian (**organization**); dan 5) Pembentukan karakter (**characterization**).

Tiga kategori terakhir diperjelas dalam aplikasi teori **caring** Watson dimana perilaku yang ditunjukkan merupakan komitmen dalam mengidentifikasi nilai. Krathwohl dan rekannya memberikan kerangka kerja bagi institusi pendidikan tentang perencanaan, pengimplementasian dan pengkajian kompetensi afektif secara spesifik nilai-nilai profesional seperti **caring** pada tahapan yang berbeda. Kerangka kerja memberikan keyakinan bahwa hasil praktik profesional tergantung pada pengajaran atau proses pembelajaran. Hasil yang diinginkan ditentukan oleh semester mahasiswa dalam program yang diikuti, kompleksitas nilai dan pengalaman yang bermanfaat untuk mencapai tujuan yang diinginkan serta adanya keputusan profesional pada tingkat institusi pendidikan keperawatan. Waktu dan komitmen dibutuhkan untuk mengembangkan sistem nilai yang menetap dalam diri mahasiswa yang ditunjukkan melalui kategori 4 dan 5 yaitu pengorganisasian dan pembentukan karakter. Internalisasi nilai memerlukan waktu yang panjang dan pengalaman yang beragam saat berinteraksi dengan pasien. Percampuran konsep **caring** dan domain afektif dapat memberikan dasar untuk nilai **caring** melalui kurikulum keperawatan.

Aplikasi teori Watson dalam kurikulum melalui berbagai tahap pengembangan afektif disesuaikan dengan kompetensi yang harus dicapai dalam caring untuk membantu perawat mempromosikan kesehatan dan penyembuhan pada klien. Faktor karatif dan proses karitas berisi konsep keperawatan yang berdasarkan pengetahuan dasar, kompetensi klinik, dan pentingnya hubungan terapeutik perawat dan pasien. Mahasiswa keperawatan menggunakan faktor-faktor untuk membuat keputusan yang berfokus pada prioritas kebutuhan pasien. Internalisasi **caring** sebagai nilai yang memerlukan waktu yang panjang dan dievaluasi untuk

dapat menjadi kesadaran diri dan digunakan sebagai pedoman dalam praktik **caring** secara mandiri melalui proses karitas. Model kurikulum **caring** pada institusi pendidikan keperawatan dapat dirubah sesuai dengan kebutuhan institusi dan adanya tuntutan dari masyarakat maupun globalisasi. Kurikulum disesuaikan dengan visi dan misi institusi pendidikan dan mengapresiasi perspektif lintas budaya dan menggali nilai-nilai secara terbuka dan kritis. Dukungan organisasi profesi dapat membantu mengidentifikasi esensi **caring** dalam keperawatan dan pentingnya sebagai nilai professional dalam praktik. **Caring** digunakan sebagai sentral dalam praktik keperawatan yang mengakui keberagaman pasien dengan nilai-nilai budaya yang dimiliki.

Peran Penting Institusi Keperawatan

Menurut Cook and Cullen (2003), **caring** dipelajari melalui praktik **caring** antara institusi pendidikan keperawatan dan mahasiswa dengan menggunakan nilai **caring** saat memberikan pengalaman belajar dengan berbagai macam pasien. Beck dalam penelitian meta analisis menemukan bahwa mahasiswa belajar bagaimana merawat pasien pertama kali menggunakan **caring** dari institusi pendidikan. **Role model caring** memegang peranan penting dalam berbagi pengetahuan dan keahlian klinik, menggunakan standar praktik yang tinggi dan mahasiswa diberi contoh, saran dan teknik yang digunakan dalam berbagai situasi dalam perawatan klien yang berasal dari institusi pendidikan. Institusi dapat menggunakan program awal untuk mengenalkan pengaruh mereka sebagai **role model** dan mentor bagi mahasiswa. Program ini dapat digunakan untuk mengetahui proses dari pembentukan sikap dan perilaku mahasiswa dalam menerima, memahami dan mempraktikkan caring dalam memenuhi kebutuhan pasien dalam perawatan.

Institusi pendidikan menentukan **caring** pada kebutuhan dasar individu kemudian melalui pendidikan dan pelatihan keperawatan mahasiswa diajarkan memahami **caring** dari pengetahuan, keterampilan sampai sikap. Fokus utama yang dilakukan adalah mahasiswa mampu memahami dan mengembangkan definisi caring secara luas pada semua aspek dan sesuai tahap perkembangan klien baik di tahap akademik maupun klinik. Saat mahasiswa mampu menunjukkan perilaku **caring** maka institusi wajib memberikan pujian yang positif dan penilaian pada kedua tahap pendidikan keperawatan. Proses pengajaran caring juga dapat dilakukan saat mahasiswa mendapatkan pengalaman saat praktik klinik. Proses internalisasi dapat diobservasi dan dievaluasi melalui tindakan dan perkataan apa yang mereka telah lakukan saat merawat pasien.

Keterbatasan role model baik di institusi pendidikan maupun pada setting klinik menyebabkan terjadinya hambatan dalam pembentukan caring pada mahasiswa keperawatan. Role model yang ideal untuk memberikan pembelajaran terkait caring harus melalui proses pelatihan dan pendidikan terlebih dahulu. Hal ini dilakukan untuk mengurangi adanya perbedaan persepsi dalam mendefinisikan **caring** dan menerapkannya dalam praktik keperawatan. Hambatan yang ada

dapat diatasi dengan adanya dukungan dari pimpinan dan semua civitas akademika institusi pendidikan yang peduli serta lebih menguatkan pada motivasi diri sendiri, keluarga, teman sebaya dan role model perawat yang patut dicontoh. Simmon dan Cavanaugh melaporkan hubungan positif dan signifikan antara kemampuan profesional **caring** dengan **caring** lingkungan sekolah. Oleh karena itu, peresapan **caring** atau kurangnya **caring** pada lingkungan sekolah keperawatan menjadi dampak yang besar pada pengembangan caring sebagai nilai keperawatan (Cook and Cullen, 2003). Perlunya dilakukan peninjauan ulang secara teratur tentang tindakan dan perilaku **caring** perawat, meskipun penelitian yang berhubungan dengan karakteristik personal perawat kurang oleh karena itu diperlukan suatu kurikulum yang dapat dijadikan sebagai pedoman untuk membentuk perilaku profesional perawat dalam hal **caring** (Pajnkihar et al., 2017).

Evaluasi Penerapan Perilaku **Caring**

Evaluasi penerapan **caring** dapat dilakukan dengan berbagai macam cara antara lain melakukan evaluasi rutin dari awal, proses dan akhir program, atau menggunakan instrumen penilaian faktor karatif untuk tahap akademik maupun profesi. Tahap akademik dapat mengacu pada penelitian (Pajnkihar et al., 2017) yang menggunakan instrumen **Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI-nurse version)** yang dikembangkan untuk mengukur caring dan berisi 10 faktor karatif yang diusulkan oleh teori **human caring** Watson. Atribut dalam 10 faktor karatif antara lain: **humanisme, hope, sensibility, helping relationship, expression of emotions, problem solving, teaching, environment, needs** dan **spirituality**. Level pendidikan berhubungan dengan penggunaan perasaan dalam faktor karatif. Hal ini berhubungan dengan perasaan diri sendiri dan orang lain yang dipengaruhi oleh keyakinan individu, pertumbuhan personal dan praktik (Watson, 2008; Pajnkihar et al., 2017).

Untuk tahap pendidikan profesi Ners dimana mahasiswa sudah setingkat lebih tinggi kemampuan kognitif, psikomotor dan sikapnya dapat ditingkatkan dengan menggunakan instrumen lain untuk evaluasi. Menurut Preheim et al (2006), pendidikan klinik pada tahap profesi, internalisasi perilaku **caring** dapat diperjelas dengan peran dan tanggung jawab mahasiswa dengan menggunakan instrumen **Clinical Scholar Model Competency (CSM) for Implementation**. CSM memfasilitasi hubungan saling menguntungkan dalam pemahaman nilai dan tujuan dalam praktik **caring**.

Fokus pendidikan pedagogi **caring** dapat digunakan sebagai kerangka kerja untuk mengkaji hasil kerja dari kompetensi, pendidikan klinik untuk mahasiswa sebelum mereka mendapatkan lisensi. Perawat klinik senior memiliki hubungan penting dalam memberikan kontribusinya pada pembentukan perilaku **caring** melalui praktik profesional yang kompeten pada tahap pendidikan klinik. Kolaborasi antara mitra memberikan peningkatan dan peluang yang berkelanjutan untuk aplikasi ilmu pengetahuan yang berhubungan dengan pendidikan berdasar bukti

dan praktik (Preheim et al, 2006). Kolaborasi nyata institusi pendidikan dan mitra (rumah sakit, puskesmas maupun klinik) dapat membantu untuk pembentukan perilaku profesional mahasiswa keperawatan melalui penilaian **caring**.

Morse, Bottorff, Neander dan Solberg (1991) mengidentifikasi lima pandangan dengan membandingkan literatur terkait **caring** antara lain: 1) **caring** sebagai sifat manusia; 2) **caring** sebagai perintah moral dan kebajikan; 3) adanya interaksi interpersonal; 4) adanya intervensi terapeutik melalui tindakan yang disengaja untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan. Penilaian caring memerlukan pemahaman pada indikator empiris yang berkualitas serta dapat secara dalam menjelaskan caring pada fenomena manusia yang kompleks. Klarifikasi asumsi dapat dibuat dan direkonsiliasi dengan mengidentifikasi ontologi, etika, filosofi, epistemologi, praktik dalam konsep caring (Watson, 2009).

Solusi Masalah dengan penerapan Kurikulum **Caring**

Menurut Bevis and Watson (1989;2000), perubahan paradigma dalam penyusunan kurikulum baru pada pendidikan keperawatan harus memenuhi hal sebagai berikut: 1) Membebaskan mahasiswa dan institusi pendidikan dari pembatasan otoriter model behavioris; 2) Mengakui mahasiswa sebagai mitra dalam pendidikan ; 3) Mendefinisikan kurikulum sebagai interaksi antara mahasiswa dan dosen yang diniatkan untuk melakukan pembelajaran ; 4) Memfasilitasi penataan struktur pembelajaran sehingga kegiatan ceramah kelas ditinggalkan; 5) Berfokus pada pengalaman klinis; 6) Institusi keperawatan tidak membatasi kreativitas; 7) Menghilangkan pendidikan berdasar sistem kasta; dan 8) Menawarkan sistem kritik untuk mengkaji pembelajaran mahasiswa.

Kurikulum **caring** merupakan formula khusus yang dibuat oleh institusi pendidikan keperawatan yang memiliki tujuan untuk membentuk pengetahuan, keterampilan dan sikap mahasiswa serta menginternalisasikan perilaku profesional sebagai perawat. Interaksi antara semua civitas akademika sangat diperlukan dalam proses pembelajaran internalisasi **caring** melalui pembelajaran aktif, terbuka, berpikir kritis, kreatif dan egaliter. Masa depan profesi keperawatan sekarang adalah dari apa yang kita ajarkan kepada mahasiswa saat ini (Bevis and Watson, 1989). Pemahaman pada filosofi dan teori keperawatan Watson secara mendalam akan memberikan dampak positif bagi perkembangan dunia keperawatan di masa depan. Meyakini bahwa ilmu keperawatan adalah perpaduan ilmu pengetahuan dan seni yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia dengan memperhatikan semua aspek baik biopsikososiokultural dan spiritual dengan keterampilan komunikasi interpersonal dan transpersonal membuat perawat meyakini keberadaan manusia sebagai makhluk yang holistik.

Strategi penyusunan kurikulum **caring** sebagai cara menginternalisasikan perilaku profesional dapat dilakukan sebagai berikut: 1) Menentukan tujuan dari institusi pendidikan terkait perilaku profesional **caring**; 2) Identifikasi

nilai-nilai profesional yang harus ditunjukkan oleh mahasiswa; 3) Memberikan contoh perilaku yang jelas; 4) Menggunakan strategi pembelajaran perilaku dan model yang sesuai dengan melibatkan domain kognitif, psikomotor dan afektif; 5) Melakukan penilaian kemampuan awal mahasiswa, selama proses dan akhir dari pembelajaran perilaku; 6) Melakukan evaluasi diri baik mahasiswa dan institusi pendidikan keperawatan; 7) Menyediakan **role model** yang sesuai baik di tahap akademik maupun klinik; 8) Bersikap terbuka dengan masukan dari pihak manapun; 9) Terjalin interaksi yang terbuka antara mahasiswa dan dosen maupun civitas akademika; 10) Melakukan sosialisasi bagi mahasiswa tahap akademik dan profesi secara rutin akan pentingnya menginternalisasikan perilaku **caring**; 11) Membuat buku panduan dan logbook bagi mahasiswa; 12) Pimpinan institusi melakukan monitoring dan evaluasi ketercapaian program; 13) Memberikan nilai kepada mahasiswa sebagai bagian dari proses belajar yang berbeda dengan komponen kognitif maupun psikomotor; dan 14) Memberikan **reward** dan **reinforcement** pada mahasiswa yang telah berhasil menunjukkan perilaku profesional **caring**.

KESIMPULAN

Teori **caring** merupakan suatu perwujudan dari perilaku profesional perawat. Internalisasi perilaku profesional **caring** memerlukan model, metode pembelajaran dan intervensi yang tepat melalui kurikulum keperawatan baik tahap akademik maupun profesi. Pembentukan perilaku profesional dapat dicapai dengan adanya dukungan dari pimpinan, monitoring dan evaluasi serta penilaian menggunakan instrumen yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bevis, E.O., Watson, J., 1989. Toward a caring curriculum. National League for Nursing.
- Davies, R., Ellerton, C., Evans, C., 2015. Measuring Professional Behaviour in Canadian Physical Therapy Students' Objective Structured Clinical Examinations: An Environmental Scan. *Physiother. Can.* 67, 69-75. doi:10.3138/ptc.2013-72
- Durant, A.F., McDermott, S., Kinney, G., Triner, T., 2015. Caring Science: Transforming the Ethic of Caring-Healing Practice, Environment, and Culture within an Integrated Care Delivery System. *Perm. J.* 19, e136-e142. doi:10.7812/TPP/15-042
- Johnson, M.J., May, C.R., 2015. Promoting professional behaviour change in healthcare: what interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. *BMJ Open* 5, e008592.

- Li, H., Ding, N., Zhang, Y., Liu, Y., Wen, D., 2017. Assessing medical professionalism: A systematic review of instruments and their measurement properties. *PloS One* 12, e0177321.
- Mak-van der Vossen, M., van Mook, W., van der Burgt, S., Kors, J., Ket, J.C.F., Croiset, G., Kusurkar, R., 2017. Descriptors for unprofessional behaviours of medical students: a systematic review and categorisation. *BMC Med. Educ.* 17. doi:10.1186/s12909-017-0997-x
- Nursalam, P., 2014. CARING SEBAGAI DASAR PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN DAN KESELAMATAN PASIEN.
- Pajnkihar, M., Štiglic, G., Vrbnjak, D., 2017. The concept of Watson’s carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ* 5, e2940. doi:10.7717/peerj.2940
- Rogers, W., Ballantyne, A., 2010. Towards a practical definition of professional behaviour. *J. Med. Ethics* 36, 250-254.
- Watson, J., 2009. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*, 2nd ed. ed. Springer Pub. Co, New York.
- Watson, J., 2008. *Nursing: the philosophy and science of caring*, Rev. ed. ed. University Press of Colorado, Boulder, Colo.
- Watson, J., n.d. *Measuring the Caritas Processes: Caring Factor Survey*.

APLIKASI TEORI SELF CARE DOROTHE E. OREM TERHADAP KEMAMPUAN SELF CARE MANAGEMENT PADA PASIEN HIPERTENSI

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Program Pascasarjana UMY

²Magister Keperawatan UMY

Email : meldaindrawati85@gmail.com

Abstract: Hypertension is a condition in which blood pressure increases, which according to JNC VII 2003 systolic pressure ≥ 140 mmHg, and diastolic pressure ≥ 90 mmHg. Self Care Management in people with hypertension refers to the ability of individuals to maintain their effective behavior includes the use of prescribed drugs, following diet and exercise, independent monitoring and emotional coping with illness suffered so that people with hypertension can do self-care so that complications of Hypertension can be prevented or anticipated. This paper aims to analyze the application of self-care theory Dorothea Orem on the ability of Self Care Management in Patients with Hypertension. Controlling blood pressure by doing self-care management in hypertensive patients in addition to affecting blood pressure will also affect the occurrence of complications that resulted from not terkonrolnya blood pressure. Conclusion: Orem Self Care Theory is able to provide how we should meet our self-care needs, related to hypertensive patients is how they are able to do their Self Care Management to control their Hypertension.

Keywords: Application of Orem Self Care Theory, Self Care Management, Hypertension

PENDAHULUAN

Hipertensi adalah kondisi ketika tekanan darah tetap tinggi secara konsisten (Go AS, Mozaffarian D, 2013; Chandak & Joshi, 2015). Panduan JNC-7 Mengkategorikan tingkat Tekanan Darah (BP) kurang dari 120/80 mmHg seperti normal, antara 120 ke 139 mmHg sistolik dan / atau 80 sampai 89 mmHg diastolik sebagai pra-hipertensi, dan yang lebih tinggi dari 140 / 90 mmHg sebagai hipertensi. World Health Organization (WHO) menyatakan pada tahun 2008, di seluruh dunia sekitar 40% dari total orang dewasa yang berusia 25 tahun ke atas telah didiagnosis hipertensi, dan diperkirakan jumlah tersebut akan meningkat menjadi 60% atau sekitar 1,56 miliar orang pada tahun 2025.

Hasil penelitian sporadis di 15 Kabupaten/ Kota di Indonesia, yang dilakukan oleh Felly PS, dkk (2011-2012) dari Badan Litbangkes Kemkes, memberikan fenomena

17,7% kematian disebabkan oleh Stroke dan 10,0% kematian disebabkan oleh Ischaemic Heart Disease (IHD). Dua penyakit penyebab kematian teratas ini, **soulmate factor** nya adalah Hipertensi yang tidak terkontrol.

Berdasarkan data Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Riskesdas (2013), Hipertensi adalah penyebab kematian utama ketiga di Indonesia untuk semua umur 6,8%, setelah stroke 15,4% dan tuberculosis 7,5% (Penelitian & Pengembangan, 2013)

Mencermati fenomena yang ada di atas, penyebab kematian Stroke dan IHD, adalah Hipertensi yang merupakan merupakan Pemicu yang paling dekat, maka tidaklah berlebihan jika hipertensi dijuluki sebagai **The Silent Killer**. Orang dengan Hipertensi tidak dapat mengendalikan tekanan darahnya jika tidak rutin mempraktekan perawatan diri baik dengan minum obat maupun modifikasi gaya hidup. Seperti yang diketahui perilaku untuk melakukan perawatan diri membutuhkan waktu yang yang tidak sebentar dan membutuhkan usaha, dan dari kebanyakan orang tidak dapat mempertahankan perilaku perawatan diri ini dalam waktu yang panjang (Daskalopoulou SS, et al. 2012).

Tujuan dari terapi hipertensi adalah menjaga tekanan darah, mengurangi komplikasi, dan perawatan diri (Rosendorff et al., 2007; Seo, 2010). Perawatan diri adalah melakukan aktivitas dimana orang memulai dan melakukan sendiri agar memelihara kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan . Perawatan diri adalah serangkaian kompleks yang disengaja dengan niat untuk mencapai tujuan tertentu dan mencari hasil, yang ditentukan sebelum melakukan aksinya (Orem, 2001)

Perlunya intervensi dalam rangka menurunkan tekanan darah dilakukan dengan cara farmakologis maupun non farmakologis. Manajemen hipertensi terdiri dari dua pendekatan utama yaitu modifikasi gaya hidup dan pengobatan farmakologi (ESH & ESC, 2007). Menurunkan tekanan darah pada nilai yang optimal dan pengendalian hipertensi merupakan prioritas utama dari pelayanan public (Mancia, 2007 dalam Pinar, 2009). **Canadian Hypertension Education Program** (2005) merekomendasikan beberapa penatalaksanaan hipertensi antara lain : “1) memodifikasi gaya hidup (didalamnya termasuk diet, penurunan berat badan, dan aktivitas) merupakan strategi yang efektif untuk menurunkan tekanan darah dan menurunkan faktor resiko, 2) penggunaan **statin dan acetylsalicylic acid** (ASA) merupakan bagian dari strategi perlindungan kardiovaskular pada pasien hipertensi, 3) **Angiotensin Converting Enzyme** (ACE) inhibitors untuk pasien dengan atherosclerosis, 4) **ACE inhibitor atau angiotensin II Receptor Blocker** (ARB) untuk klien dengan diabetes dan penyakit ginjal.”

Self Care Management mengacu pada kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku mereka yang efektif meliputi penggunaan obat yang diresepkan, mengikuti diet dan olahraga, pemantauan secara mandiri dan koping emosional dengan penyakit yang diderita (Lorig & Holman, 2003) dalam

Zhong, Tanagasugami, Fisher, Krudsood dan Nityasuddhi, 2011).

Bagi penderita hipertensi, aktivitas perawatan diri bisa memainkan peran penting dalam mencapai kontrol tekanan darah yang baik. Komponen utama yang ditekankan membuat pilihan gaya hidup yang sesuai dan mengikuti perawatan yang ditentukan. Hal penting lainnya adalah kemampuan akses pada penyedia layanan kesehatan dan pemantauan tekanan darah diri mereka sendiri untuk menilai respons terhadap pengobatan dan memperbaiki ketaatan. Pertimbangan menyeluruh dalam meningkatkan kemampuan **self care management** adalah membuat pasien mendapat informasi lebih baik dan memperkuat rasa percaya diri dalam mengelola elemen kunci perawatan mereka sendiri “self-efficacy” (Logan, 2013).

Henry & Holzemer (1997) dalam Turner & Battle (2010) menjelaskan bahwa **self care** sebagai kegiatan yang dilakukan baik oleh individu, keluarga, komunitas untuk mencapai, mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Ada lima komponen dalam **self care** yaitu promosi kesehatan, perawatan kesehatan, pencegahan penyakit, deteksi penyakit dan penatalaksanaan penyakit.

Self care management pada penyakit kronis juga di jelaskan oleh Lorig & Holman (2003) dalam Zhong, dkk (2011) yang menjelaskan bahwa **self care management** mengacu pada kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku mereka yang efektif meliputi penggunaan obat yang diresepkan, mengikuti diet dan olahraga, pemantauan secara mandiri dan koping emosional dengan penyakit yang dialami.

Dari defenisi tersebut maka dapat dapat disimpulkan, kegiatan **self care management** yang dilakukan oleh pasien hipertensi merupakan segala sesuatu yang dilakukan terkait tanggung jawab pasien untuk mengelola dirinya sendiri dan mempertahankan perilaku yang efektif dalam menghadapi penyakit hipertensi yang dialaminya. diantaranya meliputi penggunaan obat anti hipertensi secara benar, memantau tekanan darah dan gejala yang muncul , melakukan olahraga sesuai petunjuk dan kegiatan untuk mencegah komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi.

PEMBAHASAN

Dalam penelitian nya, Nwinee (2011) menjelaskan tentang aktivitas **self care management** pada pasien meliputi kegiatan management pasien dengan obat yang didapat, pemantauan kesehatan, pengaturan makanan dan olahraga sesuai petunjuk serta kegiatan untuk mencegah komplikasi. **Self Care Management** pasien hipertensi akan mempengaruhi tingkat kejadian komplikasi hipertensi yang mungkin akan terjadi. Hal yang sama juga dijelaskan oleh Hayes (2010) dalam penelitiannya tentang pengaruh usia dan gaya hidup sehat pada pasien dengan resiko stroke, dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa ada beberapa perilaku yang bisa dirubah seperti kebiasaan merokok, kurangnya aktivitas fisik dan diet yang tidak adekuat memiliki hubungan terkait hipertensi yang

bisa berpotensi terjadinya resiko stroke adanya peningkatan tekanan darah. Seseorang dengan hipertensi merubah gaya hidup menjadi perilaku yang sehat dan pengobatan yang sesuai aturan dalam pendekatan yang sangat efektif untuk mengurangi stroke.

Menurut Eksridge (2010) **management** hipertensi dan CKD sangat tergantung pada kemampuan pasien sendiri untuk mengatur dan merubah atau mempertahankan perilaku yang sehat. Pengendalian berat badan, pembatasan natrium, pembatasan cairan, aktivitas, pembatasan asupan alcohol memberikan manfaat besar dalam mengurnagi tingkat kejadian hipertensi. Mengurangi kejadian hipertensi dengan pengontrolan tekanan darah dapat memperlambat terjadinya kerusakan pada ginjal, maka dalam hal ini **self care management** sangat perlu untuk dilakukan (Gubgs & Sica, 2007 dalam Eskridge, 2010).

Beberapa penelitian mengungkapkan **self care management** dapat mempengaruhi tekanan darah terutama dari aspek nutrisi dan aktivitas. Sebuah penelitian yang di lakukan oleh (Rigsby, 2011 dalam Sofyan, 2012) yang bertujuan untuk mengetahui efektivitas modifikasi gaya hidup yang sehat (pendidikan kesehatan, aktivitas, dan makanan sehat) merupakan bagian integral yang termasuk usaha pengendalian tekanan darah.

Penelitian yang dilakukan oleh Sumarman (2010) yang bertujuan untuk mengevaluasi pengetahuan penderita hipertensi tentang diet rendah garam menunjukkan bahwa pengetahuan tentang diet rendah garam dan kepatuhan penderita untuk melaksanakannya sangat dipengaruhi oleh perilaku penderita itu sendiri, penyakit kronis, kejenuhan, dukungan sosial dan kurangnya motivasi perilaku hidup sehat.

Hubungan aktivitas fisik dan hipertensi sangat erat, pada artikel yang di tuliskan oleh (Topp dan Frost, 2006 dalam Sofyan, 2012) menyatakan bahwa “akibat dari kurangnya aktivitas fisik menyebabkan meningkatnya resiko hipertensi”. Hasil penelitian yang dilakukan (Guedes, Lopez, Moreira, Calvacante dan Araujo, 2010 dalam Sofyan, 2012) menunjukkan hasil kurangnya aktivitas fisik sebagai karaktersitik paling banyak pada individu dengan hipertensi. Pentingnya latihan fisik dalam penatalaksanaan hipertensi dijelaskan oleh studi epidemiologi yang dilakukan oleh Lee dan Skerrett (2001) dalam Sofyan (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan langsung antara keteraturan aktivitas fisik dengan penurunan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular. Hal tersebut juga membantu dalam rehabilitasi penyakit jantung.

Perlunya intervensi yang optimal agar pasien hipertensi mampu melakukan **self care management** dengan menjaga gaya hidup, diet dan aktivitasnya, dan minum obat yang diresepkan secara teratur. Bimbingan, penyuluhan dan dorongan secara terus menerus diperlukan agar pasien hipertensi mampu melaksanakan intervensi yang diterima untuk hidup dengan hipertensi dan mematuhi aturan terapinya. Gejala berkembangnya penyakit dan keterlibatan system tubuh lain harus dideteksi secara dini sehingga aturan terapi dapat dirubah sesuai

kebutuhan (Bare dan Smeltzer, 2002).

KESIMPULAN

Fenomena yang ada di sekarang bahwa secara umum pasien hipertensi lebih mengutamakan upaya farmakologi yang kurang diimbangi dengan upaya nonfarmakologis yaitu dengan memodifikasi gaya hidup yang meliputi modifikasi diet, pengendalian berat badan dan aktivitas fisik dalam **self care management** hipertensi yang dilakukan. Kunjungan pasien hipertensi ke pelayanan kesehatan secara umum disebabkan karena terjadinya gejala hipertensi yang di anggap sebagai gangguan oleh pasien. Pelaksanaan **self care management** berdasarkan fenomena tersebut pada pasien hipertensi di Puskesmas atau bahkan Rumah Sakit di Indonesia masih kurang efektif jika hanya menekankan pada salah satu aspek dari **self care management**, sedangkan kegiatan lain seperti olah raga, pengaturan diet, pemantau kesehatan mandiri dan koping emosional kurang mendapat perhatian.

REFERENSI

Canadian Hypertension Education Program . 2005 Recommendations : management of Hypertension by Nurses. Canadian Journal of cardiovascular Nursing <http://web.ebscohost.com/nrc> diakses tanggal 23 October 2017

Casey, G,. 2011. **Blood and hypertension : the damage of too much pressure. CPD + nurses** Kai Tiaki New Zealand

Chandak, A., & Joshi, A. (2015). Self-management of hypertension using technology enabled interventions in primary care settings, **23**, 119-128. <https://doi.org/10.3233/THC-140886>

Daskalopoulou SS, Khan NA, Quinn RR, et al. The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. *Can J Cardiol* 2012;28:270-87.

Escridge, **M. S. 2005. Hypertension and cronic kidney disease: the role of lifestyle modification and medication management. Nephrologi Nursing Journal. 37, 39-45**

Flynn, S. J., Ameling, J. M., Hill-briggs, F., Wolff, J. L., Bone, L. R., Levine, D. M., ... Cooper, L. A. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans : perspectives of patients and family members, 741-749.

Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. (2013). Heart disease and stroke statistics update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2013 Jan 1; 127(1): e6-e245.

- Hayes, M. K. 2010. *Influence of Age and Health Behaviors on Stroke Risk; Lesson from Logitudinal Studies*. Journal Compilation the American Geriatrics Society, 6, 12-19
- Jha, N. (n.d.). Awareness Of Disease And Self Care Among Hypertensive Patients Attending Tribhuvan University Teaching Hospital , Kathmandu , 29-35.
- Logan, A. G., Irvine, M. J., Mcisaac, W. J., Tisler, A., Rossos, P. G., Easty, A., ... Cafazzo, J. A. (2012). Effect of Home Blood Pressure Telemonitoring With Self-Care Support on Uncontrolled Systolic Hypertension in Diabetics. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.188409>
- Nwinee, J.P., 2011. ***Nwinee Socio-bahvioural self-care management nursing model. West African Journal of Nursing, 22, 91-98***
- Orem. (2001). ***Nursing: concepts of practice. 6th ed.*** St. Louis: Mosby
- Paper, R. (2011). The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x>
- Penelitian, B., & Pengembangan, D. A. N. (2013). RISET KESEHATAN DASAR.
- Pinar, R., Ataalkin, S., Watson, R. 2009. ***The effect of crossing legs on blood pressure in hypertension patients. Journal of clinical nursing, 19, 1284-1288***
- Rosendorff, C., Black, H. R., Cannon, C. P., Gersh, B. J., Gore, J., Izzo, J. L. Jr., et al. (2007). Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation*. 115, 2761-2788.
- Sofyan, A. P. 2012. ***Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Self Care Management pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi di RSUD KUDUS.*** Thesis
- Seo, Y. M. (2010). Factors influencing medication adherence in hypertension patients. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21, 82-91.
- Turner & Battle. 2010. ***Old enough to know : the impact of health values on self care among elderly black men and women. Wester Journal of Black***

Studi, 34, 1-12

Zhong, et., al. 2011. *Awarnes and practice of self management and influence factor among individuals with type 2 diabetes in urban community setting in Anhui province, China. Xuefeng Zhong, Institutr of Helath Education, Anhui Provincial Center for Disease Control and Prevention (AHCDC), 42, 184-196*

PERAWATAN PALIATIF : STUDI LITERATUR

Minanton

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
email: minantonsevernain@gmail.com

Abstract: Advances in health technology assist patients with life-threatening illness to survive longer, but longer life does not mean to live better. The terminal patient will experience a variety of physical problems as well as psychosocial symptoms. Palliative care is a suitable treatment with life-threatening disease conditions. One of the nursing theories that can be used is the theory of peaceful end of life developed by Ruland and Moore. The purpose of this theory is not only to provide good care using modern tools, but to focus more on care that prioritises patient comfort and maximises family involvement in patient care. So at the end of life, patients can enhance the quality of life and face death with a sense of peace (khusnul khotimah). This article aims to describe theory peaceful end of life, describe life-threatening illness in palliative care, and apply theory peaceful end of life in palliative care setting.

Key word: Theory of peaceful end of life, palliative care and life-threatening illness

PENDAHULUAN

Kemajuan alat-alat medis membuat pasien dengan penyakit terminal mampu bertahan hidup lebih lama, namun terkadang menimbulkan penderitaan dari pada kesembuhan karena hidup lebih lama tidak berarti hidup lebih baik. Pasien terminal akan mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, mual/muntah, anoreksia (penurunan berat badan), konstipasi dan kelelahan (gangguan aktivitas) serta gejala psikososial seperti distress emosional, gelisah, dan depresi yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Perawatan yang sangat sesuai dengan kondisi penyakit terminal adalah perawatan paliatif (Arianti et al, 2016; Deli & Ana 2014; Kelley & Marrison, 2015).

Palliative care atau perawatan paliatif merupakan tipe perawatan yang tidak hanya menekankan pada gejala fisik saja, tetapi perawatan ini juga fokus terhadap aspek-aspek emosional, psikososial, dan ekonomis serta spiritual untuk memenuhi kebutuhan akan perbaikan kualitas hidup pasien. Fokus perawatan akhir hidup terutama pada kenyamanan saat sebuah penyembuhan tidak lagi layak dilakukan (Deli & Ana, 2014).

Di Indonesia, perawatan paliatif masih menjadi issues dalam pelayanan

kesehatan mengingat layanan paliatif baru dalam tahap pengembangan selain itu pemahaman tentang perawatan paliatif yang masih terbatas di tenaga kesehatan (Rochmawati, 2016 dalam Arianti, 2016). Tenaga kesehatan di rumah sakit masih berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik yang terganggu seperti nyeri, sesak, nutrisi, dan kelemahan, dan belum mampu menemukan masalah psikososial dan spiritual pada pasien dan keluarga.

Peran perawat dalam perawatan paliatif atau **end of life care** adalah mampu memenage gejala dan **relief of suffering** dari penyakit sehingga mampu menciptakan hidup pasien yang damai dan Khusnul khotimah diakhir kehidupan atau **peaceful end of life (PEOL)**, hal ini sesuai dengan konsep yang dikembangkan oleh Ruland & Moore (1998) yaitu teori **Peaceful End Of Life** yang dikembangkan dari standar perawatan dengan tujuan dapat hidup tenang sebelum kehidupan berakhir. Konsep utama dari teori **peaceful end of life**, meliputi : bebas dari rasa nyeri, merasa nyaman, merasa dihargai dan dihormati, merasa damai, dan merasakan kedekatan dengan keluarga atau orang lain yang bermakna serta peduli dalam kehidupan pasien. Tujuan teori **Peacefull End of Life** bukan hanya memberikan perawatan yang baik dengan menggunakan alat-alat yang canggih, tetapi lebih berfokus kepada perawatan yang mengutamakan kenyamanan pasien serta memaksimalkan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien. Sehingga diakhir kehidupannya, pasien dapat meningkatkan kualitas hidup dan menghadapi kematian dengan perasaan damai atau khusnul khotimah (Alligood, 2014).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis ingin menggambarkan aplikasi teori **peaceful end of life** didalam perawatan paliatif dan **end of life** sebagai salah satu upaya untuk memahami dan meningkatkan pengalaman terbaik bagi pasien, keluarga dan orang lain yang bermakna dalam kehidupan pasien selama dalam perawatan paliatif.

KONSEP UTAMA TEORI **PEACEFUL END OF LIFE**

Peaceful end of life theory merupakan salah satu teori keperawatan yang dikembangkan oleh Cornelia M. Ruland dan Shirley M. Moore pada tahun 1998 dan termasuk kedalam kategori **middle range theory**.

Konsep utama teori ini, (Alligood, 2014) yaitu:

a. Tidak mengalami nyeri

Bebas dari penderitaan ataupun distress adalah bagian utama dari banyaknya pengalaman EOL pasien. Nyeri dianggap sebagai pengalaman sensoris atau emosi yang tidak menyenangkan dikaitkan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial (Lenz et al, 1995; Pain term, 1979).

b. Pengalaman rasa nyaman

Rasa nyaman didefinisikan secara inklusif, menggunakan Kolcaba dan Kolcaba's work (1991) sebagai bebas dari rasa tidak nyaman, kondisi sentosa dan damai/puas dan apapun yang membuat hidup lebih mudah dan

- menyenangkan (Ruland & Moore, 1998).
- c. Merasa bermartabat dan dihargai
Setiap pasien penyakit terminal dihargai dan dinilai sebagai seorang manusia (Ruland & Moore, 1998). Konsep ini menyatukan pendapat tentang nilai pribadi, yang diekspresikan oleh prinsip etik (otonomi) atau menghargai orang lain yang menyatakan bahwa individu seharusnya diperlakukan sebagai agen otonomi dan orang-orang yang otonominya berkurang mempunyai hak atas perlindungan (United State, 1978). Munn, et al (2008) mengatakan dalam penelitiannya bahwa merasa dihargai (contoh: perhatian perawat terhadap inkontinen) merupakan hal yang penting dalam EOL.
- d. Menjadi damai
Damai adalah perasaan tenang, harmonis dan puas, bebas dari kecemasan, kegelisahan, kekhawatiran dan ketakutan (Ruland & Moore, 1998). Keadaan penuh damai meliputi dimensi fisik, psikologis dan spiritual.
- e. Kedekatan dengan orang-orang terdekat
Kedekatan adalah perasaan terhubung dengan manusia-manusia yang peduli (Ruland & Moore, 1998). Hal ini meliputi kedekatan fisik atau emosi yang diekspresikan melalui kehangatan dan hubungan yang dekat/intim. Munn et al, 2008 dalam penelitiannya mengatakan bahwa ada peran yang signifikan dalam hubungan kedekatan perawat-pasien saat memberikan asuhan EOL.

SUMBER TEORI

Teori ini bersumber dari berbagai kerangka teori terutama berbasis pada model Donabedian baik struktur, proses dan hasil, dan sebagian dibangun dari teori general sistem dan Teori kedua yang menjadi sandaran adalah teori pilihan (brandt) dimana teori ini telah digunakan oleh filosofi untuk menjelaskan dan mendefinisikan kualitas hidup (Alligood, 2014).

TINDAKAN KEPERAWATAN

Ruland & Moore (1998) mengidentifikasi enam pernyataan hubungan eksplisit dalam teori mereka untuk menciptakan hidup damai di akhir kehidupan atau kematian khusnul khotimah yaitu :

- a. Memantau dan memberikan obat penghilang nyeri dan intervensi farmakoterapi - nonfarmakoterapi untuk memberikan pengalaman hidup tanpa nyeri.
- b. Mencegah, memantau dan memberi kenyamanan fisik, membantu istirahat, relaksasi dan mencegah komplikasi yang berkontribusi pada pengalaman merasa nyaman.
- c. Mengikutsertakan pasien dan orang terdekat dalam proses pengambilan keputusan terkait pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, memberlakukan pasien dengan martabat, empati dan hormat, dan bersikap atentif terhadap kebutuhan pasien, harapan untuk membuat pasien merasa bermartabat dan dihormati.

- d. Mendukung emosi, memantau dan memenuhi kebutuhan pasien akan obat-obatan anti cemas, memenuhi keinginan percaya untuk membuat pasien merasa damai.
- e. Memfasilitasi partisipasi orang-orang terdekat dalam pelayanan keperawatan pasien, menerima rasa berduka keluarga, kekhawatiran, pertanyaan-pertanyaan dan memberi kesempatan pada keluarga untuk mengalami kedekatan pada orang yang dirawat.
- f. Kesemua lima point diatas dapat berkontribusi terhadap akhir kehidupan yang penuh kedamaian.

APLIKASI TEORI

Peaceful end of life theory sering digunakan dalam lingkup perawatan paliatif dan masalah lain yang mengutamakan kedekatan keluarga serta melibatkan orang yang bermakna dalam perawatan pasien sehingga dapat mengurangi gejala dan meningkatkan kepuasan pasien dalam berinteraksi dengan orang lain. Proses keperawatan paliatif bukan bertujuan meningkatkan kesembuhan tetapi lebih ditekankan untuk tujuan membebaskan pasien dari rasa nyeri, memberikan perasaan nyaman, dihargai dan dihormati, damai, dan merasa dekat dengan seseorang yang bermakna dalam kehidupannya (Alligood, 2014). Teori ini juga dapat diterapkan pada pasien kuratif yang masih berada pada stadium awal sampai pada pasien yang penyakitnya sudah tidak responsif terhadap pengobatan. Pasien diberikan perawatan secara komprehensif dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri dan penderitaannya, memberikan dukungan bio-psiko-sosio dan spiritual mulai dari menetapkan diagnosa sampai mengantarkan pasien pada kematian yang damai serta memberi dukungan terhadap keluarga yang sedang dalam keadaan berduka (Alligood, 2014).

PEMBAHASAN

Ketika pasien didiagnosis penyakit terminal dapat menunjukkan banyak emosi dan reaksi seperti kesedihan, ketidakberdayaan, kecemasan, putus asa, ketakutan dan bahkan kesusahan serta tidak mengakui kenyataan diagnosis. Perawatan paliatif disesuaikan dan berdasarkan pada kebutuhan fisik, mental dan spiritual individu pasien, karena setiap pasien berbeda dari yang lain (Lawton & Caroll 2005). Perawat harus mengembangkan keterampilan dalam memenage gejala fisik dan gejala emosi tersebut. Salah satu caranya yaitu menerapkan teori ***peaceful end of life***.

a. Bebas Nyeri

Nyeri merupakan gejala yang signifikan pada pasien penyakit kronis atau

terminal, manajemen gejala fisik menjadi perhatian utama dalam perawatan paliatif, karena gejala-gejala fisik (khususnya nyeri) memiliki efek pada kesejahteraan mental pasien. Kondisi bebas nyeri dapat diupayakan oleh perawat dengan memantau dan memberikan obat penghilang nyeri baik intervensi farmakoterapi - nonfarmakoterapi untuk memberikan pengalaman hidup tanpa nyeri (Brant, 2017; Ruland & Moore 1998; Kaiyare, 2014).

Tindakan farmakoterapi yang bisa dilakukan diantaranya untuk nyeri ringan dapat berespons baik dengan pemberian asetaminofen, untuk nyeri tulang atau otot, obat antiinflamasi nonsteroid seperti ibuprofen sering berguna, untuk nyeri neuropatik (terbakar, sensasi memerah, elektris) sering diobati dengan antikonvulsan. Penggunaan opioid sering dipakai untuk nyeri sedang atau berat seperti morfin, hidromorfin, atau fentanil. Sedangkan intervensi nonfarmakoterapi yang bisa dilakukan seperti pijatan, hipnosis, akupresur, akupunktur, relaksasi, distraksi, dan terapi musik. Konsep manajemen gejala yang baik menjadi elemen kunci dalam mempromosikan kesejahteraan mental yang positif (Campbell, 2013; Rayner et al, 2010).

b. Merasa Nyaman

Pasien terminal akan merasakan gejala fisik maupun psikologis, di mana hal tersebut dapat berimplikasi terhadap ketidaknyaman pasien. Dispnea seringkali dirasakan sebagai kondisi kronik yang memberat dalam proses kematian yang mampu menurunkan kualitas hidup, keadaan psikologis, dan fungsi sosial pasien. Oleh karena itu, dispnea merupakan salah satu target intervensi utama dalam tatalaksana paliatif. Intervensi yang dikemukakan oleh Ruland & Moore pada konsep kedua dari teori ***peaceful end of life*** yaitu mencegah, memantau dan memberi kenyamanan fisik, membantu istirahat, relaksasi dan mencegah komplikasi yang berkontribusi pada pengalaman merasa nyaman (Ambarwati & Putranto 2016; Ruland & Moore 1998).

Tindakan untuk mengurangi sesak napas berdasarkan kondisi yang mendasarinya, Tindakan nonfarmakologi yaitu pemberian posisi yang optimal, menyeimbangkan istirahat dengan aktivitas, menyediakan sirkulasi udara yang baik, suhu udara sejuk yang dapat ditolerir oleh pasien, meminimalisir stres dengan mendorong keluarga untuk menghindari perselisihan dengan pasien, meminimalisir pergerakan dengan menyediakan toilet di sisi tempat tidur dan menggunakan kursi roda untuk pergerakan; hindari pajanan panas, drainase postural, berikan pijat dan berikan kipas di kamar pasien sedangkan tindakan farmakologi yaitu Pemberian Opioid (Dispnea ringan : Hidrokodon 5 mg tiap 4 jam atau Asetaminofen-kodein (325-30 mg) 1 tablet tiap 4 jam, untuk Dispnea berat : Morfin 5 mg; titrasi dosis tiap 4 jam atau Oksikodon, 5 mg; titrasi dosis tiap 4 jam atau Hidromorfon, 0-2 mg; titrasi dosis tiap 4 jam, dan benzodiazepine untuk mengurangi komponen ansietas dan dalam kasus gagal jantung mengurangi dispnea dengan pemberian inotropik atau diuretik (Ambarwati & Putranto, 2016; Campbell, 2013).

c. Merasa dihargai dan bermartabat

Konsep ke tiga dari teori Ruland & Moore adalah di hargai dan diperlakukan dengan martabat hal ini bisa diperoleh jika perawat mengikutsertakan pasien dan orang terdekat dalam proses pengambilan keputusan terkait pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien, memperlakukan pasien dengan martabat, empati dan hormat, dan bersikap atentif terhadap kebutuhan pasien, harapan untuk membuat pasien merasa bermartabat dan dihormati. Pada pasien terminal seringkali ditemukan adanya permintaan “**do not resuscitation**” hal ini perlu disikapi dengan hati-hati. Dalam Islam konsep “jangan resusitasi” (DNR) untuk pasien yang sakit parah dapat diterima secara luas oleh ulama dan masyarakat muslim berdasarkan fakta bahwa manfaat resusitasi dalam kasus seperti itu sedikit manfaatnya sementara Kerugiannya cukup besar (Albar & Pasha, 2017).

Dalam masyarakat Islam, euthanasia atau bunuh diri yang dibantu itu dilarang tapi keinginan untuk tidak memiliki proses kematian yang berkepanjangan secara artifisial dihadapkan pada prognosis tanpa harapan, harus dihormati. Perspektif Islam tentang DNR tertuang dalam sebuah hadis, Nabi Muhammad SAW berkata: “Janganlah dari kalian menginginkan mati karena suatu bahaya yang menyimpannya. Jika memang ia benar-benar ingin melakukannya, maka katakanlah: ‘Ya Allah hidupkan aku jika memang hidup itu lebih baik untukku dan matikanlah aku jika memang mati itu baik untukku’” (HR. Al-Bukhari:5671).

Dalam penelitian Kennedy tentang “**The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life**” menyatakan ada beberapa ukuran untuk meningkatkan martabat pasien yaitu kontrol gejala yang baik; meningkatkan otonomi, privasi, dukungan sosial atau keluarga; mendengarkan dan memberikan informasi yang tepat; melayani dengan caring di samping tidur pasien dan menunjukkan respek, empati dan kedekatan(Kennedy, 2015).

d. Perasaan Damai

Konsep ke empat dari teori **peaceful end of life** yaitu memberikan kedamaian kepada pasien. Ketidaksiapan pasien, cemas atau depresi, dan ketakutan akan kematian merupakan faktor yang mempengaruhi perasaan damai pasien sehingga perawat perlu memberikan dukungan emosional, memonitor dan memenuhi kebutuhan dengan pengobatan anti cemas, memenuhi kebutuhan spritual, memenuhi keinginan pasien, menumbuhkan keyakinannya untuk membuat pasien merasa dama i(Ruland & Moore 1998).

Ketika manusia melupakan Sang Maha Pencipta dan kehilangan God view-nya, kehidupan jadi hampa. Menjauhkan diri dari Sang Pencipta, berarti mengosongkan diri dari nilai-nilai imani(Ariadi, 2013). Sungguh merupakan “kerugian” terbesar bagi manusia selaku makhluk berdimensi spiritual.

“Mereka itulah orang yang membeli kesesatan dengan petunjuk, maka tidaklah beruntung perniagaan mereka dan tidaklah mendapat petunjuk” (QS 2:16).

Dukungan spiritual dari perawat merupakan hal yang vital yang harus diberikan sedini mungkin untuk mengurangi dampak psikologis pasien. Dalam Surat Ar-Ra’d dijelaskan bahwa untuk memiliki hati tentram(damai) yaitu dengan mengingat Allah SWT **“(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, Hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram** (QS 13:28).

Dalam penelitian Herdina, 2013 tentang **“Konsep Komaruddin Hidayat Tentang Terapi Ketakutan Terhadap Kematian”** mengemukakan ada empat cara yang dikemukakan Komaruddin Hidayat untuk mengatasi ketakutan terhadap kematian ini yaitu mendekati diri kepada Allah SWT, mengetahui secara spesifik mengenai kematian, mampu lepas dari kepemilikan duniawi, dan mencari makna dalam kehidupan. Pencarian makna ini adalah memaknai kelahiran, memaknai kepemilikan, memaknai keabadian, memaknai kematian, dan memaknai panjang umur.

e. Merasakan Kedekatan Dengan Keluarga Atau Orang Lain Yang Bermakna

Konsep kelima teori ini yaitu melibatkan keluarga dalam perawatan pasien. Keluarga merupakan sebuah istilah yang mencakup orang lain yang berarti bagi pasien merupakan bagian penting dalam perawatan pasien dengan keadaan menjelang kematian.

Tindakan yang ditawarkan dari Ruland dan Moore yaitu (1) memfasilitasi partisipasi orang-orang terdekat dalam pelayanan keperawatan pasien; (2) memfasilitasi rasa berduka yang positif bagi keluarga akan kekhawatiran dan pertanyaan-pertanyaan; dan memberi kesempatan pada keluarga untuk mengalami kedekatan pada orang yang dirawat(Ruland & Moore 1998).

Murtiwi et al, (2005) tentang **“Kualitas Hidup Klien Kanker Yang Menerima Pelayanan Hospis Atau Homecare: Suatu Analisis Kuantitatif”** menyatakan bahwa dukungan dan keberadaan keluarga memegang peranan penting dan sangat diperlukan oleh seseorang pengidap kanker dalam menjalani sisa-sisa hidupnya.

Teori ***peaceful end of life*** yang dikemukakan oleh Ruland dan Moore membawa konsep manajemen penyakit terminal yang lebih baik, karena mampu mengakomodasi tindakan manajemen gejala fisik dan ***relief of suffering*** dalam ***palliative care*** yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup pasien dan menciptakan kematian yang damai atau khushul khotimah. Lanaban et al, 2016 tentang **“Perspectives Of Good Death And Dying Among Patients With Cancer, Caregivers And Health Care Providers: Qualitative Study”** menyatakan bahwa

good death dan **dying** terjadi jika seseorang mengenal Tuhan (Maha kuasa) atau Allah SWT, ada kesiapan untuk mati, dan rumah adalah tempat ideal untuk mati yang baik dimana ada perasaan nyaman, serta dikelilingi oleh keluarga dan kerabat.

Dalam islam kematian yang baik atau khusnul khotimah yaitu ketika seseorang mati dengan keyakinan, martabat dan kedamaian akan Allah SWT, dimana pada akhir hidupnya mengingat Allah SWT (**Dhikrullah**) dan mengucapkan “**La ilaaha illa Allah**” Dalam penelitian Prawiroharjo tentang “**The Practice Of Talqeen Starting, Terminating, And Hospital Policy Advocacies For Muslim Patients In Hospitals**” menyarankan agar tenaga kesehatan atau perawat untuk memfasilitasi proses dan mengarahkan pasien muslim untuk mengingat Allah SWT dengan kalimat sahadah.

Kesimpulan

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa teori **peaceful end of life** yang dikembangkan oleh Ruland dan Moore mampu mengakomodasi konsep manajemen gejala fisik dan psikologis yang lebih holistik pada pasien terminal di **palliative care**. Dimana teori ini terdiri dari lima konsep utama bebas nyeri, merasa nyaman, dihargai dan bermartabat, merasa damai dan merasa kedekatan dengan keluarga dan orang-orang bermakna dan Kelima point tersebut dapat berkontribusi terhadap akhir kehidupan yang penuh kedamaian.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Quran surah al-baqara ayat 16

Al-Quran surah Ar’Rad ayat 28

Albar Ma & Pasha Hc. 2017. Do-Not-Resuscitate Orders. Federation Of Islamic Medical Associations Journal 1 :111-117

Alligood, M.,R. 2014. Nursing Theorists and Their Work ed. 8. Mosby Elsevier.

Ambarwati Ra & Putranto R. 2016. Peran Opioid Dalam Tata Laksana Dispnea Pada Pasien Paliatif. Indonesian Journal Of Chest. 3(2)

Anita. 2016. Perawatan Paliatif Dan Kualitas Hidup Penderita Kanker. Politeknik Kesehatan Tanjungkarang: Jurnal Kesehatan. Volume VII, Nomor 3, hlm 508-513

Ariadi P. 2013. Kesehatan Mental Dalam Perspektif Islam. Syifa’medika, Vol. 3(2)

Arianti, et al 2016. Identifikasi Gejala pada Pasien dengan **Life Limiting Illness**. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Yogyakarta.

- Arisdiani, T. 2016. Analisis Praktik Residensi Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Kanker Payudara Dengan Pendekatan Teori **Peaceful End Of Life** Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta. Universitas Indonesia. Jakarta
- Brant, JM. 2017. Holistic total pain management in palliative care: Cultural and global considerations. **Palliative Medicine Hospital Care Open J.** SE(1). S32-S38.
- Campbell ML. 2013. Nurse to Nurse : Perawatan paliatif. Salemba Medika. Jakarta.
- Deli, H., & Ana, A. 2014. **End of Care** di Area Keperawatan Kritis: Literature Review. Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan 2nd Adult Nursing Practice: Using Evidence In Care “Aplikasi Evidence Based Nursing Dalam Meningkatkan Patient Safety”
- Hadis Riwayat Al-Bukhari nomor 5671.
- Herdina M. 2013. Konsep Komaruddin Hidayat Tentang Terapi Ketakutan Terhadap Kematian **Studia Insania Vol 1(2)**
- Kaiyare, D., 2014. To Support The Mental Wellbeing Of Patients In Palliative Care: A Literature Study. Arcada University : Thesis Degree Program in Nursing
- Kennedy G. 2015. The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life. The Ulster Medical Society Journal 85(1):45-48
- Kelley, A., S., dan Marrison, R., S. 2015. Palliative Care for the Seriously Ill. The New England Journal Of Medicine from the Brookdale Department of Geriatrics and Palliative Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai
- Lanaban et al. 2016. Perspectives Of Good Death And Dying Among Patients With Cancer, Caregivers And Health Care Providers: Qualitative Study. SPMC J Health Care Service. Vol 2(1):8.
- Lawton, S., Carrroll, D. 2005. Communication skills and district nurses: examples in palliative care. **British Journal of Community Nursing** 10(3)
- Lyubomirsky S, King L, Diener E. 2005. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? Psychological Bulletin, 131, 803-855.
- Murtiwi et all, 2005. Kualitas Hidup Klien Kanker Yang Menerima Pelayanan Hospis Atau **Homecare**: Suatu Analisis Kuantitatif. **Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol 9(1):13-18**

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

Prawiroharjo.2017. The Practice Of **Talqeen** Starting, Terminating, And Hospital Policy Advocacies For Muslim Patients In Hospitals. Federation Of Islamic Medical Associations Journal 1 :137

Rayner L, et al,. 2010. The detection of depression in palliative care. **Curr Opin Support Palliat Care**; 3 (1):55-60

Ruland CM, Moore SM.1998. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. **Nursing Outlook** 46 (4)

APPLICATION OF OREM THEORY ON ***SELF-CARE DEFICIT*** ***IN SCHIZOPHRENIA***

Sadarwati¹, Arianti²

1. Nurse in RS Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta
2. Lecturer, Master of Nursing, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email: sadarwati0707@gmail.com

Abstract: Schizophrenia is the highest case of mental health disorder which can affected in health, social, human rights and economic impacts. Orem’s conceptual model was developed to achieve the ability to maintain health and well-being in self care deficits. The aim of this paper is to analyze the correlation of Orem’s Theory in solving the problem of Self Care Deficit of Schizophrenia patient and Orem’s theory to solve the problem of Self-Care Deficit in Patient with Schizophrenia. Case analysis in schizophrenic patients with self-care deficits and associated with Orem’s theory. Search data/ literature using Google Scholar, Google Crome, Ebsco. Found 5 articles that match the theme of writing with keywords self care deficit, orem, schizophrenia. A person’s level of knowledge about self care reduces the incidence of aggressive behavior in schizophrenic patients. Differences between sex, educational level and socioeconomic status affect the ability of self-care of mental disorders patients. The results of the study states that the level of self-care ability of patients with mental disorders is a medium level. Patient’s personal condition and better social function relate to social support, work, no family mental disorder, number of days of hospitalization. Critical thinking needs to be done by nurses in the care of patients with self-care deficit so that the actions are performed appropriately and in accordance with the condition of patients, especially with social barriers such as sociopolitical, economic, and other contextual factors. Correct interventions such as participation modeling can improve self-care demand from patients with schizophrenia. The results of the application analysis in self-care deficit patients showed that Orem’s theory proved to be highly appropriate and effective in the application of patient care patient care deficits in schizophrenic patients. Treatments range from self care needs assessment to given interventions and the role of nurses in care.

Keywords: Orem, Schizophrenia, Self Care Deficit

PENDAHULUAN

Pemeliharaan yang baik dapat menjaga kondisi seseorang baik secara fisik maupun mental (Setiadi, 2014). Adanya diskriminasi masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa menjadi salah satu penyebab pasien gangguan jiwa kurang diterima oleh masyarakat padahal sebenarnya mereka bisa pulih dan hidup norma. Pasien yang pernah mengalami gangguan jiwa dan pulih juga enggan dan tidak mau mengakui kondisi gangguan jiwanya dan bahkan sebisa mungkin menutup rapat informasi terkait gangguan mental yang pernah dialaminya (Setiadi, 2014). Data pemerintah terbaru menunjukkan 18.800 orang saat ini masih dipasung di Indonesia (Jerome Wirawan, 2016). **American Psychiatric Association** dalam Videbeck (2011) mendefinisikan gangguan mental sebagai “sindrom perilaku atau psikologis yang signifikan secara klinis atau pola yang terjadi secara individual dan dikaitkan dengan tekanan saat ini (misalnya gejala rasa sakit) atau kecacatan (misal penurunan di satu atau lebih area fungsi yang penting) atau dengan peningkatan risiko kematian, rasa sakit, kecacatan, atau kehilangan kebebasan yang signifikan secara signifikan”.

Di dunia dan termasuk Indonesia, kesehatan jiwa masih merupakan salah satu permasalahan yang cukup signifikan. Sekitar 35 juta orang di dunia terkena gangguan depresi, 60 juta orang terkena gangguan bipolar, 21 juta terkena penyakit skizofrenia, serta 47,5 juta orang mengalami demensia (WHO, 2016). Beban gangguan jiwa terus bertambah mengakibatkan dampak yang signifikan pada kesehatan dan kehidupan social, hak asasi manusia dan dampak ekonomi yang besar di semua negara di dunia (WHO, 2017). Sedangkan prevalensi skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk, dimana skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Menurut Dinas Kesehatan Provinsi DIY (2013) jumlah seluruh responden dengan gangguan jiwa berat berdasarkan data Riskesdas 2013 adalah sebanyak 1.7 permil. Prevalensi psikosis tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7%). Prevalensi pasien ranap di RS Jiwa Grhasia tahun 2016 penyakit **schizophrenia** tak terinci sebanyak 584 kasus (41,6%), **schizophrenia paranoid** 295 kasus (21,02%), **schizoafektif disorder tipe manic** 158 kasus (11,26%). Kasus paling tinggi adalah pasien dengan **schizophrenia** (Data & Informasi RSJ Grhasia, 2017). Kasus pasien yang mempunyai masalah Defisit Perawatan Diri Bulan Januari 2017 sampai Juni 2017 sebanyak 216 kasus dari 1241 kasus atau 17,40% (SIM Keperawatan RSJ Grhasia, 2017).

Tujuan makalah ini adalah untuk mengetahui keterkaitan Teori Orem dalam menyelesaikan masalah *Self Care Deficit* pasien **Schizophrenia** dan melakukan penelusuran teori Orem dalam mengatasi masalah *Self-Care Deficit* Pada Pasien Dengan **Schizophrenia**.

TEORI SELF CARE DEFISIT OREM

Orem dalam Alligood (2014) dijelaskan bahwa telah mengembangkan teori tentang *Self Care Defisit* yang terdiri dari 3 teori. Teori yang termasuk dalam *Self Care Defisit* menurut Orem adalah : 1. *Self Care* 2. *Self Care Deficit* dan 3. *Nursing system*.

Self Care Agency merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan atau memenuhi kebutuhan perawatan diri (**universal self care requisites, development self care requisites** dan **health deviation self care requisites**). Seseorang dikatakan memenuhi syarat sebagai self care agency apabila memenuhi beberapa indicator, yaitu: kemampuan untuk menyelaraskan antara perawatan diri dan aktivitas perawatan diri, level performa perawatan diri seimbang dengan kualitas kemampuannya, mampu mengembangkan kemampuannya dari waktu ke waktu sesuai dengan perkembangannya, mampu mengembangkan proses belajar yang bervariasi terutama dengan mempraktekannya, dan mampu mengembangkan diri sesuai dengan kondisi sosio cultural.

Tindakan mandiri yang dilakukan untuk memenuhi tuntutan dalam perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat yang tepat merupakan definisi dari **Self Care Demand** (Orem dalam Alligood, 2014). **Self care demand** dipengaruhi oleh kondisi factor dasar yaitu: umur, jenis kelamin, kondisi perkembangan, kondisi kesehatan, pola hidup, factor system perawatan kesehatan, factor system keluarga, factor social budaya, ketersediaan sumber daya, dan factor lingkungan eksternal.

Kebutuhan perawatan diri/**self care requisites** merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri, berhubungan dengan proses kehidupan manusia dan dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh. Kebutuhan self care terdiri dari 3 jenis, yaitu : kebutuhan perawatan diri yang bersifat universal seperti kebutuhan fisiologis dan psikososial, kebutuhan perawatan diri yang berhubungan dengan tahap-tahap perkembangan seseorang dan stressor yang dapat mempengaruhi perkembangan serta kebutuhan perawatan diri yang berhubungan dengan kondisi herediter/genetik, kerusakan struktur manusia, kerusakan atau penyimpangan cara, struktur norma, penyimpangan fungsi atau peran dengan pengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan perawatan diri (Orem dalam Alligood, 2014).

Kebutuhan perawatan diri yang bersifat universal pada pria, wanita dan anak-anak yang disarankan : pemeliharaan asupan udara yang cukup, pemeliharaan asupan makanan yang cukup, pemeliharaan asupan air yang cukup, penyediaan perawatan yang terkait eliminasi dan kotoran, pemeliharaan keseimbangan antara aktifitas dan istirahat, pemeliharaan keseimbangan antara kesendirian dan interaksi social, pencegahan bahaya bagi kehidupan manusia, fungsi manusia, dan kesejahteraan manusia, dan promosi fungsi dan perkembangan manusia dalam kelompok-kelompok social (Orem dalam Alligood, 2014).

Nusing system dalam teori **self care** menurut Orem dalam Alligood (2014) terdiri dari 3 klasifikasi, yaitu: **wholly compensatory** system dimana individu tidak bisa melakukan tindakan **self care**, **partly compensatory nursing system** (perawat dan pasien mempunyai peran yang penting dalam melakukan **self care**), dan **supportive educative system** dimana pasien mampu belajar membentuk kemampuan perawatan diri akan tetapi masih dengan bantuan.

METODOLOGI

Artikel ini menggunakan analisis kasus pada pasien Skizofrenia dengan defisit perawatan diri dan dikaitkan dengan teori Orem. Pencarian data/artikel dengan memakai **Google Scholar, Google Crome, Ebsco**. Ditemukan 5 artikel yang sesuai dengan tema penulisan dengan kata kunci *self care deficit*, Orem, **Schizophrenia**. Artikel tersebut adalah : **The Relationship Between Knowledge Level On Self-Care And Occurrence Of Aggression In Schizophrenic Patients Aged 18-45 Years Attending The Out Patients Department At Parirenyatwa Hospital Psychiatric** (Mangwaira, 2013), **The Factors Affecting Self-Care Agency and Self-Care Agency in Patients with Mental Illness** (Ciftci, Yildirim, Sahin, & Avsar, 2015), **Patients with Schizophrenia and Self-Care** (Arsova, Bajraktarov, Barbov, & Hadzihamza, 2014), **Modeling Participant Toward Self-Care Deficit On Schizophrenic Clients** (Yusuf, Nihayati, 2017), **Addressing Physical Health Needs of Individuals With Schizophrenia Using Orem’s Theory** (Wazni & Gifford, 2016).

KASUS

Pasien Tn. X, 45 tahun, pendidikan SLTA, belum menikah, mengalami Skizofrenia tipe tak terinci sejak 12 tahun yang lalu. Tn X dirawat di RS Y sudah lebih dari 20 kali, setiap tahun Tn X rata-rata opname di RS Y. Saat tahun pertama sampai dengan tahun kedua kondisi Tn X membaik dan dapat Tn X dapat bekerja kembali. Tetapi pada tahun kelima pasien menderita skizofrenia kondisinya memburuk tiap kali kambuh dan dirawat inap di RS Y. Masalah deficit perawatan diri selalu dialami oleh Tn X pada 5 tahun terakhir. Pasien di rumah jarang mandi, gosok gigi, keramas atau ganti baju dan punya kebiasaan merokok sehari lebih dari 2 bungkus. Saat masuk terakhir dirawat inap kondisi badan tampak kotor dan berbau, tidak rapi dan ada penyakit tinea versicolor di badan dan tangan.

PEMBAHASAN

Saat ini Tn X berusia 45 tahun, dirawat di RS Y terakhir 6 bulan yang lalu, selama di rumah Tn X tidak bisa lagi bekerja. Untuk kehidupannya Tn X mengandalkan bantuan dari saudaranya. Jika dilihat dari umurnya, seharusnya pasien masih mampu untuk melakukan perawatan diri tetapi pada kenyataannya pasien sudah tidak mampu lagi merawat dirinya sendiri. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ciftci, Yildirim, Altun, & Avsar, (2015). Tingkat pendidikan pasien sebenarnya cukup memadai agar pasien mampu merawat perawatan diri,

akan tetapi Tn X ternyata tidak mampu melakukannya. Kemungkinan disebabkan oleh karena Tn X seorang laki-laki yang cenderung lebih rendah motivasinya untuk melakukan perawatan diri termasuk penampilan diri, selain itu factor social ekonomi yang rendah sehingga Tn X kemungkinan tidak mendapatkan dukungan yang memadai dari keluarganya. Keluarga Tn X yang tinggal serumah adalah orang tua Tn X yang berusia diatas 70 tahun sehingga kurang bisa memberikan dukungan yang maksimal kepada Tn X, dan pengawasan minum obatpun tidak bisa dilakukan. Hal ini sesuai dengan penelitian Arsova, Bajraktarov, Barbov, & Hadzihamza (2014) yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia wanita lebih baik menjalankan fungsi dan peran sehari-hari dibandingkan pasien skizofrenia pria. Dukungan keluarga dan dukungan social terbukti membantu reintegrasi dan re-sosialisasi yang lebih cepat dan kualitas hidup yang lebih baik pada pasien skizofrenia (Arsova, Bajraktarov, Barbov, & Hadzihamza, 2014). Hal tersebut sesuai juga dengan hasil penelitian Ciftci, Yildirim, Sahin Altun, & Avsar (2015) yang menyatakan bahwa tingkat kemampuan merawat diri tinggi pada pasien yang memiliki dukungan social, pasianagn dan dari anak-anaknya. Dan akan lebih meningkat lagi apabila semua anggota keluarga ikut merawat pasien turut meningkatkan kemampuan pasien itu sendiri dalam perawatan diri. Teori self care Orem's pada self care demand menyebutkan ada kondisi factor dasar yang mempengaruhinya (Alligood, 2014). Berdasarkan kasus diatas yang mempengaruhi kebutuhan **self care**, yaitu factor jenis kelamin, dukungan social, kondisi kesehatan, factor system perawatan kesehatan, system keluarga.

Dari kasus Tn X dapat dinyatakan jika self care agency sangat rendah, karena Tn X tidak mempunyai kemampuan yang memadai dalam melakukan perawatan diri sendiri. Kemampuan yang seharusnya dimiliki oleh seseorang yang memiliki masalah kesehatan khususnya gangguan mental Pasien gangguan mental yang mempunyai pengetahuan yang cukup tentang perawatan diri lebih mampu melakukanperawatandiri. Selainitu, pengetahuanakan**selfcare**dapatmenurunkan terjadinya perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Hal ini seperti yang disampaikan oleh Mangwaira (2013) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa selain perilaku perawatan diri, penelitian membuktikan bahwa Self Care Agency dengan pasien mempunyai pengetahuan tentang perawatan diri meningkatkan kemampuan pasien dalam mengendalikan perilaku agresinya. Faktor yang dapat mempengaruhi self care agency juga adalah kondisi kesehatannya. Tn X menderita penyakit skizofrenia, yang mana skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental yang berat dan dapat mempengaruhi kondisi kognitif serta perilaku pasiennya. Pasien yang mengalami penyakit yang lebih ringan seperti anxiety disorder cenderung mempunyai kemampuan perawatan diri yang lebih baik daripada pasien skizofrenia. Hal ini seperti yang ditemukan dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Ciftci, Yildirim, Sahin Altun, & Avsar (2015) yaitu pasien dengan **anxiety disorder** mempunyai skor tertinggi dalam **self care agency** sedangkan pasien demensia dan delirium menunjukkan **self care agency** yang lebih rendah karena ketidakhati-hatian mereka dan menunjukkan kelalaiannya dalam berpakaian dan perawatan personal.

Kebutuhan perawatan diri universal menurut Orem yang terjadi pada pasien Tn X adalah kebutuhan perawatan diri yang berhubungan dengan penyakit skizofrenia yang dideritanya yang mempengaruhi kemampuan perawatan diri pasien. Tn X punya kebiasaan merokok yang sulit untuk dihentikan, bahkan Tn X menjadi marah apabila keinginannya merokok dicegah oleh orang tuanya. Fakta ini sesuai dengan hasil penelitian dari Wazni & Gifford, (2016) yang mengemukakan hasil penelitiannya bahwa pasien skizofrenia mempunyai angka kebiasaan merokok antara 50-90%. Kebutuhan perawatan diri yang bersifat universal termasuk yang disarankan adalah pencegahan bahaya bagi kehidupan manusia, dan kebiasaan merokok dapat membahayakan kesehatan pasien sendiri. Hal tersebut mendukung kenyataan bahwa Tn X mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Agar dapat mempertahankan kondisi fisik pasien yang baik, hal yang paling penting adalah kondisi sosiopolitical, cultural dan factor ekonomi yang berasal dari orang-orang disekitar pasien harus selalu terpenuhi (Wazni & Gifford, 2016).

Peran perawat dalam perawatan diri pasien pada kasus Tn X yang paling tepat adalah **supportive educative system** dimana pasien mampu belajar membentuk kemampuan perawatan diri akan tetapi masih dengan bantuan. Tn X kondisinya masih bisa menerima informasi dan masih bisa meniru serta mempelajari sesuatu. Penelitian dari Yusuf, Nihayati (2017) yang menyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara grup yang diberikan Model Partisipasi sebelum dan sesudah terapi. Model partisipasi dapat digunakan untuk membantu meningkatkan kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia dengan deficit perawatan diri. Perawat dalam merawat pasien deficit perawatan diri disarankan menggunakan pendekatan kebutuhan perawatan diri melalui paradigm yang kritis agar perawat dapat mengadvokasi dan bertindak mengatasi dampak sosiokultural dan isu politis yang mempengaruhi pasien mendapatkan lingkungan perawatan diri yang optimal (Wazni & Gifford, 2016).

KESIMPULAN

Tingkat pengetahuan seseorang tentang self care mengurangi kejadian perilaku agresif pada pasien schizophrenia. Perbedaan antara jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status social ekonomi mempengaruhi kemampuan self care pasien gangguan mental. Hasil studi menyatakan level kemampuan self care pasien gangguan mental adalah medium level. Pasien kondisi personal dan fungsi social yang lebih baik ada kaitannya dengan dukungan social, mempunyai pekerjaan, tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki gangguan mental serta hari perawatan di rumah sakit. Berfikir kritis perlu dilakukan oleh perawat dalam perawatan pasien dengan self care deficit sehingga tindakan yang dilakukan tepat dan sesuai dengan kondisi pasien terutama dengan barrier social seperti sosiopolitik, ekonomi, dan factor kontekstual lainnya. Intervensi yang tepat dapat meningkatkan self care demand dari pasien dengan skizofrenia.

Hasil analisis aplikasi pada pasien defisit perawatan mandiri menunjukkan bahwa teori Orem terbukti sangat tepat dan efektif dalam penerapan defisit perawatan pasien perawatan pasien pada pasien skizofrenia. Perawatan mulai dari penilaian kebutuhan perawatan diri sampai intervensi yang diberikan dan perannya dari perawat dalam perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah Yusuf, Hanik Endang Nihayati, K. E. K. (2017). Modeling Participant Toward Self-Care Deficit On Schizophrenic Clients. **Jurnal Ners**, **12**(October).
- Alligood, M. R. (2014). **Nursing Theorists and Their Work**. (M. R. Alligood, Ed.), **Elsevier Mosby** (Eighth edi). St. Louis, Missouri: Elsevier Inc. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>
- Anonim. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.
- Anonim. (2017). Subbid Data dan Informasi RS Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta
- Anonim. (2017). Sim Keperawatan RS Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta
- Arsova, S., Bajraktarov, S., Barbov, I., & Hadzihamza, K. (2014). Patients with schizophrenia and self-care. **Macedonian Journal of Medical Sciences**, **7**(2), 285-288. <https://doi.org/10.3889/MJMS.1857-5773.2014.0410>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. **Laporan Nasional 2013**, 1-384. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.007>
- Ciftci, B., Yildirim, N., Sahin Altun, O., & Avsar, G. (2015). What Level of Self-Care Agency in Mental Illness? The Factors Affecting Self-Care Agency and Self-Care Agency in Patients with Mental Illness. **Archives of Psychiatric Nursing**, **29**(6), 372-376. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.007>
- Dinas Kesehatan Provinsi DIY. (2013). Riset Kesehatan Dasar DIY, **7**(1). Retrieved from <http://www.dinkes.jogjaprov.go.id/dinkes/litkes#>
- Easterbrooks, M. A. (2003). **Handbook of psychology**. (I. B. Weiner, Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- Jerome Wirawan. (2016). Setidaknya 18.800 orang masih dipasung di Indonesia - BBC Indonesia. Retrieved October 19, 2017, from http://www.bbc.com/indonesia/berita_indonesia/2016/03/160320_indonesia_hrw_pasung

Madalise, S., Bidjuni, H., & Wowiling, F. (2015). Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan Pada Pasien Gangguan Jiwa (Defisit Perawatan Diri) Terhadap Pelaksanaan ADL (Activity Of Dayliving) Kebersihan Gigi Dan Mulut Di RSJ Prof.Dr. V. L Ratumbusang Ruang Katrili.

Mangwaira, F. (2013). The Relationship Between Knowledge Level On Self-Care And Occurrence Of Aggression In Schizophrenic Patients Aged 18-45 Years Attending The Out Patients Department At Parirenyatwa Hospital Psychiatric, (May).

Setiadi, G. (2014). **Pemulihan Gangguan Jiwa: Pedoman bagi penderita, keluarga dan relawan jiwa**. Tirto Jiwo, Pusat Pemulihan dan Pelatihan Gangguan Jiwa.

Videbeck, S. L. (2011). **Psychiatric-Mental Health Nursing** (Fifth Edit). Iowa: Lippincott Williams & Wilkins.

Wazni, L., & Gifford, W. (2016). Addressing Physical Health Needs of Individuals With Schizophrenia Using Orem’s Theory. **Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association, Volume XX**, 1-9.

WHO. (2017). Mental disorders. **WHO**. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

**PENERAPAN TEORI BANNER “ *Theory of Caring, Clinical Wisdom* ”
“ TERHADAP IMPLEMENTASI **BEDSIDE TEACHING** (BST) PADA
PENINGKATAN KEMAMPUAN KOGNITIF MAHASISWA KEPERAWATAN**

Achmad Vindo G

Magister Keperawatan Pascasarjana

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jl. Lingkar Selatan, Kasihan, Bantul,
Daerah Istimewa Yogyakarta. Jawa Tengah - 55184

Email: a.vindo92@gmail.com

Abstract: In Havva’s (2017) study a medical error or malpractice is made not only by health care professional but also students who are future practitioners. In addition, nursing students, who practice in health institutions or clinics to improve their knowledge and skills. One method that helps students to learn based on context is Bedside teaching. This is consistent with Benner’s Theory of Caring, Clinical Wisdom, which focuses on improving knowledge. Benner focuses his theory on improving knowledge where Benner has seven domains. Benner said that the development of knowledge in the practice of discipline “consists of extending know-how through a theory-based scientific inquiry and through the recording of existing ‘knowledge’ developed through clinical experience in the practice of the discipline.”

Keywords: Benner’s Theory, Bedside Teaching, Cognitive, Malpractice

PENDAHULUAN

Pada Kejadian malpraktik, Ketika studi yang relevan diperiksa, diamati bahwa sebagian besar penelitian termasuk perawatan kesehatan profesional. Sebenarnya, kesalahan medis atau malpraktek dibuat tidak hanya oleh tenaga kesehatan profesional tapi juga siswa yang merupakan praktisi masa depan. Selain itu, mahasiswa keperawatan, yang berlatih di institusi kesehatan atau klinik untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka, memberikan perawatan pasien dengan perawat terlatih, dan melakukan diagnosa, tes, dan perawatan, memiliki risiko lebih tinggi dalam melakukan malpraktek atau melakukan kesalahan medis (Havva Öztürk, 2017).

Salah satu metode yang membantu mahasiswa untuk belajar berdasarkan konteks adalah **Bedside teaching**; metode yang digunakan oleh pembimbing klinik selama bertahun-tahun untuk mentransfer ilmu mereka terutama pada psikomotor atau **skill domain**. Menurut Conigliaro (2009), **Bedside teaching** merupakan proses

pembelajaran dimana pembimbing, mahasiswa dan pasien bersama dengan tujuan untuk memperoleh informasi tentang status kesehatan pasien, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendiskusikan diagnosa dan perawatan pasien. Hal yang sama diungkapkan oleh Langlois (2000) bahwa **Bedside teaching** didefinisikan sebagai pembelajaran dengan adanya pasien. Berdasarkan hal tersebut, untuk melakukan **Bedside teaching**, harus ada pembimbing, mahasiswa dan pasien. Semua pembelajaran dalam konteks Bed Side Teaching (BST) mempunyai domain pengukuran untuk hasil berupa psikomotor, kognitif, dan afektif. Agar ketiga domain itu bisa diterapkan dengan baik maka semestinya lebih baik apabila diterapkan kedalam kurikulum pembelajaran mahasiswa keperawatan.

Hal ini sesuai dengan teori Benner's "**Theory of Caring, Clinical Wisdom**" yang berfokus pada peningkatan pengetahuan. Benner memiliki tujuh domain utama dalam teorinya antara lain : Peran pembantu, fungsi mengajar-pembinaan, fungsi diagnostik dan pemantauan pasien, manajemen yang efektif dalam situasi yang berubah dengan cepat, mengadministrasikan dan memantau intervensi terapeutik dan rejimen, memantau dan memastikan kualitas praktik perawatan kesehatan, kompetensi organisasi dan kompetensi kerja (Alligood, 2013).

KONSEP "THEORY OF CARING, CLINICAL WISDOM"

Keperawatan adalah praktik memberikan perhatian yang dipandu oleh seni moral dan etika perawatan dan tanggung jawab yang terbentang dalam hubungan antara perawat dan pasien (Benner & Wrubel, 1989). Domain asli dan kompetensi praktik keperawatan (Benner, 1984) diidentifikasi dan dijelaskan secara induktif dari wawancara situasi klinis dan pengamatan perawat staf pemula dan ahli dalam praktik sebenarnya. Studi fenomenologis interpretif ini menggunakan pendekatan situasional untuk mempelajari pengetahuan dan makna yang tertanam dalam praktik perawat sehari-hari. "Kekuatan metode ini terletak pada identifikasi kompetensi dari situasi praktik aktual daripada meminta para ahli menghasilkan kompetensi dari model atau situasi hipotetis" (Benner, 1984). Perspektif holistik seperti ini memberikan rincian konteks situasional yang menuntun interpretasi. Tiga puluh satu kompetensi yang ditentukan secara interpretif diidentifikasi dan dijelaskan dari data naratif. Kompetensi ini dikelompokkan sesuai dengan kesamaan fungsi, maksud, dan makna untuk membentuk tujuh domain praktik keperawatan (Alligood, 2013).

Benner's Domain praktik keperawatan (Alligood M. R., Nursing Theory Utilization and Application, 2014) :

a) Peran pembantu

Domain peran bantuan mencakup kompetensi yang berkaitan dengan membangun hubungan penyembuhan, memberikan kenyamanan, dan mengundang partisipasi dan kontrol aktif pasien dalam perawatan.

b) Fungsi mengajar-pembinaan

Waktu, mempersiapkan pasien untuk belajar, memotivasi perubahan, membantu perubahan gaya hidup, dan menegosiasikan kesepakatan mengenai tujuan adalah kompetensi dalam domain fungsi pengajaran-pembinaan

- c) Fungsi diagnostik dan pemantauan pasien
kompetensi dalam penilaian berkelanjutan dan antisipasi hasil.
- d) Manajemen yang efektif dalam situasi yang berubah dengan cepat
kemampuan untuk menyesuaikan permintaan dengan sumber daya secara bersamaan dan untuk menilai dan mengelola perawatan selama situasi krisis.
- e) Mengadministrasikan dan memantau intervensi terapeutik dan rejimen
mencakup kompetensi yang terkait dengan pencegahan komplikasi selama terapi obat, manajemen luka, dan rawat inap.
- f) Memantau dan memastikan kualitas praktik perawatan kesehatan
meliputi kompetensi yang berkaitan dengan pemeliharaan keselamatan, peningkatan kualitas berkelanjutan, kolaborasi dan konsultasi dengan dokter, evaluasi diri, dan pengelolaan teknologi.
- g) Kompetensi organisasi dan kompetensi kerja
kompetensi dalam penetapan prioritas, pembentukan tim, koordinasi, dan penyediaan kontinuitas perawatan

APLIKASI TEORI BENNER

1. Pengkajian

Langkah awal asuhan keperawatan menggunakan teori Benner “Theory of Caring, Clinical Wisdom“ adalah pengkajian. Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data klien. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan kuesioner. Dengan memperhatikan 7 domain sesuai teori Benner. Antara lain :

a. *The helping role*/ peran sebagai pemberi pertolongan

Pengkajian domain pertama tentang peran sebagai pemberi pertolongan mencakup tentang peran kita sebagai pemberi asuhan keperawatan. Misalnya : Apakah peran perawat (Mentor) dan mahasiswa praktik keperawatan (Mentee) sudah berjalan dengan baik ? bila sudah jelaskan dan beri alasan, begitu juga bila belum.

b. *The teaching-coaching function*/ fungsi pemberi edukasi dan pemberi

pelatihan

Pengkajian domain kedua tentang fungsi pemberi edukasi dan pemberi pelatihan, hal ini lebih ditekankan kepada mentor (Pembimbing klinik, dosen dsb), misalnya : Bagaimana peran perawat senior (Mentor) saat memberikan mentoring pada mentee(mahasiswa) saat pendidikan di klinik menggunakan teknik **Bedside teaching**?jelaskan.

c. The diagnostic and patient monitoring function/ fungsi sebagai pembuat diagnosa (keperawatan) dan monitoring pasien

Pengkajian domain ketiga tentang fungsi sebagai pembuat diagnose keperawatan dan melakukan monitoring, misalnya : Bagaimana cara yang benar dalam memonitoring pasien dan jelaskan proses penentuan diagnosa keperawatan?

d. Effective management of rapidly changing situation/ kemampuan mengatasi situasi yang berubah secara cepat dan mendadak

Pengkajian pada domain keempat tentang kemampuan individu menangani situasi darurat, misalnya : Bagaimana tindakan gawat darurat bila pasien tiba-tiba mengalami henti jantung?

e. Administering and monitoring therapeutic interventions and regiments/ memberikan intervensi dan monitoring respon pasien terhadap intervensi tersebut.

Pengkajian domain kelima tentang memberikan intervensi dan memonitoring respon pasien, misalnya: Bagaimana respon pasien terhadap asuhan keperawatan tentang pemakaian insulin yang anda lakukan atau berikan tadi?

f. Monitoring and ensuring the quality of health care practices/ memonitor dan memastikan kualitas pelayanan kesehatan

Pengkajian domain keenam tentang memonitor dan memastikan kualitas pelayanan, misalnya :Bagaimana anda memastikan telah memberikan pelayanan kesehatan yang baik kepada klien dan telah memonitoringnya dengan benar?sebutkan dan jelaskan

g. Organizational work role competencies/ kemampuan untuk bekerja dan berperan dalam organisasi dan tim.

Pengkajian domain terakhir tentang kemampuan bekerja dan peran dalam organisasi dan tim, misalnya : Bagaimana bentuk kerjasama dalam tim kesehatan yang selama praktik anda jalani?jelaskan juga peran anda dalam tim serta keuntungan dan kelemahannya.

2. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan bertujuan meningkatkan tingkat pengetahuan atau kognitif. Intervensi tingkat pengetahuan atau kognitif ada dua :

- a. intervensi untuk defisiensi pengetahuan
- b. intervensi untuk kesiapan peningkatan pengetahuan

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan. Defisiensi pengetahuan maupun kesiapan peningkatan pengetahuan semuanya ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, baik itu pada mentor (dosen, pembimbing klinik, tenaga kesehatan) maupun mentee (mahasiswa kesehatan). Peningkatan pengetahuan atau kognitif bisa dilakukan dengan menggunakan berbagai metode, misalnya : **group discussion**, bersekolah ke jenjang yang lebih tinggi, **Bedside teaching**, Seminar, workdshop dsb.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi kepearawatan dilakukan setelah implementasi. Beberapa instrument telah dikembangkan untuk mengukur pencapaian tingkat pengetahuan atau kognitif. Perawat dapat menggunakan beberapa instrument untuk menilai tingkat pengetahuan misalnya dengan menggunakan kuesioner.

KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat diambil dari konsep keperawatan Patricia Benner yaitu Benner memfokuskan teorinya pada peningkatan pengetahuan dimana Benner memiliki tujuh domain antara lain : Peran pembantu, fungsi mengajar-pembinaan, fungsi diagnostik dan pemantauan pasien, manajemen yang efektif dalam situasi yang berubah dengan cepat, mengadministrasikan dan memantau intervensi terapeutik dan rejimen, memantau dan memastikan kualitas praktik perawatan kesehatan, kompetensi organisasi dan kompetensi kerja. Teori Benner sendiri dapat diaplikasikan dalam segala bentuk pengukuran maupun peningkatan kemampuan kognitif individu ataupun kelompok.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. (Ed.), 2013. *Nursing theory: utilization & application*, Fifth edition. ed. Elsevier M
- Alligood, M. R. (2010). ***Nursing Theorist and their work.***
- Alligood, M. R. (2014). ***Nursing Theory Utilization and Application.***
- Asmara, F.Y., 2017. *Bedside Teaching: Is it Effective Methods in Clinical Nursing Students Learning?* J. Ners 9, 19-25.
- Cholifah, N., Rusnoto, R., Hartinah, D., 2015. *Bedside Sebagai Suatu Inovasi Metode Bimbingan Klinik Dalam kebidanan dan keperawatan.* J. Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan 6.

4th Annual International Scientific Forum, 2017

Master of Nursing UMY

“Fusion to Innovation in Health Care”

Gunawan, I., Palupi, A.R., 2016. Taksonomi Bloom-revisi ranah kognitif: kerangka landasan untuk pembelajaran, pengajaran, dan penilaian. *Premiere Educ. J. Pendidik. Dasar Dan Pembelajaran* 2.

Havva Öztürk, I. K. (2017). The malpractices of student nurses in clinical practice

Novianto, W.T., 2015. PENAFSIRAN HUKUM DALAM MENENTUKAN UNSUR-UNSUR KELALAIAN MALPRAKTEK MEDIK (MEDICAL MALPRACTICE. *Yust. J. Huk.* 4.

APPLICATION OF THEORY FROM NOVICE TO EXPERT ON KNOWLEDGE AND CAREER PLANNING IN PROFESSIONAL NURSING

Muhammad Agung Krisdianto¹, Titih Huriah²

¹Mahasiswa Program Pascasarjana Magister Keperawatan Peminatan Nursing Education, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, ²Dosen Program Pascasarjana Magister Keperawatan

E-mail: magungkrisdianto@gmail.com

Abstract: The nurse has not fully professional because the practice is said to refer to the Ministry of Administrative and Bureaucratic Reform decree No. 94/KEP/M. PAN/11/2001 are intended for civil servants. This led to the practice of nurses more inferior in the hospital. Nursing practice reference even just based on the competence of Clinical Nurse level 1 up to 5, and there is no clear succession application for Managers Nurse, Educator Nurse, and Researcher Nurse. Method Analyze the application of the theory from novice to experts to knowledge and planning level nursing who professional career. Results The application of the theory from novice to experts capable of ease nurses and another profession in categorizes level of clinical nursing 1 to 5 into the mention of novice to experts.

Keywords: From Novice to Expert, Career Level, Nursing

PENDAHULUAN

UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan mendefinisikan keperawatan sebagai kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik didalam maupun luar negeri yang diakui pemerintah sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan. Pendidikan keperawatan dibagi menjadi 2 yaitu Perawat Vokasi (lulusan D-III), dan Perawat Akademik/Profesi (lulusan Sarjana dengan Ners, Pascasarjana, Ners Spesialis dan Doktorat). Perawat dapat berperan sebagai Pemberi Asuhan (**Care Provider**), **Manager** dan Pemimpin Komunitas (**Community Leader**), Pendidik (**Educator**), Pembela (**Advocate**), dan Peneliti (**Researcher**) (Kemenkes RI, 2017).

Pada Tahun 2016, tercatat ada 296.876 perawat dari 15.263 unit layanan kesehatan di Indonesia per desember 2016. Sebanyak 77,56% (230.262) merupakan perawat non ners, yang merupakan perawat lulusan Diploma-

III atau lulusan S1 keperawatan tanpa pendidikan profesi. Perawat ners merupakan perawat lulusan S1 keperawatan dengan 1 tahun pendidikan profesi keperawatan dengan jumlah sebanyak 10,84% (32.189), dan 5,17% (15.347) merupakan perawat lulusan SPK (Sekolah Pendidikan Keperawatan) setara SLTA. Jumlah tenaga keperawatan pada tahun 2014 belum mencangkup target rasio yang diinginkan yaitu 158 per 100.000 penduduk, begitu pula pada tahun 2016 dengan jumlah 113,40 per 100.000 penduduk. Kementerian Kesehatan Indonesia menargetkan pada tahun 2019 rasio perawat dapat berkembang berkisar 180 per 100.000 penduduk. PPNI pada tahun 2017 mencatat ada sekitar 652 orang bekerja sebagai perawat diluar negeri (Kemenkes RI, 2017).

Fenomena yang terjadi saat ini, jenjang karir keperawatan masih mengalami permasalahan yang serius, seperti belum optimalnya pengembangan terhadap karir perawat dan perawat masih berada pada posisi inferior terutama dirumah sakit. Perbandingan dapat dilakukan dengan negara Australia, profesi perawat cukup dihargai dengan pemberian upah yang layak, peningkatan jenjang karir secara terbuka bahkan seorang perawat dapat menjabat sebagai direktur rumah sakit. Kenyataan yang lain adalah jenjang karir keperawatan belum sepenuhnya berbasis professional, sistem yang dikembangkan masih mengacu pada aturan yang diperuntukan bagi pegawai negeri sipil (PNS) berdasarkan SK Menpan No. 94/KEP/M.PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat termasuk angka kreditnya. Belum semua rumah sakit menerapkan pedoman jenjang karir perawat yang dikeluarkan oleh Depkes RI (2006), bagi rumah sakit yang sudah menerapkan masih sebatas perawat pelaksana PK I-V, sedangkan jenjang karir untuk Perawat Manager, Perawat Pendidik, dan Perawat Riset belum diterapkan

Jenjang karir merupakan jalur mobilitas vertikal yang ditempuh melalui peningkatan kompetensi, dimana kompetensi tersebut diperoleh dari pendidikan formal berjenjang, pendidikan informal yang sesuai/relevan maupun pengalaman praktik klinis yang diakui (Kemenkes RI, 2017). Dalam jenjang karir keperawatan ada beberapa bidang yang dapat diambil dan persiapan untuk menjadi seorang professional. Beberapa bidang dalam jenjang karir keperawatan antara lain Perawat Klinis (PK), Perawat Manager (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Riset (PR).

Nominal rasio kebutuhan tenaga perawat yang masih besar, masih rendah jumlah perawat ners dan spesialis, serta mengantisipasi fenomena belum baiknya jenjang karir keperawatan merupakan gambaran dan peluang untuk mempersiapkan diri sedini mungkin dalam menentukan bidang yang kita inginkan. Persiapan yang matang sejak melaksanakan kegiatan pendidikan keperawatan dapat menciptakan jenjang karir yang baik sebagai tenaga keperawatan yang professional. Salah satu langkah yang baik sejak pendidikan keperawatan adalah dengan memahami **teori from novice to expert**.

Teori **from novice to expert** dikembangkan oleh Patricia Benner. Benner

mengkategorikan teori ini menjadi 5 tingkat kompetensi yang wajib disadari, yaitu *beginner*, *advance beginner*, *competent*, *proficient*, dan **expert**. Teori ini dikembangkan oleh Benner dengan mengadopsi Model Dreyfus ke dalam ilmu keperawatan (Alligood, 2014). Mahasiswa keperawatan sebagai calon perawat dan perawat harus mampu memahami konsep jenjang karir dalam bidang profesinya serta kompetensi apa saja yang harus dimiliki. Mahasiswa keperawatan dan perawat yang memahami konsep jenjang karir akan lebih mudah menentukan arah sebagai perawat yang **expert** dalam suatu bidang keperawatan, serta menjadikannya sebagai seorang calon perawat yang professional.

Dengan fakta dan fenomena yang ada, maka penulis tertarik untuk membahas tentang aplikasi teori **from novice to expert** terhadap pengetahuan dan perencanaan jenjang keperawatan yang professional.

METODE

Metode yang digunakan adalah dengan cara menganalisa aplikasi teori **from novice to expert** terhadap pengetahuan dan perencanaan jenjang karir keperawatan yang professional.

HASIL

Hasil analisa dijabarkan dengan pembuatan bagan berdasarkan teori from **novice to expert** terhadap jenjang karir keperawatan.

	E	PK.5	PM.4	PP.3	PR.2
	P	PK.4	PM.3	PP.2	PR.1
	C	PK.3	PM.2	PP.1	
	A.B.	PK.2	PM.1		
N			PK.1		
F.G.					

Keterangan:

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| F.G. : Fresh Graduate | PK. : Perawat Klinis |
| N : Novice | PM. : Perawat Manager |
| A.B. : Advance Beginner | PP. : Perawat Pendidik |
| C : Competent | PR. : Perawat Riset |
| P : <i>Proficient</i> | |
| E : Expert | |

Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa:

1. Fresh Graduate belum dikatakan memiliki jenjang karir
2. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 1 terbilang **Novice** dalam teori Benner
3. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 2 = Perawat Manager 1 terbilang **Advance Beginner** dalam teori Benner
4. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 3 = Perawat Manager 2 = Perawat Pendidik 1 terbilang **Competent** dalam teori Benner
5. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 4 = Perawat Manager 3 = Perawat Pendidik 2 = Perawat Riset 1 terbilang **Proficient** dalam teori Benner
6. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 5 = Perawat Manager 4 = Perawat Pendidik 3 = Perawat Riset 2 terbilang **Expert** dalam teori Benner

PEMBAHASAN

Seorang perawat harus mengenal faktor-faktor dalam kenaikan jenjang karir. Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No. 40 Tahun 2017 Tentang Alur/Mekanisme Dalam Pengelolaan Jenjang Karir Keperawatan ada tiga faktor yang mempengaruhi jenjang karir keperawatan yaitu masa kerja, tingkat pendidikan, dan sertifikasi. PMKRI No. 40 Tahun 2017 juga menjelaskan bahwasanya dalam mengurus jenjang karir dapat ditempuh dengan dua jalur, yaitu pendidikan dan sertifikasi yang dilandaskan pada kompetensi perawat klinis dari tingkat 1 hingga 5. Pengurusan jenjang karir dapat dilalui dengan lima tahap yaitu rekrutmen, orientasi, intership, kredensial, dan barulah ada kenaikan jenjang karir (Kemenkes RI, 2017).

Pengaplikasian teori Benner kedalam jenjang karir, khususnya keperawatan akan lebih memudahkan dalam menganalisa kemampuan seseorang. Penjelasan makna Perawat Klinis level 1 hingga 5 terkadang membuat bingung, terutama mengenai peningkatan berdasarkan angka/level. Penggunaan kata **novice** hingga **expert** akan mempermudah dalam mengetahui sejauh mana kemampuan seseorang. Teori Benner sendiri memudahkan seseorang dalam penentuan tingkat jenjang karir untuk mengetahui sejauh mana kemampuan mereka, selain itu teori ini juga akan lebih memudahkan dalam mengkategorikan sesuatu berdasarkan level kemampuannya.

Hubungan antara teori Benner dengan jenjang karir keperawatan harus dipahami oleh para perawat dan mahasiswa. Pengetahuan ini memiliki banyak fungsi beberapa diantaranya, pengenalan terhadap profesi perawat, mempermudah pemahaman dan tata cara kenaikan jenjang karir, mengetahui kemampuan diri dalam aspek penilaian yang dilakukan oleh Benner, mengetahui kompetensi yang

wajib dimiliki, bahkan yang paling menarik ialah hal ini dapat meningkatkan kepuasan kinerja perawat itu sendiri. Hal ini diperkuat dengan adanya penelitian mengenai kepuasan jenjang karir keperawatan yang menunjukkan bahwa jenjang karir dapat meningkatkan kepuasan kinerja perawat (Sofia, 2013).

يَا مَعْشَرَ الْجِنِّ وَالْإِنْسَانِ اسْتَعِذْوا مِنْ أَقْطَارِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ فَذُوقُوا
تَذْوِينَهُنَّ يَوْمَ تَأْتِي السَّمَاءُ بِدُخَانٍ مُبِينٍ
تَغْشَى السَّمَاءَ كَمَا تَبْغِي السُّمَانُ يَوْمَ تَأْتِي السَّمَاءُ
بِغُيْمٍ مُرْتَدِّدٍ فَاصْبِرْ لِحُكْمِ رَبِّكَ إِنَّكَ أَنْتَ
عِنْدَ عَيْنِ رَبِّكَ فَاعْبُدْهُ وَاصْطَبِرْ لِحُكْمِهِ
وَاذْكُرْ إِذْ أَنْتَ رَجُلٌ مُسْتَعِذٌ مِنَ الْمُشْرِكِينَ
وَأَنْتَ إِذْ سَأَلْتَهُمْ لَاقُوا رَبَّكُمْ فَمَا آتَاهُمْ
جَاءَتْهُمْ سَحَابٌ مِمَّنْ بَيْنَ يَدَيْهِمْ فَيَرْمِيهِمْ
صَوَابَ السَّعِيرِ

“Wahai jemaah jin dan manusia, jika kamu sanggup menembus (melintasi) penjuru langit dan bumi, maka lintasilah, kamu tidak dapat menembusnya melainkan dengan kekuatan (Q.S. Ar-Rahman: 33)”

Dalam ayat ini dapat diartikan bahwasanya seseorang yang ingin mendapatkan sesuatu yang baik, maka harus memiliki kekuatan yang besar. Sebagai mana teori Benner menjelaskan bahwa level **expert** akan sangat mudah dalam mendapatkan sebuah peluang dan kesempatan dalam meniti jenjang karir sebagai seorang perawat yang professional.

KESIMPULAN

1. Teori Patricia Benner diangkat dari latar belakang pandangan Benner terhadap perpaduan praktik klinis dan pendidikan, dengan mengembangkan teori Dreyfus bersaudara dan dilakukan penelitian secara terintegrasi maka didapatkan 5 tingkatan kompetensi pada praktik keperawatan, antara lain: *Novice, Advance Beginner, Competent, Proficient, dan Expert*
2. Jenjang karir keperawatan dibagi menjadi 4 bidang, yaitu Perawat Klinis (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Riset (PR). Dalam perawat klinis terdapat 5 level dengan ciri kompetensi yang baku, dimulai dari PK. 1 (generalis), PK. 2 (dasar kekhususan), PK. 3 (lanjutan kekhususan), PK. 4 (spesialis), PK. 5 (subspesialis/konsultan). Sistem kenaikan jenjang keperawatan dapat dinilai dari pendidikan formal dan sertifikasi dengan unsur penilaian latar belakang pendidikan, masa kerja dan uji kompetensi (UKOM)/sertifikasi. Kenaikan jenjang bagi perawat baru dapat dilakukan dengan 6 tahap, yaitu Rekrutmen dan seleksi, orientasi, intership/magang, kredensial, praktik di rumah sakit, dan kenaikan jenjang karir.
3. Teori **From Novice To Expert** yang diaplikasikan terhadap jenjang karir keperawatan dapat dinilai dengan pengkategorian: Fresh Graduate belum dikatakan memiliki jenjang karir. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 1 terbilang **Novice**. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 2 = Perawat Manager 1 terbilang **Advance Beginner**. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 3 = Perawat Manager 2 = Perawat Pendidik 1 terbilang **Competent**. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 4 = Perawat Manager 3 = Perawat

Pendidik 2 = Perawat Riset 1 terbilang *Proficient*. Ciri Kompetensi dan Level Perawat Klinis 5 = Perawat Manager 4 = Perawat Pendidik 3 = Perawat Riset 2 terbilang **Expert**.

4. Islam telah lama menjelaskan bahwasanya seseorang harus memiliki kekuatan yang besar untuk mendapat hasil yang baik. Islam jauh mengajarkan ini sebelum teori Benner muncul dan menjadi tuntunan dalam proses pembelajaran keperawatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan memanjatkan rasa syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, saya menyambut gembira atas terselesaikannya makalah dengan judul “Aplikasi Teori **From Novice To Expert** Terhadap Pengetahuan Dan Perencanaan Jenjang Karir Keperawatan Yang Professional”. Dalam kesempatan ini tak lupa penulis sampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang mendorong terbentuknya makalah ini. Ucapan terima kasih khusus kepada ibu Titih yang selalu sabar dalam membimbing saya.

Terakhir, semoga makalah ini bermanfaat bagi para pembaca. Meskipun demikian, masih banyak buku lain disamping ini yang dapat juga membantu dalam mengetahui aplikasi teori **from novice to expert** terhadap pengetahuan dan perencanaan jenjang karir keperawatan yang professional. Kritik dan saran dari segenap pembaca sangat saya harapkan demi kesempurnaan tugas makalah ini pada perbaikan yang akan datang.

REFERENSI

Alligood, M.R., 2014. **Nursing Theorists and Their Work**. Elsevier Health Sciences.

Al Quran. Surah Arrahman Ayat 33.

Depkes RI 2006. **Rancangan Pedoman Pengembangan Sistem Jenjang Karir Profesional**. Indonesia.

KEMENKES RI, 2017. **12 Mei Situs Tenaga Keperawatan**. Indonesia

KEMENKES RI. 2017. **Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No.40 Tahun 2017 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis**. Indonesia.

Sofia Sr. G.S. 2013. **Hubungan jenjang Karir Dengan Kepuasan Kerja Perawat di Rumah Sakit Santo Borromeus**. STIKes Borromeus. Jawa Barat.

ANALISA PENERAPAN TEORI IMOGENE KING TERHADAP PROSES PEMBELAJARAN IPE MAHASISWA DENGAN METODE TUTORIAL

Argitya Righo¹, Titih Huriah²

¹Student of Nursing Education (NEDU) Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, JL. Lingkar Selatan, Kasihan, Bantul, Yogyakarta - 55183
Email : Argitya.righo@ners.untan.ac.id

Abstract: The tutorial method is a meeting between a teacher and a learner or a small group of learners using **The Seven Jump** method. The use of **The Seven Jump** in learning can use learning with IPE. The learning of IPE in it emphasizes the interprofessional nature of different professions that gives rise to an interaction that provides an improvement in a professional education process. The aims of this paper is to analyze the application of Imogene King Theory in the process of learning IPE (**Interprofessional Education**) students with tutorial methods. IPE learning in students can be done by tutorial method so that will form a cooperation or collaboration in solving cases between health professions so as to improve learning cognitively, affectively and psychomotor students both in the world of education and better service. King sees a process of interaction consisting of personal system, interpersonal system and social system. Students can learn to collaborate and cooperate through learning with IPE using tutorial method, so it is expected that the ability of students in collaborating in different professions can give positive things for education and health services. The most important thing in the success of this problem is to understand the existence of an interaction with each other in making decisions.

Keywords : Imogene King's Theory, **Interprofessional Education** (IPE), Tutorial Method.

PENDAHULUAN

Proses pembelajaran IPE lebih menekankan pada sebuah interprofesional antar anggota tim medis baik perawat, dokter umum dan farmasi yang mana dari ketiga tim medis tersebut nantinya diharapkan dapat berkolaborasi dalam memecahkan kasus yang ada didalamnya dengan metode tutorial untuk mencapai suatu pencapaian tujuan akhir yang didapatkan dengan memberikan keputusan bersama. Metode tutorial merupakan pertemuan antara seorang guru dan seorang peserta didik atau sekelompok kecil peserta didik (Widyastuti, 2002 : 5). Didalam metode tutorial biasanya menggunakan kasus pemicu yang disajikan menggunakan **Problem Based Learning**. Selanjutnya dibahas menggunakan **The**

Seven Jump didalamnya.

Metode tutorial didalamnya terdapat adanya **The Seven Jump** meliputi identifikasi masalah, eksplorasi pengetahuan yang telah dimiliki, menetapkan Hipotesis, Identifikasi isu-isu yang telah dipelajari, belajar mandiri, re-evaluasi dan penerapan pengetahuan baru terhadap masalah dan pengkajian serta refleksi kasus. (Effendy & Nursalam, 2008: 125-126) Penerapan PBL sudah berlangsung lama di Fakultas Kedokteran Untan dengan metode Tutorial. Terdapat adanya tutor dalam proses pembelajaran berlangsung.

IPE atau dikenal sebagai **Interprofessional Education** merupakan satu sistem pembelajaran yang beranggotakan dari multidisiplin ilmu kesehatan, diantaranya adalah mahasiswa kedokteran, keperawatan, farmasi, ilmu kesehatan, kedokteran gigi, gizi dan bidang kesehatan lainnya (Sari, 2015). IPE terjadi ketika dua atau lebih profesi kesehatan belajar bersama, belajar dari profesi kesehatan lain, dan mempelajari peran masing-masing profesi kesehatan untuk meningkatkan kemampuan kolaborasi dan kualitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaan pembelajaran yang diikuti oleh dua atau lebih profesi yang berbeda untuk meningkatkan kolaborasi dan kualitas pelayanan dan pelaksanaannya dapat dilakukan dalam semua pembelajaran, baik itu tahap sarjana maupun tahap pendidikan klinik untuk menciptakan tenaga kesehatan yang profesional (Lee et al., 2009).

Metode pembelajaran yang interaktif, berbasis kelompok, yang dilakukan dengan menciptakan suasana belajar berkolaborasi untuk mewujudkan praktik yang berkolaborasi, dan juga untuk menyampaikan pemahaman mengenai interpersonal, kelompok, organisasi dan hubungan antar organisasi sebagai proses profesionalisasi (Clifton et al., 2006). Penelitian yang didapatkan mengenai persepsi dan kesiapan mahasiswa terkait IPE penelitian yaitu pernah dilakukan oleh Tejaningrum, dkk, (2015) di PSPD, PSIK, dan PSKG hasilnya adalah Persepsi terhadap **CFHC-IPE** sebagian besar baik dengan 67,9 %. Kesiapan terhadap **CFHC-IPE** sebagian besar baik sebanyak 67,4 %. IPE akan berhasil dilakukan apabila adanya sebuah persepsi dan kesiapan dari mahasiswa tersebut untuk berkontribusi dalam melaksanakan kegiatan kolaborasi yang dituangkan dalam proses pembelajaran dari IPE berdiskusi bersama mengenai konsep pelayanan kesehatan dan bagaimana kualitasnya dapat ditingkatkan. Hal ini memberikan suatu kontribusi yang positif dalam menunjang proses pembelajaran dengan model yang dapat menyatukan antar berbagai profesi yang berbeda sehingga memberikan sebuah terobosan baru dalam proses pembelajaran menggunakan proses pembelajaran IPE.

Penelitian berkaitan dengan metode tutorial yang dilakukan oleh Pioh, dkk, 2016 hasilnya efektifitas kelompok tutorial 87,5% mempunyai penilaian baik untuk aspek kognitif, 92,5% mempunyai penilaian baik untuk aspek motivasi, dan 70% mempunyai penilaian baik untuk aspek demotivational. Secara keseluruhan metode tutorial yang diselenggarakan baik. Kemudian hubungan

antar anggota kelompok dalam metode pembelajaran dengan metode Tutorial yang diteliti oleh Istadi, 2011 hasilnya ada hubungan positif dan signifikan antara dimensi kepercayaan tentang hubungan diantara anggota-anggota kelompok dengan keefektifan kelompok untuk pencapaian peningkatan dalam proses pembelajaran.

Teori pencapaian tujuan pembelajaran yang dikemukakan oleh King merupakan teori yang bersifat terbuka dan dinamis, dengan sembilan konsep utama yang meliputi interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, waktu dan ruang (Player & Bety, 2007 : 125). King mengemukakan konsep kerjanya yang meliputi adanya **system personal**, **system interpersonal** dan **system social** yang saling berhubungan satu dengan yang lain. Penulis mengambil teori King sebagai landasan dalam memberikan suatu analisa terhadap permasalahan ini. Pengetahuan tentang pembelajaran IPE belum diterapkan dalam beberapa fakultas yang ada di Indonesia. Pembelajaran IPE belum pernah dilakukan ditempat penulis bekerja yaitu di Fakultas Kedokteran Untan. Pembelajaran dengan metode tutorial sudah berlangsung lama digunakan dengan menggunakan kurikulum KKNi dan KBK. Kurikulum KKNi dilakukan dengan cara **The Seven Jump** dengan metode tutorial. Metode tutorial merupakan pertemuan antara seorang guru dan seorang peserta didik atau sekelompok kecil peserta didik (Widyastuti, 2002: 5).

Berdasarkan uraian fenomena dan kasus diatas terbukti kemampuan berkolaborasi antar berbeda profesi mempengaruhi peningkatan kualitas pelayanan baik di pendidikan maupun di pelayanan rumah sakit. Maka penulis tertarik untuk membahas “Analisis proses penerapan teori Imogene King terhadap proses pembelajaran IPE mahasiswa dengan metode tutorial”.

HASIL PEMBAHASAN

Data penelitian yang didapatkan mengenai persepsi dan kesiapan mahasiswa terkait IPE penelitian yaitu pernah dilakukan oleh Tejaningrum, dkk, (2015) di PSPD, PSIK, dan PSKG hasilnya adalah Persepsi terhadap **CFHC-IPE** sebagian besar baik dengan 67,9 %. Kesiapan terhadap **CFHC-IPE** sebagian besar baik sebanyak 67,4 %. IPE akan berhasil dilakukan apabila adanya sebuah persepsi dan kesiapan dari mahasiswa tersebut untuk berkontribusi dalam melaksanakan kegiatan kolaborasi yang dituangkan dalam proses pembelajaran dari IPE berdiskusi bersama mengenai konsep pelayanan kesehatan dan bagaimana kualitasnya dapat ditingkatkan. Hal ini memberikan suatu kontribusi yang positif dalam menunjang proses pembelajaran dengan model yang dapat menyatukan antar berbagai profesi yang berbeda sehingga memberikan sebuah terobosan baru dalam proses pembelajaran menggunakan proses pembelajaran IPE. Penelitian terkait tutorial yang diteliti

Penelitian berkaitan dengan IPE yang dilakukan oleh Yusuf, (2015) berkaitan

tentang pengembangan model IPE pada hasil penelitiannya yaitu ia merekomendasikan model penerapan IPE di FIK UIN Alauddin Makassar. Model yang dikembangkan tersebut selanjutnya dapat juga menjadi bahan rujukan bagi perguruan tinggi kesehatan yang ingin menerapkan pembelajaran **Interprofessional Education** (IPE). Pembelajaran dengan IPE ini sangat memberikan keuntungan yang banyak dalam bidang pendidikan maupun pelayanan kesehatan serta dapat meningkatkan peran masing-masing dalam bekerja sehingga sejak awal pembelajaran ini seyogyanya dapat diterapkan dalam perguruan tinggi kesehatan dengan memberikan terobosan baru misalnya dengan menggunakan metode tutorial yang didalamnya dapat menggunkan proses pembelajaran IPE dengan berbagai profesi kesehatan yang ada diperguruan tinggi dimana tempat tinggal peulis berada. Contohny bisa menggunakan Dokter, Farmasi dan Keperawatan yang ada dimana tempat bekerja penulis yang didalamnya menggunakan proses IPE dengan menggunakan metode tutorial. Disamping itu, metode tutorial sangat efektif dijalankan disebagian Universitas misalnya di Universitas Sam Ratulangi Manado yang diteliti oleh Pioh, dkk, 2016 hasilnya efektifitas kelompok tutorial 87,5% mempunyai penilaian baik untuk aspek kognitif, 92,5% mempunyai penilaian baik untuk aspek motivasi, dan 70% mempunyai penilaian baik untuk aspek demotivational. Secara keseluruhan metode tutorial yang diselenggarakan baik. Kemudian hubungan antar anggota kelompok dalam metode pembelajaran dengan metode Tutorial yang diteliti oleh Istadi, 2011 hasilnya ada hubungan positif dan signifikan antara dimensi kepercayaan tentang hubungan diantara anggota-anggota kelompok dengan keefektifan kelompok.

Berdasarkan kasus diatas penulis menyimpulkan bahwa penerapan proses pembelajaran dengan IPE yang disandingkan dengan metode tutorial dapat meningkatkan adanya sebuah kolaborasi antar berbeda profesi, meningkatkan peran masing-masing baik dari segi persepsi maupun kesiapannya serta dapat memberikan peningkatan dalam proses pembelajran baik dari segi kognitif, afektif dan psikomotorik sehingga diharapkan kemampuan mahasiswa dalam berkolaborasi dalam berbeda profesi tersebut dapat memberikan hal positif bagi pendidikan dan pelayanan kesehatan.

KESIMPULAN

King melihat adanya suatu proses interaksi yang terdiri dari personal system, interpersonal system dan social system agar mahasiswa dapat belajar berkolaborasi dan bekerjasama melalui pembelajaran dengan IPE dengan menggunakan metode tutorial, sehingga diharapkan kemampuan mahasiswa dalam berkolaborasi dalam berbeda profesi tersebut dapat memberikan hal positif bagi pendidikan dan pelayanan kesehatan. Hal terpenting dalam keberhasilan dalam permasalahan ini adalah memahami adanya suatu interaksi satu sama lain dalam mengambil keputusan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ucapkan terimakasih kepada teman-teman seperjuangan yang memberikan sebuah motivasi dan dukungan baik secara lisan maupun tertulis serta tidak lupa pula penulis berterimakasih kepada :

1. Ibu Dr. Titih Huriah, Ns, M. Kep., Sp. Kom selaku pembimbing dalam penyusunan laporan Modul I.
2. Teman-teman seperjuangan yang telah memberikan dukungan dan motivasinya dalam menyusun laporan Modul I.
3. Pihak-pihak lain yang tidak dapat sekiranya penulis sebutkan satu persatu didalam pembuatan tugas ini baik secara lisan maupun Doa.

REFERENSI

American College of Clinical Pharmacy (ACCP). (2009). **Interprofessional education: principle and application, a framework for clinical pharmacy.** *Pharmacotherapy*, 29 (3): 145-164

Bingham, O Clifton, et al. (2006). **Risedronate Decreases Biochemical Markers of Cartilage Degradation but Does Not Decrease Symptoms or Slow Radiographic Progression in Patients With Medial Compartment Osteoarthritis of the Knee: Results of the Two-Year Multinational Knee Osteoarthritis Structural Arthritis Study Clifto.** www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17075851 diunduh 20 mei 2011

Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). (2002). *Interprofessional education: A definition.* London: CAIPE

Community and Family Health Care Interprofessional Education (CFHC-IPE). (2014). **Buku Acuan Umum CFHC-IPE.** Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Effendi, N. &. (2008). **Pendidikan Dalam Keperawatan.** Jakarta: Salemba Medika.

Istadi, Yani. (2011, Januari-Juni). **Hubungan antara Dimensi Kepercayaan Tentang Hubungan di antara Anggota Kelompok dengan Keefektifan Kelompok Tutorial PBL.** *Jurnal Kedokteran*, III, 1-8.

Lee, R.(2009). *Interprofessional education: Principles and application.*

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

Pharmacotherapy, 29 (3): 145e-164e

Pioh, d. (2016, Januari-Juni). **Efektivitas Kelompok Diskusi Tutorial Problem Based Learning**. Jurnal e-Biomedik (eBm), 1-9.

Player, K. &. (2007). **Pivotal Moments In Nursing : Leaders Who Changes The Path Of a Profession** (Vol. II). United States of America: Sigma Theta Tau International.

Sari, T. N. (2015, April). **Praktek Kolaborasi Mahasiswa Kesehatan**. Retrieved September 29, 2017, from Ismafarsi.Org: <http://ismafarsi.org/praktek-kolaborasi-mahasiswa-kesehatan/#more-1698>

Tejaningrum, d. (2015). **Hubungan persepsi dan Kesiapan Mahasiswa Fakultas Kedokteran UGM Dalam Implementasi Pembelajaran Community and Family Health Care With Interprofessional Education**. Jurnal Keperawatan, 1-24.

Widiyastuti, P. S. (2002). **Safe Matherhood : Sepsis Puerperalis Materi Pendidikan Kebidanan**. Jakarta : EGC.

Yusuf, S. (2015). **Pengembangan Model Interprofesional Education**. Jurnal Keperawatan, 1-117.

ANALISIS PENERAPAN TEORI SISTER CALLISTA ROY (ADAPTATION MODEL) TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER DALAM PERAWATAN PALLIATIVE HOMECARE

Arif Rahman, Falasifah Ani Yuniarti

Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Arif1012rahman@gmail.com

Abstract: Nursing services an integral part in health care and cancer problems have many problems that occur from psychological, psychological and social problems so as to raise the health status and adaptation of patients to the quality of life undertaken in homecare palliative care services. In an effort to provide nursing care with a focus on adaptation model of the quality of life of the patient. The concept of human, health, and environmental nursing is interconnected with adaptation as its central concept, humans experiencing continuous stimuli in the end, humans responding to adaptive responses and ineffective responses. Theory Rely on Adaptation Models with regulators and cognators as a method of coping against physiological adaptive modes, self-concept, role function and interdependence to changes in internal factors as well as external factors in assessing adaptive and ineffective responses in cancer patients so as to assess quality of life in palliative homecare.

Keywords: Cancer, Quality of Life, Palliative Homecare, Roy’s Adaptation Model

PENDAHULUAN

Penyakit kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Pada tahun 2012, kanker menjadi penyebab kematian sekitar 8,2 juta orang. Berdasarkan Data **GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer (IARC)** diketahui bahwa pada tahun 2012 terdapat 14.067.894 kasus baru kanker dan 8.201.575 kematian akibat kanker di seluruh dunia. Penyebab terbesar kematian akibat kanker setiap tahunnya antara lain disebabkan oleh kanker paru, hati, perut, kolorektal, dan kanker payudara (Pusat Data dan Informasi kementerian RI, 2015).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013 didapatkan prevalensi penderita kanker pada penduduk semua umur di Indonesia sebesar 1,4%, dengan prevalensi kanker tertinggi berada pada Provinsi DI Yogyakarta, yaitu sebesar 4,1%. Tingginya prevalensi kanker di Indonesia perlu dicermati dengan tindakan pencegahan dan rehabilitas untuk menurunkan angka prevalensi dan serta meningkatkan kualitas hidup pasien kanker (Pusat Data dan Informasi kementerian RI, 2015). Masalah utama yang dihadapi pasien kanker masa direhabilitas yaitu bagaimana

keluarga, lingkungan dan tenaga medis mampu memberikan dan memenuhi kebutuhan perawatan pasien kanker dalam perawatan **Palliative homecare**, karena membutuhkan pendampingan untuk meningkatkan kemampuan dirinya walaupun dalam keterbatasan, sehingga kualitas hidupnya menjadi bermakna. Perawatan yang diberikan dapat dilakukan secara berkesinambungan, dengan perawatan **Palliative homecare** yang berkualitas, Oleh karena itu, salah satu tujuan dari rehabilitasi kanker adalah untuk meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan sehingga dapat mencapai tujuan dan kesejahteraan hidup pasien dan keluarga dengan perawatan **Palliative homecare** (Ulfah & Erika, 2017). Maka kondisi pasien dengan kanker dapat memberikan efek membaik pada fisiologis, psikologis maupun sosial dalam aktifitas dilingkungannya baik di rumah maupun dimasyarakat umum. Peran perawat paliatif homecare maupun keluarga sangat penting dalam kualitas hidup pasien kanker.

Model Roy berfokus pada konsep adaptasi manusia. Konsepnya mengenai keperawatan manusia, kesehatan, dan lingkungan saling berhubungan dengan adaptasi sebagai konsep sentralnya. Manusia mengalami stimulus lingkungan secara terus menerus pada akhirnya, manusia memberikan respon dan adaptasi pun terjadi respon ini dapat berupa respon adaptif maupun respon inefektif. Respon adaptif akan meningkatkan integritas dan membantu manusia dalam mencapai tujuan adaptasi, yaitu untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembangbiak, menguasai serta transformasi seseorang dan lingkungannya. Respon inefektif gagal meraih tujuan adaptasi tersebut atau mengancam pencapaian tujuan (Alligood, Martha Raile;, 2014)

Menurut (Alligood M. R., 2013) model adaptasi Roy bertujuan untuk menggali konsep diri dan identitas kelompok dalam integritas sosial. Level adaptasi Roy berubah secara konstan, berasal dari ucapan, kontekstual dan stimuli residual. Secara teori sistem, system adaptasi manusia merupakan pandangan interaksi merupakan aksi dari suatu unit untuk mencapai tujuan. Roy's model berfokus pada konsep adaptasi melalui perawat, sehat, manusia dan lingkungan. Respon adaptasi yang dihasilkan yaitu mencapai integritas dan menolong manusia untuk mampu beradaptasi, tumbuh, reproduksi dan transformasi lingkungan.

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistim yang dapat menyesuaikan diri (adaptive system). Sebagai sistim yang dapat menyesuaikan diri manusia dapat digambarkan secara holistik (bio, psicho, Sosial) sebagai satu kesatuan yang mempunyai Inputs (masukan), Control dan Feedback Processes dan Output (keluaran/hasil). Proses kontrol adalah Mekanisme Koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara penyesuaian diri. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistim yang dapat menyesuaikan diri dengan aktifitas kognator dan Regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara penyesuaian yaitu: Fungsi Fisiologis, Konsep diri, Fungsi peran, dan Interdependensi. (Alligood, Martha Raile;, 2014)

Dalam adaptasi Roy terdapat Empat mode adaptif dari dua subsistem dalam

mode Roy memberikan bentuk atau manifestasi dari aktifitas kognator dan regulator, respon ini terhadap stimulus dari aktivitas kognator dan regulator. Respon terhadap stimulus dilakukan melalui empat mode adaptif (fisiologis, konsep peran, fungsi peran, interdependensi).

Mode adaptif fisiologi fisik berhubungan dengan cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya melalui proses-proses fisiologis untuk memenuhi kebutuhan dasar akan oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, serta perlindungan. Mode adaptif konsep diri identitas kelompok berhubungan dengan kebutuhan untuk mengetahui siapa diri ini dan bagaimana bertindak dalam masyarakat. Konsep diri individu terdiri atas diri secara fisik (sensasi diri, ideal diri, dan moral-etik-spiritual diri). Mode adaptif fungsi peran digambarkan sebagai peran primer, sekunder dan tersier yang ditampilkan individu dalam masyarakat. Suatu peran merupakan harapan tentang bagaimana seseorang berperilaku terhadap orang lain. Mode adaptif interdependensi menggambarkan interaksi orang-orang dalam masyarakat, tugas utama mode adaptif interdependensi adalah sebagai seseorang untuk memberi dan menerima cinta, rasa hormat, dan nilai. Komponen yang paling penting dari mode interdependensi adaptif adalah orang terdekat dari individu tersebut (misalnya pasangan, anak, teman dan tuhan) serta pendukung sosial yang dimilikinya.

Manfaat dari empat mode adaptif ini adalah untuk mencapai integritas fisiologi, psikosial, dan sosial. Empat mode adaptasi ini saling berkaitan melalui persepsi. Roy & Andrews. 1999 dalam (Alligood, Martha Raile;, 2014)

Roy menggambarkan keperawatan sebagai disiplin ilmu dan praktek. Sebagai ilmu, keperawatan “mengobservasi, mengklasifikasi dan menghubungkan “ proses yang secara positif berpengaruh pada status kesehatan (1983) Sebagai disiplin praktek keperawatan menggunakan pendekatan pengetahuan secara ilmiah untuk menyediakan pelayanan pada orang-orang (1983) Lebih spesifik dia mendefinisikan keperawatan sebagai ilmu dan praktek dari peningkatan adaptasi untuk tujuan mempengaruhi kesehatan secara positif. Keperawatan meningkatkan adaptasi individu dan kelompok dalam situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Jadi model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih spesifik perkembangan ilmu keperawatan dan praktek keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan tersebut. (Alligood, M. R. 2013)

Tujuan keperawatan diraih ketika stimulus fokal berada didalam suatu area tingkatan adaptasi manusia, dan ketika stimulus fokal tersebut tidak ada dalam area, manusia dapat membuat suatu penyesuaian diri atau respon efektif Adaptasi tidak memerlukan energi dari upaya koping yang tidak efektif dan memungkinkan individu untuk merespon stimulus yang lain . Kondisi tersebut dapat mencapai peningkatan penyembuhan dan kesehatan. Jadi, peranan penting adaptasi sangat ditekankan pada konsep ini. Tomey, & Alligood, M. R. (2006).

Tujuan dari adaptasi adalah membantu perkembangan aktivitas keperawatan,

yang digunakan pada proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, dan evaluasi. Adaptasi model keperawatan ditetapkan “data apa yang dikumpulkan, bagaimana mengidentifikasi masalah dan tujuan utama, pendekatan apa yang dipakai dan bagaimana mengevaluasi efektifitas proses keperawatan. Unit unit analisis dari pengkajian keperawatan adalah interaksi manusia dengan lingkungan. Proses pengkajian termasuk dalam dua tingkat pengkajian. Alligood, M. R. (2013)

PEMBAHASAN

Model adaptasi Roy memberikan petunjuk untuk perawat dalam mengembangkan proses keperawatan. Elemen dalam proses keperawatan menurut Roy meliputi pengkajian tahap pertama dan kedua, diagnosa, tujuan, intervensi, dan evaluasi, langkah-langkah tersebut sama dengan proses keperawatan secara umum.

Pengkajian

Roy merekomendasikan pengkajian dibagi menjadi dua bagian, yaitu pengkajian tahap I dan pengkajian tahap II.

Pengkajian pertama meliputi pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai suatu system adaptif berhubungan dengan masing-masing mode adaptasi: fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan. Oleh karena itu pengkajian pertama diartikan sebagai pengkajian perilaku, yaitu pengkajian klien terhadap masing-masing mode adaptasi secara sistematis dan holistic misalnya kebiasaan pasien kanker. Pada tahap ini termasuk pengkajian stimuli yang signifikan terhadap perubahan perilaku seseorang yaitu stimuli focal, kontekstual dan residual, untuk mengetahui kualitas hidup pasien kanker apakah mengalami koping adaptif atau koping inefektif.

Identifikasi stimuli focal. Stimuli focal merupakan perubahan perilaku yang dapat diobservasi. Perawat dapat melakukan pengkajian dengan menggunakan pengkajian perilaku yaitu: Keterampilan melakukan observasi, melakukan pengukuran dan interview terhadap pasien kualitas koping adaptif atau inefektif pada pasien kanker sehingga dapat menilai kualitas hidup pada pasien. Identifikasi stimuli kontekstual Stimuli kontekstual ini berkontribusi terhadap penyebab terjadinya perilaku atau presipitasi oleh stimulus focal. Sebagai contoh mempunyai peran perilaku yang inefektif yaitu seperti yang terjadi pada pasien kanker mulai teridentifikasi stimulus yang terjadi seperti jarang makan, murung dan menyendiri susah diajak berbicara sama keluarga dan lain-lain.

Stimulus kontekstual yaitu focal stimulus yang dapat diidentifikasi adalah adanya fakta bahwa merasa terkucilkan dengan penyakit kanker yang dialami. Stimulus kontekstual yang dapat diidentifikasi adalah secara internal faktor menyendiri susah diajak berbicara sama keluarga murungnya dan faktor eksternalnya adalah malu dengan keadaan fisik ini menandakan bahwa pasien mengalami koping inefektif yang menandakan bahwa kualitas hidupnya buruk, Stimulasi kontekstual dapat diidentifikasi oleh perawat melalui observasi, pengukuran, interview dan validasi pada pasien secara langsung baik dari pasien maupun

keluarga terdekat yang tinggal serumah dengan pasien.

Perumusan diagnosa keperawatan

Roy mendefinisikan 3 metode untuk menyusun diagnosa keperawatan:

Menggunakan tipologi diagnosa yang dikembangkan oleh Roy dan berhubungan dengan 4 mode adaptif yaitu adaptif mode fisiologi fisik, konsep diri, mode fungsi peran, dan interdedensi. dalam mengaplikasikan diagnosa ini, diagnosa pada kasus kualitas hidup pasien kanker dalam perawatan paliatif homecare. Menggunakan diagnosa dengan pernyataan/mengobservasi dari perilaku yang tampak dan berpengaruh terhadap stimulusnya. Dengan menggunakan metode diagnosa ini maka diagnosanya adalah seperti Berorientasi pada kebutuhan dasar manusia, Menggambarkan respon individu terhadap proses, kondisi dan situasi sakit, berubah bila respon individu juga berubah. Menyimpulkan perilaku dari satu atau lebih adaptif mode berhubungan dengan stimulus yang sama, yaitu berhubungan Misalnya jika seorang penderita kanker merasa murung, menyendiri dan tidak mau makan seperti kebiasaan hariannya, diagnosa yang sesuai adalah “Orientasi : kebutuhan dasar manusia (KDM).

Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang terjadi pada kualitas hidup pasien kanker Intervensi keperawatan berdasarkan 4 mode adaptif yaitu: Adaptif mode fisiologi fisik seperti oksigen, nutrisi, eliminasi, aktifitas dan istirahat, dan perlindungan.

Adaptif mode konsep identitas diri seperti fisik diri termasuk didalamnya sensasi dan citra tubuh, dan personal diri, mencakup konsisten diri, idial diri atau harapan diri, dan moral-etik-spiritual. Adaptif mode fungsi peran, seperti peran diri dalam berinteraksi dengan kelompok maupun masyarakat umum. Adaptif mode interdependensi. Seperti berhubungan dengan orang terdekat misalnya suami, istri, anak, orang tua dll.

Pelaksanaannya juga ditujukan kepada kemampuan klien dalam coping secara luas, supaya stimulus secara keseluruhan dapat terjadi pada pasien kanker, sehingga total stimuli berkurang dan kemampuan adaptasi pada penderita kanker sehingga kualitas hidup penderita meningkat.

Implementasi

Implementasi keperawatan direncanakan dengan tujuan merubah atau memanipulasi fokal, kontekstual dan residual stimuli dan juga memperluas kemampuan coping seseorang pada zona adaptasi sehingga total stimuli berkurang dan kemampuan adaptasi meningkat.

Implementasi keperawatan berdasarkan 4 mode adaptif yaitu: Adaptif mode fisiologi fisik. Dengan mempertahankan kebutuhan fisiologis fisik tersebut pasien akan menjalani hidupnya dengan aman dan nyaman sehingga kualitas hidup pada

pasien akan membaik dan menjalani masa-masa hidupnya dengan berarti serta menerima keadanya yang dialami dalam mempertahankan integritas fisiologis.

Adaptif mode konsep identitas diri. Pasien kanker banyak masalah yang muncul biopsiko maupun spritual dengan masalah itu akan menjadi tantangan tersendiri pada pasien sehingga mengganggu identitas diri. Dengan memperbaiki identitas diri seperti memberikan edukasi tentang penyakit, dan masalah yang dapat muncul dengan dengan kondisi penyakit seperti sensasi tubuh, citra tubuh, konsisten diri harapan diri dan moral-spiritual-etik, dapat mempertahankan identitas yang ada dalam diri sehingga kualitas hidup meningkat, dan menerima keadaan yang dialami serta bisa mempertahankan integritas spikospritual..

Adaptif mode fungsi peran. Dengan memperbaiki peran diri, mengikut sertakan dalam kegiatan sosial masyarakat akan meningkatkan kepercayaan diri dalam kehidupan sosial begitupun pada pasien kanker apabila dilibatkan dalam kegiatan sosial akan tumbuh kepercayaan diri, hubungan dengan orang lain terjalin dengan baik maka kualitas hidup akan semakin meningkat walaupun dengan keterbatasan yang dimiliki dengan keadaan penyakit kanker yang diderita pada pasien serta bisa mempertahankan integritas sosial dalam masyarakat.

Adaptif mode interdependensi. Dengan mempertahankan intedependensi kepada orang terdekat akan menumbuhkan rasa cinta dan kasih sayang kepada orang-orang terdekat pasien, ini tidak terlepas dari tugas keluarga untuk memberikan perhatian kepada penderita kanker meskipun keadaan yang serba kurang akan memberi harapan yang baik, dengan demikian koping inefektif berkurang dan meningkatkan kepercayaan diri menjalani kehidupan yang baik serta kualitas untuk hidup akan bermakna dalam kehidupan sehari-hari.

Sebagaimana penelitian (Ika, 2014) Penggunaan model Adaptasi Roy pada kasus pasien kanker ovarium post operasi sitoreduktif Model Adaptasi Roy yang memandang manusia sebagai suatu sistem yang adaptif, sehingga mampu beradaptasi terhadap berbagai stimulus memberikan aplikasi bahwa seorang wanita yang menderita kanker ovarium pasti dapat beradaptasi dengan penyakitnya. Perawat memberikan asuhan keperawatan agar dapat membantu pencapaian adaptasi oleh klien. Pasien yang telah memiliki respon adaptif akan dapat melakukan peran dan fungsinya dengan baik, memiliki respon psikologis yang baik sehingga kualitas hidupnya dapat meningkat.

Evaluasi

Penilaian dari proses keperawatan yaitu berdasarkan dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Penetapan keberhasilan asuhan keperawatan berdasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu, yang menjadi tolak ukur kualitas hidup pasien berdasarkan empat mode adaptasi tersebut.

KESIMPULAN

Berdasarkan kajian teori dalam makalah ini bahwa Teori Sister Calista Roy berfokus pada Adaptation Model dengan regulator dan kognator sebagai metode coping terhadap adaptif mode fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi terhadap perubahan factor internal maupun factor eksternal dalam diri pasien. Pada Adaptation Model Teori Sister Calista Roy dapat mengkaji respon adaptif pada pasien kanker sehingga bisa menilai kualitas hidup dalam menjalani perawatan paliatif homecare. Kekurangan teori pada Adaptation Model Teori Sister Calista Roy Model adaptasi Roy ini hanya berfokus pada proses adaptasi pasien dan bagaimana pemecahan masalah pasien dengan menggunakan proses keperawatan dan tidak menjelaskan bagaimana sikap dan perilaku cara merawat (caring) pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyah, R. K. (2017, Februari 2017,). dukungan keluarga mempengaruhi kemampuan adaptasi (penerapan model adaptasi roy) pada pasien kanker di yayasan kanker indonesia cabang jawa timur . **Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol. 10, No. 1**, hal 96-105.
- Alligood, M. R. (2013). **Nursing Theory Utilization & Application**. Printed in the United States.
- Alligood, Martha Raile;. (2014). **Nursing Theorists and Their work, 8th edition**. Mosby: Elsevier.
- Ika, W. A. (2014). Penggunaan model Adaptasi Roy dan Teori Symptom Management Humphreys pada kasus pasien kanker ovarium post operasi sitoreduktif dengan kemoterapi. **Jurnal Keperawatan Maternitas, Volume 2**, 35-43.
- Irawan, E. (2013, september). Pengaruh Perawatan Paliatif Terhadap Pasien Kanker Stadium Akhir (Literature Review). **Jurnal Ilmu Keperawatan, Vol. I. No. 1**, 1-5.
- Pusat Data dan Informasi kementerian RI. (2015). Situasi Penyakit Kanker. **Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan**, 1-44.
- Tomey, & Alligood, M. R. (2006). **Nursing Theoriest, Utilization and Application**. Mosby: Elsevier.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). **Nursing Theorists and Their work. 6**. USA: Mosby inc.
- Tomey, M. A., & Alligood, R. M. (2010). **Nursing Theorists and Their Work. 7Ed**. Mosby: Elsevier.
- Ulfah , N. K., & Erika, L. (2017). Kualitas Hidup Pasien Stroke dalam Perawatan

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

Palliative Homecare. ***Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia***, Vol. 5 No. 1, 42-50.

Ulfiana , E., & Ddk. (2013, Oktober). Pengembangan Palliatif Care Health Nursing (PCHN) Untuk Meningkatkan Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Penderita Kanker Di Rumah. ***Jurnal Ners***, Vol. 8 No. 2 : 309-316, 1-8.

APLIKASI TEORI KATHARINE KOLCABA “KENYAMANAN” TERHADAP PERAWATAN LUKA

Nurul Ahdiah

PENDAHULUAN

Praktik keperawatan adalah pelayanan professional yang dilaksanakan berdasarkan berbagai ilmu pengetahuan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan obyektif pasien baik secara individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat. Untuk membantu para perawat memahami ilmu pengetahuan yang berkembang maka para ilmuwan keperawatan mulai merumuskan teori-teori keperawatan yang kemudian digunakan untuk praktek maupun pendidikan keperawatan. Teori-teori ini bertujuan untuk mendeskripsikan, memprediksikan, dan menjelaskan fenomena keperawatan. Teori keperawatan juga harus memberikan dasar praktik keperawatan, membantu menghasilkan pengetahuan lebih lanjut dan menunjukkan kearah mana perawatan harus dikembangkan di masa depan (Fitzpatrick & Whall, 2000).

Pada tahun 1980 hingga akhir 1990an merupakan periode berkembang utama dalam teori keperawatan. Hal ini ditandai dengan banyak munculnya paradigma keperawatan yang memberikan pandangan untuk praktik, administrasi, pendidikan, penelitian, dan pengembangan teori keperawatan. Salah satu paradigma yang muncul adalah 4 konsep utama yang menghasilkan suatu model keperawatan yaitu orang yang menerima asuhan keperawatan, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Teori-teori keperawatan yang ada saat ini semuanya dibangun atas 4 konsep tersebut, maka konsep keperawatan ini haruslah dipahami oleh profesi perawat.

Pencapaian ilmu pengetahuan pada era ini membuat pergeseran manfaat penggunaan teori keperawatan menjadi lebih aplikatif pada praktik klinis keperawatan. Teori keperawatan dapat menjadi kerangka berpikir dalam merencanakan tindakan keperawatan untuk pasien dan diwujudkan dalam pelayanan professional dan berkualitas. Era teori ini juga telah menjembatani antara penelitian dan praktik untuk pengembangan pengetahuan dalam disiplin keperawatan. Pemanfaatan model dan teori keperawatan dalam tindakan praktik keperawatan merupakan bukti kontribusi dalam semua bidang keperawatan. Persiapan untuk praktik dalam profesi keperawatan saat ini membutuhkan pengetahuan dan penggunaan karya teoritis dari disiplin keperawatan (Alligood, 2010).

Salah satu teori keperawatan yang dapat di jadikan acuan dalam praktik keperawatan adalah Teori Kenyamanan yang di rumuskan oleh Katharine Kolcaba. Katharine Kolcaba lahir dan besar di Cleveland, Ohio. Tahun 1965

Kolcaba menyelesaikan pendidikan diploma keperawatan dan dilanjutkan MSN dari Case Western Reserve University France Payne Bolton School of Nursing dengan spesialisasi Gerontik. Kolcaba kemudian bergabung dengan Fakultas Keperawatan University of Akron setelah menyelesaikan pendidikan magister keperawatan. Kolcaba juga memperoleh sertifikasi resmi dari **American Nurse Association** (ANA) sebagai perawat spesialis gerontik.

Kolcaba memulai penelitian mengenai kenyamanan di mulai dari pertanyaan dari salah satu peserta seminar yang bertanya ”Apakah Anda menganalisis konsep mengenai kenyamanan?”. Pertanyaan tersebut mendorong Kolcaba untuk meneliti konsep kenyamanan dengan di bantu oleh suaminya yang juga seorang filosof. Langkah pertama yang dilakukan adalah dengan menganalisa literature mengenai kenyamanan dari berbagai disiplin ilmu. Kolaborasi 2 suami istri kemudian menghasilkan beberapa publikasi diantaranya diagram aspek kenyamanan, kenyamanan sebagai dasar tujuan asuhan keperawatan, kontekstual kenyamanan dalam **middle-range theory**, dan penerapan teori kenyamanan dalam pemberian intervensi (March, 2011). Penelitian dari Herlina (2012) membuktikan bahwa dengan menjadikan Teori Kenyamanan Kolcaba sebagai dasar intervensi terbukti mampu meningkatkan kenyamanan pada anak yang sedang mengalami demam yang pada akhirnya meningkatkan keinginan mereka untuk menjalani perawatan.

4 konsep sentral dalam paradigma keperawatan yaitu manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan. Teori kenyamanan memandang keperawatan adalah pengkajian yang intens tentang kebutuhan kenyamanan, merancang tindakan kenyamanan untuk mengatasi kebutuhan, dan menilai kembali kenyamanan untuk dibandingkan dengan keadaan sebelumnya. Manusia adalah individu ataupun keluarga yang membutuhkan perawatan kesehatan. Lingkungan adalah bagian dari pasien ataupun keluarga yang dapat dimanipulasi untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Kesehatan adalah fungsi optimal dari pasien ataupun keluarga (Kolcaba, 2005).

Profesi keperawatan diharuskan untuk tetap mengembangkan pengetahuan teori dan kemampuan klinik yang di miliki untuk melayani dan membantu pasien mencapai derajat kesehatan yang optimal. Hal ini di karenakan seiring berjalannya waktu maka kebutuhan pasien dan kondisi kesehatannya juga semakin beragam dan kompleks, tidak terkecuali dengan perawatan luka atau **Wound Care**. Saat ini, diperkirakan lebih dari 400 juta orang dari seluruh dunia memiliki luka dengan berbagai etiologi dan salah satunya adalah luka kronis (Hesami & Adejumo, 2016).

Luka bisa didefinisikan sebagai kerusakan pada kontinuitas kulit (Scultz **et al**, 2003). Sebagai bagian tubuh yang paling luas, kerusakan pada kulit dan perubahan abnormal pada integritas kulit dapat menjadi permasalahan serius bagi kita. Luka dapat di kelompokkan menjadi dua, yaitu luka akut dan kronis. Luka akut biasanya dapat sembuh sesuai dengan jangka waktu yang diperkirakan

seperti luka operasi, luka bakar minor, laserasi, dan lain-lain. Luka kronik adalah luka yang memiliki karakteristik keterlambatan dalam penyembuhan dan infeksi parah yang dapat berlangsung lebih dari 6 bulan. Luka ulkus diabetes adalah salah satu contoh jenis luka yang sangat sulit untuk disembuhkan. Perawatan luka yang selama ini diberikan kepada pasien, terkadang tidak memperhatikan aspek kenyamanan pasien. Sehingga sering kali pasien menjadi apatis dan hilang keinginannya untuk melakukan perawatan luka kembali.

Tujuan dari penulisan makalah ini adalah untuk memahami model Teori Kenyamanan Kolcaba secara konseptual dan mengintegrasikan penerapannya dalam asuhan keperawatan perawatan luka yang profesional. Untuk lebih memahami penerapan dari Teori Kolcaba pada pasien perawatan luka maka penulis menyertakan scenario kasus perawatan luka yang didapatkan dari pengalaman penulis sendiri selama mengikuti program profesi Ners.

Kasus ini dipilih karena mampu menggambarkan dengan rinci permasalahan yang dialami oleh pasien perawatan luka terutama dari sisi kenyamanannya. Deskripsi scenario kasus di jelaskan di bawah ini sebagai berikut:

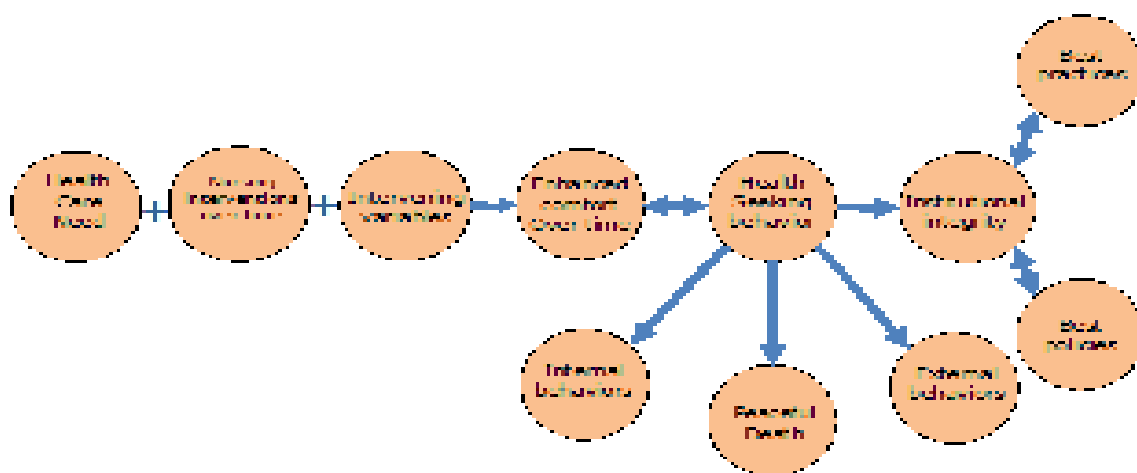
Ny. X berusia 55 tahun dengan TB 155cm, BB 65kg, IMT: 24,9kg/m². Masuk kerumah sakit X, dengan keluhan luka pada kaki kanan yang semakin parah 2 bulan SBRM. 1 tahun yang lalu kaki sering kesemutan kemudian 4 bulan SMRS terdapat luka lecet karena menggunakan sepatu baru. 2 hari SMRS demam hilang timbul. Untuk luka pasien telah dilakukan debridement sebanyak 3x. Terdapat luka ulkus dengan ukuran panjang 30 cm, lebar 10 cm, dalam 2 cm, dan terdapat banyak pus. Luka telah sampai pada lapisan subkutis yang meliputi fascia, otot, dan tendon. Kulit sekitar luka terdapat maserasi. Kemerahan, rapuh, dan kering, tidak ada eksim. Pasien mengaku tidak memeriksakan gula darah secara rutin sehingga bisa di simpulkan bahwa status gula darah pasien tidak terkontrol. Hasil pemeriksaan ABI menunjukkan hasil 0,69 untuk kaki kanan dan 1,34 untuk kaki kiri. Luka yang ada di kaki pasien juga mulai mengeluarkan bau yang menyengat yang disertai berkurangnya sensasi pada kaki. Pasien mengatakan dengan kondisinya seperti ini, pasien susah untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Kadang-kadang pasien tidak dapat beristirahat karena tidak bebas menggerakkan kakinya. Saat dilakukan perawatan luka pelaku mengaku merasa nyeri dan terkadang ingin muntah saat bau dari luka nya tercium. Nyeri yang dirasakan oleh pasien juga susah untuk dikontrol. Nyeri dirasakan skala 5 dan merata keseluruh kaki. Nyeri dirasakan terutama saat dilakukan **cleansing** dan **debridement** seperti tersengat. Pasien mengatakan tidak dapat menentukan intervensi yang tepat untuk menghilangkan nyeri yang dirasakan di kakinya. Beberapa hari terakhir keluarga pasien juga mengatakan bahwa luka di kaki pasien sering mengeluarkan cairan seperti nanah yang membuat balutan luka lebih cepat basah.

Untuk ibadah sehari-hari pasien mengaku melakukan dengan duduk atau tiduran

serta melakukan tayamum sebagai pengganti wudhu. Selama sakit, fungsi peran sebagai istri menjadi terganggu dan akhirnya digantikan oleh suaminya. **Support system** dalam keluarga yaitu suami dan anak-anak pasien. Pasien dan suami juga selalu ebrdikasi mengenai intervensi kesehatan yang bagaimana yang akan dipilih oleh pasien. Kerabat dan tetangga juga banyak yang menjenguk serta berharap pasien dapat segera sembuh. Rumah pasien terletak di pinggir jalan raya lintas propinsi dan berdekatan dengan tetangga sehingga terkadang suara-suara tetangga dapat terdengar sampai kerumah pasien. Pasien juga mengaku susah istirahat saat siang hari dikarenakan bising kendaraan bermotor yang melalui jalan raya di depan rumah pasien.

PEMBAHASAN

Kerangka Konsep Teori Kenyamanan



1. Kebutuhan Perawatan Kesehatan: kebutuhan kenyamanan yang berkembang dari situasi stress dalam asuhan kesehatan yang tidak dapat dicapai dengan sistem dukungan penerima secara umum yang dapat di identifikasi melalui observasi, reaksi verbal dan non verbal, dan intervensi. Dalam scenario kasus dalapat dilihat bahwa pasien membutuhkan perawatan luka untuk mengatasi luka ulkus di kaki kanannya. Selain itu terdapat data obyektif dengan hasil: ukuran luka 30x20x2cm dan terdapat banyak pus. Kedalaman luka telah mencapai otot serta kondisi kulit sekitar luka mengalami kemerahan.
2. Intervensi Untuk Rasa Nyaman : tindakan untuk mencapai kebutuhan kenyamanan yang diinginkan, dimana dalam scenario ini pasien mengaku tidak dapat melakukan apapun untuk mengatasi nyeri yang dirasakan.
3. Variabel yang Mengintervensi : interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima mengenai kenyamanan sepenuhnya. Variabel ini akan mempengaruhi perencanaan dan pencapaian intervensi asuhan keperawatan untuk pasien. Dalam scenario di jelaskan bahwa dalam menentukan tindakan kesehatan

pasien selalu berkomunikasi dengan suaminya sebagai kepala keluarga.

4. Rasa Nyaman : status yang diungkapkan atau dirasakan penerima terhadap intervensi kenyamanan yang di dapatkan yang bisa berupa 3 bentuk kenyamanan (**relief, ease, transcendence**) dalam 4 konteks kenyamanan. Status rasa nyaman yang dimiliki pasien akan dijelaskan lebih rinci dalam sub bab aplikasi teori kenyamanan Kolcaba pda pasien perawatan luka.
5. Perilaku Mencari Bantuan : menjabarkan tujuan hasil yang ingin dicapai tentang makna sehat, yakni sikap menerima berkonsultasi mengenai kesehatannya dengan perawat. Pada awalnya pasien dalam scenario ini jarang memperhatikan kondisi medisnya, namun setelah ada luka ulkus pasien akhirnya memilih berobat ke rumah sakit dan menjalani perawatan luka secara berkala.
6. Integritas Instiusional : Instiusional yang memiliki kualitas lengkap, utuh, etik, dan tulus akan memiliki integritas kelembagaan yang akan menciptakan dasar praktik dan kebijakan yang tepat. Dalam scenario ini integritas intiusional belum terkaji.
7. Praktik Terbaik : intervensi yang di berikan professional kesehatan sesuai dasar keilmuan dan praktik untuk mendapatkan hasil yang terbaik. Praktik terbaik yang didapatkan oleh pasien ini adalah perawatan luka professional.
8. Kebijakan Terbaik : dimulai dari adanya protocol prosedur dan medis yang mudah diakses dan diberikan.

TAKSONOMI KENYAMANAN

Kolcaba kemudian menggunakan beberapa teori keperawatan sebelumnya untuk merumuskan jenis kenyamanan kedalam 3 definisi, yaitu :

1. **Relief** (Orlando) yang berarti bahwa perawat meringankan kebutuhan yang diperlukan pasien
2. **Ease** (Henderson) yang mengartikan ada 13 fungsi dasar manusia yang harus dipertahankan selama pemberian asuhan.
3. **Transcendence** yang mendefinisikan bahwa perawat membantu pasien dalam mengatasi kesulitannya

Dari beberapa literature keperawatan Kolcaba juga merumuskan 4 konteks kenyamanan yaitu Fisiologis, Psikospiritual, Sosiokultural, dan Lingkungan.

1. Kenyamanan fisik berkaitan dengan sensai tubuh yang dirasakan oleh individu sendiri.
2. Kenyamanan Psikospiritual berkenaan dengan kesadaran internal diri, yang

meliputi konsep diri, harga diri, makna kehidupan, seksualitas, hingga hubungan yang sangat dekat dan lebih tinggi.

3. Kenyamanan Sosiokultural berkenaan dengan hubungan interpersonal. Keluarga, dan social atau masyarakat (keuangan, perawat kesehatan individu, kegiatan religious, serta tradisi keluarga)
4. Kenyamanan lingkungan berkenaan dengan lingkungan kondisi dan pengaruh dari luar kepada manusia seperti temperature, warna, suhu, pencahayaan, suara, dll.

	Relief	Ease	Transendensi
Fisik			
Psikospiritual			
Lingkungan			
Sosial			

Gambar : Struktur Taksonomi Kenyamanan

Setelah Kolcaba mengembangkan teorinya, Kolcaba kemudian melakukan pengujian apakah kenyamanan dapat diukur melalui penelitian pada disertasinya. Penelitian-penelitian yang dilakukan secara jelas memberikan hasil bahwa terdapat perbedaan tingkat kenyamanan yang signifikan antara kelompok intervensi dan pembandingan. Contoh intervensi yang dilakukan oleh Kolcaba adalah **Guided Imagery** untuk pasien psikiatrik, **Healing touch** dan dukungan untuk mengurangi stress pada mahasiswa, **Hand Massage** untuk pasien dengan lama perawatan, serta **Patient-Controlled heated gowns** untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan pada pasien preoperative. Instrumen yang digunakan untuk mengukur kenyamanan diadaptasi dari **General Comfort Questionnaire**.

Pengembangan teori kenyamanan selanjutnya berdasarkan hasil studi mengenai

4 teoritis mengenai kenyamanan holistic secara natural (Kolcaba & Steiner, 2000) :

1. Kenyamanan adalah kondisi spesifik
2. Kenyamanan adalah suatu hal yang sensitive berubah dari waktu ke waktu
3. Intervensi keperawatan secara holistic yang di aplikasikan secara konsisten mamapu efektif untuk meningkatkan kenyamanan dari waktu ke waktu
4. Kenyamanan sepenuhnya adalah hal yang lebih besar dari bagian-bagiannya.

APLIKASI TEORI KENYAMANAN PADA PASIEN DENGAN LUKA ULKUS DIABETIC

Pengkajian

Pengkajian ditujukan untuk menggali kebutuhan rasa nyaman klien pada 4 konteks yaitu fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan.

a. Fisik

- Nyeri dirasakan skala 5 dan merata keseluruh kaki. Nyeri dirasakan terutama saat dilakukan **cleansing** dan **debridement** seperti tersengat. Nyeri yang dirasakan oleh pasien juga susah untuk dikontrol.
- Pemeriksaan ABI menunjukkan hasil 0,69 untuk kaki kanan dan 1,34 untuk kaki kiri.
- Untuk luka pasien telah dilakukan debridement sebanyak 3x. Terdapat luka ulkus dengan ukuran panjang 30 cm, lebar 10 cm, dalam 2 cm, dan terdapat banyak pus. Luka telah sampai pada lapisan subkutis yang meliputi fascia, otot, dan tendon. Kulit sekitar luka terdapat maserasi. Kemerahan, rapuh, dan kering, tidak ada eksim.
- Beberapa hari terakhir keluarga pasien juga mengatakan bahwa luka di kaki pasien sering mengeluarkan cairan seperti nanah yang membuat balutan luka lebih cepat basah.
- gula darah pasien tidak terkontrol.
- Luka yang ada di kaki pasien juga mulai mengeluarkan bau yang menyengat yang disertai berkurangnya sensasi pada kaki.
- Saat dilakukan perawatan luka pasien mengaku merasa nyeri dan terkadang ingin muntah saat bau dari luka nya tercium

b. Psikospiritual

- Selama sakit, fungsi peran sebagai istri menjadi terganggu dan akhirnya digantikan oleh suaminya
- **Support system** dalam keluarga yaitu suami dan anak-anak pasien

- Kerabat dan tetangga juga banyak yang menjenguk serta berharap pasien dapat segera sembuh.

c. Lingkungan

- Rumah pasien terletak di pinggir jalan raya lintas propinsi dan berdekatan dengan tetangga sehingga terkadang suara-suara tetangga dapat terdengar sampai kerumah pasien.
- Pasien juga mengaku susah istirahat saat siang hari dikarenakan bising kendaraan bermotor yang melalui jalan raya di depan rumah pasien.

d. Psikososial

- Untuk ibadah sehari-hari pasien mengaku melakukan dengan duduk atau tiduran serta melakukan tayamum sebagai pengganti wudhu.
- Pasien mengatakan dengan kondisinya seperti ini, pasien susah untuk melakukan kegiatan sehari-hari
- Kadang-kadang pasien tidak dapat beristirahat karena tidak bebas menggerakkan kakinya dan kadang-kadang terasa nyeri saat digerakan.

KESIMPULAN

Teori kenyamanan berfokus pada apa yang dilakukan disiplin ilmu keperawatan untuk pasien. Seiring dengan perkembangan teori, definisi yang dihasilkan dari analisis untuk melingkupi aspek yang lebih luas dari pasien seperti aspek kultural maupun spiritual. Pengembangan **Short General Comfort Qestionmare** juga sangat penting untuk membuktikan bahwa konsep ini dapat diukur dan didokumentasikan, berhubungan dengan hasil yang diharapkan dari penerima pelayanan yaitu pasien. Contoh analisa kasus diatas dengan menggunakan Teori Kenyamanan juga membuktikan bahwa teori ini memiliki relevansi pad apraktik dan memudahkan dalam membimbing perawat untuk perencanaan dan mendesai asuhan keperawatan dalam latar apapun. Banyak perawat yang memilih Teori Kolcaba sebagai kerangka kerja dalam bidang perioperative, perawatan luka, perawatan hospice, perawatan jangka panjang, hingga **palliative**.

Beberapa instrument telah dikembangkan untuk mengukur pencapaian tingkat kenyamanan seperti **Short-General Comfort Questionnaire** yang sudah disusun oleh Kolcaba. Instrumen yang digunakan untuk evaluasi juga harus disesuaikan dengan kondisi pasien baik kondisi kesehatan maupun batasan umur pasien. Hasil evaluasi nantinya akan dibandingkan dengan tujuan keperawatan yang telah ditentukan diatas. Apabila tujuan masih belum tercapai, maka perawat boleh merencanakan kembali tujuan dan tindakan keperawatan apa yang akan diberikan untuk meningkatkan dan mempertahankan kenyamanan yang diinginkan pasien. Diharapkan kepada para professional kesehatan dapat

mengaplikasikan teori Kolcaba ini dalam setiap perawatan pasien yang di berikan agar aspek kenyamanan pasien tetap terpenuhi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. (2010). ***Nursing theory: The Basis for Professional Nursing Practice. In K.K Chitty(Ed.), Professional Nursing : Concept and Challenges.*** 4th edition., pp 271-298). Philadelphia: Saunders.
- Bulechek, G. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 6th Edition. Missouri: Elsevier Mosby
- Fitzpatrick,J.J & Whall, A.L. (1998) *Conceptual Models Of Nursing : Analysis and Application*, Normalk : Appleton & Lange.
- Ernawati. (2013). ***Penatalaksanaan Keperawatan Diabetes Melitus Terpadu.*** Jakarta: Mitra Wacana Medika
- Hesanmi, R, E & Adejumo, P, O. (2016). ***Issues in Contemporary Wound Management: Evaluation of Knowlede and Practices among Nurses in Two Municipalities in Osun State, Nigeria.*** Annals of Nursing and Practice,
- Kolcaba, K. (2005). ***A Holistic Perspective on Comfort Care as an Advance Directive. Crit Care Nursing***, 18 (4), 66-67
- Nanda International, Inc. (2014). *Nursing Diagnosis: Definitions and Clasification 2015-2017, 10th Edition.* West Sussex: Willey Backwell
- Moorhead, S. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes.* 5th Edition. Missouri: Elsevier Saunder
- Schultz, et. al. 2003. ***Extracellular Matrix: Review of Its Role in Acute and Chronic Wounds.*** World Wide Wounds.
- Sitzman. K,L., Eichelberger, L, W. (2011). ***Understanding The Work of Nurse Theorist: a Creative Beginning.*** Ed 2nd. Ontario: Jones and Bartlett Publisher

KEMAMPUAN KOMUNIKASI INTERPROFESI MAHASISWA PADA PELAKSANAAN TUTORIAL KLINIK INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE)

Muhammad Azis
Program Pascasarjana Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: Communication problem often triggers medication error. Interprofessional Education (IPE) as education process of two or more health professions to learn and work from each others can be solution in increase patient safety. The purpose of this paper is to know the ability of student interprofession communication on the implementation of Clinical Tutorial which is part of Interprofessional education (IPE).

PENDAHULUAN

The Bussiness Case for Medication Safety menyatakan sekitar 7000 orang/tahun dari seluruh dunia meninggal karena **medical error**. Berdasarkan data dari **World Health Organization** (WHO), 80% dari kesalahan dalam pelayanan kesehatan disebabkan oleh buruknya komunikasi dan pemahaman tentang kondisi pasien antara petugas medis. Kerjasama tim yang tidak baik akan berakibat pada terjadinya pelayanan tumpang tindih, konflik, serta **error** pada terapi pasien (**The Joint Comission**, 2015).

Masalah komunikasi memang sering menjadi pemicu tindakan medication error. Selain tidak terjalannya komunikasi yang baik, munculnya gap diantara profesi kesehatan juga menjadi masalah dalam komunikasi interprofesi kesehatan, beberapa profesi kesehatan seringkali ada yang merasa lebih superior dibanding yang lain. Padahal seharusnya, seluruh profesi kesehatan bisa menyatukan visi misi dan memiliki team work yang baik sehingga keselamatan pasien pun terjaga (Thistlethwaite, 2014).

Fenomena di Indonesia menunjukkan bahwa peran masing-masing profesi kesehatan di Indonesia belum maksimal. Perbedaan status, **stereotyping**, adanya perasaan superior inferior, serta banyaknya tindakan yang bersifat instruksi dari profesi lain masih mendominasi praktik kolaborasi (Legare, 2010). Dengan demikian dibutuhkan proses pendidikan professional lebih lanjut untuk mengembangkan kemampuan komunikasi dan kerja sama tim yang baik antara seluruh profesi medis. Metode yang dapat digunakan adalah melalui **Interpersonal Education** (Liaw, Siau, Zhou, dan Lau 2014).

Interprofessional Education (IPE) merupakan bagian integral dari pembelajaran

professional kesehatan yang terjadi ketika 2 profesi atau lebih belajar bersama, belajar dari profesi kesehatan lain, dan mempelajari peran masing-masing (CAIPE, 2012). Komponen yang harus ada untuk terwujudnya IPE adalah komunikasi yang baik ketika berkolaborasi antar profesi. (Mitchell *et al*, 2010). Kemampuan komunikasi merupakan bagian dari kompetensi keterampilan **Interprofessional Education** (IPE) (ACCP, 2009).

Praktik IPE di jenjang perguruan tinggi dianggap sebagai wadah untuk melatih kerjasama tim sejak dini diantara mahasiswa-mahasiswa kedokteran dan ilmu kesehatan (Mitchell *et al*, 2010). Fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta merupakan fakultas di perguruan tinggi juga merupakan wadah tersebut telah mengimplementasikan pembelajaran antar profesi kesehatan (IPE) pada bulan September 2013 setelah melalui proses trial sejak November 2012 sampai Juli 2013. Alur pembelajaran IPE dimulai dengan membagi mahasiswa dari 4 program studi (kedokteran umum, kedokteran gigi, keperawatan, farmasi) menjadi beberapa kelompok yang terdiri dari 10-15 orang. Kemudian setiap kelompok tersebut akan membentuk kolaborasi bersama dalam menyelesaikan kasus yang pada beberapa tahapan, yaitu tahap Kuliah pengantar, **Bed Site Teaching** (BST), Tutorial klinik, Presentasi kasus, Refleksi kasus dan Tes sumatif.

Tutorial klinis sebagai bagian dari tahapan IPE di UMY merupakan bimbingan pembelajaran dalam bentuk pemberian bimbingan, bantuan, petunjuk, arahan, dan motivasi agar pembelajaran mahasiswa dapat efisien dan efektif. Tutorial klinik yang diterapkan oleh TIM IPE FKIK UMY adalah tutorial dengan rancangan **Cased Based Learning** (CBL) dengan format **case analysis**.

Allah SWT berfirman dalam kitab suci Al Qur'an :

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ①

Artinya : “Dan tolong menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan bertakwalah kamu kepada Allah, Sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya, (Al Maidah (5): 2).

Dari ayat di atas, kita sebagai muslim juga diwajibkan untuk saling menolong mengerjakan kebaikan. Dalam hal ini tenaga kesehatan yang satu dengan yang lainnya harus saling bekerja sama dalam mengusahakan kesembuhan pasien. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan komunikasi yang baik antar bidang profesi.

Berdasarkan uraian di atas **Medication error** merupakan kesalahan dalam

pelayanan kesehatan salah satunya disebabkan oleh buruknya komunikasi. **Interprofessional Education** (IPE) yang merupakan bagian integral dari pembelajaran profesional kesehatan mengembangkan kemampuan komunikasi antara seluruh profesi medis, dimana komunikasi yang baik merupakan komponen yang harus ada untuk terwujudnya IPE. Maka dari itu penulis ingin melakukan observasi tentang kemampuan komunikasi interprofesi mahasiswa pada salah satu kegiatan IPE berupa tutorial klinik.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE)

Interprofessional Education (IPE) adalah salah satu cara pembelajaran profesional yang dilakukan dengan memberikan kesempatan bagi profesi kesehatan belajar dengan, dari, dan antar profesi kesehatan lainnya hingga menciptakan komunikasi efektif pada kolaborasi profesi kesehatan (Mendez, 2008). Tujuan dari penerapan IPE adalah mahasiswa dapat menjalin komunikasi yang seimbang sehingga menghasilkan kolaborasi interprofesional saat memasuki dunia kerja nanti. Sejak dini mahasiswa diwajibkan untuk mampu melakukan pembelajaran sesuai profesi kesehatan masing-masing dan menghindarinya adanya tumpang tindih antar profesi (CAIPE, 2017).

American College of Clinical Pharmacy (ACCP, 2009) membagi kompetensi untuk IPE menjadi 4 bagian, yaitu :

No	Kompetensi Utama IPE	Komponen Kompetensi
1	Pengetahuan	Strategi Asosiasi Penilaian Situasi Karakteristik anggota tim Pengetahuan tentang tugas tim
2	Keterampilan	Fleksibilitas/adaptasi Pemantauan kerja Memberi dukungan Kepemimpinan sebuah tim Pemecahan masalah Umpan balik Kemampuan komunikasi
3	Sikap	Orientasi tim Kebersamaan Saluing berbagi visi
4	Kemampuan bekerjasama dalam tim	Kekompakan tim Rasa saling memiliki Saling percaya Orientasi kebersamaan

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Interprofessional Education sudah menjadi bagian dari proses pembelajaran di FKIK UMY sejak bulan September 2013 dan telah melalui proses percobaan sejak bulan November 2012-Juli 2013. Alur pembelajaran IPE dimulai dengan membagi mahasiswa dari 4 program studi (kedokteran umum, kedokteran gigi, keperawatan, farmasi) menjadi beberapa kelompok yang terdiri dari 10-15 orang. Kemudian setiap kelompok tersebut akan membentuk kolaborasi bersama dalam menyelesaikan kasus yang di berikan sesuai dengan tahapan berikut:

1) Kuliah Pengantar

Perkuliahan ini diadakan di awal tahapan pembelajaran IPE yang dimaksudkan agar mahasiswa memiliki gambaran mengenai kegiatan yang akan dilakukan pada saat IPE.

2) **Bed Site Teaching** (BST)

Mahasiswa akan berinteraksi langsung dengan pasien dengan didampingi oleh dosen dari setiap prodi. Proses ini berlangsung dengan kisaran waktu 20-30 menit.

3) Tutorial Klinik

Tutorial adalah bimbingan pembelajaran dalam bentuk pemberian bimbingan, bantuan, petunjuk, arahan, dan motivasi agar pembelajaran mahasiswa dapat efisien dan efektif. Tutorial dilakukan sebanyak 2x pertemuan dengan didampingi 1 orang dosen yang bertugas sebagai tutor. Tugas seorang tutor adalah membantu atau mengikuti proses penyelesaian kasus pada tutorial klinik serta menghindari adanya kekeliruan pada saat tutorial klinik seperti pembahasan yang diluar kasus yang didapatkan. Pada tahapan tutorial klinik, ditentukan salah seorang mahasiswa yang akan bertugas menjadi serorang ketua dan 1 orang mahasiswa sebagai notulen.

Tutorial klinik yang diterapkan oleh TIM IPE FKIK UMY adalah tutorial dengan rancangan **Cased Based Learning** (CBL) dengan format **case analysis**. Format ini meliputi identifikasi kasus, **problem, hypothesis, mechanism, more info, don't know, learning issue**, dan **problem solving**. Menurut Kaddoura (2011) CBL adalah penggunaan pendekatan berbasis kasus yang melibatkan siswa dalam diskusi spesifik dan contoh nyata didunia. Prinsip CBL adalah **student-centered learning** dengan mengutamakan **problem-solving approach**. CBL dimulai dengan dosen akan menyiapkan kasus sesuai dengan tujuan pembelajaran yang harus dicapai. Kasus kemudian diberikan 1 minggu sebelum proses diskusi dilakukan. Diskusi akan dilakukan dalam kelompok kecil dengan dosen sebagai pengamat untuk memberikan koreksi/pengarahan agar tetap mencapai tujuan pembelajaran. Setiap peserta diwajibkan untuk membuat catatan ringkasan sesuai dengan kasus/materi yang akan dibahas.

4) Presentasi kasus

Kegiatan penyampaian kasus serta penanganan apa saja yang sudah dilakukan oleh mahasiswa IPE.

5) Refleksi kasus

Meliputi proses observasi, analisis, evaluasi dari pengalaman klinik dan dilakukan sebanyak 1x. Tahapannya ini dimulai dengan mendeskripsikan kasus klinik, untuk kemudian dievaluasi dengan menentukan penyelesaian dari kasus tersebut.

6) Tes Sumatif

Tes tulis yang diberikan kepada mahasiswa dalam program pembelajaran IPE dengan tujuan mengevaluasi proses pembelajaran IPE.

Komunikasi Interprofesi

Komunikasi interprofesi adalah suatu komunikasi yang dilakukan oleh dua atau lebih profesi yang berbeda guna meningkatkan kolaborasi dan kualitas pelayanan (Prabowo, 2017). Kemampuan komunikasi merupakan bagian dari kompetensi keterampilan **Interprofessional Education** (IPE) (ACCP, 2009). Kemampuan-kemampuan komunikasi interpersonal Mahasiswa yang dinilai pada saat berpartisipasi pelaksanaan Tutorial Klinik (Prabowo, 2017) :

- 1) Kemampuan menyampaikan pendapat
- 2) Kemampuan analisis (konsisten terhadap peran profesinya)
- 3) Kemampuan mengkomunikasikan argumentasi
- 4) Kemampuan penyelesaian perbedaan pendapat dengan profesi lain
- 5) Kemampuan Menghargai pendapat profesi lain dan keputusan bersama

KASUS

Pelaksanaan Tutorial :

Waktu : Rabu, 20 September 2017

Tempat : Ruang kuliah 2, RS. PKU Muhammadiyah Gamping

Peserta : 14 Peserta

- 9 Kedokteran Umum
- 2 Kedokteran Gigi
- 3 Farmasi

- 0 Keperawatan

Ketika seluruh peserta hadir, tutorial diawali dengan penetapan 1 (satu) mahasiswa sebagai ketua yang merangkap sebagai notulen. Selama ± 30 menit tutorial berjalan tanpa di dampingi tutor. Ketua tutorial memulai membaca kasus dan diikuti dengan data yang di dapatkan dari hasil pemeriksaan. Peserta lain kemudian menambahkan sesuai dengan bagiannya masing-masing. Mahasiswa dari prodi Kedokteran Gigi (KG) dan Farmasi terkesan pasif terbukti dari hasil observasi sepanjang tutorial hanya 1 orang yang mengemukakan pendapat walaupun sudah dipancing oleh ketua tutorial.

Setelah kedatangan tutor, tutorial berjalan lebih teratur dan sekertaris sudah di tunjuk. Beberapa peserta tutorial terlihat kurang persiapan yang berimbas kepada minimnya partisipasi saat tutorial berlangsung. Untuk menggantikan mahasiswa dari prodi Ilmu Keperawatan yang tidak ada, tutor menyarankan mahasiswa untuk menyertakan **Nursing Care Plan** sebagai salah satu **Learning Issue**.

PEMBAHASAN

Hasil observasi mengenai kemampuan komunikasi interprofesi mahasiswa profesi kesehatan di lihat dari lima komponen kemampuan komunikasi (Prabowo, 2017), yaitu :

a. Kemampuan menyampaikan pendapat

Berdasarkan hasil observasi, partisipasi mahasiswa saat tutorial belum merata. Hanya beberapa mahasiswa yang terlihat aktif dalam memberikan masukan ataupun berpendapat sehingga tutorial terkesan berat sebelah. Seharusnya saat tutorial mahasiswa mampu mengkomunikasikan ide mereka secara lisan dan tertulis.

b. Kemampuan analisis (konsisten terhadap peran profesinya)

Berdasarkan hasil observasi, Tutorial IPE yang sudah di jalankan menunjukkan bahwa beberapa mahasiswa sudah mampu mengemukakan intervensi untuk pasien yang sesuai dengan program studi mereka masing-masing.

c. Kemampuan mengkomunikasikan argumentasi

Berdasarkan hasil observasi, Setiap penjelasan tindakan/Intervensi dari mahasiswa masing-masing program studi selalu di sertai dengan alasan/argumentasi atau dasar yang jelas agar kemudian digunakan untuk mempertahankan pendapat.

d. Kemampuan penyelesaian perbedaan pendapat dengan profesi lain

Berdasarkan hasil observasi, selama kegiatan tutorial berlangsung tidak terjadi perbedaan pendapat antara peserta dari tiap program studi yang berbeda.

e. Kemampuan menghargai pendapat profesi lain dan keputusan bersama

Berdasarkan hasil observasi setiap mahasiswa yang berpartisipasi dalam tutorial tampak menghargai peserta tutorial lainnya dengan tidak menyela peserta lain saat sedang berbicara dan selama proses tutorial berlangsung mahasiswa selalu mengangkat tangan terlebih dahulu sebelum mengajukan pertanyaan atau berpendapat. Semua partisipan menyepakati dengan keputusan mereka bersama.

Berdasarkan hasil observasi kemampuan komunikasi mahasiswa selama pelaksanaan tutorial dilihat dari ke lima kemampuan komunikasi, penulis menilai bahwa kemampuan komunikasi partisipasi sudah cukup baik. Memang ada beberapa hal yang kurang terutama dalam hal kemampuan penyampaian pendapat. Hal ini bisa disebabkan karena kurangnya persiapan materi atau kurangnya keinginan dari mahasiswa untuk mengungkapkan pendapat. Atau juga mungkin dikarenakan beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan komunikasi interprofesi seperti kepribadian yang cenderung pendiam sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Feist & Feist (2010). bahwa pada saat berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain, individu dengan tipe kepribadian ekstrovert memiliki karakteristik utama yaitu mudah bergaul, impulsif, tetapi juga sifat gembira, aktif, cakap dan optimis serta sifat-sifat lain yang mengindikasikan penghargaan atas hubungan dengan orang lain. Sedangkan individu dengan kepribadian introvert adalah individu yang memiliki karakteristik yang berlawanan dengan tipe kepribadian ekstrovert, yaitu cenderung pendiam, pasif, tidak mudah bergaul, teliti, pesimis, tenang, dan terkontrol.

Selain itu ada juga faktor-faktor lain seperti motivasi yang belum cukup untuk meningkatkan kemampuan komunikasi interprofesi, kurang terbiasa untuk berkomunikasi dengan mahasiswa profesi lain, dan masih banyak lagi (Prabowo, 2017).

Dari hasil observasi juga penulis menemukan beberapa karakter komunikasi interprofesi kesehatan yang telah ada pada pelaksanaan tutorial IPE tersebut, diantaranya: mampu menghormati, membina hubungan komunikasi dengan prinsip kesetaraan, menjalin komunikasi dua arah, membahas kepentingan pasien bersama profesi lain, mampu menjaga etika, mampu membicarakan dengan profesi kesehatan yang lain mengenai proses pengobatan, mampu untuk berbagi informasi, saling membantu dan melengkapi tugas antar profesi kesehatan, Negosiasi dan berkolaborasi. Dimana karakter-karakter yang telah ada tersebut merupakan karakter dalam komunikasi interprofesi kesehatan yang ditemukan dalam serangkaian penelitian ilmiah bersama dengan profesi

dokter, perawat, apoteker dan gizi kesehatan dan telah mendapatkan validasi dari pakar komunikasi dari Indonesia maupun Eropa (Claramita, dkk., 2012).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kemampuan komunikasi mahasiswa selama pelaksanaan tutorial sudah cukup baik. Perlu diberikan materi tentang komunikasi interprofesi pada mahasiswa maupun mahasiswa profesi agar terjalin komunikasi antar profesi yang lebih baik kedepannya.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Clinical Pharmacy. (2009). ***Interprofessional Education: Principles and Application, a Framework for Clinical Pharmacy***. *Pharmacotherapy* 29 (3), 145-164. Diakses di <http://www.acpp.com/docs/positionwhitepapers/InterProEduc.pdf> pada tanggal 23 September 2017
- Claramita, M., Sedyowinarso, M., Huriyati, E., Wahyuningsih, M.S. (2012). Interprofessional Communication Guideline using principle of “Greet-Invite-Discuss”.
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) diakses di <http://www.caipe.gov.uk/definingipe> pada 22 September 2017
- Feist, J., & Feist, G. J. (2010). Teori kepribadian. Jakarta: Salemba humanika
- Kaddoura, M, A. (2011). ***Keterampilan Ber[ikir Kritis Siswa Keperawatan dalam Pengajaran Kuliah Berbasis Case Based Learning (CBL***
- Kementerian Agama Republik Indonesia. (2017). Al-Qur’an dan Terjemah. diakses di <http://devquran.majorbee.com/> pada tanggal 24 Oktober 2017
- Liaw, S.Y., Siau, C., Zhou, W., Lau. (2014). Interprofessional Simulation-Based Education Program: A Promising Approach for Changing Stereotypes and Improving Attitudes Towards Nurse-Physician Collaboration. *Applied Nursing Research*, 127, 258-260
- Mendez, P. (2008). The Potential Advantages and Disadvantages of Introducing Interprofessional Education Into The Healthcare Curricula in Spain. *Nurse Education Today* 28: 327-336. Diakses di: <http://www.elsevier.com/journal/nedt> pada 23 September 2017
- Mitchell, M., Grove, M., Mitchell, C., Batkin, J. (2010). Innovation in Learning An Interprofesional Approach to Improving in Communication. *Nurse Education Practice*, 10 379-384. Di akses dari <http://www.elsevier.com/nepr> pada 22 September 2017
- Prabowo, A, M. (2017). Kemampuan Komunikasi Interprofesi dengan nilai

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

tutorial mahasiswa profesi kesehatan FKIK UMY. Di akses dari <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/10702> pada 24 Oktober 2017

The Joint Comision on Accreditation of Healthcare Organizations. (2015). ***The Joint Comission Guide to Improving Staff Communication***. U.S: Joint Commission Resources.

Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context. Learning and the research agenda. ***Medical education***. 46(1), 58-70.

APPLICATION OF THE THEORY OF COMFORT IN NURSING IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Ady Irawan AM, Falasifah Ani Y

Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Kampus Pascasarjana,
Kampus Terpadu UMY Jl. Lingkar Selatan, Kasihan, Bantul Yogyakarta 55183
E-mail: ady.irawan.am@gmail.com

Abstract: WHO estimates the number of cancer deaths will increase by about 13.1 million deaths per year worldwide by 2030. This poses a complex problem for cancer patients, both in terms of physical function, cognitive function and social function (Murjic, Soldic, Vrljic, Samija, Kirac, Kolanca, et al., 2012). The aim of this paper is to understand about Kolcaba theoretical model and its application in the delivery of nursing care of cancer patients with chemotherapy. The theory of Comfort (**Comfort**) where Katharine Kolcaba has four central concept in nursing paradigm is human or clients, health, environment, and nursing. The application of Kolcaba's theory support the fulfilling of comfort needs in patients undergoing chemotherapy.

Keywords: Theory of Leisure (**Comfort**) Katharine Kolcaba, Cancer, Chemotherapy

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) (2013) mengemukakan bahwa kanker adalah pertumbuhan dan penyebaran sel yang tidak terkendali. Kanker menyumbang 7,6 juta kematian di seluruh dunia (**International Agency For Research on Cancer (IARC)**, (2012)). WHO memperkirakan angka kematian akibat kanker akan meningkat secara signifikan, sekitar 13,1 juta kematian per tahun pada tahun 2030. Jumlah tersebut 70% berada di negara berpenghasilan rendah dan menengah seperti Indonesia (WHO, 2013).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2003) menjelaskan prevalensi kanker di Indonesia mencapai 1,4 pada 1.000 orang. Permasalahan yang sering terjadi di Indonesia pada penyakit kanker, hampir 70% penderita penyakit ini ditemukan dalam keadaan stadium sudah lanjut yaitu stadium IIB-IV (YKI, 2013). Hal ini menimbulkan permasalahan yang kompleks bagi pasien kanker, baik dari segi fungsi fisik, fungsi kognitif dan fungsi sosial (Murjic, Soldic, Vrljic, Samija, Kirac, Kolanca, et al., 2012).

Masalah utama penderita kanker jangka panjang pada dukungan sosial-emosional,

perilaku kesehatan, pandangan spiritual atau filosofi hidup dan citra tubuh. Selain itu, penderita kanker juga berjuang untuk melawan masalah psikososial dan gejala fisik yang tidak nyaman seperti nyeri dan lipedema, dimana hal tersebut merupakan efek dari kemoterapi (Heydarmejad, Hassanpour & Solati, 2011).

National Cancer Institute (NCI) (2013) mengemukakan terapi pada pasien kanker terdiri dari terapi utama dan terapi pendamping tergantung faktor prognostik dan prediktif. Penentuan waktu terapi pada pasien kanker bergantung pada tingkatan stadium yang diderita (Murjic, Soldic, Vrljic, Samija, Kirac, Kolanca, et al., 2012). Waktu terapi bergantung pada respon pengecilan diameter sel kanker (Sun, Li, dan Ye, 2012). Hal ini membutuhkan waktu yang lama. Proses terapi yang berlangsung lama dan sangat berat pada pasien kanker membutuhkan sarana pendukung sosial untuk mendukung kepatuhan terapi (Koffman, Morgan, Edmonds, Speck & Higginson (2012).

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif. Keperawatan professional diterapkan dengan mengaplikasikan ilmu dan teori keperawatan dalam praktek, pendidikan dan riset keperawatan. Dalam memberikan asuhan diperlukan pengetahuan tentang perilaku dan kesehatan manusia sebagai individu yang unik dan holistik (Potter and Perry, 2005).

Kolcaba memandang bahwa kenyamanan holistik adalah kenyamanan yang menyeluruh meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan, dan psikososial. Tingkat kenyamanan terbagi menjadi tiga yaitu relief dimana pasien memerlukan kebutuhan kenyamanan yang spesifik, ease yaitu terbebas dari rasa ketidaknyamanan atau meningkatkan rasa nyaman, dan transcendence yaitu mampu mentoleransi atau dapat beradaptasi dengan ketidaknyamanan (Kolcaba & Dimarco, 2005; Tomey & Alligood, 2006). Studi kasus ini memberikan gambaran tentang aplikasi teori kenyamanan oleh Kolcaba pada proses asuhan keperawatan pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

TUJUAN

Tujuan penulisan adalah memahami tentang model teori Kolcaba dan penerapannya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien kanker dengan kemoterapi.

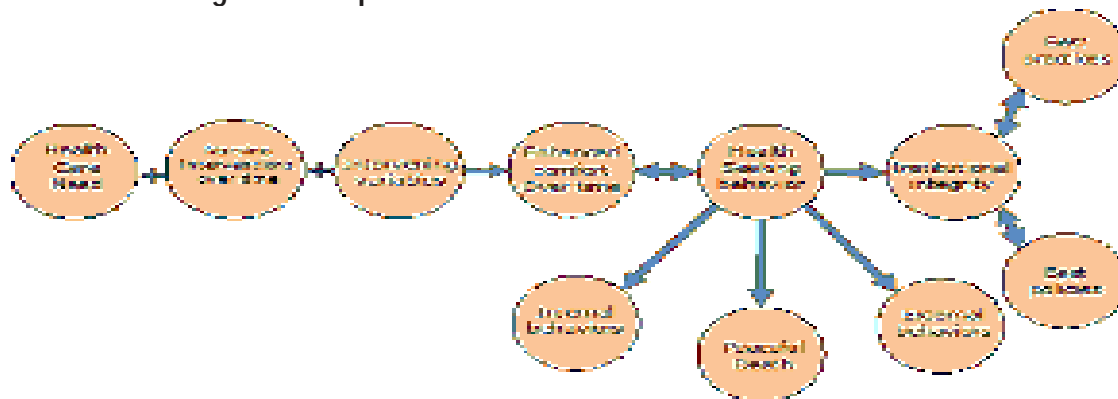
ANALISIS MODEL TEORI KATHARINE KOLCABA

“Have you done a concept analysis of comfort?” adalah sebuah pertanyaan dari salah satu audiens ketika Kolcaba mempresentasikan pemikirannya tentang perawatan pasien dimensia. Disinilah titik awal pemikiran Kolcaba tentang teori Comfort yang selama ini dikenal dalam keperawatan. Menurut Kolcaba, comfort mempunyai arti yang holistik dan kompleks. Kolcaba dalam teori comfort yang

dikembangkan menyebutkan holistic comfort merupakan bentuk kenyamanan yang meliputi tiga tipe comfort yaitu relief, ease dan transcendence yang digabungkan dalam empat konteks yaitu physical, psychospiritual, sociocultural dan environmental (Kolcaba & Dimarco, 2005). Beberapa pernyataan teoritis dari Teori Comfort ini antara lain:

1. Perawat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan yang tidak terlihat dari pasien, desain kenyamanan digunakan untuk mengukur kebutuhan dan untuk mencari peningkatan kenyamanan pasien dan hasil tersebut diharapkan segera.
2. Peningkatan kenyamanan langsung dan secara positif dihubungkan dengan penerapan perilaku mencari kesehatan (**health seeking behavior**), seperti hasil yang diinginkan sebelumnya **-by experience**.
3. Mengidentifikasi kapan seseorang mempunyai pendukung yang sesuai untuk dilibatkan secara penuh di dalam perilaku mencari kesehatan, seperti pemulihan dan atau program penyembuhan atau cara hidup, integritas suatu institusi pelayanan kesehatan sangat mendukung.

Berikut kerangka konsep dari Teori Comfort:



Teori **Comfort** dari Kolcaba ini menekankan pada beberapa konsep utama, antara lain:

1. **Health Care Needs**

Kolcaba (2003) mendefinisikan kebutuhan perawatan kesehatan (**health care needs**) sebagai suatu kebutuhan rasa nyaman sebagai output dari kondisi stres yang tidak dapat terpenuhi oleh sistem pendukung secara umum. Kebutuhan ini dapat bersifat fisik, psikospiritual, sosiokultural, atau lingkungan. Kesemuanya membutuhkan monitoring, laporan verbal maupun non verbal, serta kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologis, membutuhkan edukasi dan dukungan serta kebutuhan akan konseling financial dan intervensi.

2. **Comfort Interventions**

Intervensi untuk rasa nyaman (**comfort interventions**) adalah tindakan keperawatan dan rujukan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan

kenyamanan penerima, termasuk intervensi fisiologis, sosial, budaya, keuangan, psikologis, spiritual, lingkungan, dan fisik (Kolcaba, 2001).

Kolcaba menyatakan bahwa perawatan untuk kenyamanan memerlukan sekurangnya tiga tipe intervensi **comfort** yaitu :

a. Standart comfort intervention yaitu teknis pengukuran kenyamanan, merupakan **intervensi** yang dibuat untuk mempertahankan **homeostasis** dan mengontrol nyeri yang ada. Tehnis tindakan ini didesain untuk membantu mempertahankan atau mengembalikan fungsi fisik dan kenyamanan, serta mencegah komplikasi.

b. Coaching (mengajarkan) meliputi intervensi yang didesain untuk menurunkan kecemasan, memberikan informasi, harapan, mendengarkan dan membantu perencanaan pemulihan (**recovery**) dan integrasi secara realistis atau dalam menghadapi kematian dengan cara yang sesuai dengan budayanya. Agar **Coaching** ini efektif, perlu dijadwalkan untuk kesiapan pasien dalam menerima pengajaran baru.

c. Comfort food for the soul, meliputi intervensi yang menjadikan penguatan dalam sesuatu hal yang tidak dapat dirasakan. Terapi untuk kenyamanan psikologis meliputi pemijatan, adaptasi lingkungan yang meningkatkan kedamaian dan ketenangan, **guided imagery**, terapi musik, mengenang, dan lain lain. Saat ini perawat umumnya tidak memiliki waktu untuk memberikan **comfort food** untuk jiwa (kenyamanan jiwa/psikologis), akan tetapi tipe **intervensi comfort** tersebut difasilitasi oleh sebuah komitmen oleh institusi terhadap perawatan kenyamanan.

3. **Intervening variables**

Variabel yang mengintervensi (**intervening variables**) adalah interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima mengenai kenyamanan sepenuhnya. Hal ini mencakup pengalaman sebelumnya, usia, sikap, status emosional, latar belakang budaya, ekonomi, edukasi, dan keseluruhan elemen lainnya dari pengalaman penerima (Kolcaba, 2013). Variabel intervensi akan memberikan pengaruh kepada perencanaan dan pencapaian intervensi asuhan keperawatan untuk pasien.

4. **Comfort**

Comfort merupakan sebuah konsep yang mempunyai hubungan yang kuat dalam keperawatan. Rasa nyaman adalah status yang diungkapkan atau dirasakan penerima terhadap intervensi kenyamanan yang didapatkan. Hal ini merupakan pengalaman yang holistik dan memberikan kekuatan ketika seseorang membutuhkannya.

Beberapa tipe **Comfort** didefinisikan sebagai berikut:

a. Relief (kelegaian) merupakan arti kenyamanan dari hasil penelitian Orlando, yang mengemukakan bahwa perawat meringankan kebutuhan yang diperlukan oleh pasien.

b. Ease (ketentraman) merupakan arti kenyamanan dari hasil penelitian

Henderson yang mendiskripsikan ada 13 fungsi dasar manusia yang harus dipertahankan selama pemberian asuhan.

- c. **Transedence** dijabarkan dari penelitian Paterson dan Zderad yang menjelaskan bahwa perawat membantu pasien dalam mengatasi kesulitannya.

Kolcaba (2003) kemudian menderivasi beberapa hal diatas menjadi beberapa konteks sebagai berikut :

- a. Fisiologis, berkenaan dengan sensasi tubuh
- b. Psikospiritual, berkenaan dengan kesadaran internal diri, yang meliputi harga diri, konsep diri, sexualitas, makna kehidupan hingga hubungan terhadap kebutuhan lebih tinggi.
- c. Lingkungan, berkenaan dengan lingkungan, kondisi, pengaruh dari luar.
- d. Sosialkultural, berkenaan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan hubungan sosial

5. **Health Seeking Behaviours**

Perilaku mencari kesehatan (**health seeking behaviors**) merupakan kategori hasil yang luas yang terkait dengan pencarian kesehatan sebagaimana ditentukan oleh penerima saat berkonsultasi dengan perawat. Perilaku ini berasal ini internal seperti penyembuhan, fungsi imun, dll; dan eksternal seperti aktivitas terkait kesehatan.

6. **Institutional integrity**

Integritas institusi (**institutional integrity**) didefinisikan sebagai stabilitas financial, kualitas baik dan memiliki kode etik. Ketika suatu institusi menunjukkan hal tersebut maka akan menciptakan dasar praktik dan kebijakan yang tepat (Kolcaba, 2001).

7. **Best Practices**

Praktik terbaik (**best practice**) diartikan sebagai intervensi yang diberikan petugas kesehatan sesuai dasar keilmuan dan praktik untuk mendapatkan hasil yang terbaik untuk pasien dan keluarga (institusi).

8. **Best Policies**

Kebijakan terbaik (**best policies**) suatu institusi atau kebijakan regional dimulai dari adanya protokol, prosedur dan medis yang mudah untuk diakses, diperoleh dan diberikan.

PARADIGMA KEPERAWATAN MENURUT KATHARINE KOLCABA

Paradigma keperawatan melibatkan empat cakupan yaitu manusia, kesehatan, lingkungan/situasi dan keperawatan. Asumsi-asumsi utama Katharine Kolcaba:

- a. Keperawatan:

Keperawatan merupakan salah satu pengkajian kebutuhan kenyamanan yang intensif, intervensi yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan, dan evaluasi tingkat kenyamanan setelah implementasi diberikan kemudian dibandingkan dengan tujuan hasil yang diinginkan. Pengkajian dan evaluasi dapat berupa intuisi atau subjektif atau keduanya, seperti ketika perawat menanyakan apakah pasien merasa nyaman, atau secara obyektif, seperti observasi proses penyembuhan luka, perubahan nilai laboratorium, atau perubahan sikap atau perilaku. Pengkajian diperoleh melalui skala tingkatan verbal (kinik) atau kuesioner mengenai tingkat kenyamanan penelitian yang menggunakan instrumen dari studi kolcaba.

b. Manusia

Kolcaba mengatakan penerima asuhan keperawatan mungkin dapat berupa individu, keluarga, institusi atau komunitas yang membutuhkan asuhan keperawatan. Perawat dapat sebagai penerima. Intervensi terkait kenyamanan di lingkungan tempat bekerja ketika ada inisiatif untuk meningkatkan kondisi kerja adanya inisiatif untuk meningkatkan kondisi kerja dibawah tekanan.

c. Lingkungan.

Kolcaba menyatakan lingkungan adalah segala aspek pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat, rang yang dicintai, atau institusi untuk meningkatkan kenyamanan

e. Kesehatan.

Menurut Kolcaba, kesehatan adalah status fungsi optimal seorang pasien, keluarga, pemberi asuhan kesehatan, atau komunitas dalam konteks individu atau kelompok

APLIKASI TEORI COMFORT OLEH KATHERINE KOLCABA PADA PASIEN KANKER DENGAN KEMOTERAPI

1. Pengkajian kenyamanan

Langkah awal asuhan keperawatan menggunakan teori Comfort Kolcaba adalah pengkajian. Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data klien. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan pendekatan teori comfort yaitu memperhatikan aspek kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan.

a. Konteks fisik

Pengkajian fisik pada pasien mencakup sensasi tubuh dan mekanisme homeostasis terkait penyakit kanker dan efek kemoterapi. Beberapa contoh yaitu pengukuran tanda-tanda vital, kebutuhan nutrisi dan Kebutuhan cairan elektrolit, dll.

b. Konteks psikospiritual

Pengkajian psikospiritual pada pasien mencakup kesadaran diri (harga diri, seksualitas, arti hidup) dan hubungan manusia pada tatanan yang lebih tinggi. Contoh pengkajian yang dilakukan adalah pandangan hidup pasien terhadap kesembuhan paska kemoterapi.

c. Konteks sosiokultural

Pengkajian sosiokultural pada pasien meliputi keadaan sosial, kebudayaan serta nilai dan norma yang berkembang di sekitar tempat tinggal pasien. Contoh pengkajian pada konteks sosiokultural yaitu bagaimana dampak kanker dan kemoterapi terhadap pekerjaan pasien atau perannya dalam sosial.

d. Konteks lingkungan

Pengkajian lingkungan mencakup keadaan lingkungan di sekitar pasien. Kenyamanan lingkungan terdiri dari lampu, kebisingan, lingkungan sekeliling, cahaya, suhu, elemen tiruan versus alami.

2. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan bertujuan meningkatkan rasa nyaman. Intervensi kenyamanan memiliki tiga kategori:

- a. intervensi kenyamanan standar untuk mempertahankan homeostasis tubuh dan mengontrol efek dari kemoterapi;
- b. pelatihan/**coaching** untuk meredakan kecemasan, memberikan jaminan dan informasi, menanamkan harapan, mendengarkan, dan membantu merencanakan pemulihan paska kemoterapi;
- c. tindakan yang menenangkan bagi jiwa, hal-hal menyenangkan seperti **guided imagery, progressive muscle relaxation**, meditasi, terapi musik atau seni, pijatan dan sentuhan terapeutik.

3. Implementasi Keperawatan

Kebutuhan kenyamanan fisik termasuk defisit dalam mekanisme fisiologis yang terganggu atau berisiko karena proses penyakit, prosedur invasive dan kemoterapi. Kebutuhan cairan atau keseimbangan elektrolit, oksigenasi, atau termoregulasi juga perlu diperhatikan. Kebutuhan fisik yang jelas terlihat seperti sakit, mual, muntah, menggigil, atau gatal lebih mudah ditangani dengan maupun tanpa obat. Standar kenyamanan intervensi diarahkan untuk mendapatkan kembali atau mempertahankan homeostasis (Kolcaba, 2005). **Kebutuhan kenyamanan psikospiritual** meliputi kebutuhan untuk kepercayaan diri, motivasi, dan kepercayaan agar pasien lebih tenang ketika

menjalani terapi kanker atau kemoterapi yang bertahap. Kebutuhan ini sering dipenuhi dengan tindakan keperawatan yang menenangkan bagi jiwa klien serta ditargetkan untuk transendensi, seperti pijat, pengunjung khusus, sentuhan kepedulian, fasilitasi diri untuk strategi menghibur, dan kata-kata motivasi. Tindakan ini termasuk intervensi khusus karena perawat sering sulit meluangkan waktu untuk melaksanakannya tetapi apabila perawat menyempatkan diri maka tindakannya akan sangat bermakna bagi pasien dan atau keluarganya. Tindakan ini memfasilitasi anak dan keluarga mencapai **transendence**. Transendensi merupakan faktor kunci dalam kematian pasien yang damai (Kolcaba, 2005).

Kebutuhan kenyamanan sociocultural adalah kebutuhan untuk jaminan budaya, dukungan, bahasa tubuh yang positif, dan **caring**. Kebutuhan ini terpenuhi melalui pembinaan/ **coach**, yang mencakup sikap optimisme, pesan-pesan kesehatan dan dorongan semangat, penghargaan terhadap pencapaian klien, persahabatan perawat selama bertugas, perkembangan informasi yang tepat tentang setiap aspek yang berhubungan dengan prosedur, pemulihan kesadaran setelah anestesi, rencana pemulangan, dan rehabilitasi. Kebutuhan sosial juga termasuk kebutuhan keluarga untuk keuangan, bantuan pekerjaan, menghormati tradisi budaya, dan kadang-kadang untuk persahabatan selama rawat inap jika unit keluarga memiliki jaringan sosial yang terbatas. Rencana pemulangan juga membantu memenuhi kebutuhan sosial untuk transisi perpindahan perawatan dari rumah sakit ke rumah. Misalnya diskusi tentang rencana pemakaman dan membantu dengan berkabung dalam situasi khusus (Kolcaba, 2005).

Kebutuhan kenyamanan lingkungan meliputi ketertiban, ketenangan, perabotan yang nyaman, bau yang minimal, dan keamanan. Kebutuhan ini juga termasuk perhatian dan saran pada pasien untuk beradaptasi dengan lingkungan perawatan di rumah sakit. Ketika perawat tidak mampu untuk menyediakan lingkungan benar-benar tenang, perawat dapat membantu pasien dan keluarga untuk mampu menerima kekurangan dari pengaturan yang ideal. Namun, perawat harus melakukan upaya untuk mengurangi kebisingan, cahaya lampu, dan gangguan istirahat tidur dalam rangka memfasilitasi lingkungan yang meningkatkan kesehatan.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah implementasi. Beberapa instrumen telah dikembangkan untuk mengukur pencapaian tingkat kenyamanan. Perawat dapat menggunakan beberapa instrumen untuk menilai peningkatan kenyamanan klien seperti untuk mengevaluasi seperti **Behaviors Checklist**.

KESIMPULAN

Teori Katharine Kolcaba dapat ditarik kesimpulan memiliki Empat konsep

sentral dalam paradigma keperawatan adalah manusia atau klien, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan. Teori kenyamanan memandang keperawatan adalah pengkajian yang intens tentang kebutuhan kenyamanan, merancang, tindakan kenyamanan untuk mengatasi kebutuhan tersebut.

Aplikasi teori kenyamanan di area keperawatan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan mencakup kegiatan pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan sesuai masalah keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi. Pengkajian ditujukan untuk menggali kebutuhan rasa nyaman klien dan keluarga pada empat konteks pengalaman fisik, psikospiritual, sosialkultural dan lingkungan. Kenyamanan fisik terdiri dari sensasi tubuh dan mekanisme homeostasis. Kenyamanan psikospiritual mencakup kesadaran diri (harga diri, seksualitas, arti hidup) dan hubungan manusia pada tatanan yang lebih tinggi. Kenyamanan lingkungan terdiri dari lampu, bising, lingkungan sekeliling, cahaya, suhu, elemen tiruan versus alami. Untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan tersebut diperlukan kerjasama antara keluarga dan tenaga perawat .

Aplikasi teori **comfort** Kolcaba telah digunakan pada perawatan pasien luka kanker payudara yang menjalani radioterapi (Kolcaba & Fox 1999), pada perawatan anak di ruang rawat non bedah (Herlina, 2012), pada perawatan anak dengan demam di ruang infeksi anak RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (Wirastri, Nurhaeni & Syahreni, 2016), dan pada pasien dengan transplantasi jantung (Owen, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Abi, M., & Burhannudin, I. (2008). **Berita Ilmu Keperawatan**. ISSN 1979-2697, Vol . 1 No.3, 147-150
- Ann, Marriner. (2001). alih bahasa Ekawijaya: **Teori keperawatan para Ahli dan berbagai Pandangannya**.
- Achir Yani S.Hamid & Kusman Ibrahim, 2014. **PakarTeori Keperawatan dan Karya mereka**. ELSEIVER
- Alligood, Tomey. (2006). **Nursing Theorist and Their Work**, sixth edition. Toronto: The CV Mosby Company St. Louis
- Alligood, & Martha Raile. (2014). **Nursing theory and Their Wor** (8 ed.) **Utilization and application** . Elsevier Health Science Division
- Paul, M., & Philip, B. (2009). Caring **dan Komunikasi. Hubungan Interpesonal Keperawatan**. Buku Kedokteran. Jakarta. EGC.

- Potter & Perry. (2005). “ **Fundamental Keperawatan volume 1**”, Buku Kedokteran. EGC. Jakarta
- Ros, P., Endang ,C., dan Dwi ,S. (2012). **Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan**, Jilid 1, hlm. 1-132
- Sugiyono, & Samijo. (2014). **Pendidikan Beretika dan Berbudaya**. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan
- Herlina. **Aplikasi teori kenyamanan pada asuhan keperawatan anak**. IPI Portal Garuda
- Heydarnejad, MS.; Hassanpour, D.A. & Solati, D.K. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. **African health sciences**, **11**, 2: 266-270. Diakses dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158510/>
- Reni Ilmiasih dkk. **aplikasi teori comfort Kolcaba dalam mengatasi nyeri pada anak pasca pembedahan laparotomi di RSUPN dr Cipto Mangunkusumo Jakarta**. IPI Portal Garuda
- Sari, D.P. (2014). Gambaran dukungan keluarga pada pasien kanker yang menjalani terapi di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Thesis terpublikasi. Diakses dari: <http://thesis.umy.ac.id/datapublik/t34526.pdf>
- Herlina (2012). Aplikasi teori kenyamanan pada asuhan keperawatan anak. Diakses dari:

http://library.upnvj.ac.id/pdf/artikel/Majalah_Ilmiyah%20UPN/bwvol23-no4-jun2012/191-197.pdf
- Wirasti, Nurhaeni, Syahreni (2016). Aplikasi teori comfort kolcaba dalam asuhan keperawatan pada anak dengan demam di ruang infeksi anak RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo diakses dari: http://lib.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak/id_abstrak-20405369.pdf
- Owen, M.I. (2016). An investigation of palliative care in heart transplant candidates utilizing Kolcaba’s Theory of Comfort. ProQuest Dissertations Publishing. Diakses dari: <https://search.proquest.com/openview/5e4e50b5ff53048376641d640432a7b4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

SISTER CALISTA ROY DALAM KASUS PENOLAKAN SEKOLAH (*SCHOOL REFUSAL*) PADA ANAK PRASEKOLAH

Elfiza Fitriami¹, Nur Chayati²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
elfizafitriamy26@gmail.com

²Dosen Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
n_cha_klt@yahoo.com

Abstract: Adaptation theory developed by Sister Calista Roy is known as the first nursing model in 1964. According to Roy, adaptation refers to a process and outcome where human thinking and feeling, as individuals and groups, use consciousness and choice to create integration between humans and the environment. In the case of many cases of school refusal in preschoolers entering the school world for the first time. School refusal is an emotional problem that manifests the child's unwillingness to attend school by showing a physical symptom, caused by the anxiety of separating from the nearest person, due to a negative experience at school or having problems in the family. The aim of this research is analysis of application of nursing Callista Roy theory with school refusal case in child. This reserach is case analysis using Sister Calista Roy's theory. From the analysis of Sister Calista Roy's theory that influenced the school refusal case was the anxiety of separating from the nearest person.

Keywords: School Refusal, Sister Calista Roy Theory.

KASUS

Masa sekolah bagi sebagian anak merupakan salah satu masa yang menyenangkan dan paling dinantikan oleh anak, dimana anak dapat bermain dengan teman, belajar, dan bersosialisasi dengan lingkungan yang baru. Anak juga akan berpikir saat anak berada di sekolah anak akan merasa nyaman, dapat berinteraksi dengan teman-teman dan menganggap guru sebagai pengganti orangtua saat anak berada di sekolah. Hal-hal menyenangkan yang diterima anak saat sekolah dapat mengurangi ketakutan dan kecemasan anak sehingga masa sekolah dapat dinilai oleh anak sebagai masa yang menyenangkan. Tidak semua anak merasa bahwa masa sekolah merupakan masa yang menyenangkan, pada saat anak mendapatkan pengalaman negatif saat anak berada di sekolah. Seperti saat anak mendapatkan ejekan dari teman-temannya yang menyebabkan anak menjadi menangis, takut bahkan tidak mau berada di sekolah lebih lama lagi (Soetjaningsih & Ranuh, 2013). Berbagai kasus penolakan sekolah banyak dilaporkan terjadi bukan hanya di Indonesia. Angka prevalensi secara internasional adalah 2,4% (Setzer & Salzhauer, 2006). Adapun peneliti mengemukakan angka pervalensi sebesar 1,3% pada anak remaja berusia 14 - 16 tahun dan 4,1% - 4,7% pada anak

berusia 7 - 14 tahun (Setzer & Salzhauer, 2006).

Hasil penelitian Rini (2006) di tiga sekolah yang berada di Surakarta, anak-anak yang ingin memasuki usia sekolah lebih banyak mengalami **substantial school refusal behavior** (sikap penolakan sekolah yang berlangsung selama minimal 2 minggu) yang berkisar sekitar 65%. (anak perempuan 40% dan anak laki-laki 25%). Anak yang mengalami **Acute school refusal behavior** (sikap penolakan sekolah yang berlangsung 2 minggu hingga 1 tahun, dan selama itu anak mengalami masalah setiap kali hendak berangkat sekolah) berkisar sekitar 35% (anak perempuan 17,5% dan anak laki-laki 17,5%). **School refusal behavior** adalah perilaku penolakan.

PENDAHULUAN

Teori adaptasi dikembangkan oleh Sister Calista Roy yang dikenal dengan model keperawatan pertama kali tahun 1964. Menurut Roy, adaptasi mengacu pada suatu proses dan luaran dimana manusia yang berpikir dan merasa, sebagai individu maupun kelompok, menggunakan kesadaran dan pilihan untuk menciptakan keterpaduan antara manusia dan lingkungan (Roy 1999, dalam Alligood, 2017).

Tujuan dari aplikasi model konseptual keperawatan komunitas, menurut Roy adalah untuk mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku malaadaptif. Upaya pelayanan keperawatan yang dapat dilakukan antara lain meningkatkan kesehatan dengan cara mempertahankan perilaku adaptif serta memberikan Intervensi keperawatan yang ditujukan untuk menekan stressor dan meningkatkan mekanisme adaptasi (Mubarak, Chayatin, 2009).

Kunci utama dari model adaptasi Roy adalah sebagai berikut:

Input: Tingkat adaptasi menggambarkan kondisi dari proses kehidupan pada tiga tingkat yaitu tingkat terpadu, terkompensasi, dan dipromosikan, terdiri dari beberapa stimulus:

- Stimulus fokal, stimulus internal atau eksternal bagi sistem manusia yang muncul dengan tiba - tiba (Roy & Andrew, 1999).
- Stimulus kontekstual, merupakan faktor lingkungan yang muncul bagi seseorang dari dalam atau dari suatu yang bukan pusat perhatian atau energi tersebut (Roy & Andrew, 1999).
- Stimulus residual, merupakan faktor lingkungan dari dalam ataupun bukan dari dalam sistem manusia yang memiliki dampak tak jelas pada situasi saat ini (Roy & Andrew, 1999).

Proses kontrol: Proses kontrol adalah cara - cara, baik yang bersifat intrinstik atau didapat diluar, untuk berinteraksi dengan lingkungan yang berubah, proses

kontrol terdiri dari:

- Mekanisme koping, mekanisme koping terbagi dua yaitu: mekanisme koping intrinstik yaitu mekanisme koping yang didapat secara genetik atau secara umum bagi spesies, dan dipandang sebagai proses otomatis. Mekanisme koping yang di dapat, yaitu dikembangkan melalui strategi - strategi tertentu misalnya belajar (Roy & Andrew, 1999).
- Regulator, merupakan proses koping utama melibatkan system syaraf, kimiawi, dan hormonal (Roy & Andrew, 1999).
- Kognator, adalah proses koping utama yang melibatkan saluran kognitif - emosi: proses persepsi dan informal, belajar, menilai, dan emosi (Roy & Andrew, 1999).

Efektor: Efektor merupakan reaksi terhadap rangsangan adaptasi, Sistem adaptasi memiliki 4 efektor, yaitu:

- Fungsi fisiologis/biologis, system adaptasi ini antara lain kebutuhan oksigen, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indra, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, dan fungsi endokrin.
- Konsep diri, merupakan bagaimana individu mengenal pola - pola interaksi sosial saat berhubungan dengan orang lain.
- Fungsi peran, merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran individu dalam mengenal pola - pola interaksi sosial saat berhubungan dengan orang lain.
- Interdependen, merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola kasih sayang dan cinta yang terjadi melalui hubungan secara interpersonal, baik individu maupun kelompok.

Output:

- Respon adaptif, adalah respon yang meningkatkan integritas dalam mencapai tujuan manusia (Roy & Andrew, 1999).
- Respon inefektif, adalah respon yang tidak urut meningkatkan integritas dalam mencapai tujuan manusia (Roy & Andrew, 1999).

School refusal adalah masalah emosional yang dimanifestasikan dengan ketidakinginan anak untuk menghadiri sekolah dengan menunjukkan simptom fisik, yang disebabkan karena kecemasan berpisah dari orang terdekat, karena pengalaman negatif di sekolah atau karena punya masalah dalam keluarga. Seorang anak dikatakan mengalami **school refusal** jika anak tersebut tidak mau pergi ke sekolah atau mengalami distres yang berat berkaitan dengan

kehadiran di sekolah. Anak yang mengalami **school refusal** merasa tidak nyaman karena perasaan cemas terhadap sesuatu yang berkaitan dengan sekolah sehingga mereka dapat kehilangan kemampuan untuk menguasai tugas-tugas perkembangan pada berbagai tahap pada masa perkembangan mereka (Manurung, 2012).

Penyebab **school refusal** cukup bervariasi, diantaranya adalah kecemasan berpisah dari orang yang paling dekat dengannya. Kecemasan berpisah sering kali merupakan penyebab utama **school refusal**. Salah satu studi oleh Last dan Strauss (dalam Davison, John & Ann, 2006) menemukan bahwa 75% anak-anak yang menolak untuk sekolah disebabkan oleh kecemasan berpisah dari ibu atau orang yang terdekat dengannya. **School refusal** juga dapat terjadi karena pengalaman negatif di sekolah, seperti mendapat cemoohan, ejekan atau pun diganggu teman-temannya atau anak merasa malu karena tidak cantik, gendut, kurus, hitam atau takut gagal dan mendapat nilai buruk (Davison, John & Ann, 2006)

METODE

Metode yang digunakan adalah metode analisis kasus dengan menggunakan teori Sister Callista Roy, dengan mengambil kasus penolakan sekolah (**school refusal**).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan banyaknya kasus penolakan sekolah (**school refusal**) pada anak menurut teori Sister Callista Roy tentang adaptasi, maka dapat diuraikan sebagai berikut:

Input:

Tingkat adaptasi dari analisis kasus **school refusal** terdiri dari beberapa stimulus:

- Stimulus fokal: menurut analisis kasus **school refusal**, penyebab utama masalah adaptasi pada anak adalah kecemasan berpisah dengan orang terdekat.
- Stimulus kontekstual: dari hasil analisis, stimulus kontekstual pada kasus **school refusal** adalah terjadinya pengalaman negative disekolah seperti mendapat cemoohan, ejekan, ataupun diganggu teman - temannya atau anak merasa malu karena tidak cantik, gendut, kurus, hitam atau gagal mendapat nilai buruk.
- Stimulus residual, factor lain pada kasus **school refusal** ini adalah terjadinya permasalahan keluarga, seperti sakitnya keluarga, adanya pertengkaran antara orang tua.

Proses kontrol:

Proses control untuk kasus **school refusal** di bagi menjadi beberapa bagian yaitu:

- Mekanisme koping intrinstik: menurut analisis yang terjadi dengan mekanisme koping intrinstik pada kasus **school refusal** adalah biasanya anak terlihat murung ketika waktu sekolah tiba, tidak bersemangat, atau malah mengeluh sakit ketika waktu pergi sekolah tiba.
- Mekanisme koping yang di dapat dari analisis kasus **school refusal** anak bisa belajar beradaptasi dengan lingkungan barunya.
- Regulator: berdasarkan analisis kasus **school refusal** untuk proses control regulator dapat dicontohkan dengan anak merasa tidak nyaman karena perasaan cemas pada saat di sekolah.
- Kognator: menurut analisis kasus proses koping utama yang melibatkan perubahan emosi pada anak, contohnya anak masih menangis pada saat ditinggal oleh orang tuanya disekolah.

Efektor:

System adaptasi dengan kasus anak yang menolak sekolah dibagi menjadi 4 efektor, yaitu:

- Fungsi fisiologis/biologis: dari hasil analisis kasus **school refusal** dengan anak menolak makan sebelum berangkat ke sekolah, masih mengompol disekolah.
- Konsep diri: menurut analisis konsep diri pada kasus **school refusal** anak dapat bermain dengan teman - temannya, belajar, dan bersosialisasi dengan lingkungan baru.
- Fungsi peran: menurut analisis kasus disini anak bisa mampu mengembangkan kemampuan yang dimiliki, mengenal teman - teman baru.
- Interdependen: berdasarkan analisis kasus **school refusal** anak bisa berinteraksi sosial dengan teman - temannya baik itu individu ataupun kelompok secara mandiri.

Output

Output untuk kasus **school refusal** di bagi menjadi dua respon, yaitu:

- Respon adaptif: dari analisis kasus **school refusal** anak mampu beradaptasi dengan lingkungan, teman serta guru selama satu minggu disekolah.
- Respon inefektif, menurut analisis dari kasus respon inefektif apabila anak tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan, teman serta guru lebih dari satu minggu disekolah.

KESIMPULAN

Berdasarkan dari analisis penerapan teori adaptasi Sister Callista Roy dalam kasus **school refusal** pada anak prasekolah dapat di ambil beberapa kesimpulan, yaitu:

1. Dari input stimulus yang paling berpengaruh adalah stimulus fokal hal ini disebabkan oleh adanya kecemasan berpisah dengan orang terdekat.
2. Pada proses kontrol terdapat beberapa mekanisme koping, yaitu mekanisme koping intrinstik yang ditunjukkan biasanya anak terlihat murung ketika waktu sekolah tiba, tidak bersemangat, atau malah mengeluh sakit ketika waktu pergi sekolah tiba. Mekanisme koping yang di dapat ditunjukkan dengan anak bisa belajar beradaptasi dengan lingkungan barunya
3. Efektor yang paling berperan pada kasus school refusal adalah efektor Konsep diri, ditunjukkan anak dapat bermain dengan teman - temannya, belajar, dan bersosialisasi dengan lingkungan baru..
4. Pada output respon adaptasi yang berpengaruh adalah respon adaptif yang mana anak mampu beradaptasi dengan lingkungan, teman serta guru selama satu minggu disekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Achroni, K. (2012). **Ternyata Selalu Mengalah Itu Tidak Baik, 35 Masalah Perilaku Anak**. . Jakarta: Pt Buku Kita.
- Adiyanti. (2006). **Menyiapkan Hari Pertama Sekolah**. Yogyakarta: Kanisius.
- Alligood, M. (2013). **Nursing Theorists And Their Work**. Elsevier Health Science.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2004). **Integrated Knowledge Development In Nursing**. St. Louis: Mosby.
- Christensen, P., & Kenney, J. (2009). **Proses Keperawatan:Aplikasi Model Konseptual (Yuyun Yuningsih, Yasmin Asih, Penerjemah)**. Jakarta : Egc.
- Davison, G. C., & Al, E. (2006). **Psikologi Abnormal** (Ke-9 Ed.). Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Fawcett, J. (2005). **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis And Conceptual Models Of Nursing** (2 Ed.). Philadelphia: Fa Davis.
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2007). **When Children Refuse School;A Cognitive Behavioral Therapy Approach**, (2nd Ed.). New York: Oxford University Press.
- Mahendratto, P. (2007). **Cara Orang Tua Mengatasi Anak Mogok Sekolah**. Jakarta: P.T Grasindo.

- Manurung, N. (2012). School Refusal Pada Anak Sekolah Dasar. **Jurnal Psikologi**, 1-10.
- Mcewen, M., & Wills, E. M. (2011). **Theoretical Basis For Nursing**. Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, I. A. (2006). **Theoretical Nursing: Development And Progress** (4 Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). **Fundamental Of Nursing** (7 Ed., Vol. 1). Singapore: Elsevier.
- Rini, J. F. (2006). School Refusal. **Jurnal Psikologi** .
- Setyorini, P. (2006). **Ayo Kita Mengenal Sekolah**. Bandung: Publishing House Mizan.
- Setzer, N., & Salzhauer, A. (2010). Understanding School Refusal. 1-4.
- Soetjaningsih, & Ranuh, G. (2013). **Tumbuh Kembang Anak** (2 Ed.). Jakarta: Egic.

ANALISIS PENERAPAN TEORI “FLORENCE NIGHTINGALE ” DALAM

KASUS KEJADIAN TB PARU PADA MASYARAKAT NELAYAN DAN INDUSTRI PENGASAPAN IKAN

Erviana¹, Nur Chayati²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Erviana.evvi@yahoo.com

²Dosen Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
n_cha_klt@yahoo.co

Abstract: Nightingale Theory focuses on the environment, but Nightingale uses the term surroundings (environment) in his writing. His theoretical work on five important components of environmental health (pure air, pure water, efficient drainage, cleanliness, and light) remains relevant today like 150 years. In the problems that can be reviewed by looking at the situation and conditions that exist around the area Somba Kec. Sendana Kab. Majene Province of West Sulawesi, where geographical location is located on the edge of the beach, so that the main source of income of local residents is from expecting sea products. The result of sea (fish) obtained is processed by fumigation. From the environment it is illustrated that there is an increase in cases of pulmonary TB incidence. **Objective:** To find out that the apakah live in a smoke-filled environment affects the incidence of pulmonary TB. This was a case analysis study using Florence Nightingale theory. From the analysis of Nightingale's theory that influenced the increase of pulmonary tuberculosis is the reduced availability of pure air, poor environmental hygiene and lighting.

Keywords: Smoke, Tuberculosis, Nightingale Theory

KASUS

Dalam permasalahan yang dapat di kaji dengan melihat situasi dan kondisi yang ada disekitar wilayah Somba Kec. Sendana Kab. Majene Provinsi Sulawesi Barat, dimana letak geografis yang berada di pinggiran pantai, sehingga sumber pendapatan utama warga setempat yaitu dari mengharap hasil laut. Setiap harinya penduduk di wilayah tersebut beraktivitas sesuai dengan mata pencaharian mereka. Bapak / suami pergi melaut untuk mencari ikan, ketika suami datang membawa hasil tangkapannya para istri bersiap-siap untuk mengolah ikan-ikan tersebut atau pemasok-pemasok ikan akan datang mengambilnya. Yang menarik disini adalah cara pengolahan ikannya dimana dari kebiasaan orang-orang di wilayah tersebut mengolah ikannya dengan cara mengasapi sebelum dibawa kepasar untuk di jual. Proses pengasapan ikannya itu dengan menggunakan kayu bakar, kayu bakar yang digunakan jumlahnya banyak untuk menghasilkan asap yang mencukupi. Biasanya hasil ikan yang baik

akan diperoleh dari bagaimana pengolahan pengasapannya, semakin banyak asap yang terbentuk maka hasil ikannya akan baik pula. Karena peningkatan konsumen akan ikan yang diasapi semakin meningkat maka banyak warga yang berbondong-bondong untuk membuka pengolahan ikan dengan cara diasapi tanpa meninjau lokasi yang tepat untuk proses pengasapan ikan, hal itu terlihat dari banyak warga yang melakukan proses pengasapan ikannya di halaman depan rumah mereka atau di tengah-tengah perkampungan. Hal ini tentunya akan berdampak pada kesehatan warga setempat dimana saya mengamati bahwa satu tahun belakangan ini banyak warga setempat yang positif menderita penyakit TB paru, yang tergambar dari banyaknya warga yang berkunjung ke pelayanan kesehatan dengan kasus TB paru.

PENDAHULUAN

Teori Nightingale berfokus pada lingkungan, namun Nightingale menggunakan istilah **surroundings** (lingkungan) dalam tulisannya. Dia mendefinisikan dan menjelaskan konsep ventilasi, kehangatan, cahaya, diet, kebersihan, dan kebisingan. Dia percaya bahwa lingkungan yang sehat diperlukan untuk perawatan yang tepat dan pemulihan/pemeliharaan kesehatan. Karya teoritisnya pada lima komponen penting dari kesehatan lingkungan (udara murni, air murni, drainase yang efisien, kebersihan, dan cahaya) tetap relevan pada hari ini seperti 150 tahun (Allgood, 2017).

Tuberkulosis paru (TB paru) merupakan salah satu penyakit infeksi yang menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di dunia bahkan pada tahun 2003 WHO mencanangkan TB sebagai **global emergency**. Berdasarkan Global Tuberculosis Kontrol tahun 2011 (data 2010) angka prevalensi semua tipe TB adalah sebesar 289 per 100.000 penduduk atau sekitar 690.000 kasus. Insidensi kasus baru TBC dengan BTA positif sebesar 189 per 100.000 penduduk atau sekitar 450.000 kasus. Kematian akibat TB di luar HIV sebesar 27 per 100.000 penduduk atau 182 orang per hari (WHO, 2011). Menurut laporan WHO tahun 2013, Indonesia menempati urutan ke tiga jumlah kasus tuberkulosis setelah India dan Cina dengan jumlah sebesar 700 ribu kasus. Angka kematian masih sama dengan tahun 2011 sebesar 27 per 100.000 penduduk, tetapi angka insidennya turun menjadi 185 per 100.000 penduduk di tahun 2012 (WHO, 2013).

Berdasarkan salah satu penelitian yang dilakukan oleh Jalaluddin Sayuti (Dinas kesehatan, Kabupaten Lombok Timur, 2012) dengan judul penelitian Analisis spasial kasus TB Paru di kabupaten Lombok Timur, dengan hasil penelitian mengemukakan bahwa faktor resiko terkuat yang mempengaruhi angka kejadian penyakit TB Paru adalah asap dari penggunaan bahan bakar kayu untuk memasak dengan OR=4,176. Selain itu sebuah penelitian yang telah dilakukan di Ciampea menghitung risiko untuk terkena TBC 5,2 kali pada penghuni yang memiliki ventilasi buruk dibanding penduduk berventilasi memenuhi syarat kesehatan. Pencahayaan rumah yang tidak memenuhi syarat berisiko 2,5 kali terkena TBC dibanding penghuni yang memenuhi persyaratan, semua cahaya pada dasarnya

dapat mematikan, namun tentu tergantung jenis dan lama cahaya tersebut (Erwin et al, 2012)

METODE

Metode yang digunakan adalah metode analisis kasus dengan menggunakan teori Florence Nightingale.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan analisis teori keperawatan Florence Nightingale dari teori lingkungan dimana Florence Nightingale menekankan pada lima komponen penting dari kesehatan lingkungan yaitu:

- Udara murni

Yang dimaksud udara murni pada teori Nightingale adalah udara yang dihirup saat bernafas semurni udara luar tanpa mendinginkannya. Dari analisis saya bahwa udara yang dimaksud disini adalah udara yang bebas dari polusi apapun. Berdasarkan dari kasus yang saya paparkan ketersediaan udara murni yang dimaksudkan pada teori Nightingale tidak tersedia atau berkurang, hal ini diakibatkan oleh adanya asap dari pengasapan ikan yang dihasilkan dari kayu bakar. Asap yang dihasilkan dari kayu bakar bercampur dengan udara bersih lingkungan sekitar dan mempengaruhi lingkungan sekitar sehingga ketika bernafas udara yang dihirup oleh warga setempat bukanlah udara murni seperti apa yang dimaksudkan oleh teori Florence Nightingale. Hal tersebut bisa mempengaruhi ketidakseimbangan kesehatan masyarakat setempat dikarenakan zat-zat yang terkandung dalam asap biomassa antara lain partikel, karbon monoksida, oksida nitrat, sulfur oksida, formaldehyde dan benzopyrene. Zat ini dapat menyebabkan iritasi bronkial, peradangan, peningkatan reaktifitas, mengurangi respon makrofag dan menurunkan imunitas sehingga rentan terhadap infeksi bakteri dan virus (Jalaluddin, 2012).

- Air bersih

Dalam kasus yang di temukan bahwasanya air bersih tidak berpengaruh pada kejadian peningkatan terjadinya TB paru pada komunitas tersebut, air bersih yang digunakan untuk keperluan memasak dan sebagainya diperoleh dari air PAM. Air yang digunakan tergolong dalam jenis air jernih yang tidak berbau dan tidak berasa. Sebagian besar warga dari komunitas tersebut jika dilihat dari penyediaan air bersih cukup memadai. Hal ini juga disebabkan karena sumber penularan TB adalah penderita tuberkulosis BTA positif, pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak) (Erwin et al, 2012).

- Drainase yang efisien

Pada komunitas tersebut pembuangan limbah sudah cukup memenuhi standar kesehatan lingkungan tersebut sebab pembuangan limbahnya kebanyakan warga setempat menggali lubang dibawah kolom rumahnya dan keadaan pembuangan-pembuangan limbahnya ditutup dengan menggunakan papan. Meskipun daerah komunitas tersebut dekat dengan pantai, sebagian besar warga setempat melakukan buang air besar pada jamban pribadi. Kebiasaan mereka yang dulu dilakukan dimana mereka terbiasa buang air besar di pinggir pantai sudah sejak lama ditinggalkan. Hal ini dipengaruhi oleh pemikiran warga setempat yang sudah sadar akan pentingnya merubah kebiasaan buang air besar di ruang terbuka, hal ini juga disebabkan karena semakin modernnya pemikiran warga yang merasa malu jika buang air besar di pantai. Ini berarti bahwa drainase tidak cukup signifikan untuk mempengaruhi kejadian penyakit TB paru.

- Kebersihan

Dalam hal kebersihan dari tempat yang saya gambarkan sepertinya kurang. Hal ini tergambar dari banyaknya sampah yang berada disekitar pantai. Masih banyak warga yang membuang sampah ke pantai, bahkan mungkin pantai sudah menjadi tempat sampah akhir pada masyarakat tersebut. Kuman penyakit tuberculosis dapat menularkan kepada orang sekitar melalui percikan batuk yang berbentuk dorman, kuman tuberculosis dapat hidup pada semua umur, dan kuman tersebut dapat tinggal didalam paru manusia bertahun-tahun, dan juga dapat masuk kedalam organ lain didalam tubuh, adanya imunitas tubuh akan membantu kekebalan tubuh dalam melawan kuman penyakit tuberculosis. Penularan penyakit bergantung dengan daya tahan tubuh manusia, beberapa masalah adalah karena hidup lama serumah dengan penderita pada lingkungan yang padat dan kotor (Merryani et al, 2007). Dari tempat yang saya gambarkan tentunya sudah sangat jelas ketika warga memiliki kebiasaan meludah sembarangan pada lingkungan yang banyak sampah maka perkembangan bakteri akan semakin pesat sehingga akan memperparah kejadian TB paru pada masyarakat tersebut.

- Cahaya

Dari konsep cahaya Nightingale yaitu cahaya memiliki cukup efek nyata dan jelas bagi tubuh manusia, efek cahaya yang memurnikan, terutama dari sinar matahari langsung, pada udara ruangan. Dari kasus yang dipaparkan bahwa tentunya konsep ini akan menjadi dilema, dilemanya yaitu kita tahu bahwa cahaya yang langsung dari matahari itu baik untuk kesehatan misalnya saja dari konsep Nightingale kita harus membiarkan cahaya masuk kedalam rumah dengan cara membuka jendela setiap hari, akan tetapi disini kasusnya berbeda jika para warga membuka jendela maka cahaya akan masuk, akan tetapi pastinya udara yang bercampur dengan asap pembakaran kayu bakar akan masuk kedalam rumah pula, hal ini tentunya akan berdampak pada kesehatan akibat udara yang dihirup didalam rumah adalah udara yang mengandung asap, itulah sebabnya kebanyakan warga setempat kurang

membuka jendelanya dan tidak membiarkan cahaya masuk karena anggapan mereka jika ruangan dibiarkan terbuka maka asap dari pengasapan ikan akan masuk kedalam rumah.

Hal ini tentunya akan berpengaruh pada peningkatan kejadian TB paru, sebab basil tuberculosis dapat bertahan selama beberapa minggu dalam sputum kering dan mempunyai resisten tinggi terhadap antiseptik, tetapi dengan cepat menjadi inaktif oleh cahaya matahari, sinar ultraviolet atau suhu lebih tinggi dari 60°C (Miller, 1982). Menurut Prasetyowati, I dan Chatarina (2009) sinar matahari dapat membunuh bakteri penyakit, virus dan jamur, hal ini sangat berguna untuk perawatan penyakit TBC, keracunan darah, asma saluran pernapasan, hingga pembinasakan beberapa virus penyebar kuman mampu dibinasakan oleh sinar ultraviolet ini. Menurut sebuah penelitian yang telah dilakukan di Ciampea menghitung risiko untuk terkena TBC 5,2 kali pada penghuni yang memiliki ventilasi buruk dibanding penduduk berventilasi memenuhi syarat kesehatan. Pencahayaan rumah yang tidak memenuhi syarat berisiko 2,5 kali terkena TBC dibanding penghuni yang memenuhi persyaratan, semua cahaya pada dasarnya dapat mematikan, namun tentu tergantung jenis dan lama cahaya tersebut (Erwin et al, 2012). Jadi dari kebiasaan warga setempat untuk tidak membuka jendela setiap hari dapat berpengaruh pada peningkatan penyakit TB paru.

KESIMPULAN

Dari kasus yang dipaparkan berdasarkan analisis dengan teori Florence Nightingale bahwasanya peningkatan kejadian TB paru dengan lingkungan pengasapan ikan dipengaruhi oleh beberapa hal seperti kurangnya udara murni disebabkan karena asap pembakaran kayu bakar bercampur dengan udara murni disekitar wilayah tersebut, kebersihan lingkungan warga setempat yang kotor dengan kebiasaan meludah disembarang tempat, dan dari kebiasaan warga setempat yang tidak membuka jendela setiap hari sehingga tidak memungkinkan adanya pencahayaan yang baik.

REFERENSI

- Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theoris and their work* (7 ed.). (S. L. Mosby Elsevier, Penyunt.)
- Budiono, S. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Fahreza, E. U., Waluyo, H., & Novitasari A (2012). Hubungan antara Kualitas Fisik Rumah dan Kejadian Tuberkulosis Paru dengan Basil Tahan Asam Positif di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 1(1).

- Girsang, M., Tobing, K., & Rafrizal, R. (2011). Faktor Penyebab Kejadian Tuberkulosis serta Hubungannya dengan Lingkungan Tempat Tinggal di Provinsi Jawa Tengah (Analsis Lanjut Riskesdas 2007). *Buletin Penelitian Kesehatan*, 39 (1 Mar), 34 - 41.
- Kozier, E. B. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik* (7 ed., Vol. 1). Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. (2009). *Fundamental Keperawatan* (7 ed.). (D. S, Penyunt.) Jakarta.
- Sayuti, J. (2016). Asap Sebagai Salah Satu Faktor Risiko Kejadian TB Paru BTA Positif-Analisis Spesial Kasus TB Paru di Kabupaten Lombok Timur. In seminar Nasional Informatika Medis (SNIMed).

FOR CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS’

¹Endrat Kartiko Utomo, Fitri Arofiati²

¹ Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

² Dosen Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Email : Endratkartiko@gmail.com

Abstract: Nursing is a professional services form an integral part of health care based on nursing science and troubleshooting, servicing shaped bio-psycho-socio-spiritual comprehensive. Nola J. Pender nursing theory on “Health Promotion Model” explains that health behaviors are the result of actions to obtain optimal health outcomes. Pender incorporates the concept of human, environmental, health and nursing. This model incorporates two theories, namely the theory of expected value and social cognitive theory, HPM main proposition divides into three main categories: individual characteristics and experience, specific behaviors and affect cognition, and behavioral outcomes. A phenomenon that occurs with chronic renal failure patients is hemodialysis therapy. Current events in health care to improve the adequacy hemodialysis usually with improving QB (Quick Blood), ultrafiltration and the addition of hemodialysis long time, but there are risks such as nausea, dizziness and muscle cramps. Exercise intradialytic is a well-structured, structured movement that can help optimize hemodialysis therapy.

Key word: *health promotion model, chronic renal failure*

PENDAHULUAN

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif. Keperawatan profesional diterapkan dengan mengaplikasikan ilmu dan teori keperawatan dalam praktek, pendidikan dan riset keperawatan. Ilmu keperawatan dalam memenuhi tuntutan dan tekanan masyarakat harus dikembangkan berdasarkan pemahaman pada konsep dan teori keperawatan. Pengembangan berdasarkan teori ini dimaksudkan agar dalam pengaplikasiannya tidak menyimpang dari model atau konsep keperawatan yang sudah ada. Seperti teori yang akan dibahas, yaitu teori keperawatan Nola J. Pender tentang “**Health Promotion Model**” (HPM) yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan merupakan hasil tindakan yang ditujukan untuk mendapatkan hasil kesehatan yang optimal (Alligood, 2014). Teori ini merupakan sebuah model konseptual yang darinya teori-teori *middle-range* dapat dikembangkan.

Model ini menggabungkan 2 teori yaitu teori nilai harapan dan teori kognitif sosial yang konsisten dengan semua teori yang memandang pentingnya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit adalah suatu yang hal logis dan ekonomis (Alligood, 2014). Di seluruh dunia lebih 50 juta orang terkena gagal ginjal, lebih 1 juta orang melakukan terapi pengganti ginjal seperti transplantasi ginjal dan dialisis. Dari survey PERNEFRI (Perkumpulan Nefrologi Indonesia), (2015) pada tahun 2012 terdapat 16.040 pasien gagal ginjal, meningkat pada tahun 2015 menjadi 51.604 pasien. Provinsi DIY terdapat 1.293 orang mengalami tindakan HD rutin dan 34 menjalani HD akut setiap bulan. Fenomena yang terjadi di pelayanan adalah pasien yang menjalani cuci darah tetapi hasil yang didapatkan kurang baik, banyak faktor yang mengakibatkan ketidakefektifan terapi ini, misalnya faktor diet pasien yakni pasien kesulitan jika harus mengatur dan komitmen tentang asupan makanan.

Armezya et al., (2014) dalam penelitiannya bahwa terdapat 38% pasien mengalami tindakan hemodialysis tidak adekuat. Hal serupa dikemukakan oleh Tri Catur, (2014) bahwa pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisis selama 3 bulan tidak mengalami perubahan hasil adekuasi yang signifikan. Perawat harus mengerti dan memikirkan usaha peningkatan derajat kesehatan, skema untuk upaya peningkatan derajat kesehatan individu, keluarga, komunitas, lingkungan dan masyarakat. Sulistyowati, (2011) promosi kesehatan adalah memberdayakan dan menghadapi masalah kesehatan dengan cara mencegahnya dan mengatasi masalah yang sudah terjadi dengan menanganinya secara efektif dan efisien

KONSEP TEORI NOLA J. PENDER

Konsep pelayanan keperawatan dari model kuratif ke arah promotif dan preventif mendorong lahirnya tentang **Health Promotion Model** oleh Pender. Melalui 2 teori yaitu mengenai teori nilai harapan dan teori kognitif sosial. Teori nilai harapan (**expectancy value**) adalah pemahaman bahwa perilaku sehat bersifat rasional dan ekonomis, ada dua hal pokok yaitu: hasil tindakan bersifat rasional dan ekonomis dan pengambilan tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan. Teori Kognitif Sosial (**Social Cognitive Theory**) teori ini menekankan pengarahan diri, pengaturan diri, dan persepsi terhadap kemajuan diri. Teori ini mengemukakan bahwa manusia memiliki kemampuan dasar antara lain: pengalaman sebagai petunjuk dimasa akan datang, berpikiran ke depan, belajar dari pengalaman orang lain, pengaturan diri dan refleksi diri.

Revisi Model Promosi Kesehatan

Terdapat 3 landasan HPM yaitu: sikap yang berhubungan dengan aktivitas, komitmen pada rencana tindakan, dan adanya kebutuhan yang mendesak. Pertama sikap yang berhubungan dengan aktifitas meliputi karakteristik individu dan pengalaman individu diketahui bahwasannya manusia itu bersifat unik dan selalu belajar dari setiap pengalaman baik pribadi maupun orang lain. Faktor yang mempengaruhi antara lain faktor biologi seperti usia, **body mass indeks**, status pubertas, status **menopause**, kapasitas aerobik, kekuatan, ketangkasan

atau keseimbangan, faktor psikologi mengenai **self esteem**, motivasi diri dan status kesehatan dan sosiokultural yang meliputi suku, etnis, akulturasi, pendidikan dan status sosio ekonomi.

Kedua tentang kognitif **behaviour** spesifik dan sikap, pada tahap ini dibagi 6 kategori yaitu mengenai penilaian terhadap manfaat tindakan secara langsung dapat memotivasi perilaku kearah positif. Hambatan tindakan adalah sikap yang langsung menghalangi kegiatan melalui pengurangan komitmen terhadap rencana kegiatan. Kemajuan diri yaitu kemampuan seseorang dalam mengorganisasi dan melakukan tindakan yang tidak menyangkut skill yang dimiliki. Sikap yang berhubungan dengan aktivitas seperti tindakan yang diambil, emosi yang timbul pada kegiatan serta lingkungan di mana kegiatan itu berlangsung. Pengaruh interpersonal mengenai perilaku, kepercayaan atau sikap kepada orang lain. Sumber utama interpersonal dari keluarga kelompok dan pemberi pengaruh pelayanan kesehatan. Pengaruh interpersonal terdiri dari norma, sosial **support** dan model (belajar dari pengalaman orang lain). Pengaruh situasional yaitu situasi yang dapat mempengaruhi perilaku dengan mengubah lingkungan.

Terakhir yang ketiga mengenai perilaku yang diharapkan, tahapan ketiga ini dikategorikan dalam 3 tahapan yaitu mengenai komitmen terhadap rencana tindakan dengan komitmen untuk melaksanakan tindakan sesuai waktu dan tempat dengan orang-orang tertentu atau sendiri tanpa persaingan, pengaturan strategi tertentu untuk mendapatkan tujuan dan rencana kegiatan yang dikembangkan oleh perawat dan klien untuk mencapai tujuan. Kebutuhan yang mendesak merupakan perilaku alternatif sehingga tindakan yang mungkin dilakukan segera sebelum kejadian terjadi suatu rencana perilaku promosi kesehatan. Hasil perilaku yaitu efek pencapaian tujuan secara langsung ditujukan pada pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.

ANALISA TEORI NOLA J. PENDER

Teori keperawatan Nola J. Pender tentang “**Health Promotion Model**” yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan merupakan hasil tindakan yang ditujukan untuk mendapatkan hasil kesehatan yang optimal. (Alligood, 2014). Model ini menggabungkan 2 teori yaitu teori nilai harapan (**expectancy value**) dan teori kognitif sosial (**social cognitive theory**) yang konsisten dalam melihat pentingnya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yakni bersifat logis dan ekonomis. HPM membantu perawat dalam memahami perilaku kesehatan individu, yang menjadi dasar konseling dalam meningkatkan gaya hidup sehat (Sukut et al., 2015) pengetahuan, manfaat tindakan, hambatan yang dirasakan, kemampuan diri, sikap yang berhubungan dengan aktifitas, kebersihan lingkungan, komitmen, dan variabel terikat adalah kejadian dire. Pengumpulan data dengan pengisian kuesioner dan rekam medis. Analisis yang digunakan adalah regresi linier. Hasil:

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan ($p=0,004$).

Upaya promosi kesehatan juga diarahkan tidak hanya masalah pencegahan penyakit atau kelemahan fisik tetapi kesejahteraan mental dan sosial yang menyeluruh guna mendapatkan generasi berkarakter baik, perlu dilakukan pembinaan kesadaran sosial, terutama kepada keadaan orang lain, pemahaman pikiran serta pemahaman terhadap situasi yang rumit dalam kehidupan dan tujuan utama meningkatkan kesadaran, kemauan dan keterampilan dalam berperilaku sehat (Asniar, 2013). Teori yang dikemukakan merupakan contoh berdasarkan pengalaman pribadi dan hasil penelitian yang dikembangkan atas riset kualitatif dan kuantitatif, riset yang berhubungan dengan HPM memberikan kontribusi pengembangan **body of knowledge** secara umum dari ilmu keperawatan.

Namun teori ini mempunyai kelemahan seperti pada pasien cacat sejak lahir seperti malfungsi sel yang berperan untuk daya tahan tubuh, sulit diterapkan pada ekonomi yang lemah dan tingkat pendidikan rendah karena cenderung memenuhi kebutuhan dasarnya dibanding dengan motivasi meningkatkan status kesehatan, membuhkan role model yang sempurna untuk mempengaruhi masyarakat, tenaga kesehatan yang kurang mengaplikasikan teori ini dalam mempengaruhi klien/masyarakat dan masyarakat lebih mempercayai budaya sehingga mensosialisasikan dan mengaplikasikan teori ini kurang.

APLIKASI TEORI DENGAN PENDEKATAN MASALAH KEPERAWATAN

Terapi hemodialisis dikatakan optimal apabila memenuhi kriteria adekuasi hemodialisis dengan nilai Kt/V dan nilai URR. Armezya et al., (2014) terapi hemodialisis mempunyai pengaruh terhadap nilai URR pada pasien yang menjalani hemodialisis, tetapi terdapat 38% pasien mengalami tindakan hemodialisis tidak adekuat. Telah diketahui bahwa biasanya untuk meningkatkan AHD dapat dilakukan dengan meningkatkan kecepatan aliran darah menuju mesin HD dan volume darah yang disaring mesin HD, tetapi perlu diketahui bahwa langkah tersebut bisa berakibat mual, pusing dan kram otot (Tria Firza, Aminah, & Adam Riyadi, 2015). Penelitian Hartanti (2016) bahwa **exercise** intradialisis berpengaruh meningkatkan nilai URR pasien gagal ginjal kronik. Hasil penelitian (Nur Muji, I Ketut, & Haryanto, 2017) menunjukkan bahwa kombinasi **stretching exercise** dan pernafasan yoga efektif untuk menurunkan tekanan darah pasien gagal ginjal.

Oleh karena itu **exercise** intradialisis perlu dipahami dan diketahui oleh pasien gagal ginjal kronis sehingga dapat diaplikasikan saat melakukan terapi hemodialisis guna meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi. Pasien gagal ginjal harus mampu melakukan pengolahan terhadap penyakitnya untuk mencegah terjadinya komplikasi yang mamperberat keadaan pasien dan memaksimalkan aspek yang ada dalam dirinya untuk menentukan pilihan terbaik.

Promosi kesehatan merupakan konsep dalam pemberdayaan kemampuan individu atau keluarga untuk meningkatkan kesehatan. HPM membantu perawat dalam menolong dan mengidentifikasi faktor terhadap kesehatan dan perilaku sehat yang sudah dilakukan guna membentuk perilaku baru yang dapat mencapai kesehatan yang optimal (Utami, 2017). Peran perawat dalam keperawatan Pender adalah mencegah pasien gagal ginjal kronis kearah yang lebih buruk dengan mengajak individu dan lingkungan sekitar agar berperilaku positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, meningkatkan motivasi dan komitmen agar pasien gagal ginjal terhindar dari komplikasi. Pada penelitian (Nuari & Kartikasari, 2015) mengidentifikasi faktor personal, manfaat tindakan yang dirasakan dan hambatan untuk bertindak tidak berpengaruh signifikan dalam mempengaruhi **self empowerment**. Tidak seperti model pencegahan kesehatan lainnya, HPM menekankan pada metode motivasi positif (Nuari & Kartikasari, 2015).

PANDANGAN ISLAM TENTANG TEORI NOLA J. PENDER

Islam adalah agama yang menganjurkan manusia untuk hidup bersih, sehat dan cinta lingkungan. Tidak ada kesenjangan antara kemuliaan ajaran islam dengan perilaku kehidupan sehari-hari dari sudut kesehatan. Salah satu metode promosi kesehatan dalam Islam adalah penyampaian ajakan hidup sehat melalui dakwah yang dilakukan oleh para muballigh. Hal ini sesuai dengan firman Allah Q.S. Ali Imran 104 yang berarti **“Hendaklah ada di antara kalian segolongan umat yang menyeru kepada kebajikan, menyuruh kepada yang ma’ruf dan mencegah dari munkar. Mereka itulah orang-orang yang beruntung”**.

Diungkapkan dalam Al-Qur’an Surat At-Taubah ayat 71 yang berbunyi **“ Dan orang-orang yang beriman, lelaki dan perempuan sebagian mereka (adalah) menjadi penolong bagi sebagian yang lain. Mereka menyuruh (mengerjakan) yang ma’ruf (kebaikan), mencegah dari munkar (keburukan), mendirikan shalat, menunaikan zakat dan mereka taat pada Allah dan Rasul-Nya. Mereka itu akan diberi rahmat oleh Allah, Sesungguhnya Allah Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana”**.

Pengkajian Teori Nola J. Pender

Berdasarkan Model Promosi Kesehatan, perawat harus melakukan pengkajian komprehensif agar dapat mengembangkan rencana asuhan keperawatan. Pengkajian yang dilakukan oleh perawat adalah: langkah pertama pengkajian tentang perilaku sebelumnya yang mencakup kebiasaan individu, hambatan dari perilaku yang dilakukan, manfaat dari perilaku yang dilakukan, penyakit yang pernah diderita, sumber pelayanan kesehatan dan upaya yang pernah dilakukan dalam meningkatkan kesehatan. Langkah kedua pengkajian tentang faktor personal, faktor psikososial dan faktor sosial budaya. Langkah ketiga pengkajian tentang perilaku spesifik dalam pengetahuan dan sikap, pengkajian ini mengali tentang pemikiran dan sikap yang mungkin atau sudah dilakukan

seperti mengkaji mengenai manfaat/harapan dari tindakan, hambatan dalam mewujudkan tujuan dan menilai kemajuan yang dilakukan dengan wujud dari perilaku, pengalaman, ajakan, kondisi psikologis (kecemasan).

Langkah keempat yaitu mengkaji tentang reaksi emosional terhadap perubahan perilaku, apakah dengan menghindari, mempertahankan atau bahkan dapat merubah perilaku. Langkah kelima melakukan pengkajian dalam pengaruh situasional seperti keadaan disekitar yang meliputi lingkungan rumah, sanitasi dan komunitas. Langkah keenam pengkajian dalam hubungan interpersonal seperti apa dukungan yang diberikan oleh lingkungan sekitar, **role model** seperti panutan dan kebudayaan yang mencakup nilai-nilai kepercayaan. Langkah terakhir yaitu pengkajian fungsi keluarga yaitu fungsi efektif dan fungsi perawatan keluarga.

KESIMPULAN

Teori Pender memiliki konsep paradigma keperawatan adalah menggabungkan konsep manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan dengan pelayanan kesehatan dari kuratif ke arah promotif dan preventif. Teori Pender pertama menggabungkan 2 teori yaitu teori nilai harapan (**expectancy value**) dan teori kognitif social (**social cognitive theory**). Pada revisi model promosi kesehatan menambahkan sikap yang berhubungan dengan aktivitas, komitmen pada rencana tindakan, dan adanya kebutuhan yang mendesak.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an

Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. Elsevier Mosby (8th ed.). Elsevier. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>

Armezya, W., Nasrul, E., & Bahar, E. (2014). Pengaruh Hemodialisis terhadap Urea Reduction Ratio pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Stadium V di RSUP Dr . M . Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(2), 300-305.

Asniar. (2013). Pengembangan Sikap ” Caring ” Pada Anak Usia Sekolah Sebagai Upaya Promosi Kesehatan. *Idea Nursing Journal*, 1. <https://doi.org/2087-2879>

Hartanti, R. D. (2016). Exercise Intradialisis Meningkatkan Nilai URR Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisis. *The 3 Rd Universty Research Colloquit*, 533-541. <https://doi.org/2407-9189>

Nuari, N. A., & Kartikasari, M. (2015). Peningkatan Self Empowerment dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II dengan Pendekatan Diabetes Empowerment Education berbasis Health Promotion Model. *Jurnal Ners*,

10(2), 279-288.

Nur Muji, A., I Ketut, S., & Haryanto, J. (2017). Efektifitas Stretching Exercise Dan Pernafasan Yoga Terhadap Regulasi Tekanan Darah Dan Kualitas Hidup Klien ESRD Yang Menjalani Hemodialisis Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. **Jurnal Ilmiah Kesehatan**, **10. No 2**, 226-233.

PERNEFRI (Perkumpulan Nefrologi Indonesia). (2015). 8th Report Of Indonesian Renal Registry, 1-45.

Sukut, S. S., Arif, Y. S., & Qur, N. (2015). Faktor Kejadian Diare Pada Balita Dengan Pendekatan Teori Nola J. Pender di IGD RSUD Ruteng. **Jurnal Pediomaternal**, **3(2)**.

Sulistyowati, L. S. (2011). Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan (Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas), 118. [https://doi.org/KEMENTERIAN KESEHATAN RI PUSAT PROMOSI KESEHATAN](https://doi.org/KEMENTERIAN%20KESEHATAN%20RI%20PUSAT%20PROMOSI%20KESEHATAN)

Tria Firza, K., Aminah, S., & Adam Riyadi, M. (2015). Pengaruh Dializer Cellulose Triacetate Terhadap Penurunan Kadar Ureum Pada Pasien ESRD Yang Menjalani Hemodialisa. **Jurnal Kesehatan Budi Luhur**, **8(150)**.

Tri Catur, S. (2014). **Efektivitas Dosis Hemodialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Di Rsu Dokter Soedarso Pontianak**. Universitas Tanjungpura.

Utami, T. A. (2017). Promosi Kesehatan Nola Pender Berpengaruh terhadap Pengetahuan dan Kepatuhan ODHA Minum ARV. **Indonesian Journal of Nursing and Midwifery**, **5(1)**, 58-67. <https://doi.org/2354-7642/2503-1856>

“INTERPERSONAL PROCESS” PADA PERAN PERAWAT DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KEKAMBUHAN PASIEN SKIZOFRENIA

Subhannur Rahman¹, Falasifah Ani Yuniarti²

1. Stikes Sari Mulia, Banjarmasin, E-mail : subhannur1990@gmail.com
2. Magister Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
Email : falasifah.ani@umy.ac.id

Abstract: Nurses is part of health care providers that always ready to keep up with the times. All form of health problems always appeared and very diverse. The problem that until now that mental health is was not a priority in health service and in the community. So, it is very important to nurses to always be science-oriented as a rationale and implementation in making nursing care. The implementation of nursing care must necessarily base on 4 central components: interpersonal processes, nurses, clients and anxiety. All these components are integrated with each other. This paper aims to analyze the application of Hildegard E Peplau’s theory of “ Interpersonal Process “ to the role of nurses and family support for the relapse of schizophrenic patients. The method used in this paper is Study Analysis on the use of Hildegard E. Peplau theory “ Interpersonal Process “ on the role of nurses and family support with the recurrence of schizophrenic patients Analysis is done by taking from several sources such as journals or related research. Peplau provides a new perspective regarding the theories used as the basis of nursing practice by providing psycho-education to families and patients with schizophrenia. This nursing action will certainly help prepare the patient for the family and the family. The role of nurses in providing psycho-education is a top priority to preventing family members recurrence of schizophrenia , optimizing family support and preparing family coping of the stigma of the community is also helpful in recovery process of patients during their social environment .

Keywords : Family Support, Interpersonal Process, Recurrence of Schizophrenia Patients , Role of Nurse.

PENDAHULUAN

Keperawatan sebagai bagian integral pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu keperawatan. Pada perkembangannya ilmu keperawatan selalu mengikuti perkembangan ilmu lain, mengingat ilmu keperawatan merupakan sebuah ilmu terapan yang selalu berubah-ubah mengikuti perkembangan zaman, sehingga sangatlah penting untuk memahami konsep pengembangan yang sistematis, karena proses pendekatan untuk mengaplikasikan suatu teori sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatan yang berkualitas (Alligood, 2017).

Pelayanan keperawatan di Indonesia, kedepan diharapkan harus mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat serta teknologi di bidang kesehatan yang senantiasa selalu berkembang. Menghadapi hal tersebut maka diperlukan perawat yang handal dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan dengan menggunakan ilmu pengetahuannya seperti teori-teori atau **evidence based** keperawatan yang bisa digunakan sebagai dasar utama untuk memandu perawat berpikir kritis dan mengambil sebuah keputusan (Tomey, 2016).

Dalam mencapai pelaksanaan pelayanan keperawatan yang profesional tentu hal lain juga harus dimiliki oleh setiap perawat seperti pemahaman tentang proses interpersonal, perawat, klien dan kecemasan. Semua ini merupakan bagian dasar dari salah satu aplikasi teori keperawatan yang bernama Hildegard E. Peplau (Putri, 2012). Di dalam teorinya Hildegard E. Peplau, dia mengatakan bahwa keempat komponen tersebut sering digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan, khususnya pada pelayanan kesehatan jiwa yang selalu menangani masalah-masalah gangguan mental yang bersifat emosional. Selain itu Peplau juga menjelaskan kembali bahwa perawat dan pasien harus mampu menciptakan sebuah hubungan yang terapeutik seperti melakukan hubungan interpersonal proses selama memberikan pelayanan keperawatan.

Ada 4 tahapan yang bisa digunakan didalam menjalankan hubungan interpersonal proses, antara lain tahapan orientasi pada saat awal pasien masuk, tahapan identifikasi pada saat masa penanganan intensif pasien, tahapan eksplorasi yaitu tahapan penyembuhan dan rehabilitasi, dan tahapan resolusi yaitu pada saat pasien dipulangkan (Alligood, 2017).

Dari ke empat tahapan tersebut tentunya tidak bisa tercapai secara sendirinya, harus ada keterlibatan peran perawat didalam memberikan pelayanan keperawatan baik ke pasien maupun ke keluarga penderita, seperti perawat sebagai mitra kerja, narasumber, pengasuh pengganti, pemimpin, konselor dan pendidik. Apabila dilihat dari beberapa komponen diatas, maka salah satu tujuan terpenting perawat untuk memaksimalkan perannya adalah memberikan pelayanan yang optimal guna mempersiapkan kebutuhan pasien yang hendak di kembalikan ke keluarga ataupun ke lingkungan sosialnya, maka untuk itu

perawat harus memberikan edukasi atau pendidikan terhadap pasien dan keluarganya serta membantu klien mencapai kematangan perkembangan secara personal (Potter & Perry, 2009).

Selama ini masih banyak ditemukan di Indonesia anggota keluarga menderita gangguan jiwa khususnya skizofrenia, sebagai contoh kasus skizofrenia yang ada di Kalimantan Selatan, data terakhir mengatakan bahwa pasien dengan skizofrenia mencapai 1,4 permil dan merupakan prevalensi terbesar di wilayah Pulau Kalimantan (Yudha, et al. 2016). Kemudian dari beberapa hasil penelitian masih banyak ditemukan kekambuhan berulang pasien dengan skizofrenia, sehingga hal ini menjadi pertanyaan besar bagi penulis apakah kekambuhan tersebut didasari atas ketidakmampuan keluarga dalam merawat, atau terkait dengan peran perawat yang masih belum secara maksimal dalam menjadikan dirinya sebagai perawat profesional. Sehingga penulis tertarik untuk melakukan analisis teori Heldegard E. Peplau kepada peran perawat dan dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dengan pendekatan teori ***Interpersonal Proses***.

METODE

Didalam penulisan ini metode yang digunakan oleh penulis adalah ***Study Analisis*** terhadap penggunaan teori Hildegard E. Peplau “***Interpersonal Process***” pada peran perawat dan dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Analisis dilakukan dengan mengambil dari beberapa sumber seperti jurnal ataupun hasil penelitian terkait. Hasil analisis jurnal kemudian di sesuaikan dan diintegrasikan di pelayanan kesehatan jiwa.

HASIL

Dari hasil analisis penulis terhadap beberapa studi literatur yang menyatakan bahwa peran perawat dan dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien dengan skizofrenia memiliki hubungan yang saling keterkaitan satu sama lain. Hal ini dibuktikan dari peran perawat dalam menjalankan tugasnya baik dari fase orientasi (saat pasien masuk), fase identifikasi (masa penanganan intensif), Ekplorasi (penyembuhan dan rehabilitasi) dan Resolusi (pemulangan). Didalam interpersonal proses peran perawat sangat diperhatikan didalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan.

Karena hal itu merupakan komponen penting seperti memberikan pendidikan psikoedukasi bagi keluarga maupun pasien, sehingga hal ini mampu untuk mencegah kekambuhan berulang bagi penderita. Salah satu hasil penelitian yang dilakukan oleh Ribka, j.p., (2017) mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara peran perawat dengan kekambuhan pasien dengan skizofrenia. Hasil penelitian tersebut juga didukung dari penelitian Laeli (2017) mengatakan bahwa perawat masih belum maksimal dalam memberikan informasi kepada keluarga terkait tentang penyakit dan pengobatan skizofrenia secara

menyeluruh. Selain itu keluarga juga memiliki andil besar terhadap perawatan pasien dengan skizofrenia.

Empat jenis dukungan keluarga seperti dukungan emosional (memberikan rasa kenyamanan), dukungan informasional (memberikan informasi), dukungan instrumental (memfasilitasi kebutuhan) dan dukungan penilaian (sumber dan validator identitas) merupakan dukungan yang sangat nyata dan bisa digunakan untuk mencegah dan mengatasi kekambuhan berulang bagi anggota keluarga dengan skizofrenia. Hal ini terbukti dari beberapa penelitian yang dilakukan, salah satunya penelitian Laeli (2017) yang mengatakan bahwa dukungan keluarga sebagai caregiver dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia memiliki keterkaitan yang kuat, karena semakin bertambah dukungan yang diberikan keluarga maka semakin berkurang frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia.

PEMBAHASAN

Dari beberapa fase yang ada di interpersonal proses, maka salah satu bentuk peran perawat sebagai edukator sangat di perhatikan dalam hal ini, sehingga kekambuhan pasien skizofrenia bisa di minimalisir dan tidak semata-mata selalu berfokus pada dukungan keluarga saja. Karena dari beberapa hasil penelitian bahwa kekambuhan pasien dengan skizofrenia bukan karena dari pihak keluarga, namun juga ada keterlibatan peran perawat yang masih belum maksimal menjalankan fungsinya secara profesional. Perawat didalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan skizofrenia yang hendak dipulangkan banyak sekali ditemukan jarang melakukan penjelasan bagaimana cara minum obat yang benar bagi pasien, perawat juga belum maksimal memberikan motivasi kepada pasien untuk selalu kontrol terhadap status kesehatannya (Ribka, j. p., 2017). Perawat masih belum maksimal dalam memberikan informasi kepada keluarga terkait tentang penyakit dan pengobatan skizofrenia secara menyeluruh.

Pada saat persiapan pasien pulang, perawat hanya memberikan informasi kepada keluarga tentang pemberian obat dan waktu kontrol pasien saja. Penyuluhan oleh perawat terhadap keluarga pasien juga masih jarang dilakukan. Selain itu perawat yang bertugas di Puskesmas terdekat juga jarang melakukan penyuluhan maupun kunjungan rumah kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia. Sehingga hal ini juga dapat menjadi pemicu terjadinya kekambuhan (Laeli, 2017).

Selain itu kekambuhan pun juga disebabkan oleh pihak keluarga seperti adanya konflik peran perawatan yang dijalani saat dirumah menyebabkan tingginya frekuensi kekambuhan, daya dukung keluarga yang buruk sangat berpengaruh dan memiliki peluang 6 kali lipat mengalami kekambuhan dibandingkan keluarga yang memiliki dukungan yang baik (Pratama, et al, 2015 dan Hemels dan Schreiner, 2013). Selanjutnya, kekambuhan terjadi akibat keluarga memperlihatkan suasana hati yang kurang baik selama perawatan dirumah seperti adanya rasa emosi yang tinggi karena situasi penuh dengan stres,

sehingga menimbulkan efek yang kuat dan memicu kambuh pasien dengan skizofrenia (AlJubbori, 2013).

Perilaku keluarga yang tidak tahu bagaimana cara menangani pasien dengan skizofrenia juga merupakan penyebab kekambuhan terjadi, keluarga perlu mempunyai bekal pengetahuan tentang penyakit yang dialami oleh penderita (Idris, 2016). Alasan lain yang juga menjadi faktor penyebab kekambuhan pasien dengan skizofrenia adalah keluarga merasa bahwa apabila mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia tentu menjadi stigma oleh masyarakat kepada keluarga yang mengasuhnya, sehingga hal ini tentunya menimbulkan konsekuensi negatif tidak hanya bagi keluarga namun juga berdampak bagi penderitanya, seperti sikap penolakan, penyangkalan, di sisihkan dan di isolasi di masyarakat. Hal ini salah satu yang menjadi penyebab keluarga menjadi kurang mau memberikan dukungan sepenuhnya bagi penderita dengan skizofrenia Nunik (2017).

Dari permasalahan diatas maka tentunya perawat sebagai orang pertama harus mampu melakukan perannya dalam meminimalisir kekambuhan pasien dengan skizofrenia. Beberapa bentuk intervensi yang bisa dilakukan oleh perawat untuk menangani masalah tersebut adalah (Davison, 2006) :

1. Memberikan edukasi tentang skizofrenia, terutama kerentanan biologis yang mempredisposisi seseorang terhadap penyakit tersebut, berbagai masalah kognitif yang melekat dengan skizofrenia, simptomsimptomnya, dan tanda-tanda akan terjadinya kekambuhan.
2. Memberikan Informasi melakukan pemantauan berbagai efek pengobatan antipsikotik dimana keluarga perlu mengetahui pentingnya pasien minum obat yang diresepkan, informasi tentang berbagai efek samping, dan inisiatif serta tanggung jawab untuk melakukan konsultasi medis daripada menghentikan konsumsi obat.
3. Mendorong keluarga untuk tidak menyalahkan diri sendiri maupun pasien atas penyakit tersebut dan atas semua kesulitan yang dialami seluruh keluarga.
4. Memperbaiki komunikasi dan ketrampilan penyelesaian masalah dalam keluarga.
5. Mendorong pasien dan keluarganya untuk memperluas kontak sosial mereka.
6. Menanamkan sebarang harapan bahwa segala sesuatu dapat menjadi lebih baik, termasuk harapan agar pasien tidak dirawat kembali di rumah sakit.

KESIMPULAN

Interpersonal proses merupakan fokus dari teori Hildegard E. Peplau yang terdiri dari fase orientasi, identifikasi, eksplorasi dan resolusi. Didalam proses

pelaksanaannya tentu teori ini dapat menjadi pegangan utama perawat yang bekerja di rumah sakit maupun puskesmas untuk melakukan perannya secara profesional dalam membuat intervensi dan implementasi kepada keluarga dan pasien dengan skizofrenia. Peran perawat dalam memberikan psikoedukasi merupakan prioritas utama dalam mencegah kekambuhan anggota keluarga dengan skizofrenia, mengoptimalkan dukungan keluarga dan mempersiapkan koping keluarga terhadap stigma dari masyarakat juga sangat membantu dalam proses pemulihan pasien selama berada di lingkungan sosialnya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Saya mengucapkan banyak terimakasih kepada ibu Falasifah Ani Yuniarti, S.Kep.,Ners.,M.A.N selaku mentor kelompok 8 yang telah banyak membantu dan membimbing penulis dalam menyelesaikan penulisan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Davison, G., C., (2006). Psikologi Abnormal. Edisi 9. Jakarta: PT. Raja Grafindo
- Hemels & Schreiner. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: A systematic literature review. doi: 10.1186/1744-859X-12-32
- Laeli Farkhah, S. T. H., 2017. Faktor Caregiver dan Kekambuhan Klien Skizofrenia. JKP, 5 (no 1), p. 10
- Martha R. Alligood. (2017). Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. Edisi 8 Vol.1. Elsevier : Singapore
- Muhammad Idris, S. N., 2016. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur, Jakarta Timur: S.N.
- Nunik Purwanti, A. Y. ,. S., 2017. Pengaruh Discharge Planning Berbasis Video Dengan Pendekatan Family Centered Nursing Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Skizofrenia. **Jurnal Ilmiah Kesehatan**, 10 No 02 (204-213), p. 10.
- Potter, Patricia A & Perry, Anne G. 2009. Fundamental Keperawatan. Buku 1 Edisi 7. Jakarta:Salemba Medika
- Pratama, Syahrial, & Isak. (2015). Hubungan keluarga pasien terhadap kekambuhan skizofrenia di BLUD RSJ Aceh. Jurnal kedokteran syiah kuala, 15(2)

- Putri, D. E., 2012. Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Isolasi Sosial dengan Pendekatan Model Konseptual Hildegard E. Peplau dan Virginia Henderson. **Ners Jurnal Keperawatan**, 8 No 1 (9), pp. 74-84
- Ribka, j. p., 2017. kekambuhan klien skizofrenia dari sudut pandang dukungan caregiver, peran perawat serta kepatuhan minum obat. Banjarmasin kalimantan selatan, Konferensi Nasional (KONAS) XIV.
- Sachit, K.R., & Al-Jubbori, A.K. (2013). Impact of caregivers' expressed emotion upon schizophrenic patient relapsing. *Kufa Journal for Nursing Science*, 3(1).
- Tomey, A. M. (2006). **Guide to nursing management and leadership**. (6th ed). St Louis: Mosby
- Yudha Khusnia Rohmatin, Sherly Limantara, Syamsul Arifin. (2016). Gambaran Kecenderungan Depresi Keluarga Pasien Skizofrenia Berdasarkan Karakteristik Demografi Dan Psikososial, **Berkala Kedokteran**, 12 No.2 (15), pp. 239-253

ANALYSIS THEORY NURSING OF CALISTA ROY IN STUDENTS' PSYCHOMOTORIC ADAPTATION IN LABORATORY

Wahyu Riyaningrum

Abstract: Nursing as an integral section of health services is a form of professional services based on nursing science. In the development of nursing science is always following the development of other sciences, given the science of nursing is an applied science that always changes with the times, on the application of Roy theory of human explanation, which became the focus of nursing service is a system that will adapt to changes that occur. Health workers needed in the health sector can be reached in various ways, one of them through health education, to improve the quality of health personnel psychomotor ability is very important to print professional health workers. The purpose of this article is to analyze the adaptation nursing theory of Roy on students' psychomotor adaptation abilities in nursing laboratories. The ability of students to adapt will improve psychomotor abilities in laboratory skills.

Keywords: Student Adaptation, Psychomotor, Laboratory

PENDAHULUAN

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, tingginya biaya pelayanan dan pemeliharaan harus diimbangi oleh kualitas tenaga kesehatan sebagai unsur pokok yang memegang peranan penting. Tenaga kesehatan yang dibutuhkan dalam bidang kesehatan dapat ditempuh dengan berbagai cara, salah satunya melalui pendidikan kesehatan. Kualitas tenaga kesehatan ditentukan oleh kualitas lulusan pendidikan kesehatan khususnya keperawatan, dimana keperawatan merupakan salah satu unsur tenaga kesehatan yang memiliki peranan penting (Azwar, 2000).

Keperawatan sebagai bagian integral pelayanan kesehatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu keperawatan. Pada perkembangannya ilmu keperawatan selalu mengikuti perkembangan ilmu lain, mengingat ilmu keperawatan merupakan ilmu terapan yang selalu berubah mengikuti perkembangan jaman. Pelayanan keperawatan di Indonesia, kedepan diharapkan mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional sesuai tuntutan kebutuhan masyarakat serta teknologi bidang kesehatan yang senantiasa berkembang, berdasarkan ilmu keperawatan (Nursalam, 2009).

Salah satu konsep dan teori keperawatan yang banyak digunakan untuk tujuan tersebut adalah model adaptasi Roy. Sisters Callista Roy mengembangkan model adaptasi dalam keperawatan pada tahun 1964. Secara garis besar teori ini memberikan penjelasan mengenai manusia (yang dijadikan fokus pelayan keperawatan) yang merupakan suatu sistem yang akan melakukan adaptasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi. Roy dalam teorinya menjelaskan empat macam elemen esensial dalam adaptasi keperawatan, yaitu: manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Model ini banyak digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam pendidikan keperawatan. Model adaptasi Roy adalah sistem model yang esensial dalam keperawatan.

Teori adaptasi ini membangkitkan banyak minat perawat untuk mengaplikasikannya dalam kegiatan praktek keperawatan karena yang dikemukakan dapat dilakukan pada berbagai level pendidikan dan pelayanan pada klien dengan berbagai kondisi sehingga banyak membantu perawat mendapatkan hasil pelayanan keperawatan yang diinginkan.

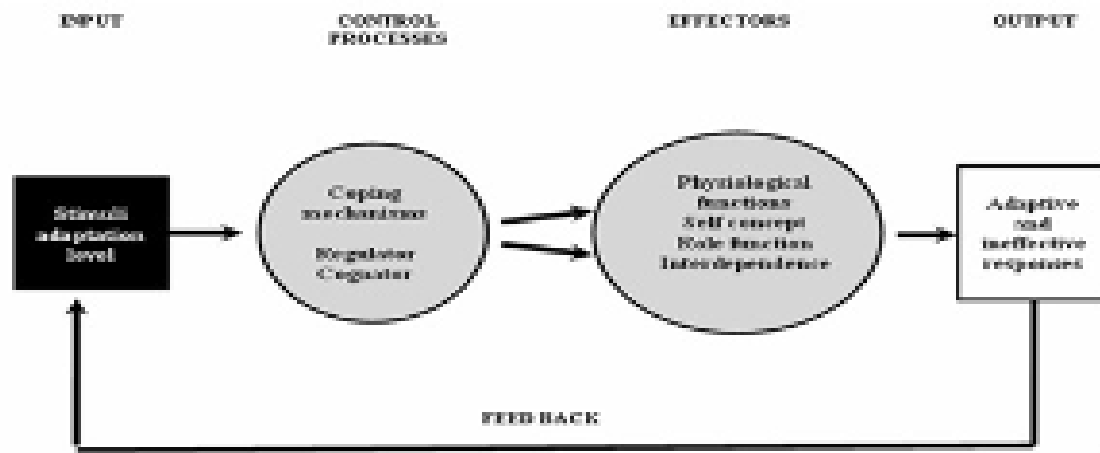
TUJUAN

Tujuan dari artikel ini adalah untuk menganalisis Teori Adaptasi dari Calista Roy terhadap kesiapan psikomotorik mahasiswa di laboratorium.

ANALISIS APLIKASI TEORI PADA KESIAPAN PSIKOMOTORIK MAHASISWA

Menurut Calista Roy, Keperawatan adalah sebagai ilmu pengetahuan melalui proses analisa dan tindakan yang berhubungan untuk merawat klien yang sakit atau yang kurang sehat. Sebagai ilmu pengetahuan keperawatan metode yang digunakan adalah terapeutik, scientik dan knowledge dalam memberikan pelayanan yang esensial untuk meningkatkan dan mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Roy mengembangkan ilmu dan filosofinya berdasarkan asumsi dasar, yaitu: asumsi dari teori system dimana individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit yang berhubungan erat dengan keefektifan coping yang dilakukan guna mempertahankan kemampuan adaptasi, asumsi dari Teori Heson (adaptation level theory) dan asumsi dari Humanism individu mempunyai kekuatan kreatif sebagai makhluk holistic. Ada empat elemen konsep adaptasi Roy, yaitu Person/ Manusia, Lingkungan, Konsep Sehat, dan Keperawatan (Alligood, 2014).

Gambaran singkat melalui kerangka konsep adaptasi psikomotorik mahasiswa:



Kerangka konsep berbasis adaptasi (Roy) (Alligood, 2014), (Sumarwati, 2005)

Penerapan pada kesiapan psikomotorik mahasiswa.

Penerapan Calista Roy juga dikaitkan dengan teori kesiapan, menurut (Yuswanti, 2007) kesiapan merupakan suatu kondisi dimana seseorang telah mencapai pada tahapan tertentu atau dikonotasikan dengan kematangan fisik, psikologis, spiritual dan skill. (Arikunto, 2001) kesiapan adalah suatu kompetensi berarti sehingga seseorang yang mempunyai kompetensi berarti seseorang tersebut memiliki kesiapan yang cukup untuk berbuat sesuatu. (Slameto, 2010) kesiapan adalah keseluruhan kondisi yang membuatnya siap untuk memberi respon atau jawaban di dalam cara tertentu terhadap suatu situasi. Penyesuaian kondisi pada suatu saat akan berpengaruh pada kecenderungan untuk memberi respon. Beberapa teori pendahuluan tersebut dapat disimpulkan bahwa kesiapan adalah suatu kondisi yang menunjukkan kematangan, kompetensi, kesiapan merespon atau memberi jawaban yang dimiliki baik perorangan maupun badan untuk mencapai tujuan yang dikehendaki.

Penelitian yang sesuai dengan kesiapan mahasiswa untuk pembelajaran psikomotorik, (Sumarwati, 2005) menunjukkan efektifitas metode pembelajaran psikomotor dengan supervisi dan mandiri terhadap kemampuan mencuci tangan dan memasang sarung tangan steril serta melepaskannya. Dari hasil penelitian tampak bahwa baik metode pembelajaran psikomotor dengan disupervisi maupun mandiri mempunyai efektifitas yang sama. Dengan demikian, metode pembelajaran psikomotor secara mandiri dapat menjadi satu alternatif dalam mengajarkan keterampilan psikomotor. Metode ini sangat menguntungkan karena kemandirian mahasiswa dalam belajar dapat ditingkatkan. Selain itu, metode pembelajaran psikomotor secara mandiri ini dapat menjadi salah satu solusi untuk meningkatkan efisiensi institusi dan mengembangkan keilmuan.

Pada pengembangan adaptasi juga didasari teori motivasi dan teori belajar. Teori motivasi yaitu suatu dorongan, hasrat, keinginan dan tenaga penggerak lainnya yang berasal dari dalam dirinya untuk melakukan sesuatu (Sobur, 2003), dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah suatu dorongan diri dan hasrat untuk melakukan ketrampilan. Sedangkan teori belajar Rogers dalam (Nursalam, 2009) menegaskan bahwa belajar merupakan suatu proses perubahan perilaku atau kecakapan manusia berkat adanya interaksi antara individu dengan individu dan individu dengan lingkungannya, sehingga mereka lebih mampu berinteraksi dengan lingkungannya. Seseorang yang telah mengalami proses belajar akan mengalami perubahan perilaku dalam aspek pengetahuan (kognitif), sikap (afektif), dan keterampilan (psikomotor).

Menurut (Huda, 2013) faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar, meliputi: Materi yang dipelajari, lingkungan, terdiri dari faktor fisik (suhu, cuaca, kondisi tempat belajar, ventilasi, penerangan, dan kursi belajar) dan faktor sosial (manusia dengan segala interaksinya, status, dan kedudukannya), instrumental, terdiri dari perangkat keras (perlengkapan belajar dan alat bantu belajar mengajar) dan perangkat lunak (kurikulum, fasilitator, dan metode belajar), kondisi individu atau subjek belajar, terdiri dari kondisi fisiologis (keadaan fisik, pancaindra, kekurangan gizi, dan kesehatan) dan kondisi psikologis (inteligensi, bakat, sikap, daya kretivitas, persepsi, daya tangkap, ingatan, dan motivasi).

Hasil penelitiannya tentang hubungan antara minat dan citacita dengan motivasi belajar mahasiswa S1 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Surakarta: Mayoritas responden memiliki minat yang sesuai untuk memilih jurusan S1 keperawatan, mayoritas responden memiliki cita-cita yang sesuai dari awal untuk memilih jurusan, motivasi belajar mahasiswa sebagian besar adalah baik, terdapat hubungan antara minat dengan motivasi belajar mahasiswa, terdapat hubungan antara cita-cita dengan motivasi belajar mahasiswa (Hidayat, 2015).

Kualitas pendidikan banyak ditentukan oleh kualitas pengelolaan proses pembelajaran, yang didalamnya mencakup pengelolaan sumber belajar (**learning resources**) dan evaluasi beserta standar mutu yang digunakan untuk mewujudkan kompetensi hasil sesuai bidangnya (Huda, 2013). Roy mengkombinasikan teori adaptasi Helson dengan definisi dan pandangan terhadap manusia sebagai sistem yang adaptif. Selain konsep-konsep tersebut, Roy juga mengadaptasi nilai “Humanisme” dalam model konseptualnya berasal dari konsep A.H. Maslow untuk menggali keyakinan dan nilai dari manusia. Menurut Roy humanisme dalam keperawatan adalah keyakinan, terhadap kemampuan koping manusia dapat meningkatkan derajat kesehatan. Pendapat (Notoatmojo, 2007) kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui disesuaikan dengan tingkat-tingkat dalam wawasan kognitif, untuk memperoleh pengetahuan dibutuhkan proses kognitif yang merupakan hal yang penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan yang dicakup dalam kawasan kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan yakni: tahu (**know**), memahami (**comprehension**), aplikasi (**application**), analisis (**analysis**), sintesis (**synthesis**) dan evaluasi (**evaluation**).

Pembelajaran mahasiswa perawat untuk meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor setiap orang selalu menggunakan koping, baik yang bersifat positif maupun negatif, untuk dapat beradaptasi. Kemampuan adaptasi seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen, yaitu penyebab utama perubahan kondisi dan situasi, keyakinan dan pengalaman dalam beradaptasi, hal ini sesuai dengan teori belajar dalam pendidikan keperawatan akan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor mahasiswa di laboratorium.

KESIMPULAN

Kemampuan mahasiswa untuk beradaptasi akan meningkatkan kemampuan psikomotorik di skill laboratorium. Kemampuan adaptasi seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen, yaitu penyebab utama perubahan kondisi dan situasi, keyakinan dan pengalaman dalam beradaptasi, hal ini sesuai dengan teori belajar dalam pendidikan keperawatan akan dapat meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor mahasiswa di laboratorium.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, A. M. (2014). ***Nursing theorist and their work***. Edisi 8: Mosby.
- Arikunto, S. (2001). ***Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktek***. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar. (2000). ***Pengantar administrasi kesehatan***. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Hidayat. (2015). ***Hubungan antara minat dan cita-cita dengan motivasi belajar mahasiswa program studi s1 keperawatan di UMS***. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Huda. (2013). ***Cooperative learning***. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Notoatmojo. (2007). ***Promosi kesehatan dan ilmu perilaku***. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2009). ***Pendidikan dalam keperawatan***. Jakarta: Salemba Medika.
- Slameto. (2010). ***Belajar dan faktor-faktor yang mempengaruhinya***. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sobur. (2003). ***Psikologi umum*** . Bandung: Pustaka Setia.
- Sumarwati. (2005). Perbandingan efektifitas antara metode pembelajaran psikomotor di laboratorium dengan supervisi dan mandiri terhadap kemampuan melakukan ketrampilan psikomotor pada mata ajar keperawatan dasar. ***Jurna Keperawatan Indonesia*** , Volume 9, No.2, September 2005; 55-62.

Yuswanti. (2007). Penerapan pembelajaran berdasarkan masalah dengan strategi kooperatif model STAD pada mata pelajaran sains untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis siswa kelas V MI Jenderal Sudirman Malang. **Jurnal Penelitian Kependidikan** , Tahun 17, Nomor 1, Juni 2007.

AN INITIAL APPLICATION OF OREM THEORY TOWARDS PATIENT POST TOTAL KNEE RACLACEMENT

Agung Widiastuti¹, Fitri Arofiati²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

²Dosen Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: Nursing theories model can provide views of the phenomenon by means of connecting a concept which is used as a guide in research and provide nursing care. One theory Orem will be applied in patients post operation in the case of Total Knee Replacement. The theory of Orem has methods to process them are as a supervisor and give support in others. This article will discuss about the application of the theory of Orem that focused on nursing educational and supportive about the system which will be applied in patients post Total Knee Replacement cases operations which have problems of social support and independence. **Purpose:** to apply the theory of Orem in the settlement of problems in patients who are experiencing post surgery Total Knee Replacement cases. **Conclusion:** the theory of Orem regarding supportive and educational systems can be applied in patients post operation that is experiencing less social support.

Key Words : *educative supportive system, support social, post operative Total Knee Replacement.*

PENDAHULUAN

Dalam memberikan pelayanan keperawatan harus berdasarkan kaidah ilmu keperawatan, dimana harus tersusun dari beberapa model teori yang membentuk satu kesatuan untuk dikembangkan. Model teori keperawatan dapat memberikan pandangan sistematis terhadap fenomena dengan cara menghubungkan suatu konsep yang digunakan sebagai suatu pedoman dalam penelitian dan memberikan asuhan keperawatan (Budiono, 2015).

Salah satu contoh model konseptual yang akan dibahas dimakalah ini adalah teori dari Dorotea Elisabeth Orem yang dikenal dengan teori **self care**. Dalam pandangan teori Orem yang nantinya akan diterapkan pada pasien post operasi pada kasus **Total Knee Replacement**. Prevalensi TKR di dunia setiap tahun lebih dari 500.000 dilakukan prosedur operasi TKR yang dilakukan di Amerika Serikat, diperkirakan tahun 2030 meningkat menjadi 3.48 juta per tahun akibat penuaan dini (Minesota, 2010). Hal ini didukung hasil penelitian (Muladi A,

Sangiran, Khoiriyati, 2016), menyatakan didapatkan hasil pasien di RSO Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta yang menjalani operasi TKR dari bulan Januari sampai bulan Desember 2015 adalah 94 orang. Dari 94 pasien diketahui bahwa 95% pasien menjalani operasi TKR karena osteoarthritis lutut.

Dibandingkan cedera yang lain cedera lutut pada pasien post operasi **Total Knee Replacement** diperlukan dukungan seperti bantuan perawat untuk mempertimbangkan kondisi psikosial dan fisik pasien terutama pada dukungan sosial dan aspek fisik untuk mobilisasi dini mengurangi nyeri (Perry, 2005)

Didalam teori Orem memiliki metode untuk proses diantaranya bertindak untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain dan memberi **support** (dukungan) pada orang lain. (Hidayat, 2008). Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian (Nuniek Nizma Fajriyah, 2016) yang menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga dapat memudahkan, memotivasi dan mendukung gaya hidup sehat dan kegiatan yang bersifat **promotif** dan **preventif** dengan baik. Menurut Perry (2010), keluarga berperan dalam memelihara anggota keluarganya. Hal ini didukung hasil penelitian Shofiyah S & Kusuma H (2014), yang menyatakan dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kepatuhan penderita. Dari beberapa teori yang telah diuraikan maka makalah ini akan membahas tentang penerapan teori Orem yang difokuskan pada nursing sistem mengenai suportif dan edukatif yang akan diaplikasikan pada pasien post operasi kasus **Total Knee Replacement** yang mempunyai masalah dukungan sosial dan kemandirian.

TINJAUAN TEORI

Model Teori Dorothea E. Orem

Model konsep menurut Orem yang dikenal dengan Model **self care** memberikan pengertian jelas dipandang dari pelaksanaan kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dasar yang bertujuan mempertahankan hidup, kesehatan, kesejahteraan yang ditekankan pada klien tentang perawatan diri sendiri. (Hidayat, 2008). Teori Orem menjabarkan ke dalam tiga teori yaitu pertama mengenai **Self care** : aktivitas dan inisiatif dari individu dalam memenuhi kebutuhan. Penekanan teori **self care** secara umum dibagi menjadi tiga komponen perawatan mandiri menurut (Achir Yani S. Hamid, 2017) yaitu kebutuhan perawatan diri secara umum (**Universal self-care needs**), kebutuhan perawatan diri yang dikembangkan (**Development self-care needs**), dan kebutuhan perawatan diri terhadap penyimpangan kesehatan (**Health deviaton self-care**). Kedua mengenai **Self care deficit** merupakan bagian dalam perawatan secara umum dimana segala perencanaan keperawatan diberikan saat perawatan dibutuhkan. Ketiga mengenai **Nursing system adalah** teori yang menguraikan bagaimana perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri. Dalam pandangan teori ini Orem memberikan identifikasi dalam sistem layanan kesehatan, antara lain Sistem bantuan secara penuh (**Wholly Compensatory system**) seperti pada

pasien koma fraktur vertebra dan pasien yang tidak mampu mengurus sendiri, sistem bantuan sebagian (***Partially Compensatory System***) seperti pada kasus pasien post operasi abdomen, dan sistem supportif dan edukatif seperti pada kasus pasien yang memerlukan informasi dalam pengaturan kelahiran. (Orem, 2001 dalam Alligood, 2006

PEMBAHASAN

Aplikasi Paradigma Keperawatan Menurut Teori Orem

Orem dalam memandang manusia dikategorikan menjadi dua yaitu memberikan perawatan diri dan membutuhkan perawatan diri misal pada pasien post operasi. Agen pemberi perawatan tidak terbatas oleh perawat saja melainkan bisa keluarga atau orang lain. Hal ini didukung oleh penelitian (Indah Sampelan, 2015) yang menyatakan ada hubungan yang sangat nyata antara dukungan keluarga dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari.

Kondisi sehat seseorang akan tercapai apabila kebutuhan perawatan diri pada pasien post operasi terpenuhi. Untuk memenuhi kebutuhan diri diperlukan strategi karena mengingat pasien post operasi TKR diperlukan bantuan perawat untuk mempertimbangkan kondisi fisik, psikososial pasien terutama pada aspek fisik dan dukungan sosial untuk mengurangi nyeri (Perry, 2005). Kondisi ini akan tercapai ketika bisa menyeimbangkan antara kebutuhan dengan kemampuan untuk melakukan perawatan diri. Kurangnya dukungan sosial pada pasien post operasi akan memberikan dampak terhadap kemandirian. Hal ini didukung penelitian dari (Priharyanti Wulandari, 2014) yang menyatakan pasien yang tidak diberikan support sosial kemungkinan untuk terjadinya kontraksi berulang.

Di Indonesia masih banyak ditemukan keluarga yang kurang peduli terhadap anggota keluarga yang sakit. Hal ini sesuai dengan penelitian (Indah Sampelan, 2015) yang menyatakan survei dan observasi awal ditemukan, bahwa lansia di Desa Batu Kecamatan Likupang Selatan kebanyakan tinggal jauh dari keluarga dekat. Diawali dengan adanya perasaan kurangnya kepedulian dapat memperburuk keadaan seperti kurangnya motivasi untuk perawatan diri akan memperlambat kemandirian terutama pada pasien post operasi TKR.

Keperawatan pada pasien post operasi bertujuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri. Pada akhirnya diharapkan muncul kesadaran pada diri mereka untuk melakukan hal ini secara mandiri atau dengan memanfaatkan dukungan yang ada misalnya keluarga dan agen perawatan diri lainnya. Karena dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Setiadi, 2008).

APLIKASI TEORI PADA MASALAH KEPERAWATAN

Contoh Kasus:

Pengkajian dilakukan dengan pasien Ny. S umur 46 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga. Pasien mengalami keterbatasan mobilisasi dengan hasil kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4, kanan bawah 0, kiri atas 4 dan kiri bawah 4, pasien mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (ADL). Nyeri post op nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada bagian lutut, nyeri dalam skala 8 nyeri terasa hilang timbul. Pasien merasa perannya terganggu selama post operasi, pasien merasa cemas kalau kakinya tidak kunjung sembuh dan lama untuk beraktivitas. Pasien merasa membutuhkan dukungan sosial dari keluarga maupun perawat untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Dan keluarga tidak mampu merawat anaknya yang sakit. Hasil TTV: TD 130/90 mmHg, S 37°C, RR 18 x/menit, dan Nadi 90 x/menit.

Pembahasan yang didapatkan pada kasus diatas disesuaikan dengan teori **self care** menurut Orem antara lain pada pengkajian **universal self care** didapatkan kondisi pasien post operasi akan mengganggu dalam memenuhi kebutuhan perawatan tersebut seperti kasus diatas pasien post op TKR yang mengalami nyeri dan gangguan mobilitas fisik mengalami keterbatasan mobilisasi dengan hasil kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4, kanan bawah 0, kiri atas 4 dan kiri bawah 4, pasien mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (ADL). **Sedangkan** pada pengkajian development self care pada kasus diatas didapatkan peran pasien terganggu semenjak post operasi karena tidak bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari (ADL), dan pada pengkajian **health deviation** pada kasus tersebut didapatkan data pasien mengatakan butuh dukungan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pasien. Keluarga tidak mampu merawat anaknya yang sakit.

Berdasarkan teori Orem yang dikaitkan dengan fenomena kasus diatas termasuk pada nursing sistem. Setelah dianalisa dengan teori Orem lebih cenderung ke tahapan **educative supportive system**. Hasil pengkajian pasien mengatakan lutut sebelah kanan terasa nyeri, setelah dilakukan op nyeri bertambah, dan mengalami keterbatasan mobilisasi dengan hasil kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4, kanan bawah 0, kiri atas 4 dan kiri bawah 4, pasien mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (ADL). Pasien merasa membutuhkan dukungan sosial untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Analisa dari hasil pengkajian tersebut pasien merasa membutuhkan dukungan untuk melakukan mobilisasi dini baik dari perawat maupun keluarga. Menurut Orem 2001 dalam (Alligood, 2006), sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Hal ini sesuai dengan penelitian (Devy Meylina Christy, 2015) terdapat pengaruh pendidikan kesehatan tentang Skin Personal

Hygiene Management terhadap tindakan perawatan diri pada narapidana penderita scabies.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian antara lain perubahan fisik, perubahan motivasi, dan faktor status mental (Budiyarti, Kalsum & Panggayuh, 2007). Menurut Orem (2011) menyatakan perawatan diri dipengaruhi beberapa faktor antara lain sistem pelayanan dan sistem keluarga. Dimana menurut (Orem D. E., 2011), menyatakan sistem keluarga meliputi posisi pasien dalam keluarga dan hubungan antara pasien dengan anggota keluarga yang lain. Pada pasien post operasi TKR dukungan keluarga sangatlah penting untuk membantu individu sembuh dari penyakit. Bentuk dukungan seperti melatih kemampuan pasien dalam aktivitas dan mendorong pasien dalam meningkatkan kemandirian dengan cara memotivasi pasien. Perlu diingat pasien post op TKR dilakukan penggantian total sendi lutut sehingga membutuhkan waktu untuk memobilisasi dini. Hal ini didukung dengan penelitian (Aulia Ridla Fauzi, 2017) yang menyatakan adanya pengaruh dukungan keluarga terhadap motivasi perawatan medis pada pasien kanker serviks. Dan sistem pelayanan menurut Orem 2001 dalam (Hidayat, 2008) menjelaskan bahwa faktor sistem pelayanan kesehatan meliputi diagnosa medis, keperawatan dan riwayat perawatan. Dalam hubungannya dengan pasien post op TKR tipe cara perawatan sangat berpengaruh dalam mengembalikan diri seperti semula. Terapi pembedahan terbukti efektif untuk pasien post op TKR dalam penanganan nyeri tetapi tidak luput dari terapi psikososial juga diperlukan dalam pasien post op TKR dalam membantu kemandirian. Yang dimaksud dengan terapi psikososial disini yaitu terapi keluarga untuk mendorong keterlibatan keluarga dalam pelatihan keterampilan sosial untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitas.

Selain teori didalam islam juga diajarkan untuk peduli dengan sesama seperti dituliskan di Q.S Ali-Imron ayat 103 yang intinya menerangkan bahwa sebagai makhluk Allah SWT, kita harus saling membantu dan mengasihi agar kita mendapatkan petunjuk. Hal ini sesuai dengan teori yang dibahas untuk dapat mandiri harus mendapat dukungan dari orang lain.

KESIMPULAN

Pasien post operasi TKR akan mengalami gangguan mobilitas fisik karena adanya insisi pembedahan dibagian lutut sehingga pasien mengalami ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya. Dengan adanya model konsep **self care** orem dapat membantu dan memfasilitasi pasien untuk mampu mengembangkan perawatan mandiri sehingga penyesuaian terhadap perubahan yang terjadi dan kesehatan yang optimal tetapi tidak lepas juga adanya dukungan sosial dari keluarga dan diri sendiri. Sehingga dapat disimpulkan bahwa teori Orem mengenai suportif dan edukatif sistem dapat diaplikasikan pada pasien post operasi yang mengalami kurang dukungan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Achir Yani S. Hamid, K. I. (2017). **Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka edisi Indonesi ke delapan**. Singapore: Elseiver.
- Alligood, M. R. (2006). **Nursing theorists and their work (Sixth ed.)**. Saint Luois: Mosby.
- Aulia Ridla Fauzi, S. Y. (2017). The Relationship Of Family Support To Motivation (Intention) For Medical Treatment In Patients With Cervical Cancer In Ligar Medika Clinic, West Java - Indonesia. . **International Conference on Applied Science and Health 2017** .
- Budiono. (2015). **Konsep Dasar Keperawatan**. Jakarta: Bumi Medika.
- Devy Meylina Christy, R. M. (2015). Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Skin Personal Hygiene Management terhadap Tindakan Perawatan Diri pada Narapidana Penderita Skabies di Lembaga Pemasarakatan Klas II-A Jember (The Influence of Health Education about Skin Personal Hygiene Management . **e-Jurnal Pustaka Kesehatan, vol.3 (no.3)** .
- Hidayat, A. A. (2008). **Pengantar Konsep Dasar Keperawatan**. Jakarta: Salemba Medika.
- Indah Sampelan, R. K. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-Hari Di Desa Batu Kecamatan Likupang Selatan Kabupaten Minahasa Utara. **e-journal Keperawatan (e-Kp) Volume 3 Nomor 2** .
- Minesota Community Measurement. 2010. **Total Knee Replacement Impact and Recomended Document**. Pages 1-5
- Muladi A, Sangiran, Khoiriyati A. 2016. **Pengaruh Edukasi Dan Latihan Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Kecemasan Dan Kemandirian Pasien Post Total Knee Replacement**
- Nuniek Nizma Fajriyah, A. A. (2016). Dukungan Sosial Keluarga Pada Pasien Hipertensi. **Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIK) Vol IX, No 2, September 2016** .
- Orem, D. E. (2011). **Nursing concepts of practice**. St Louis: The C.V Mosby Company.
- Perry, P. &. (2005). **Fundamental of nursing**. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, P. &. (2010). **Fundamental of nursing**. Jakarta: Salemba Medika.
- Priharyanti Wulandari, S. B. (2014). Penerapan Model Keperawatan Need For Help Wiedenbach Dan Self Care Orem Pada Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dengan Kontraksi Dini. **JURNAL KEPERAWATAN Volume 5, Nomor 2** , 173-177.

Setiadi. (2008). **Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga**. Yogyakarta: Graha Ilmu .

Shofiyah S & Kusuma H. **Hubungan antara pengetahuan dan dukungan keluarga Terhadap kepatuhan penderita diabetes melitus (Dm) Dalam Penatalaksanaan di wilayah kerja puskesmas spondol Kecamatan banyumanik semarang**. Prosiding Konferensi Nasional Ii Ppni Jawa Tengah 2014

ANALISIS PENERAPAN TEORI DOROTHEA OREM PADA DUKUNGAN KELUARGA DALAM **SELF CARE MANAGEMENT** PADA LANSIA DENGAN STROKE

Yeni Isnaeni¹, Falasifah Ani Yuniarti²

¹STIKES Surya Global, ²Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
yeniisnaeni09@gmail.com

Abstrak: Berbagai model konseptual keperawatan yang telah dikembangkan oleh para ahli, salah satunya adalah *self care defisit* oleh Dorothea Orem. Fokus utama dari model konseptual ini adalah kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya. Teori ini juga merupakan suatu landasan bagi perawat dalam memandirikan klien sesuai tingkat ketergantungannya bukan menempatkan klien dalam posisi dependent, karena menurut Orem **self care** itu bukan proses intuisi tetapi merupakan suatu perilaku yang dapat dipelajari. Stroke pada kelompok lansia terjadi terutama karena faktor degeneratif yaitu penebalan dinding pembuluh darah, sehingga menjadikannya mengeras dan menyempit (arteriosklerosis) yang dapat menyebabkan sumbatan (emboli). Lansia dengan stroke mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri atau **self care management** pada dirinya sendiri yang dapat memperburuk status kesehatannya. Dalam kondisi tersebut dibutuhkan dukungan keluarga untuk pemenuhan **self care** pada Lansia dengan stroke.

Kata Kunci: Dukungan keluarga, **self care management**, Lansia dengan stroke

PENDAHULUAN

Tahun 2015 ada 10 penyakit penyebab terbesar kematian yakni stroke, kecelakaan lalu lintas, jantung iskemik, kanker, diabetes melitus, tuberkulosis, infeksi saluran pernafasan atas, depresi, asfiksia dan trauma kelahiran serta penyakit paru obstruksi kronis. Dari data itu terlihat dominasi penyakit tidak menular yaitu stroke, jantung iskemik, kanker dan diabetes melitus. Perubahan fenomena ini terjadi akibat perilaku dalam menjalankan pola hidup sehat. Warga mengantisipasi penyakit menular, namun mengabaikan perilaku yang berdampak pada munculnya penyakit tidak menular yang juga memicu kematian. (Kementerian Kesehatan www.rri.co.id)

Stroke termasuk penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandaidengan kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena

berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. WHO mendefinisikan bahwa stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu. Di Indonesia, stroke merupakan penyakit nomor tigayang mematikan setelah jantung dan kanker. Bahkan, menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh no.1 di RS Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. Dari jumlah tersebut, sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus di tempat tidur. Kurangnya **self care management** dan dukungan keluarga pada lansia stroke dianggap suatu hal yang biasa, padahal hal ini dapat berpotensi terjadinya komplikasi pada lansia dengan stroke.

Penelitian ini rencananya menggunakan desain penelitian **cross sectional study** dengan teknik Nonprobability Sampling tipe Purposive Sampling pada lanjut usia di Desa Jambidan Bintaran Banguntapan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah: (1) Lanjut usia yang tinggal di Desa Jambidan Bintaran Banguntapan; (2) Berusia 60 tahun ke atas; (3) Lanjut dengan Stroke ; (4) Tinggal dengan keluarga. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah: (1) Mengalami gangguan berkomunikasi; (2) Lanjut usia yang tidak bersedia menjadi responden ; (3) Tinggal sendiri.

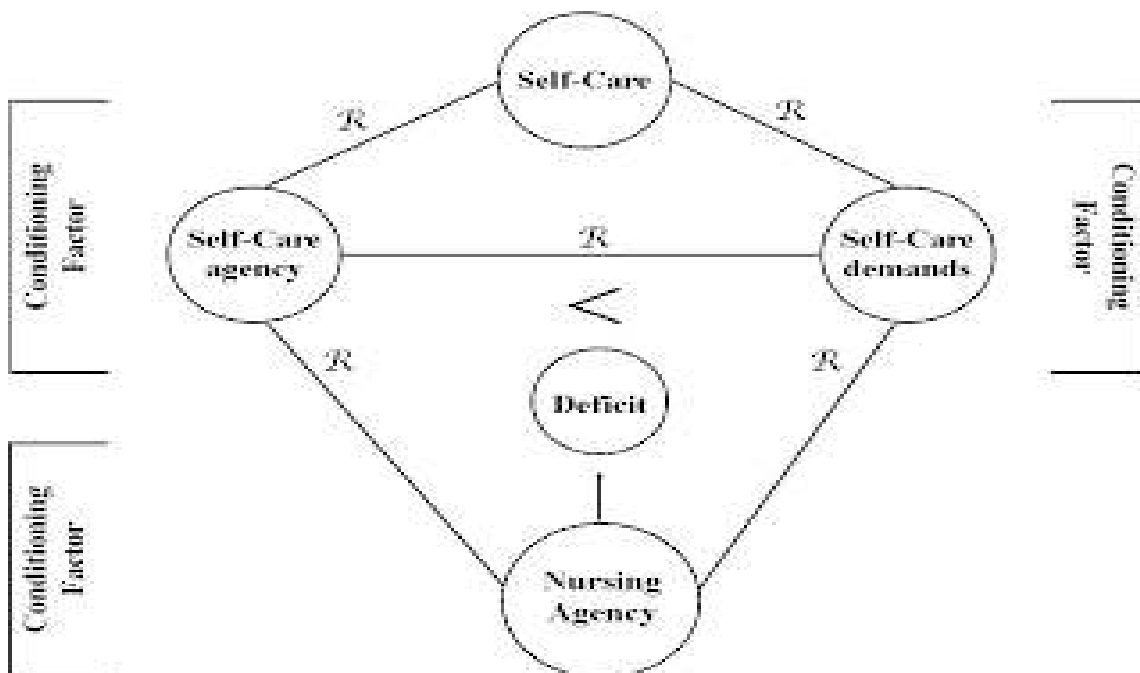
Penelitian yang dilakukan Nurul Wachyu F.A dkk menggunakan jenis penelitian korelasional dengan pendekatan cross-sectional. Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah 83 lansia dengan hipertensi di Posyandu Lansia di Kelurahan Manyar Sabrangan Surabaya dengan kriteria inklusi lansia berusia 60-75 tahun dengan tekanan darah 140-170/90-110 mmHg yang diukur pada kegiatan Posyandu lansia bulan April 2014, tanpa komplikasi dan tinggal serumah dengan keluarga. Kriteria inklusi keluarga yang tinggal dengan lansia dan dianggap dekat oleh lansia. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara nonprobability sampling dengan teknik purposive sampling. Penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu self care management dan dukungan keluarga. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner dukungan keluarga dan kuisisioner modifikasi Measuring blood pressure knowledge and self-care behaviors of African Americans. Peters, R. and Templin, T. (2008).

HASIL

Hasil penelitian diharapkan akan muncul bagaimana dukungan keluarga pada lansia dengan stroke, kemudian bagaimana **self care** yang dilakukan kepada lansia dengan stroke. Apakah lansia dengan stroke sepenuhnya dibantu untuk pemenuhan self care nya, ada berapa prosentase untuk pemenuhan **self care** dengan bantuan atau dukungan keluarga yang kurang, cukup dan baik. Tingkat pendidikan pada keluarga juga perlu di teliti, apakah tingkat pendidikan yang tinggi maupun rendah akan mempengaruhi dukungan keluarga pada **self care management** pada lansia dengan stroke.

PEMBAHASAN

Dari penelitian yang dilakukan Nurul Wachyu F.A dkk, didapatkan hasil bahwa dari 30 keluarga, keluarga memberikan dukungan keluarga yang baik sebanyak 16 (54%), sedangkan 13 (43%) cukup dan hanya 1 (3%) memiliki dukungan keluarga kurang. Berdasarkan hasil kuisioner, keluarga lebih banyak yang selalu merawat lansia dengan penuh kasih sayang, mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan lansia serta selalu menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu lansia. Adanya hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya (Zulfitri, 2006; Bomar, 2004). Tingkat dukungan keluarga baik dapat dipengaruhi oleh faktor pekerjaan anggota keluarga. Hal ini dapat menjadi faktor tingkat dukungan yang baik karena sebagian besar responden tinggal dengan anaknya yang setiap saat dapat membantu lansia. Tingkat dukungan keluarga yang cukup juga dapat dipengaruhi faktor pekerjaan karena memiliki anggota keluarga bekerja yang sebagai pegawai/buruh, sehingga belum dapat memberikan dukungan yang maksimal kepada lansia. Hal ini didukung dari penelitian yang dilakukan Yenni (2011) menyatakan bahwa secara umum pekerjaan akan berhubungan dalam memberikan dukungan kepada anggota keluarganya terutama dalam hal ini adalah lansia dengan hipertensi. Pekerjaan keluarga sebagai ibu rumah tangga yang memiliki pendapatan lebih kecil dibandingkan dengan pegawai dapat memberikan dukungan yang lebih baik kepada lansia. Peneliti berasumsi pekerjaan anggota keluarga yang dapat meluangkan waktu lebih banyak dengan lansia menjadikan dukungan keluarga lebih maksimal dibandingkan dengan yang bekerja di luar.



Berdasarkan teori keperawatan **self care** yang dikemukakan oleh Dorothea Orem (1991), manusia pada dasarnya mempunyai kemampuan dalam merawat dirinya sendiri yang di sebut **self care agency** termasuk lansia dengan Stroke. **Self care agency** dapat berubah setiap waktu yang dipengaruhi oleh usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, pola hidup, sistem pelayanan kesehatan, lingkungan eksternal dan dukungan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yaitu dukungan keluarga dengan **self care management** pada lansia dengan stroke.

KESIMPULAN

Dari hasil pembahasan dan analisa yang dilakukan penulis terhadap Aplikasi teori Orem dapat disimpulkan bahwa Orem memfokuskan pada Teori **self Care management**. Orem menjelaskan masing-masing dari komponen paradigma keperawatan yaitu manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Orem menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan konsep keperawatan antara lain, seni dan kebijaksanaan keperawatan, keperawatan sebagai layanan, fungsi teori keperawatan dan teknologi keperawatan. Konsep dan model keperawatan Orem lebih menekankan pada kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya tanpa ada ketergantungan dengan orang lain (mandiri). Model konsep atau teori keperawatan **self care** mempunyai makna bahwa semua manusia mempunyai kebutuhan-kebutuhan **self care** dan mereka mempunyai hak untuk memperolehnya sendiri kecuali jika tidak mampu (*defisit self care*). Dengan demikian perawat mengakui potensi pasien untuk berpartisipasi merawat dirinya sendiri pada tingkat kemampuannya dan perawatan dapat menentukan tingkat bantuan yang akan diberikan. Teori Orem menyediakan dasar yang komprehensif untuk tindakan keperawatan. Teori ini dapat digunakan dalam keperawatan profesional pada area pendidikan, tindakan klinis, administrasi, riset, dan system informasi keperawatan.

Kekuatan umum yang dimiliki teori ini adalah aplikasinya untuk pelaksanaan praktek keperawatan sebagai pekerja klinik baru. Konsep **self-care, nursing system**, dan *self-care deficit* mudah dipahami oleh mahasiswa keperawatan dan dapat dikembangkan dengan ilmu pengetahuan dan penelitian. Kelemahan dari model Orem adalah ia berpendapat bahwa kesehatan bersifat statis, namun dalam kenyataannya kesehatan itu bersifat dinamis dan selalu berubah.

DAFTAR PUSTAKA

- Aziz Alimul Hidayat, Pengantar Konsep Praktek Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta 2006
- Friedman Marilyn M. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, dan Praktek ed 5, Jakarta : EGC

- L. Moleong, Metode Penelitian Kualitatif. PT Remaja Rosdakarya, Bandung, 2002. Hal 34-35
- Lyn Basfort & Oliver Slevin, Teori dan Praktek Keperawatan : Pendekatan Integral pada asuhan pasien, EGC, Jakarta 2006
- Martha R. Alligood. (2017). Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. Edisi 8 Vol. 1. Elsevier : Singapore
- Nurul Wachyu F.A, Retno Indarwati, Eka Mishbahatul Mar'ah Has (2014). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan **Self Care Management** Lansia Dengan Hipertensi Di Posyandu Lansia Kelurahan Manyar Sabrangan Surabaya
- Potter, Patricia A & Perry, Anne G. 2009. Fundamental Keperawatan. Buku 1 Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika

ANALISIS PENERAPAN **TRANSCULTURAL NURSING** TERHADAP TUGAS KESEHATAN KELUARGA

Moh. Rozani

Mahasiswa Program Pascasarjana, Program Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jl. Lingkar Selatan, Kasihan, Bantul,
Yogyakarta (55183)
mohamadrozani99@gmail.com

Abstract: In the families, there are 5 duty nursing family health, and every family has a different culture. Culture is one of the challenges of health, for individuals, families, groups, communities or communities have different cultures so that health personnel challenge is to change one's cultural opposite of the process of nursing care. transcultural nursing is the process of providing nursing care on their cultural background, this theory was developed leiningier be sunrise models that include some of the several factors in the assessment and third intervention model based cultural background. The objective of tis paper is to analyze the application of Transcultural nursing theory to the task of family health. Using transcultural nursing theory approach to change and or maintaining family health task in a culture be based nursing care practices. The task of family health in very different cultures so as to useapproach **the Transcultural nursing** to individuals and families then will the changes in family health task based culture into compliance with health practices in nursing care.

Keywords: Culture, Family Health Tasks, Transcultural Nursing

PENDAHULUAN

Keluarga merupakan unit pelayanan dasar di masyarakat dan juga merupakan perawat utama dalam anggota keluarga (Mubarak dkk, 2010). Keluarga memiliki lima tugas kesehatan keluarga (friendman & Marilyn, 1988). Dalam tugas kesehatan keluarga, setiap keluarga memiliki perbedaan dalam praktik perawatan keluarga karena dalam setiap keluarga memiliki kebudayaan yang berbeda-beda. Kebudayaan adalah perilaku individu yang berkembang dari waktu ke waktu melalui lingkungan sekitarnya (Giger, 2017).

Indonesia memiliki keragaman budaya sehingga praktik perawatan yang diberikan keluarga kepada keluarga yang sakit akan berbeda-beda berdasarkan praktik perawatan yang ada dalam kebudayaannya. Kebudayaan dalam suatu keluarga akan mempengaruhi proses sehat sakit setiap keluarga tersebut sehingga ketika adanya keluarga yang sakit, maka praktik perawatan yang diberikan oleh keluarga akan sesuai dengan kebudayaan keluarga tersebut (Wulandari, 2016). Keperawatan **transcultural nursing** merupakan prinsip **care** dalam pemberian

asuhan keperawatan harus melihat dari budaya seseorang agar proses asuhan keperawatan berjalan dengan baik dan meningkatkan kesehatan pasien. Proses ini dibentuk dalam sebuah model yang dinamakan **Sunrise Model** berupa asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat atau komunitas berdasarkan latar belakang budaya (Leininger, 1992).

Kesalahan tugas kesehatan keluarga dalam praktik perawatan pada keluarga yang sakit dikarenakan tidak adanya penyesuaian praktik perawatan kesehatan dalam asuhan keperawatan (Repetti dkk, 2002) *unsupportive, and neglectful*. These family characteristics create vulnerabilities and/or interact with genetically based vulnerabilities in offspring that produce disruptions in psychosocial functioning (specifically emotion processing and social competence. Lingkungan sosial dapat mempengaruhi keluarga dalam kebudayaan yang dimilikinya sehingga tugas kesehatan keluarga akan berubah sesuai dengan kebudayaan yang ada pada lingkungannya (Shanas, 1979). Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk menganalisis penerapan teori **transcultural nursing** terhadap tugas kesehatan keluarga.

ANALISIS

Transcultural nursing adalah proses pemberian asuhan keperawatan berdasarkan latar belakang kebudayaan. Transcultural nursing dikembangkan menjadi suatu model yang dinamakan model **Sunrise** untuk menjelaskan teorinya mengenai keragaman asuhan dalam kebudayaan. (Madeleine Leininger, 2002).



Sumber : **Sunrise Model** (Leininger 2002)

Model matahari terbit ini melambangkan esensi keperawatan dalam **transcultural** yang menjelaskan bahwa sebelum memberikan asuhan keperawatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, komunitas, lembaga), perawat terlebih dahulu harus mempunyai pengetahuan mengenai pandangan dunia (**world view**) tentang dimensi dan budaya serta struktur social yang berkembang di berbagai belahan dunia (secara global) maupun masyarakat dalam lingkup yang sempit (Leininger, 1988).

- a. **Worldview** mengacu pada cara orang cenderung memandang dunia mereka atau dunia di sekitar mereka (Leininger 1991a / b; Leininger & McFarland, 2002). **Worldview** memberikan perspektif yang luas tentang orientasi seseorang terhadap kehidupan, individu, atau kelompok yang mempengaruhi tanggapan dan keputusan **care**. **Worldview** memandu keputusan dan tindakan seseorang terkait dengan kesehatan dan kesejahteraan serta tindakan perawatan.
- b. **Culture and Social Structure Dimention** : Faktor yang berpengaruh terkait kebudayaan tertentu yang mencakup keyakinan dalam keluarga, kebijakan politik, keuangan atau ekonomi, kependidikan, teknologi dan nilai budaya yang dapat berpengaruh terhadap perilaku dalam konteks lingkungan yang berbeda.
- c. Model matahari terbit adalah pengembangan dari konsep model asuhan keperawatan trnskultural yang memiliki tujuh faktor dalam melakukan pengkajian.
 - 1) Faktor teknologi meliputi persepsi klien terhadap penggunaan teknologi dalam asuhan keperawatannya, alasan mencari kesehatan, persepsi sehat sakit, kebiasaan dalam mengatasi kesehatan.
 - 2) **Religion/Philosophical Factors**: mengkaji agama yang di anut, kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan, dan konsep diri individu.
 - 3) **Kinship and Social factors** terdiri dari identitas klien, status dalam keluarga, tipe keluarga, siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga, hubungan klien dengan kepala keluarga, kegiatan rutin yang dilakukan keluarga.
 - 4) **Cultural Values, Beliefs and Lifeways factor** meliputi posisi atau jabatan, bahasa yang digunakan, kebiasaan membersihkan diri, kebiasaan makan, makanan pantangan saat sakit, sarana hiburan yang dimanfaatkan, dan persepsi sakit yang berkaitan dengan kegiatan sehari-hari.
 - 5) **Political and Legal factor** meliputi jam berkunjung dan jumlah anggota keluarga yang menunggu.
 - 6) **Economical factor** meliputi sumber ekonomi klien terkait biaya pengobatan seperti pekerjaan klien, penghasilan perbulan dan pemanfaatan asuransi kesehatan sumber biaya pengobatan.

7) Educational factor meliputi pendidikan terakhir, dan seberapa jauh pasien memahami pengetahuan tentang penyakitnya (M. Leininger, 1991) the author has developed and used some general principles to guide transcultural instruction, practice and research. These principles were developed from my transcultural care theory, research studies and direct clinical experiences, consultation and general writings on the subject [Leininger 1967, 1970, 1973, 1976, 1978, 1979, 1980, 1981, 1984a, 1984b, 1988, 1989, 1990]. The principles include some assumptive premises with regard to universal and diverse considerations of human beings with the importance to know and respect the cultural rights of people in order to provide meaningful, satisfying and appropriate culture care to people. Through the years, a number of nursing students, faculty, and clinicians have used these principles, rights and ethical considerations to guide them in their thinking and to protect client’s human and ethical rights. Since many nurses frequently request copies of these statements for teaching, consultation and clinical work, they are published below with this intent in mind.”, “author” : [{ “dropping-particle” : “”, “family” : “Leininger”, “given” : “M.”, “non-dropping-particle” : “”, “parse-names” : false, “suffix” : “” }], “container-title” : “Journal of Transcultural Nursing”, “id” : “ITEM-1”, “issue” : “1”, “issued” : { “date-parts” : [[“1991”]] }, “page” : “21-23”, “title” : “Transcultural Care Principles, Human Rights, and Ethical Considerations”, “type” : “article”, “volume” : “3” }, “uris” : [“http://www.mendeley.com/documents/?uuiid=dca6da08-ed13-4501-a381-76e3af967c5c”] }], “mendeley” : { “formattedCitation” : “(M. Leininger, 1991.

d. Model **Intervention**

Tiga model intervensi yang dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan pada masyarakat yang berbeda kebudayaan:

1) **Culture care preservation /maintenance**

Mengacu pada bantuan, dukungan, memfasilitasi dalam memberikan tindakan profesional atau keputusan yang membantu mempertahankan kebudayaan, atau keyakinan perawatan yang menguntungkan dalam menghadapi cacat dan atau kematian.

2) **Culture care accommodation and-or negotiation**

Mengacu pada tindakan atau keputusan penyedia layanan pendukung, akomodatif, fasilitatif, yang membantu budaya menyesuaikan diri atau bernegosiasi dengan orang lain untuk perawatan yang sesuai secara kultural, aman dan efektif untuk kesehatan, kesejahteraan, atau kesepakatan mereka.

3) **Culture care repatterning and-or restructuring**

Mengacu pada tindakan profesional dan keputusan yang mendukung, mendukung, memfasilitasi, atau memungkinkan, dan keputusan bersama yang akan membantu orang menyusun ulang, mengubah, memodifikasi, atau merestrukturisasi jalan hidup dan institusi mereka untuk pola, praktik, atau hasil perawatan yang lebih baik (atau menguntungkan) (Sagar, 2011).

Penelitian risna dkk (2017) tentang Stigma Keluarga terhadap Penderita Skizofrenia Ditinjau dari Aspek Sosial Budaya dengan Pendekatan **Sunrise Model**. Berdasarkan pendekatan **sunrise model** menggunakan 7 konseptual **sunrise model** dalam penelitian oleh risna dkk tentang stigma keluarga terhadap penderita skizofrenia ditinjau dari aspek sosial budaya dapat dilihat bahwa dengan menggunakan metode 7 konseptual **sunrise model**. Suku sasak memiliki kebudayaan yang bertolak belakang dengan kesehatan dalam melakukan praktik perawatan bayi baru lahir.

Hasil penelitian wulandari (2016) menggunakan metode **action research** bahwasikluspertamaadalah teridentifikasi praktik perawatan memandikan bayi di air mengalir sampai biru dan diyakini akan memperkuat fisik bayi yang dikenal dengan istilah **Kandeu Oro**. Siklus kedua melakukan pendidikan kesehatan kepada keluarga dan mendemonstrasikan cara memandikan bayi dengan benar. Siklus ketiga mempraktekan cara memandikan bayi bersama keluarga. Siklus ke empat melakukan evaluasi dan siklus kelima refleksi dengan tujuan mempertahankan praktik memandikan bayi dengan benar. Metode **transcultural nursing** membawa dampak positif terhadap tugas kesehatan keluarga yang metode ini dapat mengarahkan tugas kesehatan keluarga menjadi ke arah asuhan keperawatan yang sesuai kesehatan.

Penelitian tersebut, mahasiswa keperawatan menggunakan pendekatan **transcultural nursing** berdasarkan tahapan-tahapan **sunrise model** yang sudah sesuai dengan teori. Penerapan proses **sunrise model** sangat baik digunakan terhadap perbedaan budaya dan keyakinan individu, keluarga, kelompok, dan komunitas atau masyarakat yang mana setiap tahapan-tahapan **sunrise model** yang dilakukan oleh mahasiswa keperawatan.

Berdasarkan model **sunrise** tersebut, dalam memberikan pelayanan kepada klien dengan latar belakang budaya yang berbeda, perawat terlebih dahulu harus mampu memahami aspek sosial budaya klien. Bila perawat telah mampu memahami budaya klien, perawat akan mampu menerapkan tahap-tahapan dalam asuhan keperawatan transkultural yang diawali dengan pengkajian aspek sosial budaya klien, kemudian dilanjutkan dengan perumusan rencana intervensi keperawatan (Leininger, 1992).

Budaya sangat berpengaruh terhadap perilaku dan persepsi seseorang terhadap individu dengan kesehatan mental. Disimpulkan bahwa pemahaman budaya terkait stigma sangat berdampak pada individu dengan kesehatan mental (Ahmedani, 2011).

Pengaruh budaya sangat diperhatikan terutama dalam melaksanakan proses keperawatan. Salah satu teori yang diungkapkan pada **middle range theory** adalah **transcultural nursing theory**. Teori ini menjelaskan pemahaman dasar dalam pemberian asuhan keperawatan adalah dengan memiliki kepedulian terhadap keanekaragaman kebudayaan dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan pada klien (Tomey & Alligood, 2006).

Pengkajian keperawatan berlatar belakang kebudayaan sangat dibutuhkan agar memaksimalkan pelayanan keperawatan baik yang dilakukan oleh perawat di pelayanan rumah sakit maupun perawatan yang diberikan keluarga kepada pasien skizofrenia dirumah serta untuk memberikan perawatan pasien skizofrenia berdasarkan kebudayaan yang positif atau tidak bertentangan dengan pemberian tindakan dalam keperawatan pasien skizofrenia. Hasil penelitian risna dkk (2017) bahwa adanya stigma terhadap penderita skizofrenia dalam keluarga tersebut karena dalam keluarga memiliki diskrimansi pada gangguan skizofrenia diketahui melalui penerapan **transcultural nursing**.

Tugas kesehatan keluarga yang ada dalam kebudayaan keluarga sangat tidak sesuai kesehatan karena keluarga memiliki stigma bahwa pasien dengan skizofrenia selalu di abaikan dan tidak diperhatikan baik dalam kebutuhan dasar manusianya (Kamil, dkk 2017).

Penelitian Lucas (2013) tentang **The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health** di universitas swasta brasil tenggara selama kursus “Praktik Keperawatan di Kesehatan Kolektif”. Di Brazil, Kolektif Kesehatan merupakan sebuah bidang ilmiah dan gerakan ideologis yang memberikan kontribusi pada penciptaan Sistem Kesehatan Nasional (SUS). Bidang ilmiah ini mencakup tiga bidang yang terintegrasi: epidemiologi, manajemen kebijakan kesehatan, dan ilmu-ilmu sosial diterapkan untuk kesehatan.

Collective Kesehatan berisi analisis dari perspektif ilmu sosial dan kerangka teoritis dan metodologis dalam proses kesehatan penyakit. Metodologi adalah prosedur ilmiah yang di dalamnya termasuk pembentukan konsep, preposisi, model, hipotesis dan teori, termasuk metode itu sendiri (Tuchman 2011). Penggunaan *flow chart* sunrise model dapat mengetahui kebudayaan yang ada di masyarakat sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dengan model intervensi pada transcultural nursing. Hasil dalam penelitian adalah siswa mampu mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan (Melo, 2013).

KESIMPULAN

Keperawatan Transkultural adalah proses pemberian keperawatan berdasarkan latar belakang kebudayaan setiap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat atau komunitas. Sehingga praktik perawatan dalam tugas kesehatan keluarga akan berdampak positif jika tenaga keperawatan melakukan pendekatan keperawatan transkultural, yang akan mengubah atau menyesuaikan serta mendukung perawatan kepada keluarga yang memiliki kebudayaan dalam perawatan atau tugas kesehatan keluarga.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ucapan terimakasih kepada teman-teman seperjuangan yang memberikan sebuah motivasi dan dukungan baik secara lisan maupun tertulis serta tidak lupa pula penulis berterimakasih kepada :

1. Azizah Khoiriyati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing dalam penyusunan Artikel Ilmiah.
2. Teman-teman seperjuangan yang telah memberikan dukungan dan motivasinya dalam menyusun Artikel Ilmiah.
3. Pihak-pihak lain yang tidak dapat sekiranya penulis sebutkan satu persatu didalam pembuatan tugas ini baik secara lisan maupun Doa.

DAFTAR PUSTAKA

- Kamil, H., Jannah, S. R., & Tahlil, T. (2017). Stigma Keluarga terhadap Penderita Skizofrenia Ditinjau dari Aspek Sosial Budaya dengan Pendekatan Sunrise Model, 121-128.
- Leininger, M. (1991). Transcultural Care Principles, Human Rights, and Ethical Considerations. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/104365969100300105>
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, **13**(3), 189-192-201. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nurs Sci Q*, **1**(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Melo, L. P. de. (2013). The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health. *American Journal of Nursing Research*, **1**(1), 20-23. <https://doi.org/10.12691/ajnr-1-1-3>

- Mubarak dkk (2010). Pengantar dan Teori Ilmu Keperawatan Komunitas. Jakarta : Indonesia Salemba Medika.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. ***Psychological Bulletin***, **128**(2), 330-366. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.128.2.230>
- Sagar, P. (2011). ***Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration***. Retrieved from http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=sc2-iyGnTaYC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Transcultural+Nursing+Theory+and+Models:+Application+in+Nursing+Education,+Practice+and+Administration.&ots=6Nn55VkBiT&sig=oED1jw-GxTMYCr7Rcm4-qlm1n_o
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. ***Gerontologist***, **19**(2), 169-174. <https://doi.org/10.1093/geront/19.2.169>
- Wulandari, A. (2016). No Title. ***Kesehatan Prima***, **10**(February), 1638-1649. Retrieved from <http://poltekkes-mataram.ac.id/wp-content/uploads/2016/06/9.-Ade-Wulandari.pdf>

PENERAPAN TEORI HEALTH CARE SYSTEM BETTY NEUMAN TERHADAP DEPRESI LANSIA

Ardhian Indra Darmawan

Mahasiswa Magister Keperawatan, Peminatan Keperawatan Jiwa, Universitas
Muhammadiyah Yogyakarta, Kampus Pasca Sarjana UMY
Email: dhian.wae@gmail.com

Abstract: Depression is a state of consciousness that shows feelings of sadness, low self-esteem, feeling guilty and blank stares. The state of depression can occur in all age groups especially in the elderly will have physiological and psychological impact. This situation also affects the families in which there are elderly or before the elderly. Someone who entered the elderly are at risk of depression facing the elderly. Health care system theories have intervention in overcoming this problem include primary, secondary and tertiary intervention. **Method:** This study is aimed at respondents who are aged close to the elderly and use the intervention contained in the theory of health care system. **Results:** this study can suppress the outcome of depression when individuals enter in the elderly and prepare individuals to maintain psychological conditions in the elderly. **Conclusion:** Health care system theories can be a form of intervention that can prepare individuals in preventing and reducing depression in the elderly.

Keywords: Depression, pre-elderly, theory of health care system.

PENDAHULUAN

Meningkatnya angka harapan hidup di Indonesia, memberikan dampak pada meningkatnya jumlah manusia yang memasuki masa lansia. Angka harapan hidup yang tinggi selaras dengan peningkatan jumlah lansia, maka hal ini berdampak pada status kesehatan, social dan ekonomi yang dialami oleh individu yang memasuki masa lansia dan keluarga yang didalamnya terdapat lansia. Gambaran yang muncul bagi setiap individu yang akan memasuki fase lansia adalah adanya perubahan pada status terkait dirinya, yang meliputi status ekonomi, kesehatan dan social.

Menurut International Data Base (IDB), bahwa jumlah penduduk yang masuk dalam kategori lanjut usia pada tahun 2000 berjumlah 603.999.996, bertambah jumlahnya menjadi 670.430.020 pada tahun 2005. Tahun 2010 jumlah lansia menjadi 765.226.542 dan diperkirakan akan naik menjadi 1,2 milyar di tahun 2025. Perkiraan tahun 2050 jumlah lansia sebesar 2 milyar. Kejadian persebaran

jumlah lansia paling banyak atau 80% tinggal di Negara Berkembang dan Asia-Pasifik (Rahma, 2013).

Salah satu Negara yang memiliki jumlah penduduk yang besar adalah Indonesia. Jumlah penduduk yang besar maka angka harapan hidup di Indonesia cukup tinggi yang memberikan dampak pada jumlah lanjut usia yang meningkat setiap tahun. Tahun 2011 melalui Dirjen Kemas Depkes RI mengatakan bahwa jumlah lanjut usia di Indonesia pada tahun 2000 berjumlah 14.439.967 jiwa atau 9,77% dari jumlah penduduk yang ada di Indonesia. Tahun 2010 menjadi 28.822.879 jiwa atau 9,77% dan meningkat cukup signifikan pada tahun 2020 mencapai 28.822.879 atau 11,34%. Kondisi seperti ini didasarkan dari suksesnya pembangunan angka harapan hidup di Indonesia (Rahma, 2013).

Secara umum depresi sering dihubungkan dengan morbiditas dan mortalitas. Kondisi ini terjadi melalui beberapa rangkaian kejadian meliputi bunuh diri, disfungsi perilaku kognitif, gangguan tidur, rendahnya tingkat kepuasan hidup dan aktivitas fisik. Identifikasi pada depresi telah dilakukan sebagai upaya untuk pencegahan terhadap beberapa kejadian penyebab dan konsekuensi dari kecacatan terkait penuaan. Pada tahun 2030 depresi menjadi contributor tertinggi kedua untuk beban penyakit global dan mengalami proyeksi berlipat ganda pada tahun 2050 (Jung et al., 2017).

Kejadian depresi pada lansia merupakan hal yang sering dialami dan kejadian ini perlu mendapat perhatian khusus. Dampak yang ditimbulkan dari depresi pada lanjut usia adalah penurunan kemampuan fisik dan kehidupan sosialnya. Prevalensi kejadian depresi sebesar 8 - 15% dari seluruh jumlah penduduk lanjut usia di dunia. Hasil analisis dengan meta analisis setiap Negara yang ada di dunia ini mendapatkan prevalensi depresi pada lanjut usia kurang lebih 13,5% dengan perbandingan kejadian pada perempuan dan laki-laki adalah 14,1 : 8,6. Sedangkan kejadian di Indonesia depresi pada lanjut usia sebesar 44,1% dalam kategori ringan, 18% masuk dalam kategori sedang, 10,8% depresi berat dan 3,2% masuk dalam kategori sangat berat (Sofia & Gusti, 2017). World Health Organization (WHO) memperkirakan berdasarkan hasil observasi yang dilakukan sebesar 121 juta orang di dunia mengalami depresi, dengan prevalensi 10 - 25% dialami oleh perempuan dan 5 - 12%. Sebanyak 850.000 orang setiap tahun melakukan bunuh diri karena alasan yang kuat yaitu bunuh diri. Menurut Disability Adjusted Life Year (DALY), pada tahun 2020 masalah depresi ini akan menduduki peringkat ke dua dunia sebagai masalah universal (Putri & Yanis, 2015).

Teori health care system betty neuman menjelaskan bahwa dalam menyelesaikan permasalahan yang ada dapat digunakan tiga pencegahan yaitu pencegahan primer (bentuk intervensi yang dapat dilakukan jika sudah ditemukan adanya factor resiko), pencegahan sekunder (bentuk intervensi yang dapat diberikan pada bentuk masalah yang sudah muncul) dan pencegahan primer (bentuk intervensi yang diberikan kepada individu sebagai bentuk upaya untuk

mengembalikan kondisi individu kembali pada kondisi sebelum sakit atau muncul masalah). Komponen utama dalam teori betty neuman ini adalah keperawatan, kesehatan, lingkungan dan manusia (Raile Alligood Martha, 2014).

Keadaan yang muncul pada lansia sangat berpotensi untuk menyebabkan lanjut usia mengalami depresi. Bagaimana teori betty neuman ini memandang dalam permasalahan yang terjadi pada lanjut usia tersebut agar tidak mengalami depresi?.

METODE

Dalam berbagai penelitian terkait depresi pada lansia ada beberapa yang memakai metode quasi experiment, mayoritas sampel diambil dari tatanan Panti Wredha dan diluar panti atau yang tinggal dengan keluarganya serta melibatkan keluarga dalam melakukan pengkajian. Beberapa penelitian menggunakan kuesioner dalam melakukan pengambilan data.

HASIL

Mengacu pada teori betty neuman, terjadinya depresi dapat diberikan pencegahan melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier. Beberapa penelitian yang menunjukkan penerapan teori betty neuman dalam kasus depresi pada individu lanjut usia.

Dukungan social menunjukkan peran dalam menjaga lansia untuk bisa bertahan dari masalah depresi, data ini diambil berdasarkan Kuesioner yang dikembangkan untuk mengukur dukungan sosial yang dirasakan dan terdiri dari 12 item yang mengacu pada tiga sumber dukungan: keluarga, teman dan orang istimewa. Masing-masing kelompok terdiri dari empat item. Kuesioner ini memberi skor skala tipe Likert mulai dari 1 (sama sekali tidak setuju) sampai 7 (benar-benar setuju). Jumlah masing-masing kelompok memberikan skor sub skala. Skor berkisar antara 12 dan 84. Semakin tinggi nilai, semakin tinggi pula dukungan sosial yang dirasakan (Patra et al., 2017).

Dalam penelitian lain yang dilakukan di Jepang menunjukkan bahwa aktivitas fisik dapat melindungi lanjut usia dari masalah depresi. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa durasi LPA (aktivitas fisik) sangat terkait dengan gejala depresi. Pedoman aktivitas fisik saat ini yang diajukan oleh American College of Sports Medicine (ACSM) menyatakan bahwa orang dewasa yang lebih tua harus melakukan 150 MVP seminggu penuh. Penelitian Naka-nojo menunjukkan bahwa kesehatan mental yang lebih baik dikaitkan dengan > 4000 langkah / hari dan / atau 5 menit PA di 3 METs. Selain PA, gejala depresi juga terkait dengan aktivitas sosial. Mechakra-Tahiri dkk. melaporkan bahwa dukungan sosial dan kurangnya konflik dalam hubungan intim dikaitkan dengan prevalensi depresi yang lebih rendah. Chiao dkk. juga melaporkan bahwa aktivitas sosial dikaitkan secara signifikan dengan gejala depresi dan status kesehatan.

Konsisten dengan temuan ini, dalam penelitian ini, defisit aktivitas sosial sangat terkait dengan gejala depresi. Secara khusus, setiap hari berbicara, berbicara dengan teman melalui telepon, sesekali mengunjungi teman dan berpaling ke keluarga atau teman untuk mendapatkan saran terkait secara signifikan dengan gejala depresi. Faktor-faktor ini berpotensi ditargetkan untuk memperbaiki gejala depresi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa hubungan dengan orang dalam kehidupan sehari-hari sangat penting dalam hal pencegahan gejala depresi (Jung et al., 2017).

PEMBAHASAN

Beberapa factor yang dapat memicu terjadinya depresi pada lanjut usia yaitu usia, jenis kelamin, status perkawinan, riwayat penyakit, jenjang pendidikan, dan dukungan keluarga (Kurniawan, 2016).

Kami menemukan bahwa ada risiko timbulnya depresi di antara yang belum menikah atau Jika subjek lansia tidak mendapat kunjungan dari keluarga mereka. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara kurangnya dukungan keluarga dan depresi. Oleh karena itu, kami merekomendasikan pentingnya orang tua untuk memastikan dukungan keluarga untuk mencegah depresi. Drageset dkk. Berpendapat bahwa dukungan sosial berkorelasi positif dengan depresi sementara menurut Han et al. Dukungan sosial yang diterima oleh orang yang depresi dapat membantu meringankan gejala depresi. Unsar dkk.

Menekankan pentingnya dukungan keluarga atau tinggal dengan pasangan. Simsek dkk. Menemukan bahwa lansia yang tinggal di rumah jompo mengalami kualitas hidup yang lebih buruk daripada mereka yang tinggal di rumah mereka dengan anak-anak atau pasangan mereka. Kesepian dan depresi sangat terkait dengan jaringan sosial yang buruk. Hal ini mungkin terkait dengan manfaat emosional dukungan social (Patra et al., 2017).

Informasi tentang gejala depresi diperoleh dari laporan sendiri, yang mungkin menyebabkan perkiraan skor total atau klasifikasi kelas laten yang salah. Selanjutnya, informasi ini juga tunduk pada bias ingat. Kesimpulannya, penelitian ini menunjukkan bahwa lebih tua

Berbicara setiap hari, waktu yang dihabiskan untuk berbicara dengan teman, dan proporsi peserta yang terlibat dalam latihan kebiasaan dan olahraga dikaitkan dengan gejala depresi dibandingkan dengan tanpa gejala depresi. Temuan ini menyiratkan bahwa rekomendasi mengenai aktivitas fisik harus mencakup dorongan dan partisipasi dalam jangka waktu yang lebih lama dari aktivitas fisik harian, yang tampaknya efektif dalam mencegah gejala depresi. Studi lebih lanjut, termasuk studi longitudinal, diperlukan untuk mengkonfirmasi manfaat LPA pada gejala depresi.

KESIMPULAN

Dari beberapa penelitian diatas menunjukkan bahwa bentuk pencegahan primer, sekunder dan tersier menjadi hal yang cukup efektif dalam mengatasi masalah depresi pada lansia. Intervensi yang dapat diterapkan adalah dengan meningkatkan aktivitas fisik lansia, tidak membiarkan lansia untuk banyak melamun, melainkan memberikan bentuk aktivitas kepada lansia dengan demikian emosi pada lansia dapat disalurkan dengan bentuk aktivitas. Dengan aktivitas dapat meningkat kualitas hubungan social yang akan merangsang lansia untuk banyak berkomunikasi dengan teman sebaya atau lingkungan tempat lansia berkativitas.

Dukungan social juga perlu didapatkan oleh lansia. Penelitian diatas menunjukkan bahwa lansia yang tinggal dipanti jompo resiko mengalami depresi lebih disbanding yang tinggal dengan keluarganya atau dilingkungan masyarakat. Diciptakannya lingkungan yang positif akan memberikan dampak kepada kondisi psikologis lansia yang positive. Ketika kondisi psikologis lansia yang baik maka secara berkesinambungan kualitas hidup lansia akan baik sampai menjelang akhir hayatnya.

Saran untuk penelitian berikutnya adalah mengkaji lebih dalam hubungan struktur dasar manusia terhadap depresi lansia. Seperti yang tercantum dalam konsep health care system betty neuman.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ditujukan kepada semua pihak yang telah membantu pembuatan manuscript ini dengan baik. Kepada keluarga yang selalu memberikan support doanya yang dipajatkan setiap hari. Dan kepada pihak institusi tempat bekerja yang telah memberikan dukungan materi dan instusi tempat kuliah UMY yang telah memberikan segala bentuk fasilitas untuk menunjang pembelajaran yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Jung, S., Lee, S., Lee, S., Bae, S., Imaoka, M., Harada, K., & Shimada, H. (2017). Relationship between physical activity levels and depressive symptoms in community-dwelling older Japanese adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/ggi.13195>
- Kurniawan, A. (2016). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI TINGKAT DEPRESI PADA LANJUT USIA DI PANTI GRAHA WERDHA MARIE YOSEPH PONTIANAK.

- Patra, P., Alikari, V., Fradelos, E. C., Sachlas, A., Kourakos, M., Paola, A., ... Zyga, S. (2017). *GeNeDis* 2016, **987**, 139-150. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57379-3>
- Putri, F. D., & Yanis, A. (2015). Artikel Penelitian Prevalensi Depresi pada Pensiunan Pegawai Negeri Sipil yang Mengambil Dana Pensiun di Bank BTPN Cabang M . Yamin Padang, **4**(2), 382-386.
- Rahma, P. E. (2013). Pengaruh terapi musik depresi pada lansia terhadap tingkat, **IX**(2), 151-157.
- Raile Alligood Martha. (2014). ***Pakar Teori Keperawatan Ed.8 Vol.2.*** (A. Y. S.Hamid & K. Ibrahim, Eds.) (edisi 8). Elsevier Inc.
- Sofia, R., & Gusti, Y. (2017). HUBUNGAN DEPRESI DENGAN STATUS GIZI LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BELAI KASIH BIREUEN. (***Sains, Teknologi, Ekonomi, Sosial Dan Budaya*** Retrieved from <http://www.jurnal.umuslim.ac.id/index.php/LTR2/article/download/524/386>

ANALYSIS OF MYRA ESTRINE LEVINE (CONSERVATION) APPLICATIONS IN PATIEN HEMORARRGIC POST PARTUM

*Sriyati

*Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: Bleeding, as many as 25% occupy the highest percentage of maternal deaths. Post partum bleeding occupies the highest percentage of sharing types of bleeding. In developed and developing countries, the incidence of post partum bleeding ranges from 5% - 15%. And in Indonesia post partum bleeding occurs as much as 5.1% of all deliveries.

Purpose: The purpose of this article is to analyze Conservation nursing’s theory from Myra Estrine Levine in patients with post partum bleeding.

Conclusion: From the theory, can be concluded that there is a strong energy potential to fight all problems that arise during patients treated in health services. By conducting energy management during the treatment period will help patients to adapt to achieve Wholeness condition.

Keywords: *Conservation, Post Partum Bleeding*

PENDAHULUAN

Kesehatan perempuan memiliki peranan penting dalam meningkatkan kualitas hidup manusia. Salah satu indikator untuk menentukan derajat kesehatan perempuan adalah angka kematian ibu (AKI). Survei Demografi Kesehatan Indonesia pada tahun 2012 melaporkan bahwa AKI secara nasional sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Target AKI dalam pembangunan **Millenium Development Goals** (MDGs) 2015 sebesar 102/100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2012). AKI disebabkan oleh perdarahan setelah persalinan (28%), eklampsia (24%), infeksi (11%), kurang energi setelah melahirkan (9%), abortus (5%), partus lama (5%), emboli(3%), dan anemia (3%). Perdarahan menempati persentase tertinggi penyebab kematian ibu. Perdarahan setelah persalinan menyebabkan masalah kesehatan berkepanjangan bagi perempuan, seperti anemia (Depkes RI, 2010).

Postpartum adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandung seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. (Saleha, 2009). Perdarahan post partum merupakan kehilangan darah lebih dari 500 cc pada persalinan pervaginam dan lebih dari 1000 cc pada persalinan **sectio secarea** (SC).

Perdarahan postpartum menurut waktu terjadinya terdiri dari dua bagian yaitu perdarahan postpartum primer (**early postpartum hemorrhage**) yang terjadi 24 jam setelah melahirkan dan perdarahan postpartum sekunder (**late postpartum hemorrhage**) yang terjadi antara 24 jam sampai enam minggu postpartum (Rath, 2011;Oyelese, 2010).

Kematian ibu (25%) karena perdarahan dan dari jenis perdarahan tersebut perdarahan post partum yang paling sering. Kejadian kematian karena perdarahan post partum 4 kali lebih besar dibandingkan dengan perdarahan ante partum. Perdarahan post partum (HPP) disebabkan karena hal-hal berikut antara lain: 1). Atonia Uteri (50% - 60%) yang disebabkan karena proses persalinan yang lama, pembesaran uterus berlebih pada waktu hamil/overdistensi uterus pada hamil kembar/janin besar, persalinan yang sering atau multiparitas, anastesi yang dalam; 2). Retensio plasenta (16% - 17%) yang disebabkan karena implantasi plasenta yang terlalu dalam pada dinding uterus; 3). Sisa plasenta (23% - 24%) karena ada selaput plasenta/lobus yang tertinggal dalam uterus; 4). Laserasi jalan lahir (4% - 5%) dapat terjadi jika robekan lebar dan dalam, lebih-lebih jika mengenai pembuluh darah dapat menimbulkan perdarahan yang hebat. (5). Kelainan darah (0,5% - 0,8%) karena kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia (Admin, 2009 :1).

Perdarahan post partum dapat terjadi tiba - tiba dan bahkan sangat lambat, perdarahan sedang tetapi menetap dapat berlanjut dalam beberapa hari/ minggu. Perdarahan dapat terjadi dini selama 24 jam setelah melahirkan atau lambat 24 jam setelah melahirkan, sampai hari ke 28 post partum (Bobak dkk, 2004;664).

TUJUAN

1. Tujuan Umum :

Untuk mengetahui dan memahami aplikasi Teori Keperawatan Levine secara nyata di pelayanan parawatan

2. Tujuan Khusus :

- a. Untuk mengetahui dan memahami konsep Teori Levine
- b. Untuk memahami aplikasi Teori Levine dalam proses asuhan keperawatan

ANALISIS APLIKASI TEORI PADA KASUS PERDARAHAN POST PARTUM

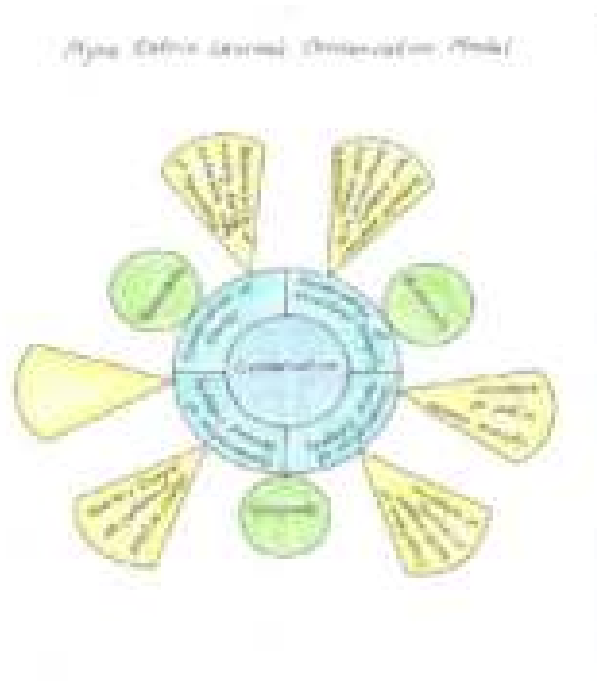
Levine menyatakan bahwa “ **Wholeness emphasizes a sound, organic, progressive mutuality between diversified functions and parts within an entirety, the boundaries of which are open and fluent** “. (Keutuhan menekankan

pada suara, organik, mutualitas progresif antara fungsi yang beragam dan bagian-bagian dalam keseluruhan, batas-batas yang terbuka)” Levine (1973, hal 11) menyatakan bahwa “interaksi terus-menerus dari organisme individu dengan lingkungannya merupakan sistem yang ‘terbuka dan cair’, dan kondisi kesehatan, keutuhan, terwujud ketika interaksi atau adaptasi konstan lingkungan, memungkinkan kemudahan (jaminan integritas) di semua dimensi kehidupan”. Kondisi dinamis dalam interaksi terbuka antara lingkungan internal dan eksternal menyediakan dasar untuk berpikir holistik, memandang individu secara keseluruhan. Untuk mencapai tingkat kesehatan yang utuh (**Wholeness**) tersebut individu memerlukan berbagai jenis adaptasi untuk melawan semua respon yang muncul ketika individu tersebut menghadapi berbagai masalah selama proses penyembuhan.

Adaptasi merupakan sebuah proses perubahan yang bertujuan mempertahankan integritas individu dalam menghadapi realitas lingkungan internal dan eksternal. Konservasi adalah hasil dari adaptasi. Beberapa adaptasi dapat berhasil dan sebagian tidak berhasil. Levine mengemukakan 3 karakter adaptasi yakni: historis, spesificity, dan redundancy.

Prinsip konservasi Levine meliputi :

1. Konservasi Energi, dimana individu memerlukan keseimbangan energi dan memperbaharui energi secara konstan untuk mempertahankan aktivitas hidup.
2. Konservasi Integritas Struktur, penyembuhan adalah suatu proses pergantian dari integritas struktur dimana perawat harus membatasi jumlah jaringan yang terlibat dengan penyakit melalui perubahan fungsi dan intervensi keperawatan.
3. Konservasi Integritas Personal, dimana individu berusaha untuk menentukan pengakuan, penghormatan, kesadaran diri, dan kemandirian. Perawat membantu pasien mendapatkan kembali harga dirinya dan gambaran dirinya untuk bisa pulih dari beban emosional yang disebabkan oleh menurunnya rasa harga diri
4. Konservasi Integritas Sosial, individu dalam kehidupannya memerlukan seorang individu yang diakui sebagai seseorang yang tinggal bersama dalam sebuah keluarga, komunitas, kelompok agama, kelompok etnis, sistem politik dan bangsa. perawat berperan menyediakan kebutuhan terhadap keluarga, membantu kehidupan religius dan menggunakan hubungan interpersonal untuk konservasi integritas sosial.



Kerangka konsep conservation (Levine) Penerapan pada pada pasien Perdarahan Post Partum

Pengkajian pasien diarahkan pada pengumpulan data provokatif melalui wawancara dan observasi dengan menggunakan prinsip konservasi energy, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas social untuk menentukan permasalahan keperawatan yang dialami pasien perdarahan post partum. Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan di analisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Masalah-masalah yang mungkin muncul adalah seperti: Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan; Risiko gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai oksigen; Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka operasi dan proses involusi; Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan luka post operasi; Defisit pengetahuan berhubungan dengan Risiko kegagalan pemberian ASI dan perawatan bayi di rumah. (Nanda, 2011)

Kesehatan ibu selama periode postpartum dapat terganggu karena perubahan fisik dan psikologis. Perubahan psikologis yang terjadi yakni proses adaptasi ibu terhadap peran **Parenting**. Proses ini menurut Reva Rubin terdiri dari tiga fase yakni fase **taking in**, **taking hold** dan **letting go**. (Manurung et al., 2011). Gejala klinik yang muncul pada kasus perdarahan post partum yaitu penurunan tekanan darah, dan pucat dan adanya penurunan kadar hemoglobin. Hal ini terjadi karena adanya hipovolemia sehingga jumlah sel darah merah berkurang. Fungsi hepatosit terganggu sehingga protein yang membawa zat besi hasil pemecahan eritrosit sebagai bahan pembentukan hemoglobin tidak terbentuk (Hoffbrand, Petit, & Moss, 2005).

Dari masalah yang muncul tersebut bentuk tindakan keperawatan yang diberikan adalah pemberian cairan kristaloid. Pemberian cairan kristaloid bertujuan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan. Mengkaji keadaan umum pasien, meliputi kondisi jalan nafas, pola pernafasan, sirkulasi dan monitoring perdarahan pervagina. Mengkaji penyebab perdarahan dan melakukan masase fundus uteri yang bertujuan meningkatkan kontraksi uterus.

Intervensi **konservasi energi** yang dilakukan oleh perawat yaitu memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan oksigen, kebutuhan nutrisi dan kebutuhan akan istirahat yang cukup bagi pasien. Intervensi **integritas Struktur** yang dilakukan oleh perawat adalah memberikan dukungan kepada pasien agar tidak terjadi infeksi baik pada lokasi bekas operasi, lokasi bekas tusukan jarum infus dan lokasi terpasangnya kateter urine melalui intervensi keperawatan.

Intervensi **konservasi integritas Personal** yang dilakukan oleh perawat adalah memonitor keberhasilan ibu dalam proses IMD, pengeluaran ASI dari ibu dan keberhasilan menghisap pada bayi. (Fikawati and Syafiq, 2010). Intervensi **konservasi integritas Sosial** yang dilakukan oleh perawat adalah persiapan untuk perawatan di rumah dengan mendorong suami dan semua anggota keluarga untuk membantu si ibu untuk proses menyusui dan perawatan bayi di rumah sehingga kebutuhan ibu akan penyembuhan post operasi dapat tercapai, bayi mendapatkan nutrisi dari ASI yang cukup dan ibu dapat beraktifitas kembali secara normal. Penekanan menyusui dengan sempurna perlu diberikan pada ibu. Hal ini sesuai dengan firman Allah S.W.T

“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan” [QS al-Baqoroh [2] : 233]

“ Dan Kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah, dan menyapihnya dalam dua tahun.” [QS Luqman [31]: 14]

KESIMPULAN

Teori keperawatan **konservasi Levine** berpendapat bahwa pasien mempunyai potensi energy yang kuat untuk melawan semua masalah yang muncul selama pasien dirawat di pelayanan kesehatan. Ibu dengan perdarahan post partum banyak mengalami kehilangan energy selama proses persalinan sehingga perlu mendapat keseimbangan energi untuk mendapatkan kondisi pulih kembali seperti sedia kala. Selain itu pasien juga mengalami masalah integritas struktural, integritas personal dan sosial yang semuanya ini memerlukan dukungan yang kuat baik dari tenaga kesehatan maupun keluarga. Sehingga Teori keperawatan **Conservation Levine** sesuai dan dapat diaplikasikan pada kasus paska perdarahan post partum yang membutuhkan keseimbangan energi untuk mempertahankan kehidupannya. Dimana tujuan utama Teori keperawatan “**Conservation Levine**” ini tercapainya keutuhan (**wholeness**) dari adaptasi pasien itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin. (2009). Perdarahan PostPartum. ([http://medlinux.blogspot.com/2009/02/perdarahan - post partum.html](http://medlinux.blogspot.com/2009/02/perdarahan-post-partum.html), diakses tanggal 20 april 2010)
- Al Qur'an, Surat Al-Baqoroh [2] : 233
- Al Qur'an, Surat Luqman [31]: 14.
- Bobak Dkk. (2004). **Buku Ajar Keperawatan Maternitas edisi 4**. Jakarta . EGC.
- Depkes RI. (2010). **Rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2010 - 2014**. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2013). **Rencana aksi percepatan penurunan angka kematian ibu di Indonesia**. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu Ditjen Bina Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan RI.
- Fikawati, S., Syafiq, A., 2010. Kajian implementasi dan kebijakan air susu ibu eksklusif dan inisiasi menyusui dini di Indonesia. Makara kesehatan. 14 17-24
- Hidayat,A.Aziz Alimut,2006, **Kebutuhan Dasar Manusia**,Jakarta:Salemba Medika
- Hoffbrand, A.V., Petit, J.E., & Moss. P.A.H. (2005). Kapita selekta hematologi. Jakarta: EGC.
- Manurung, S., Lestari, T.R., Wiradwiyana, B., Karma, A., Paulina, K., others, 2011. Efektivitas Terapi Musik Terhadap Pencegahan Postpartum Blues Pada Ibu Primipara Di Ruang Kebidanan Rsup Cipto Mangunkusumo Jakarta PUSAT. Bul. Penelit. Sist. Kesehat. 14.
- Nanda. 2011. *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*. Jakarta : EGC.
- Oyelese, Y., & Ananth, C.V. (2010). Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. **Clinical obstetrics and gynecology**. 53(1) : 147 - 156.
- Rath, W.H. (2011). Postpartum hemorrhage: update on problems of definition and diagnosis. **Acta obstetricia et**
- Saleha. (2009). Konsep Dasar Postpartum. 6 februari 2014.
- Sunarno and others, Penerapan Teori Keperawatan Need for Help Wiedenbach dan Conservation Levine pada Asuhan Keperawatan Ibu Perdarahan Post Partum , 2015, Jurnal Keperawatan
- UNFPA. (2012). **People and possibilities in a world of 7 billion**.www.unfpa.org.swp

ANALISIS APLIKASI TEORI KEPERAWATAN HIDEGARD E. PEPLAU PADA PASIEN HALUSINASI DENGAN METODE COGNITIVE BEHAVIOUR SOSIAL SKILL TRAINING

Bayu Seto Rindi Atmojo

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email: bayuatmojo97@gmail.com

Abstract: Hallucinations is one of a symptoms of psychiatric disorder whereas the patient has a perception sensory change, false sensation such as sound, sight, taste, touch or exist. **Model concept and nursing theory described by Peplau describes the ability to understand themselves and others who use the basic human relationship that includes four main components, namely patient, nurse's role, a source of trouble and interpersonal process.** The **study design was quasi-experimental pre- post test with control group. Result showed that shorten intensive phase was found in experimental group rather than control group with value $p < 0.001$ and greater hallucinations symptom lowering was found in experimental group rather than control group with value $p < 0.001$.** **In conclusion giving** Base on this finding, recommended cognitive behaviour social skills training become to specialist standard therapy in psychiatric nursing and may used for hallucinations

Key words: Hallucinations, **Cognitive Behaviour Social Skill Training**, models concept peplau.

PENDAHULUAN

Sekitar 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa (WHO, 2006). Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI pada tahun 2007 menunjukkan data prevalensi nasional untuk gangguan jiwa berat pada usia > 15 tahun adalah 0,46%. Berdasarkan temuan tersebut maka estimasi jumlah penyandang gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 772.800 orang (Keliat, 2013). Prevalensi tertinggi untuk gangguan jiwa berat di Provinsi DKI Jakarta (2,03%), di Jawa Barat (0,20%) dan kota Bogor (0,40%). Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa ada kecenderungan peningkatan masalah kesehatan jiwa terutama gangguan jiwa berat dari tahun ke tahun.

Prevalensi gangguan jiwa di Instalasi Pelayanan Kesehatan Jiwa RSUD Banyumas menurut data satu tahun yang lalu periode 2016 yang terdiri dari Halusinasi dengan jumlah 311, Resiko perilaku kekerasan 306,

Isolasi sosial 13, Harga diri rendah 9, Gangguan pola tidur 21, dan Gangguan interaksi sosial dengan jumlah 14 (RSUD Banyumas, 2016).

Berdasarkan survey serta pengalaman merawat 42 klien di rumah sakit jiwa khususnya ruang psikiatri (Yudistira dan Kresna laki) diperoleh gambaran diagnosis medis schizofrenia paranoid (92%), bipolar (3%), psikotik Akut (5%). Gambaran masalah keperawatan yakni 82,3% pasien mengalami halusinasi, 75% isolasi sosial, resiko perilaku kekerasan 41%, harga diri rendah, 52,9%, defisit perawatan diri 91,1%, dan 80% regimen terapeutik inefektif. Karakteristik pasien.

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghiduan. Untuk mengatasi halusinasi yang biasa digunakan yaitu dengan menggunakan standar operasional prosedur (SOP) atau Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang hasilnya belum optimal. Terapi Cognitive Behavioral Social Skill Training melatih teknik koping, meningkatkan fungsi kognitif dan perilaku, ketrampilan fungsi sosial, problem-solving, dan mengatasi gangguan neurokognitif. Teori keperawatan yang relevan dengan kasus yang halusinasi adalah teori Peplau.

Menurut teori Peplau, keperawatan adalah terapeutik yaitu satu seni menyembuhkan, menolong individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan. Keperawatan dapat dipandang sebagai satu proses interpersonal karena melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Alligood & Tomey, 2010).

Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh Peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup 4 komponen utama yaitu Pasien, Peran perawat, sumber kesulitan dan proses interpersonal. Proses interpersonal Peplau diuraikan menjadi 4 fase hubungan perawat klien yaitu: fase orientasi, fase identifikasi, fase eksploitasi, dan fase resolusi. Cognition behaviour sosial skill Training adalah suatu teknik untuk membantu mengatasi sumber masalah klien yaitu pasien yang mempunyai gangguan neurokognitif

KONSEP DASAR HALUSINASI

Halusinasi merupakan perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang diterima disertai dengan penurunan berlebih distorsi atau kerusakan respon beberapa stimulus (Nanda, 2005). Berdasarkan beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa merupakan gangguan respon dalam rentang respon neurobiologi yang bersifat maladaptif yang tampak pada adanya kelainan pikiran, perasaan, dan perilaku. Stresor yang menjadi stimulus munculnya halusinasi pada individu terdiri atas stresor biologis, psikologis, dan sosiokultural (Stuart, 2009).

Gangguan halusinasi pada penderita skizofrenia dapat diakibatkan oleh gangguan perkembangan saraf otak yang beraneka ragam (Stuart & Laraia, 2005). Secara genetik dalam kenyataannya hanya 36.6% ditemukan klien skizofrenia yang orang tuanya juga mengalami skizofrenia. Penelitian lain menyatakan bahwa gangguan pada perkembangan otak janin juga turut berkontribusi terhadap timbulnya skizofrenia di kemudian hari (Hawari, 2001). Perilaku psikotik berhubungan dengan lesi pada temporal frontalis, dan daerah limbic pada otak, disregulasi dari system neurotransmitter berhubungan dengan area tersebut.

Faktor predisposisi dan presipitasi pada klien halusinasi disebabkan karena faktor biologi, psikologis dan sosiokultural dan ketika individu mendapatkan stresor dari faktor predisposisi dan presipitasi ini maka individu akan menunjukkan tanda dan gejala atau penilaian terhadap stressor. Penilaian terhadap stressor pada klien halusinasi di tunjukkan dengan berbagai respon yaitu respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada klien halusinasi respon kognitif berupa mendengar suara-suara, sulit konsentrasi dan mengambil keputusan, ambivalen, merasa kesepian, merasa ditolak orang lain/lingkungan, dan merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, serta tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan (Stuart, 2009). Penjelasan tersebut mengindikasikan bahwa adanya kesalahan kognitif seseorang dalam mempersepsikan stressor yang datang dapat menjadi penyebab dan pencetus munculnya masalah keperawatan pada pasien gangguan jiwa.

Salah satu penyebab dari halusinasi adalah harga diri rendah, individu dengan harga diri rendah akan mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal sehingga dalam melakukan hubungan sosial individu tersebut seringkali berespon atau berperilaku maladaptive. Data Riset Kesehatan Dasar (2013), menunjukkan prevalensi gangguan jiwa secara nasional mencapai 5,6% dari jumlah penduduk dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat 4 sampai 5 orang mengalami gangguan jiwa.

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia diperkirakan akan terus bertambah seiring dengan meningkatkannya beban hidup yang dihadapi oleh masyarakat Indonesia (Hidayati, 2012). Prevalensi gangguan jiwa di Instalasi Pelayanan Kesehatan Jiwa RSUD Banyumas menurut data satu tahun yang lalu periode 2016 yang terdiri dari Halusinasi dengan jumlah 311, Resiko perilaku kekerasan 306, Isolasi sosial 13, Harga diri rendah 9, Gangguan pola tidur 21, dan Gangguan interaksi sosial dengan jumlah 14 (RSUD Banyumas, 2016).

TERAPI CBSST

CBSST adalah group psikoterapi yang merupakan kombinasi cognitive behavioral therapy (CBT) dan social skills training (SST) untuk meningkatkan fungsi kognitif (proses kognitif) dan ketrampilan fungsi sosial pada klien skizofrenia. CBSST dikembangkan oleh McQuaid, dkk melalui pilot studi dan studi kasus pada tahun

1999 dengan tujuan untuk meningkatkan fungsi dan kualitas hidup individu usia pertengahan dan usia lanjut yang menderita skizofrenia (McQuaid, dkk, 2000). Menurut Granholm (2006) CBSST bertujuan untuk melatih teknik koping, meningkatkan fungsi kognitif dan perilaku, ketrampilan fungsi sosial, problem-solving, dan mengatasi gangguan neurokognitif.

Teknis pelaksanaan CBSST disusun berdasarkan modifikasi dari modul CBSST yang dikembangkan oleh McQuaid, dkk, (2000), sesi pelaksanaan CBT kelompok oleh Barrowclough, dkk (2006), modul CBT yang dikembangkan oleh Sasmita (2007) dan Fauziah (2009), serta modul SST yang dikembangkan oleh Renidayati (2008).

Modul CBSST terdiri dari 2 (dua) bagian, dimana bagian 1 (satu) berfokus pada cognitive behavioral skills yang terdiri dari 3 (tiga) sesi dan bagian 2 (dua) berfokus pada SST yang terdiri dari 3 (tiga) sesi, sehingga total menjadi 6 (enam) sesi dan 60 menit setiap sesinya. Pada setiap sesi klien menggunakan catatan atau buku kerja untuk keberlangsungan latihan yang diberikan pada klien.

Pada sesi 1-2 klien diarahkan untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif yaitu perilaku yang berhubungan dengan interaksi sosial. Selanjutnya klien dilatih mengidentifikasi pikiran untuk melawan atau memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif dan memilih perilaku baru yang akan dilatih sebagai pengganti perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif.

Pada sesi 3-6 klien akan diberikan latihan untuk meningkatkan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial. Pelaksanaan sesi 3-5 dengan menggunakan 4 (empat) metoda pada SST yaitu 1) modelling, adalah terapis melakukan demonstrasi tindakan ketrampilan yang akan dilakukan; 2) role-playing, yaitu tahap bermain peran, dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan/ketrampilan yang telah dilakukan/diperankan oleh terapis; 3) **performance feedback**, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; dan 4) transfer training, yakni tahap pemindahan ketrampilan yang diperoleh klien ke dalam praktik sehari-hari. Pada sesi 6 (enam) klien akan dilatih mengungkapkan pendapatnya tentang manfaat latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi.

Berikut ini sesi-sesi pelaksanaan CBSST :

Sesi 1: Orientasi kelompok, pengkajian dan formulasi masalah. Identifikasi pikiran otomatis negatif dan perilaku menyimpang akibat pikiran otomatis negatif khususnya perilaku isolasi sosial, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu, melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional dan membuat catatan pada buku kerja klien.

Sesi 2: Melatih memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif. Mengevaluasi evaluasi sesi 1, memilih pikiran otomatis negative kedua, mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif kedua dan latihan melawan pikiran negatif kedua dengan menggunakan pikiran rasional.

Sesi 3: Melatih ketrampilan merubah perilaku negative Evaluasi sesi 1 dan 2, memilih perilaku baru untuk dilatih yaitu komunikasi dasar (verbal dan nonverbal). Komunikasi verbal meliputi mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya serta klarifikasi. Komunikasi non verbal (bahasa tubuh) meliputi kontak mata, tersenyum, berjabat tangan, duduk tegak/posisi tubuh saat berkomunikasi.

Sesi 4: Melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan Evaluasi sesi 1-3, melatih kemampuan komunikasi dalam menjalin persahabatan: meliputi komunikasi untuk meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain, komunikasi saat menerima dan memberikan pujian kepada orang lain.

Sesi 5: Melatih komunikasi untuk mengatasi situasi sulit Evaluasi sesi 1-4, melatih kemampuan komunikasi dalam situasi sulit, meliputi: komunikasi saat menerima dan memberikan kritik kepada orang lain, komunikasi untuk menyampaikan penolakan dan menerima penolakan dari orang lain, sertakomunikasi saat menerima dan memberikan maaf kepada orang lain.

Sesi 6: Melakukan evaluasi latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi Evaluasi sesi 1-5, melatih kemampuan klien mengemukakan pendapat tentang manfaat kegiatan yang telah dilakukan yaitu latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi.

KONSEP MODEL TEORI PEPLAU

Menurut Peplau, keperawatan adalah terapeutik yaitu seni menyembuhkan, menolong individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan. Keperawatan dapat dipandang sebagai satu proses interpersonal karena melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Alligood & Tomey, 2010). Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh Peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup 4 komponen utama, yaitu:

1. Pasien

Pasien adalah subjek yang langsung dipengaruhi oleh adanya proses interpersonal. Sistem yang berkembang pada individu terdiri dari karakteristik biokimia, fisiologis, interpersonal dan kebutuhan serta selalu berupaya memenuhi kebutuhannya dan mengintegrasikan pengalaman yang didapatkan sebagai bagian dari proses belajar.

2. Peran perawat

Perawat berperan mengatur tujuan dan proses interaksi interpersonal dengan pasien yang bersifat partisipatif, sedangkan pasien mengendalikan isi yang menjadi tujuan. Ketika perawat dan klien pertama kali mengidentifikasi satu masalah dan mulai fokus pada tindakan yang tepat, pendekatan yang dilakukan melalui perbedaan latar belakang dan keunikan setiap individu. Setiap individu dapat dipandang sebagai satu struktur yang unik meliputi aspek bio-psiko-spiritual dan sosial yang satu dengan yang lain tidak bertentangan. Hal ini berarti dalam hubungannya dengan pasien, perawat berperan sebagai orang asing, pendidik, narasumber, pengasuh pengganti, pemimpin dan konselor sesuai dengan fase proses interpersonal. Perawat perlu memahami tentang teori perkembangan, konsep adaptasi kehidupan, respon konflik, memiliki wawasan yang luas tentang peran keperawatan profesional dalam proses hubungan interpersonal.

1) Peran Orang Asing (***role of the stranger***)

Peran pertama adalah peran dari orang asing. Peplau menyatakan karena klien dan perawat adalah orang asing bagi satu dan lainnya, maka klien harus diperlakukan secara sopan. Dengan kata lain, perawat tidak boleh melakukan penilaian terlebih dahulu, namun harus bersikap menerimanya apa adanya yang dialami oleh klien. Selama fase non personal ini, perawat harus memperlakukan klien secara penuh perasaan, perawat menerima klien secara obyektif. Tidak boleh ada rasa curiga pada perawat dan berbagai prediksi yang diasumsikan sendiri oleh perawat.

2) Peran nara sumber pribadi (***role of resource person***)

Peran dari seorang nara sumber, perawat memberikan jawaban-jawaban spesifik dari tiap pertanyaan, terutama mengenai informasi kesehatan dan menginterpretasikan kepada klien bagaimana perawatan dan rencana medis untuk hal tersebut. Pertanyaan-pertanyaan ini terkadang muncul dari konteks permasalahan yang lebar.

3) Peran Pengajaran (***teaching role***)

Merupakan kombinasi dari seluruh peran dan selalu berasal dari yang diketahui klien dan dikembangkan dari minatnya dalam keinginannya dan kemampuannya menggunakan informasi. Bentuk-bentuk pengajaran didasari oleh teknik psikoterapi dengan metode konseling.

4) Peran kepemimpinan (***leadership role***)

Perawat membantu klien mengerjakan tugas-tugas melalui hubungan kooperatif dan partisipatif aktif.

5) Peran pengganti/wali (***surrogate role***)

Klien menganggap perawat berperan sebagai walinya. Sikap dan perilaku

perawat dapat memberi perasaan tersendiri bagi klien yang bersifat reaktif yang muncul dari hubungan sebelumnya. Fungsi perawat untuk membimbing klien mengenali dirinya dengan sosok yang klien bayangkan. Perawat membantu klien melihat diri perawat dengan sosok yang dibayangkannya. Perawat dan klien mendefinisikan area keterikatan, ketidakterikatan dan antar keterikatan.

6) Peran penasehat (**counseling role**)

Peplau mempercayai bahwa peran penasehat memiliki peran besar dalam hubungan perawat-klien. Penasehat berfungsi dalam hubungan perawat-klien melalui cara perawat merespon kebutuhan klien. Melalui peran konseling iniperawat mempromosikan pengalaman yang penting tentang kesehatan. Klien mempunyai kesadaran diri untuk meningkatkan kesehatan, mengidentifikasi adanya ancaman kesehatan, dan belajar dari kejadian interpersonal.

3. Sumber kesulitan

Anietas berat yang disebabkan oleh kesulitan mengintegrasikan pengalaman interpersonal yang lalu dengan yang sekarang. Ansietas terjadi apabila komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologi dan biologi individu. Dalam model peplau ansietas merupakan kosep yang berperan penting karena berkaitan langsung dengan kondisi sakit. Dalam keadaan sakit biasanya tingkat ansietas meningkat. Oleh karena itu perawat pada saat ini harus mengkaji tingkat ansietas klien. berkurang ansietas menunjukkan bahwa kondisi klien semakin baik.

4. Proses interpersonal

Proses interpersonal Peplau diuraikan menjadi 4 fase hubungan perawat klien yaitu: fase orientasi, fase identifikasi, fase eksploitasi, dan fase resolusi.

1) Fase orientasi

Pada fase orientasi, perawat memfasilitasi klien untuk mengenali masalahnya dan apa yang diperlukan klien, dan apa yang bisa dilakukan oleh perawat untuk membantu klien. Pada fase orientasi ini kegiatan lebih difokuskan untuk membantu klien menyadari ketersediaan bantuan dan mengembangkan rasa percaya klien terhadap kemampuan perawat untuk berperan serta secara efektif dalam pemberian bantuan kepada klien. Tahap ini ditandai dimana perawat melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan klien dan terjadi proses pengumpulan data. Penerapan teori Peplau pada fase orientasi, difokuskan untuk membina hubungan saling percaya karena merupakan pertama kalinya klien bertemudengan perawat dan peran perawat sebagai **stranger** (orang asing) bagi klien.

2) Fase Identifikasi.

Klien mengidentifikasi masalah dan kebutuhannya bersama orang lain yang dapat membantunya. Perawat membantu mengeksplorasi perasaan dan membantu klien dalam penyakit yang dirasakan sebagai suatu pengalaman yang mengorientasi ulang perasaannya dan menguatkan kekuatan positif pada kepribadiannya dan memberikan kepuasan.

Proses identifikasi terjadi ketika perawat memfasilitasi ekspresi perilaku klien dan memberikan asuhan keperawatan yang diterima klien tanpa penolakan terhadap perawat. Fase ini merupakan tahap pengkajian dan dasar perawat menentukan tindakan apa yang akan dilakukan terhadap klien. Perawat menentukan keadaan klien pada tahap perilaku kekerasan setelah mengidentifikasi kemampuan-kemampuan yang telah dimiliki klien. Peran perawat pada fase *identifikasi* ini adalah sebagai wali atau pengganti.

3). Fase Eksploitasi.

Klien menerima penuh nilai yang ditawarkan oleh perawat melalui adanya proses hubungan. Fase eksploitasi merupakan situasi dimana klien dapat merasakan adanya nilai hubungan sesuai pandangan/persepsinya terhadap situasi. Fase ini merupakan inti hubungan dalam proses interpersonal. Dalam fase ini perawat membantu klien dalam memberikan gambaran kondisi klien dan seluruh aspek yang terlibat didalamnya. Fase ini perawat mendiskusikan lebih mendalam dan memilih alternatif terhadap permasalahan yang dialami klien.

Proses ini membutuhkan banyak energi agar dapat mentransfer energi klien dari yang negatif menjadi seorang yang positif dan produktif. Perawat berperan sebagai pendidik pada yang mengajarkan klien tentang apa yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan, perawat mengajarkan dan memberikan informasi kepada klien tentang cara mengatasi dan penyelesaian masalah.

Peran perawat sebagai narasumber yang memberikan informasi kepada klien berbagai informasi dari pengobatan, tindakan keperawatan dalam membantu klien dan **counselor** juga dapat dilihat pada fase ini.

Selama fase ini klien akan mendapatkan semua yang dari perawat. Perawat memberikan semua informasi, dan kebutuhan klien terkait dengan penyembuhan dan kebutuhan perawatan klien. Pada fase inilah peran perawat secara keseluruhan terkait, selain sebagai peran pendidik, narasumber, pemimpin, pengganti dan juga peran sebagai penasehat.

4) Fase Resolusi.

Pada fase ini perawat mengakhiri hubungan interpersonalnya dengan klien. Tujuan lama yang akan dicapai dikesampingkan dan diganti dengan tujuan baru. Ini adalah proses dimana klien membebaskan dirinya dari identifikasi dengan perawat. Secara bertahap klien melepaskan diri dari perawat. Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi ke arah realisasi potensi.

Sebelum mengakhiri fase ini perawat mengevaluasi kemampuan klien baik secara subjektif maupun objektif (kognitif, afektif dan psikomotor) berdasarkan kriteria tujuan keperawatan pada tahap ini klien sudah menemukan **problem solving** baru dalam mengatasi masalahnya dan mengaplikasikannya sehari-hari sesuai dengan jadwal yang telah disusun.

Untuk mengurangi rasa ketergantungan pada perawat, tindakan yang dilakukan perawat adalah mempersiapkan kemandirian klien dengan cara memaksimalkan sumber kopling klien dan keluarga dalam mempersiapkan klien untuk pulang. Dukungan keluarga sangat penting sehingga keluarga harus dilibatkan dari awal, perawat juga harus mempersiapkan lingkungan klien melalui keluarga untuk mempertahankan sikap dan pikiran positif klien ketika klien pulang.

HUBUNGAN ANTARA FASE-FASE PEPLAU DAN PROSES KEPERAWATAN

Peplau pada empat fase orientasi, identifikasi, eksploitasi, dan resolusi dapat dibandingkan dengan proses keperawatan seperti yang dibahas dalam (Tabel 2.1). Proses keperawatan didefinisikan sebagai “aktivitas intelektual” yang disengaja dimana praktek keperawatan didekati secara tertib, sistematis. Ada banyak kesamaan antara proses keperawatan dan fase interpersonal Peplau. Fase Peplau dan proses keperawatan berurutan dan fokus pada interaksi terapeutik. Keduanya bila menemui “stress” harus menggunakan tehnik **problem solving** secara kolaboratif, dengan tujuan akhir adalah menemukan kebutuhan pasien. Keduanya menggunakan observasi, komunikasi, dan **recording** sebagai alat dasar untuk praktek perawat. Ada perbedaan juga antara fase Peplau dan proses keperawatan. Keperawatan profesional saat ini memiliki pengertian tujuan yang lebih jelas dan memiliki area praktek yang spesifik. Keperawatan beranjak dari peran **physician’s helper** ke arah **consumer advocay**. Peplau mengidentifikasi kebutuhan, frustrasi, konflik dan kecemasan sebagai konsep utama pada situasi keperawatan.

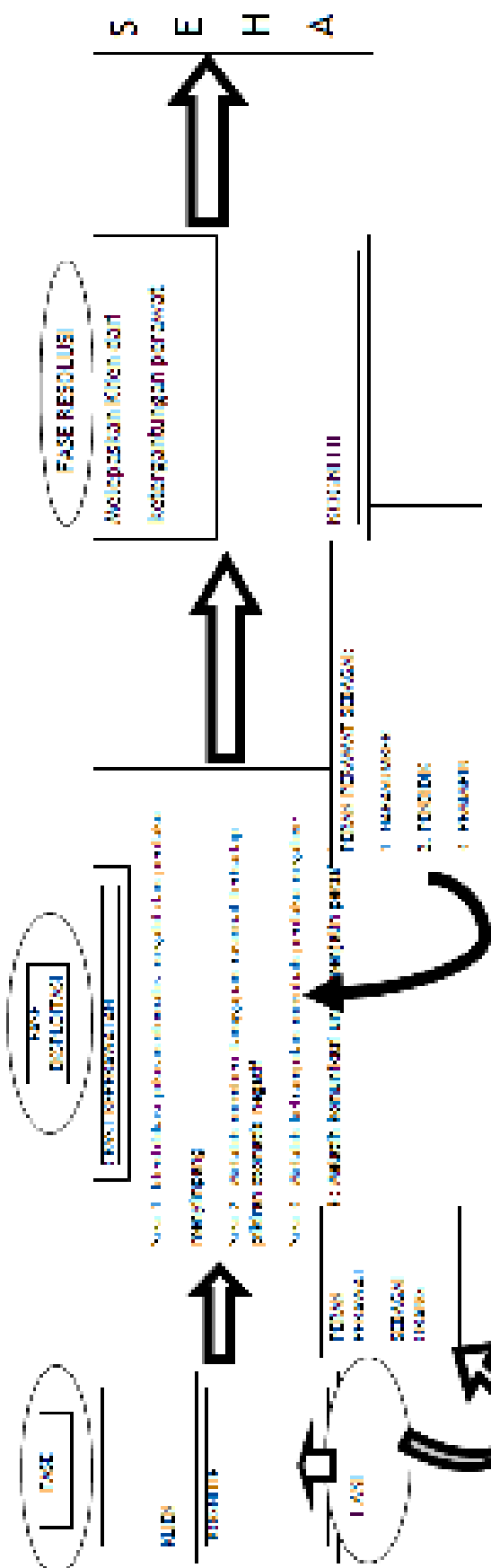
Tahap orientasi Peplau yang sejajar dengan awal fase pengkajian baik perawat maupun pasien datang bersama-sama sebagai orang asing. Pertemuan ini di prakarsai oleh pasien yang menyatakan kebutuhan, meskipun kebutuhan tidak selalu bisa dipahami. Secara bersama perawat dan pasien mulai bekerja

melalui mengenali, memperjelas dan mendefinisikan fakta terkait kebutuhan ini. Langkah ini disebut sebagai pengumpulan data dalam tahap penilaian dari proses keperawatan.

Tahap berikutnya pada proses keperawatan adalah perencanaan. Dalam tahap perencanaan proses keperawatan, perawat secara khusus merumuskan bagaimana pasien akan mencapai tujuan yang ditetapkan. Pada Peplau menekankan bahwa perawat ingin mengembangkan hubungan terapeutik sehingga kecemasan pasien akan disalurkan secara konstruktif untuk mencari sumber daya, sehingga menurunkan perasaan putus asa. Langkah dalam perencanaan masih dapat dipertimbangkan dalam fase identifikasi Peplau.

Pada tahap implementasi, seperti dalam fase eksploitasi Peplau, pasien akhirnya menuai manfaat dari hubungan terapeutik dengan menggambarkan pada pengetahuan dan keahlian perawat. Dalam kedua fase (implementasi dan eksploitasi), rencana individual telah terbentuk, berdasarkan kepentingan dan kebutuhan pasien. Oleh karena itu di kedua rencana yang di prakarsai menuju penyelesaian tujuan yang diinginkan. Ada perbedaan implementasi dan eksploitasi, pada fase eksploitasi, pasien adalah orang yang aktif mencari berbagai jenis layanan untuk memperoleh manfaat maksimal yang tersedia sedangkan implementasi ditentukan oleh rencana atau melaksanakan prosedur. Eksploitasi berorientasi pada pasien, sedangkan pelaksanaannya dapat dilakukan oleh pasien atau oleh orang lain termasuk para profesional kesehatan dan keluarga pasien.

Pada fase resolusi Peplau, fase-fase lain telah berhasil dipenuhi, kebutuhan telah dipenuhi serta resolusi dan pemberhentian adalah hasil akhir. Dalam proses keperawatan evaluasi merupakan langkah terpisah dan menetapkan perilaku akhir yang diharapkan digunakan sebagai alat untuk evaluasi. Dalam evaluasi, jika situasinya jelas masalah bergerak ke arah penghentian. Jika masalah tidak terselesaikan, bagaimanapun tujuan dan sasaran tidak tercapai dan jika perawatan tidak efektif penilaian ulang harus dilakukan, tujuan-tujuan baru, perencanaan, implementasi dan evaluasi kemudian disusun.



Skema 2.1. Penerapan **Cognitive Behavior Therapy** pada Klien Halusinasi dengan pendekatan teori hubungan interpersonal Peplau
 (sumber : muh zuhri, universitas indonesia)

Skema 2.1. Penerapan **Cognitive Behavior Therapy** pada Klien Halusinasi dengan pendekatan teori hubungan interpersonal Peplau
 (sumber : muh zuhri, universitas indonesia)

KESIMPULAN

Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi merupakan perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang diterima disertai dengan penurunan berlebihan distorsi atau kerusakan respon beberapa stimulus (Nanda, 2005). Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa halusinasi merupakan distorsi persepsi yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif, pengalaman sensori yang salah/palsu yang dapat terjadi pada indra pendengaran, penglihatan, pengecap, perabaan dan penciuman.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa merupakan gangguan respon dalam rentang respon neurobiologi yang bersifat maladaptif yang tampak pada adanya kelainan pikiran, perasaan, dan perilaku

DAFTAR PUSTAKA

- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., . . . Berntson, G. G. (2002). ***Loneliness and Health: Potential Mechanisms***. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). ***Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. Perspectives in Biology and Medicine***, 46, S39-S52
- Carson, V.B. (2000). ***Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey***. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Chen, K, & walk. (2006). ***Social Skills Training Intervension for Student with Emotional/Behavioral Disorder: A Literature Review from American Perspective***. [www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15\(3\)%social % 20 skills pdf](http://www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15(3)%social%20skills.pdf). September 12, 2017
- Copel, L.C. (2007). ***Kesehatan Jiwa dan Psikiatri: Pedoman Klinis Perawat***. Jakarta, EGC.
- Dalami, Ermawati, et al. (2009). ***Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa***. Jakarta: Trans Info Media.
- Eikens, C. (2000) ***Social Skill Training***, WWW.Patneal.Org/TBI. Pdf diperoleh tanggal 20 September 2017
- Fauziah. (2009). ***Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif (TPK) Pada Klien Skozofrenia Dengan Perilaku Kekerasan di Rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor***. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.

- Fitzpatrick, J.J & Whall, A. L (1989). **Conceptual model of nursing analysis and application**. (2nd ed).Appleton & Lange. Norwalk, Connecticut San Marino, California.
- Fontaine, K.L. (2009). **Mental Health Nursing**. 7th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc
- Fortinash, K.M., & Worret, P.A.H. (2004). **Psychiayric Mental Health Nursing**. 3 rd ed. USA: Mosby, Inc
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). **Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors**. Journal of Personality and Social Psychology, 85, 105- 120.
- Herdman, T.H. (2010). *Nursing Diagnoses: Definition and classification 2009 - 2011*, by Nanda International, Alih bahasa: Sumarwati Made, Widiarti Dwi, Tiar Estu, Jakarta: EGC.
- Jumaini. (2010). **Pengaruh Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST) terhadap Kemampuan bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor**. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Kharicha, K., Iliffe, S., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., & Stuck, A. E. (2007). **Health risk appraisal in older people 1: Are older people living alone an ‘atrisk’ group?** British Journal of General Practice, 57, 271-276.
- Kinsep, P & Nathan, P. (2004). **Social skills training for severe mental disorder**. <http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/Socialskills%20Pt-intrao.pdf>, oktober 12, 2017.
- Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). **Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: Ethnic and gender differences**. Social Science & Medicine, 60, 747-761.
- Maramis, W.F. (2008). **Catatan ilmu kedokteran jiwa**. Surabaya. Airlangga University Press.
- McQuaid, dkk. (2000). **Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. The Journal of Psychotherapy Practice and Research**, 9(3), 149-156.
- Sasmita, H. (2007). *Efektifitas Cognitive Behavioral Therapy (CBT) pada Klien Harga Diri Rendah di RS Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor tahun 2007*. Tesis FIKUI. Tidak dipublikasikan.

Step toe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). ***Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women.*** *Psychoneuroendocrinology*, 29, 593-611.

Turkington, D., dkk, (2004). ***Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Review.*** *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 5-16

WHO. (2009). ***Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package).*** Geneva 27, Switzerland: WHO Press.

AN INITIAL STUDY OF OREM THEORY APPLICATION TOWARDS DIABETES MELLITUS PATIENTS’

Eka Firmansyah Pratama¹, Fitri Arofiati²

¹ Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

² Dosen Program Studi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
E-mail : ekhapratama66@gmail.com

Abstract: One concept of nursing model that supports the development of nursing both in the development of science and in practice is self-supporting capital developed by Dorothea E. Orem. This self-care theory can be used in providing nursing care and helps the nurse-client relationship with the environment that affects health status and health needs. The form of stimulus comes from the inability of individuals in self-care, then the application of self-care theory is how to perform the stages of nursing care is built on the conceptual form of conceptual thought orem. Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease arising from high blood sugar levels. High blood sugar levels were modified by the inability of the body to produce insulin hormone or ineffective use of insulin production. Blood sugar may increase due to food, stress, illness and certain medications.

Key words: Self care theory, Diabetes mellitus

PENDAHULUAN

Menurut **Internatonal Diabetes Federatiaon** (IDF) (2014), kawasan Asia Pasifik merupakan kawasan terbanyak yang menderita diabetes melitus, dengan angka kejadiannya 138 juta kasus (8.5%). IDF memperkirakan pada tahun 2035 jumlah insiden DM akan mengalami peningkatan menjadi 205 juta kasus di antara usia penderita DM 40-59 tahun (IDF, 2014). Indonesia berada di posisi kedua terbanyak di kawasan Asia Tenggara. Menurut IDF (2014) angka kejadian diabetes melitus di Indonesia sebesar 9,116.03 kasus. Menurut data Riskesda Sumbar (2013), kejadian diabetes melitus merupakan kejadian yang mengalami peningkatan, hal ini dapat dilihat pada tahun 2007 persentase angka kejadian diabetes melitus sebesar 1.2% dan meningkat ditahun 2013 menjadi 1.8% (Riskesda Sumbar, 2013). Menurut data yang peneliti peroleh di Puskesmas Tigo Baleh Kota Bukittinggi kejadian diabetes melitus merupakan kasus yang terbanyak. Angka kejadian diabetes melitus pada tahun 2014 adalah 323 kunjungan. Data tersebut mengalami peningkatan ditahun 2015 menjadi 408 kunjungan dan menurut kategori umur kejadian diabetes melitus banyak terjadi pada usia 55-

59 tahun. Puskesmas Tigo Baleh memiliki 8 wilayah kerja dimana, 5 diantaranya merupakan wilayah kerja yang memiliki jumlah kunjungan pasien diabetes melitus terbanyak yaitu 244 kunjungan dengan jumlah pasien baru yang pergi berobat adalah 156 kasus (Chaidir, 2017)

Salah satu konsep model keperawatan yang menunjang pengembangan keperawatan baik dalam pengembangan ilmu maupun dalam praktek adalah modal **self-care** yang dikembangkan oleh Dorothea E. Orem. Teori **self-care** ini dapat digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan dan membantu hubungan antara perawat-klien dengan lingkungannya yang berdampak pada status kesehatan serta kebutuhan akan kesehatan. Bentuk stimulusnya berasal dari ketidak mampuan individu dalam melakukan perawatan diri, maka aplikasi teori **self-care** tersebut adalah bagaimana melakukan tahap-tahap asuhan keperawatan yang didasarkan pada bentuk kerangka pikir model konseptual orem.

KONSEP **SELF CARE** OREM

Teori Keperawatan Defisit Perawatan Diri Sendiri adalah salah satu teori keperawatan paling banyak biasa digunakan dalam praktik (Im & Chang, 2012). Dedikasi Orem terhadap konsep tersebut. Perawatan diri menghasilkan sebuah teori keperawatan yang sesuai untuk kesehatan sekarang dan masa depan adegan perawatan Perkembangan teori yang paling awal terjadi pada tahun 1956 (Orem, 1959, hal 3) Konsep perawatan diri berevolusi menjadi teori seperti yang disinggung oleh Orem dan rekannya dan merumuskan konsep tersebut ke dalam deskripsi keperawatan. Orem Model mendukung keperawatan melalui tiga teori sentral berikut: 1) Keperawatan diperlukan karena ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri sebagai hasil keterbatasan (Teori Defisit Self-Care). 2) Maturing atau dewasa dengan sengaja belajar dan melakukan tindakan untuk mengarahkan kelangsungan hidup, kualitas hidup, dan kesejahteraan mereka (Theory of Self-Care). 3) Produk keperawatan adalah sistem keperawatan dimanaperawat menggunakan proses keperawatan untuk membantu individu memenuhi persyaratan perawatan diri mereka dan membangun kemampuan perawatan diri atau ketergantungan mereka (Teori Keperawatan) Sistem/teory nursing sistem)

Teori **Self Care**

Untuk memahami teori self care sangat penting terlebih dahulu memahami konsep **self care**, **self care agency**, **basic conditioning factor** dan kebutuhan **self care terapeutik**. **Self care** adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk prilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika **self care** dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia. **Self care agency** adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan **self care**. Kemampuan individu untuk melakukan **self care** dipengaruhi oleh **basic conditioning factors** seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta

ketersediaan sumber.

Kebutuhan **self care terapeutik (Therapeutic self care demand)** adalah merupakan totalitas dari tindakan **self care** yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan **self care** dengan menggunakan metode yang valid, berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan. Konsep lain yang berhubungan dengan teori **self care** adalah **self care requisite**. Orem mengidentifikasi tiga kategori **self care requisite**: 1) **Universal self care requisites** merupakan hal umum bagi seluruh manusia, meliputi pemenuhan kebutuhan ; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, sosialisasi dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia. 2) **Developmental self care requisites**, adalah pembelajaran proses-proses kehidupan, pendewasaan, dan pencegahan terhadap kondisi-kondisi yang merusak kedewasaan atau dapat mengurangi efek-efek tersebut. Masing-masing tahap perkembangan manusia mulai dari fetal termasuk kelahiran, neonatal, infant, anak-anak dan remaja, dewasa, kehamilan pada remaja maupun dewasa memiliki karakteristik kebutuhan perawatan diri yang berbeda-beda. 3) Perubahan kesehatan (**Health deviation self care requisites**), biasa disebut juga dengan **self-care needs** merupakan pemenuhan kebutuhan manusia dengan menghubungkan faktor genetik dan gangguan yang menetap, gangguan struktur dan fungsi manusia atau ketidakmampuan, atau efek dari pengobatan dan tindakan.

Teory Nursing System

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan **self care** dan kemampuan pasien melakukan **self care**. Jika ada **self care defisit**, **self care agency** dan kebutuhan **self care terapeutik** maka keperawatan akan diberikan. **Nursing agency** adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah di didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan **self care** terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan **self care agency**. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi **nursing system** yaitu : 1) **Wholly Compensatory system**, suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan **self care**, dan menerima **self care** secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu : tidak dapat melakukan tindakan **self care** misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang **self care** tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang **self care**nya. 2) **Partly compensatory nursing system**, suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan **self care**. 3) **Supportive educative system**, pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau external **self care** tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan **supportive developmental system**. Dukungan pendidikan dibutuhkan oleh klien yang memerlukannya untuk dipelajari, agar mampu melakukan perawatan

mandiri. Metode bantuan: Perawat membantu klien dengan menggunakan sistem dan melalui lima metode bantuan yang meliputi : Acting atau melakukan sesuatu untuk klien, mengajarkan klien, mengarahkan klien, mensupport klien, menyediakan lingkungan untuk klien agar dapat tumbuh dan berkembang.

PENERAPAN TEORI KEPERAWATAN **SELF-CARE** OREM PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS

Klien dewasa dengan Diabetes Melitus menurut teori **self-care** Orem dipandang sebagai individu yang memiliki kemampuan untuk merawat dirinya sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan mencapai kesejahteraan. Klien dewasa dengan Diabetes Mellitus dapat mencapai sejahtera/kesehatan yang optimal dengan mengetahui perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi dirinya sendiri. Oleh karena itu, perawat menurut teori **self-care** berperan sebagai pendukung/pendidik bagi klien dewasa dengan Diabetes Mellitus terkontrol untuk tetap mempertahankan kemampuan optimalnya dalam mencapai sejahtera. Kondisi klien yang dapat mempengaruhi **self-care** dapat berasal dari faktor internal dan eksternal, faktor internal meliputi usia, tinggi badan, berat badan, budaya/suku, status perkawinan, agama, pendidikan, dan pekerjaan. Adapun faktor eksternal meliputi dukungan keluarga dan budaya masyarakat dimana klien tinggal.

Klien dengan kondisi tersebut membutuhkan perawatan diri yang bersifat kontinum atau berkelanjutan. Adanya perawatan diri yang baik akan mencapai kondisi yang sejahtera, klien membutuhkan 3 kebutuhan **self care** berdasarkan teori Orem yaitu : 1) **Universal self care requisites** (kebutuhan perawatan diri universal), kebutuhan yang umumnya dibutuhkan oleh klien selama siklus hidupnya dalam mempertahankan kondisi yang seimbang/homeostasis yang meliputi kebutuhan udara, air, makanan, eliminasi, istirahat, dan interaksi sosial serta menghadapi resiko yang mengancam kehidupan. Pada klien DM, kebutuhan tersebut mengalami perubahan yang dapat diminimalkan dengan melakukan selfcare antara lain melakukan latihan/olahraga, diet yang sesuai, dan pemantauan kadar glukosa darah. 2) **Development self care requisites** (kebutuhan perawatan diri pengembangan), klien dengan DM mengalami perubahan fungsi perkembangan yang berkaitan dengan fungsi perannya. Perubahan fisik pada klien dengan DM antara lain, menimbulkan peningkatan dalam berkemih, rasa haus, selera makan, kelelahan, kelemahan, luka pada kulit yang lama penyembuhannya, atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya tinggi). 3) **Health deviation self care requisites** (kebutuhan perawatan diri penyimpangan kesehatan), kebutuhan yang berkaitan dengan adanya penyimpangan kesehatan seperti adanya sindrom hiperglikemik yang dapat menimbulkan kehilangan cairan dan elektrolit (dehidrasi), hipotensi, perubahan sensori, kejang-kejang, takikardi, dan hemiparesis. Pada klien dengan DM terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan yang harus dipenuhi dengan kemampuan yang dimiliki. Ketidakseimbangan baik secara fisik maupun mental yang dialami oleh klien dengan DM menurut Orem disebut dengan **self-care**

deficit. Menurut Orem peran perawat dalam hal ini yaitu mengkaji klien sejauh mana klien mampu untuk merawat dirinya sendiri dan mengklasifikasikannya sesuai dengan klasifikasi kemampuan klien. Setelah mengkaji dan mendapatkan informasi yang lengkap barulah perawat mulai bekerja untuk mengembalikan kemampuan self-care klien secara optimal sesuai dengan kondisi aktual klien yang berhubungan dengan Diabetes Mellitus yang diderita oleh klien.

RISET KEPERAWAT ATAS DASAR TEORI *SELF-CARE* OREM

Pengaruh program edukasi dengan metode kelompok terhadap perilaku perawatan diri pasien diabetes melitus tipe 2

Diabetes Melitus (DM) adalah suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah (hyperglykemia) yang disebabkan oleh berkurangnya sekresi insulin, kerja insulin yang tidak adekuat, atau keduanya yang dapat menimbulkan komplikasi pada mata, ginjal, saraf, atau pembuluh darah. Komplikasi yang ditimbulkan akibat penyakit DM tersebut dapat dikurangi jika penderita DM lebih peduli untuk melakukan perawatan diri (self care) sehingga kadar gula darah dapat terkendali. Teori Orem yaitu self care deficit nursing theory (SCDNT) digunakan sebagai panduan untuk pendidikan diabetes dalam meningkatkan perilaku perawatan diri diabetes. Menurut Orem's dalam SCDNT pasien DM harus memperhatikan kebutuhan perawatan diri diantaranya pengaturan makan, olahraga, penggunaan obat diabetes, pemantauan kadar gula darah, perawatan kaki dan pemeriksaan rutin ke tempat pelayanan kesehatan. Keberhasilan perawatan diri untuk terkendalinya kadar gula darah erat kaitannya dengan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan metode kelompok dan diskusi dinilai lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan juga mengontrol gula darah pasien dan dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka.

Dari beberapa review penelitian mengenai pengaruh program edukasi dengan metode kelompok terhadap perawatan diri diabetes tipe 2 didapatkan bahwa program edukasi ini merupakan strategi dalam perawatan diri pada pasien DM yang dapat dilakukan untuk meningkatkan perawatan diri pasien sehingga pasien dapat mengontrol gula darahnya. Selama dilakukan pendidikan dan setelah pendidikan terjadi proses adopsi perilaku diantaranya kebiasaan makan, olahraga, pemantauan gula darah, perawatan kaki, meminum obat, dan kontrol ke tempat pelayanan kesehatan. Dengan perilaku yang mendukung perawatan diri tersebut komplikasi dari penyakit DM dapat dihindari dan meningkatkan kesehatan pasien DM.

KESIMPULAN

Dengan mempelajari model konsep atau teori keperawatan sebagaimana disampaikan diatas maka dapat disimpulkan bahwa perawat harus memahami apa yang harus dilakukan secara tepat dan akurat sehingga klien dapat memperoleh

haknya secara tepat dan benar. Asuhan keperawatan dengan pemilihan model konsep atau teori keperawatan yang sesuai dengan karakteristik klien dapat memberikan asuhan keperawatan yang relevan.

Model konsep atau teori keperawatan **self-care** mempunyai makna bahwa semua manusia mempunyai kebutuhan-kebutuhan **self-care** dan mereka mempunyai hak untuk memperolehnya sendiri kecuali jika tidak mampu. Dengan demikian perawat mengakui potensi pasien untuk berpartisipasi merawat dirinya sendiri pada tingkat kemampuannya dan perawatan dapat menentukan tingkat bantuan yang akan diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz. 2012. **Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia**. Jakarta : Salemba Medika
- Alligood, & Martha Raile. (2014). **Nursing theory and Their Wor** (8 ed) **Utilization and application**. ElsevierHealth Science Division
- Bakker, S. F., Pouwer, F., Tushuizen, M. E., Hoogma, R. P., Mulder, C. J., & Simsek, S. (2013). Compromised quality of life in patients with both Type 1 diabetes mellitus and coeliac disease. **Diabetic Medicine**, doi: 10.1111/dme.12205.
- Chaidir, Reny. (2017). Hubungan **Self Care** Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus. *Journal Endurance* 2(2) June 2017 (132-144) Program Studi Ilmu Keperawatan, Stikes Yarsi Sumbar Bukittinggi
- Dewi, R.P, **Faktor Risiko Perilaku yang Berhubungan dengan Kadar Gula Darah pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Kabupaten Karanganyar**. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2013, Volume 2, Nomor 1, Tahun 2013.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). 2014. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017**. Oxford: Wiley Blackwell.
- Holistic Health Solution, (2011). *Diabetes di Usia Muda*. Gramedia Widiasarana Indonesia , Anggota IKAPI, Jakarta.
- Paul, M., & Philip, B. (2009). **Caring dan Komunikasi. Hubungan Interpersonal Keperawatan**. Buku Kedokteran. Jakarta. EGC.
- Purwanto N.H, (2011). **Hubungan Pengetahuan Tentang Diet Diabetes Mellitus Dengan Kepatuhan Pelaksanaan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus**. *Jurnal Keperawatan*, Volume 01, Nomor 01, Desember 2011.

EFEKTIFITAS METODE PROPIOCEPTIVE NEUROMUSCULAR FASILITATOR(PNF) DAN MOTOR RELEARNING PROGRAM(MRP) TERHADAP STROKE NON HEMORAGIK PASCA SERANGAN DENGAN KONDISI HEMIPARESE

Novit Haris Setiawan

Magister Keperawatan Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jl. Lingkar Selatan, Kasiham Bantul,
Daerah Istimewa Yogyakarta. Jawa Tengah - 55184
Email: Novit_haris@yahoo.co.id

Abstrak: Stroke berdasarkan definisi dari WHO adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun global, yang berlangsung dengan cepat lebih dari 24 jam atau berakhir dengan kematian tanpa ditemukan penyebab selain dari gangguan vaskular. PNF adalah salah satu metode terapi latihan yang dimaksudkan untuk memfasilitasi pada sistem neuromuscular dengan merangsang preoperatif, metode ini berusaha memberi rangsangan-rangsangan yang sesuai dengan reaksi yang dikehendaki yang pada akhirnya akan dicapai kemampuan atau gerakan yang terkoordinasi. Motor Relearning Program (MRP) adalah pendekatan yang berorientasi pada tugas untuk meningkatkan kontrol motorik dengan fokus belajar kembali dari kegiatan sehari-hari. Tujuan dari penulisan ini adalah mengetahui efektifitas metode propioceptive neuromuscular fasilitator (PNF) dan motor relearning program (MRP) terhadap stroke non hemoragik pasca serangan dengan kondisi hemiparese. Metode dekriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dengan cara observasi, pemeriksaan fisik, rekam medis, wawancara, studi dokumentasi dari jurnal maupun buku. Dari metode Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF) menunjukkan hasil yang signifikan terlihat pada penerapan metode tersebut pada pasien pasca serangan strok dengan hemiparese dan pada Motor Relearning Program (MRP) perupahan belum tampak signifikan. Metode Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF) dan Motor Relearning Program (MRP) adalah terapi berbasis rehabilitasi pada pasien dengan strok atau pasca serangan stroke, pasien yang sudah mengalami strok atau pasca serangan stroke memiliki keterbatasan dalam beraktifitas secara mandiri dan lebih banyak bergantung pada orang lain atau lebih banyak bedtres terapi ini berfokus pada tingkat kemandirian pasien harapannya kedua terapi tersebut dapat mengembalikan fungsi bagian ekstremitas yang terkena dampak dari serangan stroke.

Kata kunci: Stroke, Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF), Motor Relearning Program (MRP)

PENDAHULUAN

Stroke berdasarkan definisi dari WHO adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun global, yang berlangsung dengan cepat lebih dari 24 jam atau berakhir dengan kematian tanpa ditemukan penyebab selain dari gangguan vaskular (Patricia et al., 2015). Stroke didefinisikan sebagai hilangnya fungsi dari otak secara mendadak karena blokade atau ruptur dari pembuluh darah otak, klasifikasi jenis patologi stroke adalah stroke iskemik dan stroke hemoragik pada stroke hemoragik, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah diotak hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur darah arteri yang menuju ke otak, darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis internal dan arteri vertebralis arteri-arteri ini cabang dari lengkung aorta jantung (Zhao et al., 2017). Stroke hemoragik terjadi bila pembuluh darah diotak pecah atau mengalami kebocoran, sehingga terjadi perdarahan ke dalam otak, bagaian otak yang dipengaruhi oleh pendarahan dapat menjadi rusak, dan darah dapat terakumulasi sehingga memberikan tekanan pada otak jumlah perdarahan menentukan keparahan stroke. Perdarahan intraserebral menyebabkan 10-15% kasus serangan stroke pertama kalinya, dengan angka kematian selama 30 hari dari 35% menjadi 52% dimana setengah dari angka kematian tersebut terjadi dalam 2 hari pertama dalam suatu penelitian pada 1041 kasus ICH didapatkan 50% pada lokasi yang dalam, 35% lobar, 10% cereberal, dan 6% pada otak (Zhao et al., 2017).

Pada keadaan fisiologis, jumlah darah yang mengalir keotak (Cerebral Blood Flow=CBF) ialah 50-60 ml per 100gr jaringan otak, dari jumlah darah tersebut satu pertiganya disalurkan melalui tiap arteri karotis interna dan satu pertiga sisanya disalurkan melalui susunan vertebrobasilar, pada stroke terjadi gangguan peredaran darah pada daerah otak tertentu akibat penurunan CBF regional suatu daerah otak terisolasi dari jangkauan aliran darah, yang mengangkut O₂ dan glukosa yang sangat diperlukan untuk metabolisme oksidatif serebral, daerah yang terisolasi itu tidak berfungsi lagi dan area itulah timbul manifestasi defec neurologis berupa hemiparalisis, hemihipsetesia, hemiparestesia yang bisa juga disertai dengan defisit fungsi luhur seperti afasia. Timbulnya infark serebral regional dapat juga disebabkan oleh pecahnya arteri serebral, daerah distal dari tempat dinding arteri pecah tidak lagi mendapat pasokan darah sehingga daerah tersebut menjadi iskemik dan kemudain menjadi infark daerah infark tersebut tidak berfungsi lagi sehingga menimbulkan defisit neurologis yang biasanya berupa hemiparalisis (An et al., 2017).

Menurut WHO setiap tahun 15 juta orang diseluruh dunia mengalami stroke, sekitar lima juta menderita kelumpuhan permanen, dikawasan asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke, WHO memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan semakin meningkat seiring dengan kematian akibat penjakit jantung koroner (WHO, 2013). Berdasarkan data **American Heart Association** (AHA), penyakit stroke menjadi penyebab kematian kedua didunia pada kelompok

usia 15-59 tahun, di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke, stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar yang mungkin berkembang di Amerika Serikat, sekitar 15% dari pada insiden stroke adalah stroke iskemik dan 85% merupakan stroke hemoragik, mortalitas stroke telah dijadikan salah satu parameter dalam penelitian kejadian stroke pada tahun 1998, menurut **American Heart Association** (AHA) terdapat 158.448 orang yang meninggal akibat stroke menurut AHA stroke menyerang golongan geriatrik. Data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia menunjukkan bahwa Indonesia menempati urutan pertama di Asia sebagai negara dengan jumlah penderita stroke terbanyak, di Indonesia stroke merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker bahkan berdasarkan hasil survei Departemen kesehatan tahun 2013 menunjukkan bahwa stroke sebagai penyebab utama kematian pasien dirumah sakit, di perkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke dari jumlah tersebut sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus dikasur (KESEHATAN RI, 2013), jumlah kasus stroke tahun 2013 sebanyak 40.972 terdiri dari stroke hemoragik 28.430 dan stroke non hemoragik 12.542 jumlah kasus stroke tertinggi di Jawa Tengah tahun 2013 di kota Magelang sebesar 14.459 kasus dan terendah di Kabupaten Jepara sebesar 15 kasus (Tengah, 2013).

Pemulihan pada pasien stroke telah bertahun-tahun dikembangkan, namun tetap saja terdapat kekurangan dalam mencapai tujuan pada tiap pasien stroke untuk kembali beraktivitas dan sembuh seperti sedia kala. Kualitas dari rehabilitasi juga perlu dipertanyakan sejak banyak teori dan asumsi bahwa pasien stroke mempunyai kemungkinan yang semakin kecil untuk kembali beraktivitas, terapi latihan yang semakin ketinggalan zaman, pemikiran yang negatif terhadap kesembuhan pasien serta tidak adanya pengarahan kepada para pasien stroke selama masa pemulihan. Metode terapi dan pengobatan pasca serangan stroke dan mengalami kelemahan pada anggota ekstremitas sangat beragam namun belum ada terapi secara spesifik untuk pasien pasca serangan stroke yang mengalami kelemahan anggota ekstremitasnya atau dengan kata lain hemiparesis masih banyaknya angka kejadian stroke di Indonesia dan masih tingginya angka prevalensi kejadian stroke baik dalam skala internasional maupun nasional mendorong penulis untuk melakukan penelitian terkait masalah stroke khususnya pada terapi pasien pasca serangan stroke hemoragik ataupun iskemik dengan kondisi kelemahan anggota ekstremitas / hemiparesis menggunakan teknik Proprioceptive Neuromuskular Facilitation (PNF) dan Motor Relearning Program (MRP) (Hariharasudhan and Balamurugan, 2016)

PNF adalah salah satu metode terapi latihan yang dimaksudkan untuk memfasilitasi pada sistem neuromuskular dengan merangsang preoperatif, metode ini berusaha memberi rangsangan-rangsangan yang sesuai dengan reaksi yang dikehendaki yang pada akhirnya akan dicapai kemampuan atau gerakan yang terkoordinasi, karena pada fase ini otak mengalami plastisitas yaitu kemampuan untuk beradaptasi dan memodifikasi organisasi dan fungsional terhadap kebutuhan yang bisa berlangsung terus sesuai kebutuhan (Basconcillo,

2016). Motor Relearning Program (MRP) adalah pendekatan yang berorientasi pada tugas untuk meningkatkan kontrol motorik dengan fokus belajar kembali dari kegiatan sehari-hari. Kelebihan dari metode ini adalah latihannya sangat efektif atau individual dan melibatkan partisipasi aktif dari pasien. Latihan motorik harus dilakukan dalam bentuk aktivitas fungsional karena tujuan dari rehabilitasi tidak hanya sekedar mengembalikan suatu pergerakan tetapi juga mengembalikan fungsi. Proses latihan harus meningkatkan perawatan diri, kemudahan mobilisasi dan aktivitas sehari-hari bagi pasien pasca stroke. Proses belajar kembali bergantung pada kemampuan luar biasa otak untuk mereorganisasi dirinya sendiri (yang disebut plastisitas) dalam mempelajari suatu tugas. Penelitian yang dilakukan (Scythes, 2017) menunjukkan bahwa reorganisasi didalam otak dapat terjadi dengan penyembuhan dan belajar, tetapi mengalami perbaikan yang signifikan dalam keduanya dengan latihan. Kemampuan plastisitas pada otak memungkinkan bagian-bagian tertentu otak dapat mengambil alih fungsi dari bagian-bagian yang rusak. Sehingga bagian-bagian otak seperti belajar kemampuan baru. Ini merupakan mekanisme penting yang berperan dalam pemulihan stroke (Hasan, 2015).

METODE

Metode dekriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dengan cara observasi, pemeriksaan fisik, rekam medis, wawancara, studi dokumentasi dari jurnal maupun buku.

HASIL

Hasil yang diperoleh selama pengelolaan kasus strok dengan hemiparese dengan metode Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF) dan Motor Relearning Program (MRP) di dapatkan hasil signifikan terlihat dari pemberian Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF) pada pasien strok dengan hemiparese setelah di berikan perlakuan selama 2 kali 4 minggu terlihat tingkat kemandirian pasien meningkat dengan skala ukur menggunakan Skala Penilaian-Ekstremitas Atas dan bawah (FMA-UE and UL). Hasil yang sama didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh (Gazbare et al., 2017) yang meneliti 30 pasien strok dengan hemiparese ekstremitas atas dan bawah dengan membagi perlakuan 15 untuk metode PNF dan 15 untuk MRP dari kedua perlakuan tersebut didapatkan hasil antara PNF dan MRP sama-sama efektif diberikan pada pasien strok dengan hemiparese.

PEMBAHASAN

PNF dan MRP terapi berbasis rehabilitasi pada pasien dengan strok atau pasca serangan stroke, pasien yang sudah mengalami strok atau pasca serangan stroke memiliki keterbatasan dalam beraktifitas secara mandiri dan lebih banyak bergantung pada orang lain atau lebih banyak bedtres terapi ini berfokus pada tingkat kemandirian pasien harapannya kedua terapi tersebut dapat mengembalikan fungsi bagian ekstremitas yang terkena dampak dari serangan stroke dari hasil perlakuan yang diberikan pada satu pasien kelolaan

menunjukkan hasil yang signifikan pada penderita stroke dengan hemiparese hasil tersebut diukur dengan skala ukur (FMA-UE and UL) setelah pemberian terapi menggunakan metode Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF) dan Motor Relearning Program (MRP) dapat diketahui kedua metode tersebut efektif diberikan pada pasien stroke dengan hemiparese metode tersebut memberikan perubahan pada pasien pada rentang gerak dan tingkat kemandirian pasien. Hasil tersebut diatas sesuai dengan penelitian yang dilakukan di India oleh (Gazbare et al., 2017) dengan perlakuan yang sama meneliti 30 pasien stroke dengan hemiparese dengan membagi 15 pasien mendapat metode PNF dan 15 pasien MRP diketahui kedua metode tersebut efektif digunakan pada pasien stroke dengan hemiparese, kesamaan penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya sama-sama menggunakan metode dan perlakuan yang sama dengan kasus pasien stroke, perbedaannya adalah peneliti terdahulu memiliki sampel 30 pasien dengan membagi perlakuan PNF dan MRP dengan skala penilaian (FMA-UE and UL) sementara peneliti hanya menggunakan sampel percobaan sebanyak satu sampel dengan tanpa membagi perlakuan namun membagi fokus perlakuan PNF untuk ekstremitas bawah dan MRP untuk ekstremitas atas dengan menggunakan skala ukur yang sama.

KESIMPULAN

Asuhan keperawatan pada klien stroke dengan hemiparese mempunyai filosofi asuhan berpusat pada manusia, keperawatan, konsep sehat sakit, lingkungan dan asuhan keperawatan itu sendiri kompleksnya masalah pada pasien semakin bertambah seiring berjalannya kehidupan manusia konsep sehat sakit terkadang menjadi dampak bagi klien masalah dalam setiap tahap kenyamanan pemberian metode Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF) dan Motor Relearning Program (MRP) dapat menjawab tantangan keperawatan bukan hanya memberi asuhan keperawatan namun dapat juga memberikan asuhan keperawatan yang berbeda dengan paliatif care terutama pada pasien stroke dengan hemiparese dengan terbatasnya terapi paliatif pada stroke dengan hemiparese PNF dan MRP dapat menjawab keterbatasan terapi paliatif pada stroke dengan hemiparese agar dapat diterapkan pada pasien-pasien yang membutuhkan terapi dengan metode metode Proprioceptive Neuromuskular Fasilitasi (PNF) dan Motor Relearning Program (MRP).

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang telah memberikan dorongan baik moral maupun materil kepada penulis. Oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ns, Erna Rochmawati, SKp.,M.Kep.Ed.,MNSc.,Ph.D selaku pembimbing dalam penyusunan laporan Modul I.
2. Semua rekan-rekan seangkatan yang telah memberikan dorongan dan motivasi dalam penyusunan laporan Modul I.

3. Pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu yang juga telah banyak membantu baik support maupun do'a.

DAFTAR PUSTAKA

- An, S.J., Kim, T.J., Yoon, B.-W., 2017. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. *J. Stroke* 19, 3-10. doi:10.5853/jos.2016.00864
- Basconcillo, B., 2016. The role of Proprioceptive Neuromuscular Facilitation compared to the Bobath Technique for patients with gait deficits following cerebrovascular accident. Azusa Pacific University.
- Gazbare, P., Mahajan, T.H., Palekar, T., Rathi, M., Khandare, S., 2017. Comparison of motor relearning programme with proprioceptive neuromuscular facilitation on upper limb function in stroke patients. *Int. J. Sci. Res. Educ.* 5.
- Hariharasudhan, R., Balamurugan, J., 2016. Enhancing trunk stability in acute poststroke subjects using physioball exercise and proprioceptive neuromuscular facilitation technique: A pilot randomized controlled trial. *Int. J. Adv. Med. Health Res.* 3, 5. doi:10.4103/2350-0298.184681
- Hasan, S., 2015. Quadriceps Femoris Strength Training: effect of Neuromuscular Electrical Stimulation Vs Isometric Exercise in Osteoarthritis of Knee. *Indian J. Physiother. Occup. Ther.* 9.
- KESEHATAN, B.P.D.P., RI, K.K., 2013. POKOK-POKOK HASIL RISET KESEHATAN DASAR PROVINSI RIAU.
- Patricia, H., Kembuan, M.A., Tumboimbela, M.J., 2015. KARAKTERISTIK PENDERITA STROKE ISKEMIK YANG DI RAWAT INAP DI RSUP PROF. DR. RD KANDOU MANADO TAHUN 2012-2013. *E-Clin.* 3.
- Scythes, M., 2017. A Novel Rehabilitation Therapy Design for Stroke.
- Seo, K., Park, S.H., Park, K., 2015. The effects of stair gait training using proprioceptive neuromuscular facilitation on stroke patients' dynamic balance ability. *J. Phys. Ther. Sci.* 27, 1459-1462.
- Tengah, D.K.P.J., 2013. Profil kesehatan provinsi jawa tengah tahun 2012. Semarang Dinkes Jateng.
- Zhao, X., Li, R., Hippe, D.S., Hatsukami, T.S., Yuan, C., Investigators, C.-I., others, 2017. Chinese Atherosclerosis Risk Evaluation (CARE II) study: a novel cross-sectional, multicentre study of the prevalence of high-risk atherosclerotic carotid plaque in Chinese patients with ischaemic cerebrovascular events—design and rationale. *Stroke Vasc. Neurol.* 2, 15-20.

ANALISIS PENERAPAN TEORI KEPERAWATAN MADELEINE M. LEININGER OLEH PERAWAT PADA PASIEN KUSTA DENGAN KEBUTUHAN SPIRITUAL

Wa Ode Vita Sumarta

Abstract: Leprosy or also called Morbus Hansen (MH) is a chronic infection of the skin caused by *Mycobacterium leprae*. According to the World Health Organization (WHO) leprosy is one of seventeen neglected tropical diseases and needs special world attention. When illness, loss or pain attacks a person, spiritual power can help a person toward healing or on the development of spiritual needs and concerns. Spirituality is a form of belief that describes a human relationship with something higher, powerful. The role of nurses is how nurses are able to encourage clients to improve their spirituality in a variety of conditions, so that clients are able to face, accept and prepare for the changes that occur in the individual self. The purpose of this article is to analyze the application of nursing theory Madeleine M. Leininger by Nurse to leprosy patients with spiritual needs. **Conclusion:** A holistic approach by giving attention to the patient's spiritual function may affect the patient's well-being.

Keywords: Spiritual, patient's spiritual needs, Nurse, Leprosy
PENDAHULUAN

Prevalensi penyakit kusta di dunia masih tinggi. **World Health Organization** (WHO) mencatat pada tahun 2014, sebanyak 213.899 penemuan kasus baru kusta terdeteksi di seluruh dunia dengan kasus tertinggi berada di regional Asia Tenggara yakni sebesar 154.834 kasus. Prevalensi kusta pada awal tahun 2015 didapatkan sebesar 0,31 per 100.000 penduduk. Indonesia menduduki peringkat ketiga negara dengan endemik kusta terbanyak setelah India dan Brazil.

Indonesia merupakan negara tropis dan termasuk salah satu daerah endemik kusta Data Profil Kesehatan Republik Indonesia mencatat angka penemuan kasus baru kusta pada tahun 2013 sebanyak 16.856 kasus. Sebesar 83,4% kasus di antaranya merupakan tipe Multi Basiler dan 35,7% kasus berjenis kelamin perempuan (Widodo, 2012).

Penyakit Kusta adalah penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh kuman ***mycobacterium leprae*** yang menyerang kulit, syaraf tepi dan jaringan tubuh lainnya. Gejala awal biasanya penderita tidak merasa terganggu hanya terdapat kelainan kulit berupa bercak putih seperti panu ataupun bercak kemerahan, kelainan kulit ini kurang rasa atau hilang rasa (Menaldi, 2015). Menurut (Sjamsoe 2003 : 2) kusta dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu

: Pertama: **Kusta pausibasilar** (PB) atau kusta tipe kering. Kusta tipe kering tersebut kurang/tidak menular, tetapi apabila tidak segera diobati akan menyebabkan cacat. Kedua, **Kusta multibasilar** (MB) atau kusta tipe basah. Kusta tipe basah dapat menular melalui kontak secara langsung dan lama.

Penyakit kusta merupakan penyakit menular yang dapat menimbulkan berbagai masalah yang kompleks dan luas, dimana masalah yang ditimbulkan bukan hanya dilihat dari segi medis (misalnya penyakit atau kecacatan fisik), tetapi bisa meluas sampai kepada masalah ekonomi, sosial budaya, keamanan dan ketahanan sosial serta masalah psikologis. Penyakit kusta juga menimbulkan dampak atau masalah baik pada penderita sendiri, keluarga dan masyarakat serta pada Negara (Depkes RI, 2000).

Disamping itu, ada stigma negatif dari masyarakat yang mengatakan penyakit kusta adalah penyakit yang menakutkan. Ini karena dampak yang ditimbulkan dari penyakit tersebut cukup parah, yaitu deformitas/kecacatan yang menyebabkan perubahan bentuk tubuh (Rahariyani, 2007).

Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan atau asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Pasien sebagai makhluk biopsikososiokultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak bisa terlepas dari aspek spiritual yang merupakan bagian integral dari interaksi perawat dengan pasien. Perawat berupaya untuk membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien sebagai bagian dari kebutuhan menyeluruh pasien, antara lain dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien tersebut, walaupun perawat dan pasien tidak mempunyai keyakinan spiritual atau keagamaan yang sama (Hamid, 2008).

Spiritualitas (**spirituality**) merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya Tuhan, dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah diperbuat (Asmadi, 2008).

Pada saat stres individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. Dukungan ini sangat diperlukan untuk menerima keadaan sakit yang dialami, khususnya jika penyakit tersebut memerlukan proses penyembuhan yang lama dan hasilnya belum pasti. Melaksanakan ibadah, berdoa, membaca kitab suci dan praktek keagamaan lainnya sering membantu memenuhi kebutuhan spiritualitas dan merupakan suatu perlindungan bagi individu (Taylor dkk., 1997).

Pada individu yang menderita suatu penyakit, spiritualitas merupakan sumber koping bagi individu. Spiritualitas membuat individu memiliki keyakinan dan harapan terhadap kesembuhan penyakitnya, mampu menerima kondisinya,

sumber kekuatan, dan dapat membuat hidup individu menjadi lebih berarti (Pulchaski, 2004). Pemenuhan kebutuhan spiritualitas dapat membuat individu menerima kondisinya ketika sakit dan memiliki pandangan hidup positif (Young, 1993 dalam Young & Koospen, 2005).

Layanan bimbingan spiritual bagi pasien semakin diakui memiliki peran dan manfaat yang efektif bagi penyembuhan. Bahkan di tangan para perawat rumah sakit yang profesional, perawatan spiritual, khususnya bimbingan spiritual memberikan kontribusi bagi proses penyembuhan pasien mencapai 20-25 % (Purwanto, 2007).

Spiritual merupakan salah satu bentuk *caring* perawat pada pasien kusta dalam konsep **Transcultural Nursing** yaitu tindakan langsung yang diarahkan untuk membimbing, mendukung dan mengarahkan individu, keluarga atau kelompok pada keadaan yang nyata atauantisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia (Leininger, 1985).

TUJUAN

Tujuan dari artikel ini adalah untuk menganalisis teori keperawatan penerapan teori keperawatan Madeleine M. Leininger oleh Perawat pada pasien Kusta dengan kebutuhan Spiritual.

ANALISIS PENERAPAN TEORI PADA KASUS KUSTA

Persepsi masyarakat mengenai terjadinya penyakit, berbeda antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, karena tergantung dari kebudayaan yang ada dan berkembang dalam masyarakat tersebut. Penyakit kusta merupakan penyakit yang ditakuti masyarakat bahkan keluarga sehingga penderita kusta banyak yang merasa terkucilkan oleh masyarakat, ini disebabkan karena persepsi dari penderita dan masyarakat yang tidak baik terhadap penyakit kusta (Mongi, 2012).

Sikap dan perilaku masyarakat yang negatif terhadap penderita kusta seringkali menyebabkan penderita kusta merasa tidak mendapat tempat di keluarganya dan lingkungan masyarakat (Kuniarto, 2006:38). Masyarakat menjauhi penderita kusta karena kurangnya pengetahuan atau pengertian juga kepercayaan yang keliru terhadap penyakit kusta. Masyarakat masih menganggap bahwa kusta disebabkan oleh kutukan dan guna-guna, proses inilah yang membuat para penderita terkucil dari masyarakat, dianggap menakutkan dan harus dijauhi, padahal sebenarnya stigma ini timbul karena adanya suatu persepsi tentang penyakit kusta yang keliru (Soedarjatmi, 2009).

Garis besar teori Leininger adalah tentang **culture care diversity and universality**, atau yang kini lebih dikenal dengan **transcultural nursing**. Tujuan penggunaan keperawatan transkultural adalah mengembangkan sains dan pohon keilmuan yang humanis, sehingga tercipta praktik keperawatan pada

kebudayaan yang spesifik dan universal (Leininger, dalam Ferry Efendi dan Makhfudli, 2009). Untuk membantu perawat dalam memvisualisasikan Teori Leininger, maka Leininger menjelaskan teorinya dengan model sunrise. **Sunrise model** dikembangkan untuk memvisualisasikan dimensi tentang pemahaman perawat mengenai budaya yang berdeda-beda. Perawat dapat menggunakan model ini saat melakukan pengkajian dan perencanaan asuhan keperawatan, pada pasien dengan berbagai latar belakang budaya (Andrew and Boyle, 1995).

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 1995). Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada "**Sunrise Model**" yaitu : (1) faktor teknologi (**tecnological factors**), (2) faktor agama dan falsafah hidup (**religious and philosophical factors**), (3) faktor sosial dan keterikatan keluarga (**kinship and social factors**), (4) Nilai-nilai budaya dan gaya hidup (**cultural value and life ways**), (5) Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku (**political and legal factors**), (6) faktor ekonomi (**economical factors**), dan (7) faktor pendidikan (**educational factors**).

Dalam perencanaan dan pelaksanaan, terdapat tiga pedoman yang ditawarkan dalam keperawatan transkultural (Andrew and Boyle, 1995) yaitu : mempertahankan budaya yang dimiliki klien bila budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi budaya klien bila budaya klien kurang menguntungkan kesehatan dan merubah budaya klien bila budaya yang dimiliki klien bertentangan dengan kesehatan.

Menurut Goldsworthy, 1998 (dalam Masykur, 2010) bahwa dalam pelaksanaannya, dukungan yang dapat di berikan oleh perawat, salah satunya yaitu dukungan spiritual. Menurut **American Psychological Association** (1992 dalam Hawari, 2005) bahwa spiritualitas dapat meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengatasi penderitaan jika seseorang sedang sakit dan mempercepat penyembuhan selain terapi medis yang diberikan. Dalam hal ini bahwa spiritualitas berperan penting dalam penyembuhan pasien dari penyakit (Young & Koospen, 2005).

Dalam pelaksanaannya perawat dapat memberikan pemenuhan kebutuhan spiritualitas kepada pasien yaitu dengan memberikan dukungan emosional, membantu dan mengajarkan doa, memotivasi dan mengingatkan waktu ibadah sholat, mengajarkan relaksasi dengan berzikir ketika sedang kesakitan, berdiri di dekat klien, memberikan sentuhan selama perawatan (Potter & Perry, 2005).

KESIMPULAN

Suatu elemen perawatan kesehatan berkualitas adalah untuk menunjukkan kasih sayang pada klien sehingga terbentuk hubungan saling percaya. Rasa saling percaya diperkuat ketika pemberi perawatan menghargai dan mendukung kesejahteraan **spiritual** klien. . Memahami spiritualitas klien dan kemudian secara tepat mengidentifikasi tingkat dukungan dan sumber yang diperlukan,

membutuhkan persepektif baru yang lebih luas

Pada umumnya penderita kusta akan merasa rendah diri, merasa tertekan, merasa takut terhadap penyakitnya dan dan takut akan timbulnya kecacatan dikemudian hari, penderita juga pasti merasa takut untuk menghadapi keluarganya dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang biasanya dinilai kurang wajar. Dengan kondisi tersebut, peranan perawat selaku tenaga kesehatan mempunyai kesempatan paling besar untunk memenuhi kebutuhan spiritual pada pasien kusta. Oleh karena itu penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan memperhatikan dan memenuhi kebutuhan dimensi spiritual, Untuk mendapatkan hasil asuhan keperawatan yang tepat maka perawat dapat melihat klien berdasarkan perkembangan aspek spiritual mereka, Kemudian membuat rencana tindak lanjut berdasarkan tahap perkembangan spiritualnya

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, M. & Boyle, J. S. 1995. ***Transcultural Concepts In Nursing Care***. St Louis, Mosby.
- Asmadi. 2008. ***Konsep Dasar Keperawatan***. Jakarta : EGC
- Depkes. RI. 2000. ***Evaluasi Kemajuan Program Eliminasi Kusta***. Jakarta.
- Efendi, Ferry & Makhfudli. 2009. ***Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan***. Jakarta : Salemba Medika
- Geiger & Davidhizar. 1995. ***Transcultural Nursing Assessment and Intervension***. St Louis Mosby.
- Hamid A.Y. 2008. ***Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa***. EGC: Jakarta
- Hawari, D. 2005. ***Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi. ...*** Jakarta: Gaya Baru.
- Kurniarto. 2006. Penderita Cacat Kusta. ***Kesehatan Kompas.com***.
- Leininger. F. 1985. ***Transcultural Nursing***
- Mayskur. 2010. ***Pengaruh Persepsi Tentang Penyakit Kusta dan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kepatuhan Penderita Dalam Pemakaian Obat Penderita Kusta Di Kecamatan Jangka Kabupaten Bireun. Skripsi***. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

- Menaldi S.L.S.W. 2015. **Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi 7.** Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mongi, Rilauni Angelina. 2012. **Gambaran Persepsi Penderita Tentang Penyakit Kusta Dan Dukungan Keluarga Pada Penderita Kusta Di Kota Manado.** Jurnal
- Potter, P. A. & Perry, A. G. 2005. **Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 1.** Jakarta: EGC
- Purwanto. 2007. **Metodologi Penelitian Kuantitatif.** Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rahariyani, L. D. 2007. **Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Integumen.** Jakarta : EGC.
- Sjamsoe-Daili ES. 2003. **Kusta.** Makasar: Kelompok Studi Morbus Hansen Indonesia.
- Soedarjatmi. 2009. Faktor-faktor yang **Membelakangi Persepsi Penderita Terhadap Stigma Penyakit Kusta.** Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 4/ No. 1/ Januari 2009
- Taylor, C., Lilis, C., & Le Mone, P. 1997. **Fundamental of Nursing: Art and Science of Nursing Care. (3rd Ed).** Philadelphia: Lippincott.
- Widodo A. A, Menaldi S.L, 2012. **Characteristics of leprosy patients in Jakarta.** Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- World Health Organization. **Weekly Epidemiological Record World Health Organization.** Global leprosy update 2014 : need for early case detection. 2015; (36): 461-7
- Young, C., Koopsen, C. 2005. **Spiritualitas, Kesehatan, dan Penyembuhan.** Medan: Bina Perintis.

ANALISIS APLIKASI TEORI KEPERAWATAN **HUMAN CARING THEORY** DAN **THE SOCIAL COGNITIVE CAREER THEORY** DALAM IMPLEMENTASI **CAREER COACHING** PERAWAT DI PELAYANAN RUMAH SAKIT

Uly Pramuditya Isnaini¹, Elsy Maria Rosa²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
ulypramuditya@gmail.com

²Dosen Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, elsye@umy.ac.id

Abstract: Nursing professions face global challenges. Professions that are still in the process of professionalism need to make internal corrections focused on the four dimensions of the domain of nursing science, nursing services and nursing care, nursing practice, and nursing career ladder in the service. This literature study aims to determine the application of the theory of nursing human caring theory and the social cognitive career theory (SCCT) in the implementation of career coaching nurses in hospital services. Literature study method through search on Google Search, Google Scholar, and Pubmed with keywords human caring theory, the social cognitive career theory (SCCT), career coaching, and professionalism of nurse. The literature used meets inclusion criteria in the form of clinical studies, observational, systematic review, and meta-analysis. The literature search finds ten articles explaining human caring theory, SCCT, and career coaching on professional nursing practice. With the career coaching program, can improve the self efficacy of nurses so as to display the spirit of professionalism contained in the theory of human caring.

Keywords: *Human Caring Theory, The Social Cognitive Career Theory (SCCT), Career Coaching, Profesionalism of Nurse*

PENDAHULUAN

Dewasa ini, profesi keperawatan menghadapi tantangan global. Profesi yang masih dalam proses menuju “perwujudan diri” perlu melakukan pembenahan internal yang difokuskan pada empat dimensi domain yaitu ilmu keperawatan, pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan, praktik keperawatan, serta jenjang karir perawat di pelayanan¹. Pembenahan menuju perawat yang profesional ditunjukkan dengan meningkatkan jati diri perawat profesional dengan berbagai peran, misalnya sebagai **care provider, educator, community manager**, dan **researcher**.

Menurut kajian¹, peran profesional perawat dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu kualitas sumber daya ners masih rendah, batang tubuh ilmu pengetahuan dan kewenangan perawat yang belum jelas, model praktik keperawatan yang tidak tertata dengan baik, serta fokus tujuan pendidikan keperawatan yang hanya berorientasi menyediakan lulusan untuk bekerja sehingga kurang membangun karakter yang diperlukan **stakeholder**. Seringkali perawat dalam menjalankan perannya masih berdasarkan **mother instinct** atau berdasarkan pengalaman dan rutinitas semata.

Demi meningkatkan profesionalisme perawat, salah satu yang harus diperjuangkan adalah menata pendidikan keperawatan. Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 19 tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan, perawat perlu untuk melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi guna mengembangkan pendidikan tinggi keperawatan. Institusi pendidikan tinggi keperawatan pun perlu mengenalkan kejelasan ilmu keperawatan kepada peserta didik agar perawat mampu menampilkan jati dirinya sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan dengan baik. Salah satu yang menjadi daya dukung dari jati diri perawat yang profesional adalah peran **caring** perawat itu sendiri. Hal ini dilandaskan pada pendapat Chitty dalam Cara² bahwa “**nursing is as a science and art, separated from medicine science**” dimana setiap individu perawat perlu menampilkan sikap **caring** pada kliennya sehingga **nursing** sebagai **art** dapat terwujud.

Dalam Potter and Perry³, mengenai **the health science of caring**, **caring** adalah memberikan perhatian atau penghargaan kepada seorang manusia. **Caring** juga dapat diartikan memberikan bantuan kepada individu atau sebagai advokat pada individu yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya. **Caring** pada akhirnya merupakan **core** (inti) dari ilmu keperawatan yang dikenal sebagai “**human science and human care**”⁴.

Dalam mewujudkan konsep **caring** dalam ilmu keperawatan, perawat perlu memiliki kepercayaan diri yang tinggi sehingga mereka mampu bekerja dan berorganisasi secara profesional dalam ranah keperawatan. Penelitian yang telah dilakukan di rumah sakit Houston Methodist Hospital di Amerika mengujicobakan **career coaching** pada perawat yang bekerja di rumah sakit tersebut. Hasilnya, perawat lebih termotivasi sehingga muncul kepercayaan diri yang diikuti oleh profesionalisme dalam bekerja. Program yang sama juga diterapkan di rumah sakit St. Joseph di Denver Colorado pada tahun 2006 dan didapatkan hasil perawat lebih percaya diri akan kemampuan dan memiliki keyakinan untuk bekerja dalam tim.

Career coaching adalah program yang didirikan untuk membantuperawatmengejar pendidikan lanjut dan mempersiapkan mereka untuk memimpin keperawatan di masa depan⁵. Tujuan dari program ini adalah mendorong perawat mengejar karir, sertifikasi, transisi ke bidang yang diminati, dan mampu mengambil peran kepemimpinan. Studi yang dilakukan di berbagai tempat, menunjukkan bahwa

tingkat kepercayaan diri perawat kurang dan mengakibatkan profesionalisme dalam melakukan pelayanan terhadap pasien juga tidak memuaskan. Hal ini tentu saja tidak mendukung teori Watson tentang pelayanan keperawatan yang berfokus pada **caring**. Dengan demikian, penelitian ini bermaksud melihat pengaruh **career coaching** terhadap perawat. Harapannya, dengan **career coaching** ini, perawat dapat meningkatkan profesionalisme khususnya terkait kepercayaan diri sehingga konsep **caring** dalam keilmuan keperawatan dapat teraplikasikan dalam pelayanan pasien yang paripurna.

METHODS

Metode yang digunakan adalah metode studi literatur melalui penelusuran pada Google Search, Google Scholar, dan Pubmed dengan kata kunci **human caring theory, the social cognitive career theory (SCCT), career coaching, dan professionalism of nurse**. Literatur yang digunakan memenuhi kriteria inklusi berupa studi klinis, observasional, review sistematis, dan metaanalisis.

RESULTS

Hasil pencarian literatur menemukan sepuluh artikel yang menjelaskan **human caring theory, SCCT, maupun career coaching** pada praktik keperawatan profesional. **Human Caring Theory** merumuskan sepuluh **carative factors** yang menekankan pada **caring** sebagai inti utama praktik keperawatan profesional. **The Social Cognitive Career Theory (SCCT)** mendasari pilihan karir dengan variabel minat karir (**career interest**), **self-efficacy**, dan persepsi. **Career coaching** sebagai program untuk meningkatkan **career interest** pada perawat.

DISCUSSION

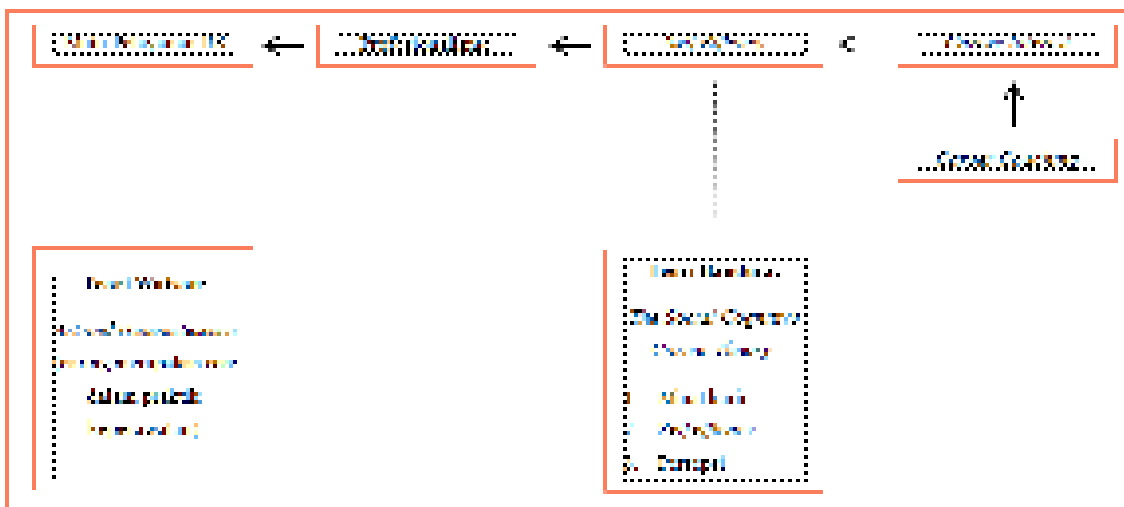


Figure 1. Human Caring Theory and The Social Cognitive Career Theory⁶ telah dimodifikasi oleh Penulis

Caring science merupakan suatu orientasi **human science** dan kemanusiaan terhadap proses, fenomena, dan pengalaman **human science**. **Caring science** meliputi seni dan kemanusiaan. Sedangkan **Transpersonal Caring** merupakan hubungan antar individu (perawat dan klien), dimana mengakui adanya kesatuan dalam hidup dan hubungan-hubungan yang terdapat dalam lingkaran **caring** yang konsentrik (individu pada orang lain, masyarakat, dunia, dan alam semesta) dan menghargai seseorang tersebut seutuhnya⁷.

Watson⁸ mendefinisikan **caring** lebih dari sebuah **exisestensial philosophy**, yaitu ia memandang sebagai dasar spiritual, sehingga **caring** merupakan pusat serta ideal moral dari keperawatan. Konsep utama Watson mencakup sepuluh faktor karatif dan penyembuhan transpersonal (**transpersonal healing**) serta hubungan **caring** transpersonal (**transpersonal caring relationship**), saat **caring (caring moment)**, peristiwa **caring (caring occasion)**, modalitas **caring healing (caring healing modalities)**, kesadaran **caring (caring consciousness)**, energi kesadaran **caring (caring consciousness energy)**, dan kesadaran keutuhan fenomenal (*phenomenal file/unitary consciousness*). *Original carative factors* dikembangkan oleh Watson menjadi **clinical caritas processes** yang menawarkan pandangan yang lebih terbuka⁹, yaitu:

- a. Menerapkan perilaku yang penuh kasih sayang dan kebaikan dan ketenangan dalam konteks kesadaran terhadap caring
- b. Hadir dengan sepenuhnya, dan mewujudkan dan mempertahankan sistem kepercayaan yang dalam dan dunia kehidupan subjektif dari dirinya dan orang dirawat
- c. Memberikan perhatian terhadap praktek spiritual dan transpersonal diri orang lain, melebihi ego dirinya
- d. Mengembangkan dan mempertahankan suatu hubungan caring yang sebenarnya, yang saling bantu dan saling percaya
- e. Hadir untuk menampung dan mendukung ekspresi perasaan positif dan negatif sebagai suatu hubungan dengan semangat yang dalam dari diri sendiri dan orang yang dirawat
- f. Menggunakan diri sendiri dan semua cara yang diketahui secara kreatif sebagai bagian dari proses caring, untuk terlibat dalam penerapan caring-healing yang artistik
- g. Terlibat dalam pengalaman belajar mengajar yang sebenarnya yang mengakui keutuhan diri orang lain dan berusaha untuk memahami sudut pandang orang lain
- h. Menciptakan lingkungan healing pada seluruh tingkatan, baik fisik maupun non fisik, lingkungan yang kompleks dari energi dan kesadaran, yang memiliki keholistikan, keindahan, kenyamanan, martabat, dan kedamaian

- i. Membantu terpenuhinya kebutuhan dasar, dengan kesadaran caring yang penuh, memberikan “**human care essentials**”, yang memunculkan penyesuaian jiwa, raga dan pikiran, keholistikan, dan kesatuan diri dalam seluruh aspek care; dengan melibatkan jiwa dan keberadaan secara spiritual
- j. Menelaah dan menghargai misteri spritual, dan dimensi eksistensial dari kehidupan dan kematian seseorang, “**soul care**” bagi diri sendiri dan orang yang dirawat.

Coaching adalah strategi pengembangan yang digunakan untuk berbagai tujuan dengan semua tingkat personil, termasuk pasien, di mana pelatih membantu seseorang mencapai keefektifan kesadaran dan tindakan yang lebih tinggi¹⁰. **Career Coaching** adalah program yang didirikan untuk membantu perawat mengejar pendidikan lanjut dan mempersiapkan mereka untuk memimpin keperawatan di masa depan⁵.

Tujuan dari program ini adalah mendorong perawat mengejar karir, sertifikasi, transisi ke bidang yang diminati, dan mampu mengambil peran kepemimpinan. Dalam pelaksanaan program, perawat difasilitasi oleh konselor karir yang akan mendorong perawat mengaplikasikan pembelajaran seumur hidup (**longlife learning**). **Career coaching** juga diharapkan membantu perawat dalam melakukan perencanaan baik individu maupun tim organisasi, serta memunculkan kepuasan kerja para perawat. Program ini juga bermaksud mengembangkan bakat perawat sesuai akan minat yang mereka miliki.

The Social Cognitive Career Theory (SCCT) adalah teori utama yang mendasari mengenai pilihan karir dengan variabel minat karir, *self-efficacy*, dan persepsi. Pengembangan teori berasal dari teori kognitif sosial oleh Bandura. Teori ini juga mengasumsikan pentingnya konteks sosial budaya dan lingkungan dalam faktor yang mempengaruhi pilihan karir¹¹. Kerangka konseptual SCCT ini adalah pilihan karir yang berkaitan dengan penyebaran masa depan profesi keperawatan. Komponen yang mendukung SCCT adalah minat karir, *self-efficacy*, dan persepsi keperawatan. Variabel konseptual ini dipilih berdasarkan temuan dari penelitian dan teori difokuskan pada peningkatan pengetahuan tentang pengambilan keputusan karir.

Career interest pada perawat dipengaruhi oleh adanya *self efficacy* pada diri perawat. Sedangkan *self efficacy* ini dapat ditingkatkan melalui **career coaching**. Selama ini, **Career coaching** diaplikasikan dengan berdasarkan pada teori Swanson dalam Tomey dan Alligood¹². Swanson menjelaskan **caring** berdasarkan dimensi pasien dan perawat. Komponen utama dalam **Swanson’s Caring theory** terdiri atas:

- a. **Maintaining belief** (mempertahankan keyakinan pada kejadian atau transisi dan melihatnya dengan penuh hikmah)
- b. **Knowing** (berusaha keras untuk memahami makna atas kejadian pada kehidupan orang lain)

- c. **Being with** (menunjukkan perasaan kepada orang lain)
- d. **Doing for** (bekerja/melakukan sesuatu untuk orang lain seperti untuk diri sendiri)
- e. **Enabling** (memfasilitasi orang lain pada kondisi transisi/peralihan dan tidak familier).

Lima komponen dalam **Swanson's Caring theory** inilah yang nantinya menjadi komponen dasar dalam pelaksanaan **career coaching**.

CONCLUSIONS

Caring merupakan inti (**core**) dari praktik keperawatan profesional. Perawat perlu menampilkan profesionalisme khususnya kepercayaan diri perawat (**self efficacy**). Teori **Human Caring** yang dikemukakan oleh Jean Watson mendukung peningkatan mutu praktik pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. **Career coaching** adalah program yang dilaksanakan untuk membantu perawat mengejar pendidikan lanjut dan mempersiapkan mereka untuk memimpin keperawatan di masa depan. **The Social Cognitive Career Theory (SCCT)** adalah teori utama yang mendasari mengenai pilihan karir dengan variabel minat karir, *self-efficacy*, dan persepsi. Dengan demikian, **career coaching** dapat meningkatkan *self efficacy* perawat sehingga mampu menampilkan jiwa profesionalisme yang tertuang dalam teori **caring**.

REFERENCES

1. Nursalam., Caring Sebagai Dasar Peningkatan Mutu Pelayanan Keperawatan dan Keselamatan Pasien. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar (18 Januari 2014). Universitas Airlangga. 2014.
2. Cara C., A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory, www.humancaring.org (under “continuing education”). 2003.
3. **Potter**, and **Perry** A. G. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, eds 4, Vol 2. Jakarta: EGC. 2007.
4. Watson J., Nursing: The Philosophy and Science of Caring (rev. ed.), Boulder: University Press of Colorado. 2008.
5. Fletcher S., Nurse Education Specialist Utilizing Career Coaching to Encourage Lifelong Learning. **Journal of Nursing Education and Practice**. ISSN 1925-4040. 2016.
6. Alligood M.R. and Tomey A.M. Pakar Teori Keperawatan. Mosby Elsevier, Inc. 2017.
7. Watson J., Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman (Eds.), Blueprint for use of nursing models: Education,

research, practice, & administration (pp. 141-184). NY: NLN Press. 1996.

8. Watson J., New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 175-181. 1988.
9. Watson J., *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh, Scotland, UK: Churchill-Livingstone: Harcourt-Brace. 1999.
10. Fowler D.L., Career Coaching: Innovative Academic-Practice Partnership for Professional Development. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, **45**(5),205-209. 2014.
11. Lent R.W. and Brown S.D., Social cognitive approach to career development: an overview. *Career Dev. Q.* 44 (4), 310-322. 1996.
12. Alligood M.R. and Tomey A.M. *Nursing theorists and their work*. Mosby Elsevier, Inc. 2010.

PENERAPAN TEORI BETTY NEUMAN PADA TINGKAT STRESS DAN STATUS SOSIAL EKONOMI ORANG TUA DENGAN PERILAKU MEROKOK PADA REMAJA

Ardiansyah, Falasifah Ani Yuniarti

Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Email : ansyaha672@gmail.com

Abstract: Nursing is a form of professional service that is an integral part of health care based on nursing science and tips, in the form of comprehensive bio-psycho-socio-spiritual services. Neuman’s descriptive theory adapts the concept of prevention level from the conceptual model of Caplan (1964) and relates it to the level of nursing practice, namely primary, secondary, tertiary. Primary prevention includes stressor reduction. Primary prevention includes efforts to reduce the entry of stressors. Or strengthen the normal line of defense of the client to reduce the reaction to the stressor that appears. Secondary prevention is an attempt to reduce the possible effects of effects caused by the exposure of individuals to the diagnosis of the disease. Tertiary prevention is an attempt to reduce the residual effects of the stressors that arise and restore the client on balance after obtaining certain treatment. (Capres, 1966; Neuman, 2002b).

Key word: ***konsep tingkatan pencegahan model tingkat stres dengan perilaku merokok***

PENDAHULUAN

Teori adalah hubungan beberapa konsep atau suatu kerangka konsep, atau definisi yang memberikan suatu pandangan sistematis terhadap gejala-gejala atau fenomena-fenomena dengan menentukan hubungan spesifik antara konsep-konsep tersebut dengan maksud untuk menguraikan, menerangkan, meramalkan dan atau mengendalikan suatu fenomena (Budiono, sumirah, 2015).

Tujuan umum teori merupakan sesuatu yang penting karena hal ini menjelaskan konteks dan situasi dimana teori dapat diterapkan (Chinn dan Kramer, 2004). Teori mempunyai tujuan yang berbeda-beda dan terkadang dikelompokkan dalam tingkat keabstrakannya (teori utama dan teori menengah) atau tujuan akhir teori (deskriptif atau preskriptif). Teori menjelaskan, memperkirakan, atau memperjelas terhadap fenomena yang diinginkan.

Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut, keperawatan harus selalu mengembangkan ilmunya berdasarkan pemahaman konsep model dan teori keperawatan yang sudah ada agar tidak terjadi penyimpangan didalam mengaplikasikan ilmu keperawatan, sehubungan dengan hal tersebut maka pada kesempatan ini saya mencoba untuk membahas salah satu teori konsep model yang sudah ada yaitu model keperawatan yang dikembangkan oleh Betty Neuman. Model tersebut berfokus pada respon sistem klien terhadap stressor aktual maupun potensial.

Melihat dari permasalahan fenomena yang saya kaji merokok adalah sudah menjadi budaya bagi setiap kalangan masyarakat terutama di Indonesia saat ini. Ada pun faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok adalah faktor kepriadian, faktor pergaulan atau lingkungan, factor orang tua dan factor iklan. Pada faktor kepribadian yang mempengaruhi perilaku merokok adalah rasa ingin tahu, ingin melepaskan diri dari beban diri atau setres. Mengkonsumsi rokok pada waktu setres merupakan upaya penyeimbang masalah-masalah yang bersifat emosional atau kompensatoris kecemasan yang dialihkan terhadap perilaku merokok. Remaja adalah masa-masa kritis dan rentan sekali untuk mengalami masalah serta berperilaku resiko tinggi, salah satu merokok.

Dari melihat pemaparan fenomena yang saya kaji selain itu untuk memecahkan masalah dalam penerapan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan teori model neuman. Dimana pendekatan sistem model neuman menggambarkan klien sebagai suatu system sebagai individu, keluarga, kelompok, masyarakat atau isu sosial yang mempunyai lima komponen yang saling berhubungan yaitu dari segi : fisiologik, psikologik, social kuktural, pengembangan dan spiritualnya.

Oleh sebab itu dalam analisi penerapan teori, teori yang akan saya gunakan adalah teori **Betty Neuman**. Model sistem Neuman menyoroti bahwa keadaan sehat dan sakit dari seseorang itu sebagai sistem yang holistik dan lingkungan mempengaruhi kesehatan. Klien dengan perawat membuat tujuan dan mengidentifikasi intervensi preventif yang sesuai. Individu, keluarga atau kelompok lain, komunitas atau jaringan sosial adalah sistem klien yang dilihat sebagai gabungan dari interaksi fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan, dan variabel spiritual (Tomey dan Alligood, 2006).

Model Sistem Neuman menggunakan sebuah sistem pendekatan untuk menggambarkan bagaimana klien mengatasi tekanan (stressor) dalam lingkungan internal atau eksternal mereka. Perawat yang menggunakan teori Neuman dalam praktek pelayanan mereka berfokus pada respons klien terhadap tekanan terhadap penurunan stress.

TEORI BETTY NEUMAN

Model konsep teori **Betty Neuman** ini merupakan model konsep yang menggambarkan aktivitas keperawatan, yang ditunjukkan kepada penekanan penurunan setres dengan cara memperkuat garis pertahanan diri, yang bersifat fleksibel, normal, maupun resistan dengan sasaran pelayanan komunitas.

Model ini menganalisis interaksi antara empat variabel yang menunjang keperawatan komunitas, yaitu aspek fisik, atau fisiologis, aspek psikologis, aspek social dan kultural, serta aspek spiritual. Asumsi **Betty Neuman** tentang empat konsep utama yang terkait dengan keperawatan komunitas adalah sebagai berikut :

1. Manusia merupakan suatu system terbuka yang selalu mencari keseimbangan dari harmoni dan merupakan satu kesatuan dari variabel yang utuh, yaitu : fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual.
2. Lingkungan, meliputi semua factor internal dan eksternal atau pengaruh-pengaruh dari sekitar atau system klien.
3. Sehat, merupakan kondisi terbebas dari gangguan pemenuhan kebutuhan. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan menghindari atau mengatsi stressor.

Menurut teori **Betty Neuman** keperawatan ditunjukkan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan berfokus pada empat intervensi :

1. Intervensi yang bersifat promosi, meliputi pendidikan kesehatan dan mendemonstrasikan keterampilan keperawatan dasar yang dapat dilakukan klien dirumah atau komunitas yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan atau keseimbangan garis pertahanan normal.
2. Intervensi yang bersifat prevensi meliputi deteksi dini gangguan kesehatan misalnya deteksi dini tumbuh kembang balita, keluarga, serta memberikan zat kekebalan pada klien yang bersifat individu misalnya konseling pernikahan.
3. Intervensi yang bersifat kuratif dan rehabilitative meliputi melakukan prosedur keperawatan yang memerlukan kepakaran perawat, misalnya melatih klien duduk atau berjalan, memberikan konseling untuk penyelesaian masalah, serta melakukan rujukan keperawatan.
4. Intervensi keperawatan bertujuan untuk menurunkan stressor meliputi :
 - a. Pencegahan primer, meliputi sebagai tindakan keperawatan untuk mengidentifikasi adanya stressor, mencegah reaksi tubuh karena adanya stressor, serta mendukung coping pada klien secara konstruktif.
 - b. Pencegahan sekunder, meliputi berbagai tindakan keperawatan dengan mengurangi atau menghilangkan gejala penyakit serta reaksi tubuh lainnya karena adanya stressor.
 - c. Pencegahan tersier, meliputi pengobatan secara rutin dan teratur, serta pencegahan terhadap adanya kerusakan lebih lanjut dari komplikasi suatu penyakit.

Dari uraian diatas, dapat dipahami bahwa penerapan model konseptual keperawatan komunitas dari berfokus pada penurunan stres dengan cara memperkuat garis pertahanan diri dan intervensi diarahkan pada ketiga garis pertahanan tersebut yang berkaitan dengan tiga level pervensi.

ANALISIS PENERAPAN TEORI KEPERAWATAN **BETTY NEUMAN**

Analisis permasalahan yang ada :

1. Analisis penerapan teori di Pelayanan

Dalam permasalahan yang dapat saya kaji dengan melihat situasi dan kondisi yang ada disekitar Salah satu kebiasaan masyarakat saat ini yang sering ditemui hampir di setiap kalangan masyarakat adalah perilaku merokok. Rokok tidaklah suatu hal yang baru dan asing lagi di masyarakat, baik itu laki-laki maupun perempuan, tua maupun muda. Orang merokok mudah ditemui, seperti di rumah, kantor, cafe, tempat-tempat umum, di dalam kendaraan, bahkan hingga di sekolah-sekolah. Perilaku merokok merupakan perilaku yang merugikan, tidak hanya bagi individu yang merokok tetapi juga bagi orang-orang disekitar perokok yang ikut terhirup asap rokok. Kerugian yang ditimbulkan bisa dari sisi kesehatan dan ekonomi. Sementara itu dari sisi ekonomi merokok pada dasarnya adalah “membakar uang”, apalagi jika itu dilakukan oleh remaja yang belum mempunyai penghasilan. Kadangkala seseorang akan menjadi perokok bila mengalami gangguan stress dengan alasan untuk menghilangkan stress. Individu yang merokok banyak beranggapan bahwa rokok dapat membantunya merasa lega dan santai saat stress.

Dari kasus fenomena yang saya paparkan diatas bahwasanya ada kaitannya dengan teori Betty Neuman, Apabila teori ini dihubngkan dengan perawat sebagai pendidik di pelayanan keperawatn komunitas terhadap perilaku merokok pada remaja terkait dengan stressor dan pencegahannya, tentunya memiliki keterkaitan yang kuat dalam proses pelaksanaannya. Karena teori ini menekankan pada peran perawat dalam melakukan pencegahan sebagai suatu intervensi tersebut. Sehingga intervensi ini bertujuan untuk membantu klien dalam mengatsi, atau memelihara stabilitas system klien itu sendiri. Di persepsikan sebagai suatu tujuan bagian pelindung untuk mencegah masuknya stressor yang dapat merusak keadaan sejahtera klien secara umum.

Garis pertahanan fleksibel lingkaran terluar yang digambarkan dalam garis putus-putus merupakan garis pertahanan yang fleksibel. Hal ini dipersepsikan sebagai suatu bagian pelindung untuk mencegah masuknya stressor pada klien yang dapat merusak keadaan sejahtera klien secara umum yang direfleksikan oleh garis pertahanan normal. Dimana garis pertahanan fleksibel merupakan sebagai pelindung untuk mencegah masuk nya stressor pada klien itu sendiri, untuk mempertahankan garis pertahanan tersebut tindakan yang dilakukan salah satu nya dengan melakukan pencegahan

sebagai intervensi untuk membantu klien dalam menstabilkan system nya supaya stressor tidak terjadi pada klien itu sendiri.

Pencegahan sebagai suatu intervensi tindakan yang bertujuan untuk membantu klien untuk mengatasi , atau memelihara stabilitas system tersebut. Hal tersebut dapat terjadi baik sebelum atau sesudah garis pertahanan perlindungan dan garis resistensi berhasil ditembus oleh stressor. Neuman mengidentifikasi tiga tingkatan dari intervensi untuk pencegahannya yaitu : pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier.

Dimana tindakan pencegahan ini salah satu fungsinya bertujuan untuk membantu klien untuk mengatasi atau mempertahankan garis pertahanan sebagai pelindung untuk mencegah masuknya stressor terhadap klien. Dengan cara melakukan pencegahan primer yaitu mengurangi dampak pemicu stres terhadap rokok itu sendiri. Yang kedua pencegahan sekunder yaitu menangani klien dari gejala yang terpapar dari waktu stressor itu sendiri. Yang ketiga pencegahan tersier yaitu dengan cara melakukan pendidikan kesehatan terkait dengan perilaku rokok terhadap stres pada klien tersebut.

Rekonstitusi tindakan yang diberikan untuk mengatasi reaksi terhadap stressor pada klien tersebut. Hal ini menunjukkan adanya pengembalian stabilitas dari suatu system pada klien, dan tingkat kesejahteraan pada klien. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi reaksi atau gejala stressor yang terjadi pada klien itu sendiri, supaya tetap terpeliharanya stabilitas system pada klien tersebut, salah satu tindakannya dengan cara melakukan pencegahan tersier tadi.

Rencana tindakan berdasarkan tindakan pencegahan Intervensi yang digunakan sesuai kasus fenomena yang saya paparkan diatas berdasarkan pada tingkat actual, kemampuan tujuan dan hasil menurut neuman adalah :

- **Intervensi yang bersifat promosi berupa** : melakukan pendidikan kesehatan (bahaya merokok, cara penanganan stres dan mendemonstrasikan keterampilan yang dapat dilakukan klien dirumah yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan klien.
- **Intervensi pencegahan primer** dimana pencegahan primer ini digunakan ketika suatu stressor yang dialami pada klien sudah diidentifikasi. Tujuan dari pencegahan primer ini adalah untuk mengurangi dalam mengatasi stressor pada klien atau untuk mengurangi ketidakstabilan suatu system klien yang terjadi ketika stressor. Salah satu tindakan yang dilakukan pada klien adalah dengan melakukan adaptasi dari lingkungan luar dan lingkungan dalam klien, dan memotivasi klien untuk melakukan kegiatan hal-hal yang berdampak positif di lingkungan sekitarnya pada klien.

- **Intervensi pencegahan sekunder** dimana Pencegahan sekunder intervensi atau tindakan yang diberikan ketika munculnya gejala akibat dari stres yang dialami klien tersebut. Dimana sumber daya internal dan eksternal dari seseorang klien dapat digunakan untuk memperkuat garis pertahanan resistensi internal itu sendiri, dan bisa mengurangi reaksi pada klien, dan meningkatkan faktor resistensi terhadap klien itu sendiri.

Tujuannya untuk menangani klien dari gejala stress serta faktor pemicu terhadap perilaku merokok itu sendiri pada klien yang terpapar dari waktu stressor itu sendiri.

- **Intervensi pencegahan tersier** dimana pencegahan tersier ini dilakukan terjadi setelah tindakan aktif atau tahap pencegahan sekunder. Tujuannya adalah untuk mempertahankan keadaan optimal dengan mencegah reaksi atau regresi yang berulang pada klien. Tindakan tersier ini mengarahkan klien untuk kembali pada suatu siklus dari pencegahan primer. Dengan cara melakukan pencegahan secara berulang, sehingga klien dapat mempertahankan sistemnya, atau mencegah stressor termasuk pencegahan dari perilaku merokok klien itu sendiri.
- Dalam pelayanan tentunya sebagai masukan untuk petugas kesehatan setempat tentunya dapat melakukan pendidikan kesehatan kepada warga terkait dengan stressor dan pencegahan. Dari teori Betty Neuman agar perilaku merokok tidak semakin meningkat. Serta bagaimana memodifikasi lingkungannya agar warga setempat juga dapat memenuhi kebutuhan ekonominya.

NILAI ISLAMI YANG TERKANDUNG DALAM TEORI NEUMAN

Artinya : orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram. (Surat Ar-Ra'd ayat 28).

KESIMPULAN

Secara garis besar teori sistem model Neuman mengemukakan bahwa dalam memberikan tindakan keperawatan terhadap klien atau pasien yang mengalami stress (gangguan mental).

SARAN

Mengingat permasalahan kesehatan mental (stress) perlu kita ketahui beberapa konsep yang membahas permasalahan kesehatan mental. Sebagai perawat ada

baiknya kita harus tahu tindakan apa yang harus kita berikan jika menghadapi kondisi pasien atau klien yang memberikan respon atau tindakan yang diakibatkan adanya tekanan terhadap pasien dan akibat yang mungkin bisa terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. & Tomey, A.N. (2006). *Nursing Theorist and their work*. 6th Edition, ST. Louis: Mosby Elsevier, Inc
- Budiono dan Sumirah, B, 2015. ***Konsep Dasar Keperawatan***. Bumi Medika. Jakarta.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York : Basic Book.
- Capres, C. F. (1966). The Neuman systems model: A culturally relevant perspective. *ABNF journal*, 7(5).
- Neuman, B. (2002b). The Neuman Systems Model Definitions. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.)
- Neuman, B. (2011a). Assessment and intervention based on the Neuman Systems Model. J. Fawcett (Eds.)
- Neuman, B. (2011c). The Neuman Systems Model Definitions. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.)
- Kozier, B. (2011). ***Fundamental Keperawatan***. Jakarta: EGC.

ANALISA PENERAPAN TEORI PATRICIA BENNER TERHADAP METODE PEMBELAJARAN KLINIK DENGAN BEDSIDE TEACHING PADA MAHASISWA KEPERAWATAN

Made Yos Kresnayana¹, Titih Huriah²

Magister Keperawatan Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jl. Lingkar Selatan, Kasiham Bantul,
Daerah Istimewa Yogyakarta. Jawa Tengah - 55184
Email : jroyoskresnayana@gmail.com

Abstract: Learning method is a method to educate learners in the clinic that enables educators to choose and apply educational ways that match the goals and characteristics of individual learners based on the conceptual framework of learning. Types of clinical / field teaching methods that are commonly used are experimental, conference, observation, nursing round and bed side teaching. This writing aims to analyze the application of the theory of Patricia Benner to the method of learning clinics with Bedside Teaching in Nursing students. Clinical learning method with bedside teaching in nursing students can train procedural skills, foster professional attitude, study biological / physical development, and communicate through direct observation in various cases so as to improve the quality in service. Patricia Benner's model is situational and describes the five levels of acquisition and skill development. Clinical learning by counselors with bedside teaching method is effective because it can provide opportunities for students to improve skills in practice about clinical skills, ethics, humanism, professionalism, and communication skills.

Keyword: bedside teaching, clinical learning method, patricia benner theory

PENDAHULUAN

Proses pembelajaran di keperawatan memandirikan peserta didik sebagai komunitas belajar dengan kompetensi yang dibangun sesuai tuntutan perkembangan dan kebutuhan (daya saing), melengkapi sumber daya pendidikan terutama staf akademik, rumah sakit pendidikan, dan lahan praktik keperawatan serta laboratorium pendidikan. Keperawatan professional diterapkan dengan mengaplikasikan ilmu dan teori keperawatan dalam praktek, pendidikan dan riset keperawatan. Ilmu keperawatan dalam memenuhi tuntutan dan tekanan masyarakat harus dikembangkan berdasarkan pemahaman pada konsep dan teori keperawatan. Pengembangan berdasarkan teori ini dimaksudkan agar dalam pengaplikasiannya tidak menyimpang dari model atau konsep keperawatan yang

sudah ada. Seperti teori yang akan dibahas, yaitu teori keperawatan **Patricia Benner** tentang keperawatan adalah praktik dalam memberikan perhatian yang dipandu oleh seni moral dan etika perawatan dan tanggung jawab yang terbentang dalam hubungan antara perawat dan pasien (Alligood, 2013). Filosofis **Patricia Benner** yang pertama adalah membedakan antara pengetahuan praktis dan teoritis.

Benner, Tanner, dan Chesla (1996) menekankan pentingnya belajar keterampilan, keterlibatan dan kepedulian melalui pengalaman praktik, artikulasi pengetahuan dengan latihan, dan penggunaan narasi dalam pendidikan sarjana. Strategi integratif adalah beberapa contoh pembinaan yang sedang dipelajari dan Pendekatan berpikir dalam tindakan untuk mengintegrasikan teori dengan pengajaran klinik (Alligood, 2014). Sebagai mahasiswa keperawatan, pembelajaran klinik adalah hal yang sangat penting untuk mendapatkan pengalaman merawat pasien secara langsung dalam berbagai kasus. Salah satu metode yang membantu mahasiswa untuk belajar berdasarkan konteks adalah **bedside teaching**: metode yang digunakan oleh pembimbing klinik untuk mentransfer ilmu mereka terutama pada psikomotor atau **skill domain** (Asmara, 2017).

KONSEP TEORI PATRICIA BENNER

Benner (1984a) mengadaptasi model **Dreyfus** dengan praktik keperawatan klinis. **Dreyfus Brothers** mengembangkan model akuisisi keterampilan dengan mempelajari kinerja **master** catur dan pilot dalam situasi darurat (Dreyfus & Dreyfus, 1980; Dreyfus & Dreyfus, 1986). Model **Patricia Benner** bersifat situasional dan menggambarkan lima tingkat perolehan dan pengembangan keterampilan: pemula, pemula tingkat lanjut, kompeten, mahir, pakar. Model tersebut mengemukakan bahwa perubahan dalam empat aspek kinerja yang terjadi dalam pergerakan melalui tingkat keterampilan perolehan sebagai berikut:

1. Gerakan dari ketergantungan pada prinsip dan aturan abstrak dengan penggunaan pengalaman masa lalu dan konkret.
2. Beralih dari ketergantungan pada pemikiran analitis dan berbasis aturan hingga intuisi.
3. Perubahan persepsi peserta didik dengan situasi sebagai kompilasi yang sama relevan untuk melihatnya agar semakin kompleks dalam keseluruhan, di mana bagian tertentu menonjol kurang dan lebih relevan.
4. Bagian dari seorang pengamat yang terpisah, berdiri di luar situasi, ke salah satu posisi keterlibatan, terlibat penuh dalam situasi.

Tiga puluh satu kompetensi muncul dari analisis transkrip wawancara tentang detail perawat deskripsi episode perawatan pasien yang disertakan niat dan interpretasi mereka terhadap kejadian. Dari kompetensi ini, yang diidentifikasi

dari aktual dalam situasi praktek, tujuh domain berikut diturunkan secara induktif berdasarkan kesamaan fungsi dan niat antara lain:

1. Peran pembantu
2. Fungsi mengajar-pembinaan
3. Fungsi pemantauan diagnostik dan pasien
4. Manajemen yang efektif dalam situasi yang berubah dengan cepat
5. Mengelola dan memantau intervensi terapeutik dan resimen
6. Memantau dan memastikan kualitas praktek pelayanan kesehatan
7. Kompetensi pada peran kerja organisasi.

Kompetensi didalam asuhan keperawatan tentang tujuh domain ini merupakan landasan seorang perawat dalam praktik klinik yang akan dijadikan landasan untuk teori dalam metode pembelajaran klinik dengan **bedside teaching**.

PEMBAHASAN

Patricia Benner mempresentasikan domain dan kompetensi praktik keperawatan sebagai penerjemah terbuka kerangka kerja untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan yang tertanam dalam praktik keperawatan. Hasil dari sosial tertanam, relasional, dialogis sifat pengetahuan klinis, merupakan domain dan kompetensi yang harus disesuaikan untuk digunakan di masing-masing institusi melalui studi praktik klinik pada masing-masing spesifik local. Setiap domain dikembangkan dengan menggunakan kompetensi yang terkait dari deskripsi situasi praktek aktual.

Pada saat praktik di rumah sakit, pembimbing bertanggung jawab pada mahasiswa dalam mengajarkan dan mendidik peserta didik untuk menguasai keterampilan prosedural, menumbuhkan sikap professional, mempelajari perkembangan biologis/fisik, dan melakukan komunikasi melalui pengamatan langsung dalam metode **bedside teaching** (Nursalam, 2008). Pembimbing melakukan proses bimbingan dengan beberapa metode, salah satunya adalah metode **bedside teaching** dimana metode ini digunakan oleh pendidikan tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat dalam praktek kliniknya dengan berbagai kasus dalam melakukan perawatan pasien langsung.

Teori keperawatan dalam **Patricia Benner** mengatakan bahwa pendekatan interpretif dalam mencari deskripsi praktik keperawatan dapat meningkatkan kemampuan psikomotorik dan meningkatkan pengetahuan mahasiswa dari pengamatan langsung dan narasi tentang praktik keperawatan aktual dalam memberikan teks untuk interpretasi. Tujuh domain yang diturunkan secara induktif berdasarkan fungsi dan maksud antara lain: Peran membantu, Fungsi

mengajar-pembinaan, Fungsi pemantauan diagnostik dan pasien, Manajemen yang efektif dalam situasi yang berubah dengan cepat, Mengelola dan memantau intervensi terapeutik dan rejimen, Memantau dan memastikan kualitas praktik perawatan kesehatan, Kompetensi peran kerja organisasi.

APLIKASI TEORI TERHADAP METODE PEMBLAJARAN KLINIK DENGAN BEDSIDE TEACHING

Pembelajaran/pengajaran merupakan istilah kunci yang hampir tidak pernah luput dari pembahasan mengenai pendidikan karena hubungan yang erat antara keduanya. Metodologi pembelajaran/pengajaran harus dimiliki oleh pendidik, karena keberhasilan proses belajar mengajar (PBM) bergantung pada cara mengajar pendidik. Dalam proses belajar mengajar, pendidik tidak menggunakan hanya satu metode, tetapi harus bervariasi, yaitu disesuaikan dengan tipe belajar peserta didik dan kondisi serta situasi yang ada pada saat itu. Dengan demikian, tujuan pembelajaran yang telah dirumuskan oleh pendidik dapat terwujud/tercapai (Simamora, 2009).

Metode pembelajaran klinik merupakan proses dari pembelajaran yang berdasarkan pengalaman diperoleh melalui kontak langsung dengan pasien. Pembelajaran klinik merupakan jantungnya dalam program pendidikan keperawatan dalam upaya menumbuhkan keterampilan personalisasi dalam asuhan keperawatan (Nursalam, 2008).

Bedside teaching merupakan kesempatan yang baik dalam mengajarkan mahasiswa tentang keterampilan klinik, etika klinik, humanisme, profesionalisme, dan keterampilan komunikasi. **Bedside teaching** juga menjadi kesempatan dimana dosen dapat menjadi **role model** dalam interaksi nyata dokter-pasien. **Bedside teaching** juga memberi kesempatan mahasiswa membangun **clinical reasoning** dengan berlatih mengambil keputusan klinis dalam memecahkan masalah kasus-kasus klinis (Aryanty, 2013). Pembimbing klinik dapat mengajarkan dan mendidik peserta didik untuk menguasai keterampilan prosedural, menumbuhkan sikap profesional, mempelajari perkembangan biologis/fisik, dan melakukan komunikasi melalui pengamatan langsung

Oleh karena itu Metode pembelajaran klinik adalah salah satu metode mendidik mahasiswa di klinik yang bertujuan untuk proses peningkatan keterampilan dalam pelayanan serta bermanfaat dalam peningkatan pengetahuan mahasiswa berfokus pada pasien yang dilakukan perawatan. metode ini memungkinkan pendidik memilih dan menerapkan cara mendidik yang sesuai dengan objectif dan karakteristik individual peserta didik (Maritalia, 2016). Pembimbing melakukan proses bimbingan dengan beberapa metode, salah satunya adalah metode **bedside teaching** dimana metode ini digunakan oleh pendidikan tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat dalam praktek kliniknya dengan berbagai kasus dalam melakukan perawatan pasien langsung.

Pembimbing klinik memberikan pengetahuan secara optimal agar peserta didik bisa menyesuaikan diri terhadap lingkungan praktek, serta membantu peserta didik dalam mencapai tujuan praktek klinik. **Bedside teaching** merupakan suatu hubungan antara 2 orang yang saling berdiskusi dilandaskan dengan dukungan, kritik membangun, keterbukaan, kepercayaan, penghargaan dan keinginan untuk belajar dan berbagi (Cholifah et al., 2015).

Aplikasi teori keperawatan menurut **Patricia Benner**, keperawatan adalah ilmu praktik dalam memberikan perhatian yang dipandu oleh seni moral, etika perawatan dan tanggung jawab yang terbentang dalam hubungan antara perawat dengan pasien. Metode pembelajaran dapat berpengaruh dalam pencapaian target sebuah studi yang dilakukan, **bedside teaching** merupakan metode pembelajaran praktek klinik yang kontekstual dan juga interaktif jika dikaitkan dengan teori keperawatan **Patricia Benner**.

Penelitian **thesis** yang dilakukan oleh (Helsi, 2016) menyatakan bahwa hasil penelitian dari data proporsi kognitif, afektif dan psikomotorik (ordinal) pada kedua kelompok. Dari hasil penelitian diperoleh adanya perbedaan tingkat kognitif pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang ditunjukkan dengan nilai p 0.001. Penilaian afektif pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol didapatkan hasil nilai p 0.001. dan penilaian psikomotorik pengkajian luka didapatkan nilai p 0.001 dan penilaian psikomotorik perawatan luka didapatkan nilai p 0.016.

Berdasarkan kasus diatas peneliti menyimpulkan, metode pembelajaran klinik model **bedside teaching** lebih efektif dibandingkan dengan metode **incomplete bedside teaching** dalam meningkatkan kognitif, afektif dan psikomotorik mahasiswa profesi ners.

KESIMPULAN

Teori **Patricia Benner** yang pertama adalah membedakan antara pengetahuan praktis dan teoritis. Oleh karena itu Metode pembelajaran klinik adalah salah satu metode mendidik mahasiswa di klinik yang bertujuan untuk proses peningkatan keterampilan dalam pelayanan serta bermanfaat dalam peningkatan pengetahuan mahasiswa berfokus pada pasien yang dilakukan perawatan. metode ini memungkinkan pendidik memilih dan menerapkan cara mendidik yang sesuai dengan objectif dan karakteristik individual peserta didik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang telah memberikan dorongan baik moril maupun materil kepada penulis. Oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Titih Huriah, Ns, M.Kep., Sp. Kom selaku pembimbing dalam penyusunan laporan Modul I. .

2. Semua rekan-rekan seangkatan yang telah memberikan dorongan dan motivasi dalam penyusunan laporan Modul I.
3. Pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu yang juga telah banyak membantu baik support maupun do'a.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2014). ***Nursing Theorists AND THEIR WORK***. St, Louis, Missouri 63043: ELSEVIER.
- Alligood, M. R. (2013). ***Nursing Theory UTILIZATION & APPLICATION***. St, Louis, Missouri 63043: ELSEVIER.
- Aryanty, N. &. (2013). Persepsi Mahasiswa Terhadap Tahap Persiapan Bedside Teaching Pada Pembelajaran Rotasi Klinik. ***JMJ, Voumel 1, Nomor 1***.
- Asmara, Y. F. (2014). BEDSIDE TEACHING: APAKAH METODE INI EFEKTIF PADA PEMBELAJARAN KLINIK MAHASISWA KEPERAWATAN? ***Jurnal Ners Vol. 9 No. 1***.
- Cholifah, N., Rusnoto, R., Hartinah, D., (2015). Bedside Sebagai Suatu Inovasi Metode Bimbingan Klinik Dalam kebidanan dan keperawatan. *J. Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan* 6.
- Helsi, D. (2016). ***EFEKTIVITAS PEMBELAJARAN KLINIK MODEL BEDSIDE TEACHING TERHADAP PENINGKATAN KOGNITIE, AFEKTIE***. YOGYAKARTA: UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA.
- Nursalam, F. E. (2008). ***Pendidikan dalam Keperawatan***. Jakarta: Salemba Medika.
- Simamora, R. H. (2009). ***BUKU AJAR PENDIDIKAN DALAM KEPERAWATAN***. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

ANALISIS APLIKASI TEORI *COMFORT* KATHARINE KOLCABA PADA PASIEN POST OPERASI ABDOMEN (BPH)

Tina Muzaenah
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract: Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) becomes a global problem in elderly men. In Indonesia, BPH is the second most common disease after urinary tract stones. In RSCM found 423 cases of BPH in 1994-1997. Of 52 patients with benign prostate enlargement after 4 months underwent open prostatectomy surgery, which experienced sexual desire change (9.6%), erectile dysfunction (13.4%), and urinary incontinence (34.6%). Post operative Patients with BPH experience discomfort, either physically in the form of pain or psychospiritual in the form of anxiety for sexual dysfunction post operative BPH. The purpose of this scientific article is to analyze the application of the Kolcaba Comfort theory to the patient pots of benign prostatic hyperplasia surgery. Kolcaba comfort theory provides comfort intervotions that include the standard elements of comfort intervention, coaching and comfort foord for the soul, thus the concept of Kolcaba comfort can be applied to post-surgical patients with benign prostatic hyperplasia, in addition to those patients requiring a sense of comfort from pain caused by the process of surgery also requires a sense of comfort from the psychospiritual aspect.

Keywords: Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), Comfort theory, postoperative sexual dysfunction BPH

PENDAHULUAN

Benigna Prostat Hiperplasi (BPH) merupakan istilah histopatologi yang digunakan untuk menggambarkan adanya pembesaran prostat. BPH menjadi masalah global pada pria usia lanjut. Di dunia, hampir 30 juta pria menderita BPH. Pada usia 40 tahun sekitar 40%, usia 60-70 tahun meningkat menjadi 50% dan usia lebih dari 70 tahun mencapai 90%. Diperkirakan sebanyak 60% pria usia lebih dari 80 tahun memberikan gejala LUTS. Di Amerika Serikat, hampir 14 juta pria menderita BPH. Prevalensi dan kejadian BPH di Amerika Serikat terus meningkat pada tahun 1994-2000 dan tahun 1998-2007. Di Indonesia, BPH merupakan penyakit tersering kedua setelah batu saluran kemih. Diperkirakan sekitar 5 juta pria usia diatas 60 tahun menderita LUTS oleh karena BPH. Di RSCM ditemukan 423 kasus BPH pada tahun 1994-1997 (Sampekalo et al., 2015).

BPH merupakan masalah serius yang harus diperhatikan karena dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pria usia lanjut. Berbagai gejala BPH seperti LUTS dapat menyebabkan disfungsi ereksi dan masalah ejakulasi. Pria dengan LUTS yang berat akan mengalami penurunan libido, kesulitan mempertahankan ereksi dan tingkat kepuasan seksual akan (Verhame KM, 2002). Survei dari **Multi-national Aging Men (MSAM)** yang dilakukan di Eropa dan Amerika, menunjukkan bahwa lebih dari 14.000 pria usia 50-80 tahun mengalami masalah seksual akibat BPH. Data menunjukkan 49% mengalami kesulitan ereksi, 48% mengalami gangguan ejakulasi dan 7% mengalami nyeri saat berhubungan seksual (Wei JT, 2005).

Perubahan kualitas hidup penderita pembesaran prostat jinak pasca-prostatektomi terbuka diketahui bahwa dari 52 penderita pembesaran prostat jinak setelah 4 bulan menjalani operasi prostatektomi terbuka, mengalami peningkatan kualitas hidup yang tinggi pada skor variabel aktivitas kerja (98,1%) dan rasa percaya diri (86,5%) sedangkan pada variabel hasrat seksual, disfungsi ereksi dan inkontinensia urin menunjukkan perubahan yang tidak begitu besar yaitu hasrat seksual (9,6%), disfungsi ereksi (13,4%), dan inkontinensia urin (34,6%) (Usu M. Sinaga, 2006).

Pasien-pasien post operasi BPH selain membutuhkan rasa nyaman pada aspek fisik yaitu nyeri yang ditimbulkan oleh proses pembedahan tetapi juga membutuhkan pemenuhan kebutuhan akan rasa nyaman pada aspek psikospiritual (harga diri, konsep diri, sexualitas, dan makna kehidupan), sosial dan lingkungan. Pasien-pasien ini membutuhkan intervensi kenyamanan yang meliputi unsur **standart comfort intervention, coaching dan comfort foord for the soul**, Saat ini perawat umumnya tidak memiliki waktu untuk memberikan **comfort food** untuk jiwa (kenyamanan jiwa/psikologis), akan tetapi tipe **intervensi comfort** tersebut difasilitasi oleh sebuah komitmen oleh institusi terhadap perawatan kenyamanan.

Dalam perspektif pandangan Kolcaba **Holistic comfort** didefinisikan sebagai suatu pengalaman yang **immediate** yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan pengurangan **relief, ease, and transcendence** yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan (Ruddy, 2007 dalam Alligood, Tomey, 2006).

Harmer (1926) menyatakan bahwa asuhan keperawatan berfokus untuk memberikan “lingkungan yang nyaman”, dan asuhan keperawatan individu pasien mencakup kebahagiaan, kenyamanan, dan meringankan fisik dan mental, selain itu “istirahat dan tidur, nutrisi, kebersihan dan eliminasi. Good now (1983) dalam bukunya menjabarkan **the technique of Nursing** mengenai kenyamanan pasien. Good now menuliskan perawat menggunakan kemampuannya untuk memberikan kenyamanan pada pasien. Kenyamanan mencakup baik fisik maupun mental, tanggung jawab perawat tidak berakhir pada pemberian asuhan keperawatan fisik. Kenyamanan emosional disebut dengan kenyamanan mental dan dapat

tercapai dengan memberikan kenyamanan fisik dan memodifikasi lingkungan pasien (Achir Yani S.Hamid & Kusman Ibrahim, 2014).

Berdasarkan uraian diatas maka diperlukan intervensi kenyamanan bagi pasien post operasi BPH tidak hanya untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman dari nyeri yang ditimbulkan oleh proses pembedahan tetapi juga rasa nyaman akan kebutuhan psikospiritualnya yaitu kekhawatiran atau rasa cemas terhadap gangguan disfungsi seksual post operasi BPH.

TUJUAN

Penulisan artikel ini mempunyai dua tujuan, yaitu:1) Tujuan Umum: Memahami model teori **comfort** Kolcaba dan penerapannya dalam penyelesaian masalah pada pasien pots operasi benigna prostat hiperplasi (BPH). 2) Tujuan Khusus: Memahami dan menjelaskan model teori menurut Kolcaba, Paradigma Keperawatan Menurut Kolcaba, dan menganalisa penerapan aplikasi teori keperawatan teori **comfort** Kolcaba pada kasus post operasi benigna prostat hiperplasi.

ANALISIS APLIKASI TEORI **COMFORT** KATHARINE KOLCABA PADA PASIEN POST OPERASI ABDOMEN (BPH)

Teori **Comfort** dari Kolcaba menekankan pada beberapa konsep utama yang menjadi kerangka konsep dari teori **comfort** tersebut yang meliputi **health care need, comfort, comfort measures/Intervensi comfort, intervening variables, perilaku mencari bantuan, dan institusional integrity**

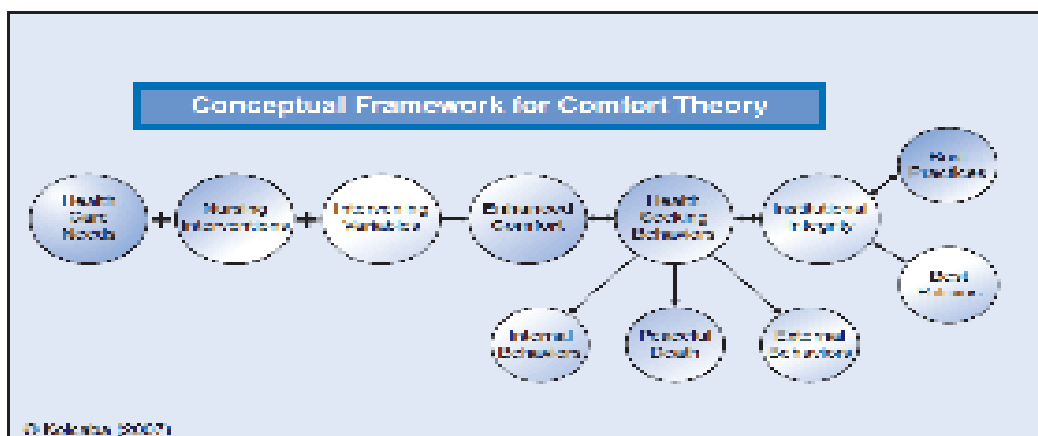


FIGURE 4-1. Conceptual Framework for the Theory of Comfort. ©2007 by Kolcaba. All rights reserved. www.forthpress.com

Terdapat tiga tipe **Comfort** yang mendasari teori **comfort** Kolcaba, yaitu:

1. **Relief (kelegaan)** merupakan arti kenyamanan dari hasil penelitian Orlando, yang mengemukakan bahwa perawat meringankan kebutuhan yang diperlukan oleh pasien.

2. Ease (ketentraman) merupakan arti kenyamanan dari hasil penelitian Henderson yang mendiskripsikan ada 14 fungsi dasar manusia yang harus dipertahankan selama pemberian asuhan.

3. Transedence dijabarkan dari penelitian Paterson dan Zderad yang menjelaskan bahwa perawat membantu pasien dalam mengatasi kesulitannya.

Kolcaba, (2003) kemudian menderivasi beberapa hal diatas menjadi beberapa konteks sebagai berikut:

1. Fisiologis, berkenaan dengan sensasi tubuh
2. Psikospiritual, berkenaan dengan kesadaran internal diri, yang meliputi harga diri, konsep diri, sexualitas, makna kehidupan hingga hubungan terhadap kebutuhan lebih tinggi.
3. Lingkungan, berkenaan dengan lingkungan, kondisi, pengaruh dari luar.
4. Sosio kultural, berkenaan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan hubungan sosial

Kolcaba menyatakan bahwa perawatan untuk kenyamanan memerlukan sekurangnya tiga tipe intervensi **comfort** yaitu:

1. Standart comfort intervention yaitu Teknis pengukuran kenyamanan, merupakan **intervensi** yang dibuat untuk mempertahankan **homeostasis** dan mengontrol nyeri yang ada, seperti memantau tanda-tanda vital, hasil kimia darah, juga termasuk pengobatan nyeri. Tehnis tindakan ini didesain untuk membantu mempertahankan atau mengembalikan fungsi fisik dan kenyamanan, serta mencegah komplikasi.

2. Coaching (mengajarkan) meliputi intervensi yang didesain untuk menurunkan kecemasan, memberikan informasi, harapan, mendengarkan dan membantu perencanaan pemulihan (**recovery**) dan integrasi secara realistis atau dalam menghadapi kematian dengan cara yang sesuai dengan budayanya.

3. Comfort food for the soul, meliputi intervensi yang menjadikan penguatan dalam sesuatu hal yang tidak dapat dirasakan. Terapi untuk kenyamanan psikologis meliputi pemijatan, adaptasi lingkungan yang meningkatkan kedamaian dan ketenangan, **guided imagery**, terapi musik, mengenang, dan lain lain.

Islam (dengan segala aturannya) sangat mengharapkan umat manusia untuk memperoleh kesejahteraan materi dan spiritual yang berupa ketenangan dan ketentraman jiwa, seperti firman Alalh SWT dalam QS. Al-Fath ayat 4 yang berbunyi:

هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَزْدَادُوا إِيمَانًا مَعَ إِيمَانِهِمْ
 وَلِلَّهِ جُنُودُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا ﴿٤﴾

“Dia-lah yang telah menurunkan ketenangan ke dalam hati orang-orang mukmin supaya keimanan mereka bertambah di samping keimanan mereka (yang telah ada). Dan kepunyaan Allah-lah tentara langit dan bumi dan adalah Allah Maha Mengetahui lagi Maha Bijaksana” (QS Al-Fath: 4)

Ketenangan jiwa tersebut diperoleh dengan selalu mengingkar Allah SWT (QS. Ar-Ra’d (13): 28), berwudlu dan melaksanakan sholat, serta membaca Al-qur’an (QS Al-A’raaf (7): 204).

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Berdasarkan Model Teori Kenyamanan Katharine Kolcaba

1. Pengkajian kenyamanan

Konteks/jenis	Relief	Easy	Trancenden
Fisik	Klien mengatakan nyeri pada bagian suprapubis dengan skala nyeri 5 dengan menggunakan Numerical Rating Scale (NRS) , seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri akan bertambah pada saat klien bergerak dan sedikit berkurang bila posisi tubuhnya terlentang, klien terpasang kateter, terpasang infus pada tangan sebelah kiri dengan RL 20 tetes/menit, terpasang alat monitor. Terdapat luka pembedahan daerah suprapubis, panjang luka ± 5 cm dan terdapat ± 5 jahitan, luka bersih, tidak ada pus, tidak bengkak, tampak warna kemerahan, tidak ada edema, terpasang drainase.		

Konteks/jenis	Relief	Easy	Trancenden
Psikospritual	Klien merasa sedih sejak dirawat klien tidak dapat melaksanakan tanggung jawabnya sebagai kepala keluarga, mencari nafkah. Klien mempunyai rasa kekhawatiran dan takut mengalami gangguan fungsi seksual setelah menjalani operasi.	Selama di rumah klien teratur melaksanakan ibadah dan berdo'a, sejak dua hari sakit di rumah klien tidak dapat melaksanakan ibadahnya karena kondis tubuhnya yang sakit.	klien tampak lemah terbaring di tempat tidur, sulit bergerak, aktivitasnya dilakukan di tempat tidur dan dibantu oleh perawat, istri, atau anaknya.
Lingkungan	Istri dan kedua anaknya selalu mendampingi dan merawat klien secara bergantian.	Klien merasa tidak bisa bebas beraktivitas karena sakitnya	Keluarga klien berusaha selalu menjaga dan menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien selama klien sakit
Sosiokultural	Sebelum dirawat klien adalah seseorang yang mandiri, kuat, ia sering menahan rasa sakitnya yang hilang timbul dan jarang mengeluhkan sakitnya kepada istri atau anaknya.	Klien tinggal serumah dengan istri dan kedua anaknya. Selama ini hubungan klien dan istrinya terjalin dengan baik.	Dukungan keluarga harus terus dibina Kebutuhan akan informasi dan konsultasi

2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus diatas adalah:

Ansietas/Cemas berhubungan dengan inkontinensia urine, disfungsi seksual (Nursalam, 2009)

3. Intervensi keperawatan: intervensi kenyamanan

Intervensi keperawatan	Tindakan keperawatan
Standart comfort	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji tingkat kecemasan yang dialami pasien - Kaji dan bantu pasien untuk mengungkapkan ketakutan dan kecemasan berhubungan dengan potensial kehilangan fungsi seksual dan diskusikan dengan pasangan.

(coaching)/pembinaan	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tentang ketidaknyamanan pasca bedah: <ol style="list-style-type: none"> 1) Beritahu pasien untuk menghindari berhubungan badan, mengatur BAB, tidak mengangkat barang berat, tidak duduk terlalu lama selama 6-8 minggu sesudah pembedahan, sampai terjadi penyembuhan fosa prostatic. 2) Nasihatkan kontrol sesudah pengobatan, sebab striktur uretra dapat terjadi dan pertumbuhan kembali prostat sesudah prostatektomi. - informasikan pasien bahwa inkontinensia urinaria, frekuensi berkemih, mendadak berkemih, dan disuria dapat terjadi sesudah kateter dilepas: <ol style="list-style-type: none"> 1) Jika pasien kembali ke rumah dengan kateter, kateter akan dilepas sekitar tiga minggu ketika sistrogram menunjukkan kesembuhan. 2) Diskusikan pemakaian produk absorben untuk menampung urine. - Ajarkan pasien ukuran untuk mengontrol urinaria : <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan pasien berimajinasi mengenai adanya telur didalam rektum, serta lemaskan dan kencangkan otot untuk memecahkannya dengan posisi menahan, kemudian relaksasi. Pemakaian otot abdominal akan meningkatkan inkontinensia. 2) Beritahu pasien agar berhenti mengeluarkan kencing sambil menahan selama beberapa detik. Praktikkan 10-20 kali sejam sambil menahan. - Beritahukan dan ingatkan pasien bahwa fungsi ereksi mungkin tidak kembali selama enam bulan.
Comfort food for the soul	<ul style="list-style-type: none"> - Dampingi pasien dan beri lebih banyak waktu kepada pasien terutama istrinya) - Ciptakan suasana yang menyenangkan atau hindari yang membuat cemas

4. Evaluasi

Konteks	Pengkajian	Hasil
Fisik	Luka	
Psikospiritual	Cemas/ Ansietas Disfungsi seksual Inkontinensia urine	
Lingkungan	Keluarga Ruang Perawatan Masyarakat	
Sosiokultural	Hubungan dengan pasangan Hubungan dengan keluarga Hubungan dengan perawat Hubungan dengan masyarakat	

KESIMPULAN

Kolcoba mendefinisikan **comfort** secara **Holistic** sebagai suatu pengalaman yang **immediate** yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan pengurangan **relief** (kelegaian), **ease** (ketentraman), dan **transcendence** yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik (fisiologis), psikospiritual (harga diri, konsep diri, sexualitas, makna kehidupan hingga hubungan terhadap kebutuhan yang lebih tinggi), sosial dan lingkungan. Pasien post operasi BPH mengalami gangguan rasa nyaman, baik secara fisik berupa rasa nyeri maupun psikospiritual berupa kekhawatiran atau rasa cemas terhadap gangguan disfungsi seksual post operasi BPH dan membutuhkan intervensi kenyamanan.

Teori comfort Kolcaba memberikan intervensi kenyamanan yang meliputi unsur **standart comfort intervention**, **coaching** dan **comfort food for the soul** (kenyamanan jiwa/ psikologis), dengan demikian konsep kenyamanan Kolcaba dapat diaplikasikan pada pasien post operasi benigna prostat hiperplasi, selain pasien tersebut membutuhkan rasa nyaman dari nyeri yang ditimbulkan oleh proses pembedahan juga membutuhkan rasa nyaman dari aspek psikospiritual.

Islam sebagai agama rahmatan lilalamin selalu memperhatikan umat manusia untuk mendapatkan ketenangan dan ketentraman jiwa agar tercapai kebahagiaan yang hakiki secara fisik maupun spritual baik di dunia maupun akhirat, dengan selalu mengingat Allah, berwudlu dan melaksanakan sholat, serta dengan membaca al-qur'an.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an

Alligood, Tomey. (2006). **Nursing Theorist and Their Work, Sixth edition.** Toronto: The CV Mosby Company St. Louis.

Achir Yani S.Hamid & Kusman Ibrahim. (2014). **Pakar Teori Keperawatan dan Karya mereka. ELSEIVER.**

Doengoes, M. E. (2002). **Nursing care plane: Guidelines for planning & documenting patient care, 3rd edition.** FA. Davis.

Sampekalo, G., Monoarfa, R.A., Salem, B., 2015. Angka Kejadian Luts Yang Disebabkan Oleh Bph Di Rsup Prof. Dr. Dr. Rd Kandou Manado Periode 2009-2013. E-Clin. 3.

Usu M. Sinaga, dkk. (2006). Perubahan Kualitas Hidup Penderita Pembesaran Prostat Jinak Pasca-prostatektomi Terbuka. **Majalah Kedokteran NUsantara**, 189-193.

4th Annual International Scientific Forum, 2017

Master of Nursing UMY

“Fusion to Innovation in Health Care”

Verhame K.M., Dieleman, J.P., Bleumink, G.S., et al. (2002). Incidence and Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia in Primary Care. ***Eur Urol*** , 42 (4).

Wei, J.T., Calhoun, E., Jacobsen, S.J. (2005). Urologic Diseases in America Project: Benign Prostatic Hyperplasia. ***J Urol*** , 173 (4).

APPLICATION OF HIDEGARD E. PEPLAU THEORY ON SOCIAL ISOLATION PATIENTS WITH SOCIAL SKILL TRAINING METHOD

Agustiningsih

Master of Nursing University of Muhammadiyah Yogyakarta.
Email: aningitc@gmail.com

Abstract: *Social isolation was ranked 3rd, with 25 patients with total number of 159 patients treated in Srikandi room, RSJ Grhasia. And the mean of the patients treated with social isolation are afraid to be rejected and not accepted by others at the time of communication. Real action to tackle social isolation using social skill training method through interpersonal relationship process approach on Hidegard E. Peplau Theory. Method: used is an analysis with case study approach. Result: That Hidegard E. Peplau theory can be applied to social isolation patient with social skill training method. Conclusion: The Hidegard E. Peplau theory that includes 6 roles of nurse with 4 phases in interpersonal relations consisting of orientation phase, identification, exploitation, and resolution is very effective given to social isolation patient by using Social Skill Training method.*

Keywords: *Social Skill Training, Social Isolation*

PRELIMINARY

Mental health is the ability of individuals in groups and environments to interact with others as a way to achieve prosperity, optimal development, using their mental abilities (cognition, affection, and relations) have individual and group achievements consistent with applicable law (Australian Health Minister, Mental Health Nursing Practice, 1996 in Joseph iyus, 2007).

Mental health is indispensable to the individual in living his life into a productive and more useful person for himself, others, and the environment he is in. Where If someone is not able to overcome the problems in their life, especially in themselves, will arise problem problems that will be fatal which will certainly interfere with life in interacting with others and the environment. If this condition persists then it will have an impact on the onset of psychiatric disorders.

Based on Riskesdas data in the year 2013 the prevalence of severe mental disorder in DIY population of 2.7 per mile, while based on data in Srikandi space from January to June Social isolation was ranked third, with the number of patients 25 people with a total number of 159 patients treated in the Heroine room. And the mean of the patients treated with social isolation are afraid of being rejected and not accepted by others at the time of communication.

From the phenomenon, it would require a real action to overcome psychiatric disorders, especially social isolation by using social skills training methods. While in the interpersonal process that must be built, it is certainly necessary a suitable theoretical approach in its application in social isolation patients. Thus, looking at these conditions, the correct application of the theory is the theory of the interpersonal process of Hidegard E. Peplau.

HIDEGARD E. PEPLAU NURSING THEORY

The theory developed by Hildegard E. Peplau is psychodynamic nursing (Psychodynamyc Nursing). This theory is influenced by therapeutic interpersonal process (therapeutic interpersonal process) model. According to Peplau, psychodynamic treatment is the ability to understand one's behavior to help identify perceived difficulties and to apply humanitarian principles related to problems arising from all things or events that have been experienced, while nursing is an interpersonal process because it involves interaction between two or more individuals with a specific purpose. Peplau thinks that psychodynamic nursing is emphasized on the ability of nurses to understand their own behavior in helping others, so as to identify the difficulties they feel.

Peplau's interpersonal relations model

During the nurse-client relationship, the nurse has many roles. These roles are: (Alligood.MR, 2014). 1. The role of the stranger. Peplau says that nurses and clients are strangers to each other, the client should be treated with courtesy, feeling, in other words the nurse should not conduct the judgment first, but must accept the client as it is. Role of the stranger is the first role in the relationship nurse-client. Here, the two sides are strangers to the other side. 2. The role of a resource person. The nurse provides specific answers to each of the client's questions, especially regarding health information and interprets to clients how to care and medical plans for clients. 3. Role of teaching (teaching role) The role of teaching is a combination of all roles and always comes from what the client knows and developed from his interest in wanting and his ability to use information. 4. Role of leadership (leadership role) The nurse assists the client in carrying out his or her tasks through participatory cooperative relationships in nursing care. 5. The role of the surrogate role

The client considers the nurse as his guardian, the attitude and behavior of the nurse creating a certain feeling in the reactive client that arises from the previous relationship. The nurse's function is to guide the client in recognizing

herself. 6. Counseling roles. The advisor functions in the client nurse relationship through the way the nurse responds to the client's needs. Peplau believes that the counseling role has a great role in psychiatric nursing. In the nurse-client relationship this role is important because the purpose of interpersonal communication techniques is to help the client to remember and fully understand the events that are happening to him right now.

To achieve the goal of interpersonal relationships through these roles it must be through the use of steps or phases of interpersonal relationships in the following nursing process (Allgood.MR, 2014): First; The Peplau orientation stage is parallel to the initial assessment phase that both nurses and patients come together as strangers. This meeting was initiated by the patient who expressed the need, although the need was not always understandable. Taken together, nurses and patients begin to work by recognizing, clarifying and defining facts related to this need. Nursing diagnoses develop in health or deficit problems identified.

Peplau states that “during the orientation period the patient explains first, the overall impression of the problem”, while in the nursing process, the nurse concludes the diagnosis of the data collected. When nurses and patients collaborate on goals, there may be clashes based on individual prejudices and expectations, as described earlier in the identification phase of Peplau.

In the planning stage of the nursing process, the nurse specifically specifies how the patient will achieve the objectives to be defined. Patient input is actively sought by the nurse so that the patient feels an integral part of the plan and compliance. In this step, the nurse considers the patient's own ability to deal with her personal problems. Peplau emphasizes that nurses want to develop therapeutic relationships so that patient anxiety will be channeled constructively to find resources, thereby reducing feelings of despair.

At the implementation stage, as in exploitation, patients end up reaping the benefits of a therapeutic relationship by drawing on the knowledge and skills of the nurse. In both phases (implementation and exploitation), individual plans have been established, based on the interests and needs of the patient.

In the resolution phase of Peplau, other phases have successfully worked through the needs met, resolutions and dismissals are the end result. Although Peplau did not discuss the evaluation. Evaluation is a factor inherent in determining the patient's readiness status to proceed

Relationship model Hidegard E. Pepalu with the main components of the nursing paradigm

The Peplau model meets the requirements of the nursing model because it emphasizes the four main elements of the nursing paradigm. The relationship model with the four central concepts that form the basis of the conceptual model and the theory of nursing (nursing paradigm) are as; 1) Man; peplau

defines individuals as human beings because humans are an organism living in an unstable equilibrium. 2) Environment; primary environmental factors consist of interpersonal relationships with people close to the patient. According to Peplau, the environment is a force outside the organism and is in the cultural context of Peplau. 3). Health; Peplau defines health as a symbol that implies a progressive development of the personality and humanitarian processes that continually lead to a creative, constructive, productive state in personal or community destruction. 4). Nursing; This process is a simultaneous application of art and skill in giving encouragement to individual growth and development. Nursing is defined by Peplau as a significant, therapeutic, and interpersonal process.

APPLICATION OF HILDEGARD E. PEPLAU THEORY IN SOCIAL ISOLATION PATIENTS WITH SOCIAL SKILL TRAINING METHOD

Social isolation is an isolation experience of a person and a feeling of shame with another person as something negative or a threatening condition (NANDA, 2007). Social skill training is a learning process whereby a person learns a functional way of interacting. Social skills training is based on the belief that skills can be learned by a person, therefore can be learned for people who do not have them (Carson, 2000 in Stuart and Laraia, 2005).

The nurse uses the process of interpersonal relationships by carrying out the nurse's six roles to the client's mother in sickness (social isolation) and not being able to transform her energy into a productive one. Through energy transformation social skills training. While the analysis of interpersonal relationship application through to 4 phases in social therapy skill training on the client of mother T, are as follows:

1). Orientation Stage: At this stage the nurse is a stranger to T's mother, and vice versa. Where nurses and T mothers make preliminary contacts and nurses try to approach the mother 'T' patients and build trust relationships. Here it is necessary to use therapeutic self-efficacy and appropriate therapeutic communication techniques by the nurse on T's mother.

2). Phase Identification; The nurse conducts an assessment of what problems and complaints T's mom feels right now, in relation to what causes T's mother to avoid associating with her theme in the room and feeling of no use to her environment, her children, and her husband. The nurse also conducts an assessment of the possibility of a difficult situation during the course of his life? and is there a difficult situation that has not been resolved so that the impact on the current condition of T's clients? How big is the influence of the difficult situation on the life process of T? At this stage the nurse's role is as a facilitator for T's mother's clients.

- 3). Exploitation stage; At this stage the nurse performs the SST / Social Skill training to solve the problems experienced by the mother T. The nurse conducts sessions per session on social therapy skills training consisting of: Session 1, train communication skills, session 2, practice friendship skills, session 3 , training the client’s ability to engage in joint activities, session 4, training clients in difficult situations, and session 5 is an evaluation of the social skills training implementation. Social therapy of gtraining skill uses method: 1) modeling; (Demonstration from nurse), 2) Role play; Re-Demonstrate by T’s mother’s clients, 3) Feed back from therapist or nurse and 4) Tranfer training conducted by T’s client to other clients or nurses. At this stage, the nurse performs 5 questions which include: Role as resource person, educator, leader, guardian, and advisor.
- 4). Phase of Resolution; At this stage, the nurse with T’s mother concludes what has been achieved after doing social skill training. The nurse recommends that the client retrain using good posture in communicating, allowing clients to practice what they have been taught, to include in their daily schedule and to agree on future contracts. At this stage the nurse tries to make the client’s mother to be independent in using her skills and free herself from a sense of dependence on the nurse.

CONCLUSION

1. Hidegard Nursing Theory E. Peplau is very effectively used to overcome social interference: social isolation through the application of interpersonal process theory developed by Peplau.
2. The nursing theory described by Peplau explains that a nurse must be able to understand oneself and others by using a basic human relationship that includes 6 nurse roles which in the interpersonal relationship implementation through 4 (four) phases of interpersonal relationship include orientation phase, identification, exploration, and resolution.
3. Social nursing specialist therapy social skill training (SST) is very effective given to social isolation patients because the therapy is taught social skills techniques that is to train the ability of clients communicate, make friendship and face difficult situations by using 4 stages of social skills training are: 1) modeling method; 2) Role play; 3) feed back and 4) tranfer training (Stuart, 2009). Thus, eventually the patient can be independent in interpersonal relationships and play an active role in the social environment.

BIBLIOGRAPHY

- Alligood, M.R. (2014). ***Nursing Theorists and Their Work, Elsevier Mosby, Utilization and Application 3th edition***: United States of America.
- Carson, V.B. (2000). ***Mental Health Nursing: The nurse-patient journey***. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Cartledge, G., Milburn, J.F. (1995). ***Teaching social skill to children and youth: Innovative Approach***, Boston: Allyn and Bacon.
- Fitzpatrick. (1983). ***Conceptual models of Nursing: analysis and application***. East Norwalk.
- Frisch, N. C., and Frisch, L. E. (2006). ***Psychiatric Mental Health Nursing***. Canada: Thomson Delmar Learning.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2004). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Penerbit Salemba Medika. Jakarta.
- Keliat, B.A., Akemat. (2005). Keperawatan jiwa terapi aktifitas kelompok, Jakarta: EGC
- NANDA. (2007). ***Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2007-2008***. Philadelphia: NANDA International.
- Renidayati. (2008). Pengaruh sosial skills training (SST) pada klien isolasi sosial di RSJ H.B Sa'anin Padang Sumatera Barat. Tesis. FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Stuart, G.W., & Laraia M.T (2005). Principles and practice of psychiatric nursing, St. Louis: Mosby.
- Townsend, M. C. (2005). Essentials of psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Wakhid, A. (2013). Penerapan terapi latihan ketrampilan sosial pada klien isolasi sosial dan harga diri rendah dengan pendekatan model hubungan interpersonal Peplau di RS Marzoeki Mahdi Bogor. Jurnal Keperawatan Jiwa.

TINJAUAN TEORITIS APLIKASI MODEL PEPLAU : ASSERTIVE TRAINING PADA PENURUNAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN

Budi Priyanto

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email: budipriyanto.sermas@gmail.com

Abstract: Violent behaviour is the behaviour of injuring self, others and environment. Model concept and nursing theory described by Peplau describes the ability to understand themselves and others who use the basic human relationship that includes four main components, namely patient, nurse's role, a source of trouble and interpersonal process. this is the main reason for the client hospitalized. One of client with violent behaviour therapy is assertiveness training. the study design was quasi -experimental pre- post test with control group. . Result showed that shorten intensive phase was found in experimental group rather than control group with value $p < 0.001$ and greater violence behavior symptom lowering was found in experimental group rather than control group with value $p < 0.001$. In conclusion giving assertiveness training can shortening intensive phase and decreasing of aggressive behavior symptom on client, so that it is surely recommended to be applied in intensive psychiatric ward.

Keywords: violent behaviour, assertiveness training, models concept Peplau

PENDAHULUAN

Sekitar 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa (WHO, 2006). Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI pada tahun 2007 menunjukkan data prevalensi nasional untuk gangguan jiwa berat pada usia > 15 tahun adalah 0,46%. Berdasarkan temuan tersebut maka estimasi jumlah penyandang gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 772.800 orang (Keliat, 2013). Prevalensi tertinggi untuk gangguan jiwa berat di Provinsi DKI Jakarta (2,03%), di Jawa Barat (0,20%) dan kota Bogor (0,40%). Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa ada kecenderungan peningkatan masalah kesehatan jiwa terutama gangguan jiwa berat dari tahun ke tahun.

Prevalensi gangguan jiwa di Instalasi Pelayanan Kesehatan Jiwa RSUD Banyumas menurut data satu tahun yang lalu periode 2016 yang terdiri dari Halusinasi dengan jumlah 311, Resiko perilaku kekerasan 306, Isolasi sosial 13, Harga diri

rendah 9, Gangguan pola tidur 21, dan Gangguan interaksi sosial dengan jumlah 14 (RSUD Banyumas, 2016).

Berdasarkan survey serta pengalaman merawat 42 klien di rumah sakit jiwa khususnya ruang psikiatri (Yudistira dan Kresna laki) diperoleh gambaran diagnosis medis schizofrenia paranoid (92%), bipolar (3%), psikotik Akut (5%). Gambaran masalah keperawatan yakni 82,3% pasien mengalami halusinasi, 75% isolasi sosial, resiko perilaku kekerasan 41%, harga diri rendah, 52,9%, defisit perawatan diri 91,1%, dan 80% regimen terapeutik inefektif. Karakteristik pasien.

Perilaku kekerasan adalah reaksi emosional yang menyebabkan terjadinya kemarahan atau perilaku yang bertujuan untuk menyebabkan kerusakan fisik terhadap seseorang atau properti (Fresan, 2007) Menurut Yosep (2010), banyak hal yang dapat menimbulkan stress, marah, cemas, dan harga diri rendah pada individu. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan kecemasan sehingga dapat menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan. Kecemasan dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu mengungkapkan marah secara verbal, menekan/ mengingkari rasa marah, dan menentang perasaan marah. Dengan cara tersebut akan menimbulkan perasaan bermusuhan. Bila cara ini berlangsung secara terus menerus maka dapat terjadi penyerangan dengan kekerasan disertai tindakan melempar yang menimbulkan perasaan marah tersebut. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal berupa perilaku destruktif maupun agresif. Sedangkan secara internal dapat berupa perilaku yang merusak diri. Mengekspresikan marah dapat dengan perilaku destruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan direspon tanpa menyakiti orang lain.

Untuk mengatasi perilaku kekerasan yang biasa digunakan yaitu dengan menggunakan standar operasional prosedur (SOP) atau Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang hasilnya belum optimal. Latihan Asertif merupakan salah satu terapi spesialis untuk melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi (Stuart & Laraia, 2005). Latihan asertif akan melatih individu berperilaku asertif dalam menjalin hubungan sosial, pada studi yang dilakukan Shiina *et al*, (2005) pemberian latihan asertif terbukti secara signifikan ($p < 0.05$) dapat meningkatkan harga diri pasien dan menurunkan kecemasan sosial pada pasien **schizophrenia**. Teori keperawatan yang relevan dengan kasus yang perilaku kekerasan adalah teori Peplau.

Menurut teori Peplau, keperawatan adalah terapeutik yaitu satu seni menyembuhkan, menolong individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan. Keperawatan dapat dipandang sebagai satu proses interpersonal karena melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Alligood & Tomey, 2010). Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh Peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup 4 komponen utama yaitu Pasien, Peran perawat, sumber kesulitan

dan proses interpersonal. Proses interpersonal Peplau diuraikan menjadi 4 fase hubungan perawat klien yaitu: fase orientasi, fase identifikasi, fase eksploitasi, dan fase resolusi. Asertive training pada prinsipnya juga menggunakan dasar proses interpersonal yang mengilhami komunikasi terapeutik yang menjadi dasar pelaksanaannya.

Assertive Training adalah suatu teknik untuk membantu mengatasi sumber masalah klien yaitu pasien tidak dapat menyatakan kemarahan atau kejangkelannya, Mereka yang sopan berlebihan dan membiarkan orang lain mengambil keuntungan padanya, Mereka yang mengalami kesulitan berkata “tidak”, Mereka yang sukar menyatakan cinta dan respon positif lainnya, Mereka yang merasakan tidak punya hak untuk menyatakan pendapat dan pikirannya.

KONSEP DASAR PERILAKU KEKERASAN

Perilaku kekerasan merupakan salah satu kondisi kedaruratan psikiatri dimana pasien tersebut beresiko untuk menciderai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Winkler, 2011). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan / kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart, 2013) .

Global Assessment of Functioning (GAF) merupakan alat ukur utama untuk menilai gejala psikiatrik dan fungsi individu yang mengalami **schizophrenia**, hal - hal yang dinilai dalam GAF scale meliputi gejala psikologis, fungsi sosial dan fungsi pekerjaan (**occupational functioning**) (Smith *et al.* 2011; Monrad, 2011; Urbanoski *et al.* 2014).Salah satu penyebab dari perilaku kekerasan adalah harga diri rendah, individu dengan harga diri rendah akan mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal sehingga dalam melakukan hubungan sosial individu tersebut seringkali berespon atau berperilaku maladaptif. Data Riset Kesehatan Dasar (2013), menunjukkan prevalensi gangguan jiwa secara nasional mencapai 5,6% dari jumlah penduduk dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat 4 sampai 5 orang mengalami gangguan jiwa.

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia diperkirakan akan terus bertambah seiring dengan meningkatkannya beban hidup yang dihadapi oleh masyarakat Indonesia (Hidayati, 2012).Prevalensi gangguan jiwa di Instalasi Pelayanan Kesehatan Jiwa RSUD Banyumas menurut data satu tahun yang lalu periode 2016 yang terdiri dari Halusinasi dengan jumlah 311, Resiko perilaku kekerasan 306, Isolasi sosial 13, Harga diri rendah 9, Gangguan pola tidur 21, dan Gangguan interaksi sosial dengan jumlah 14 (RSUD Banyumas, 2016).

TERAPI **ASERTIF**

Assertive training merupakan salah satu teknik dalam terapi **behavioral**. Menurut Willis (2004:69) terapi **behavioral** berasal dari dua arah konsep yakni Pavlovian dari Ivan Pavlov dan Skinnerian dari B.F Skinner. Mula-mula terapi ini dikembangkan oleh Wolpe untuk menanggulangi **neurosis**. **Neurosis** dapat dijelaskan dengan mempelajari perilaku yang tidak adaptif melalui proses belajar. Dengan kata lain perilaku yang menyimpang bersumber dari hasil belajar di lingkungan.

Willis (2004) menjelaskan bahwa assertive training merupakan teknik dalam konseling behavioral yang menitikberatkan pada kasus yang mengalami kesulitan dalam perasaan yang tidak sesuai dalam menyatakannya. Menurut Fauzan (2010) terdapat beberapa tujuan assertive training yaitu : Mengajarkan individu untuk menyatakan diri mereka dalam suatu cara sehingga memantulkan kepekaan kepada perasaan dan hak-hak orang lain, meningkatkan keterampilan behavioralnya sehingga mereka bisa menentukan pilihan apakah pada situasi tertentu perlu berperilaku seperti apa yang diinginkan atau tidak, mengajarkan pada individu untuk mengungkapkan diri dengan cara sedemikian rupa sehingga terefleksi kepekaanya terhadap perasaan dan hak orang lain, meningkatkan kemampuan individu untuk menyatakan dan mengekspresikan dirinya dengan enak dalam berbagai situasi social dan menghindari kesalah pahaman dari pihak lawan komunikasi.

Setiap perlakuan atau latihan yang diberikan tentu memiliki berbagai manfaat bagi individu yang menggunakannya. Menurut pendapat Corey (2009:213), manfaat latihan asertif yaitu membantu bagi orang-orang yang: Tidak mampu mengungkapkan kemarahan dan perasaan tersinggung, menunjukkan kesopanan yang berlebihan dan selalu mendorong orang lain untuk mendahuluinya, memiliki kesulitan untuk mengatakan “tidak”, mengalami kesulitan untuk mengungkapkan afeksi dan respon-respon positif lainnya merasa tidak punya hak untuk memiliki perasaan-perasaan dan pikiran-pikiran sendiri.

Prosedur adalah tata cara melakukan suatu instruksi. Pelaksanaan assertive training memiliki beberapa tahapan atau prosedur yang akan dilalui ketika pelaksanaan latihan. Pada umumnya teknik untuk melakukan latihan asertif, mendasarkan pada prosedur belajar dalam diri seseorang yang perlu diubah, diperbaiki dan diperbarui. Masters (dalam Gunarsih, 2007:217-220) meringkas beberapa jenis prosedur latihan asertif, yakni: Identifikasi terhadap keadaan khusus yang menimbulkan persoalan pada klien, Memeriksa apa yang dilakukan atau dipikirkan klien pada situasi tersebut. Pada tahap ini, akan diberikan juga materi tentang perbedaan perilaku agresif, asertif, dan pasif, Dipilih sesuatu situasi khusus di mana klien melakukan permainan peran (role play) sesuai dengan apa yang ia perlihatkan, Diantara waktu-waktu pertemuan, konselor menyuruh klien melatih dalam imajinasinya, respon yang cocok pada beberapa keadaan. Kepada mereka juga diminta menyertakan pernyataan diri yang terjadi selama melakukan imajinasi. Hasil apa yang dilakukan pasien atau klien,

dibicarakan pada pertemuan berikutnya, Konselor harus menentukan apakah klien sudah mampu memberikan respon yang sesuai dari dirinya sendiri secara efektif terhadap keadaan baru, baik dari laporan langsung yang diberikan maupun dari keterangan orang lain yang mengetahui keadaan pasien atau klien.

Latihan asertif bertujuan untuk membantu merubah persepsi untuk meningkatkan kemampuan asertif individu, mengekspresikan emosi dan berfikir secara adekuat dan untuk membangun kepercayaan diri (Lin^{et al.} 2008). Pada pasien **schizophrenia** yang kronik latihan asertif terbukti meningkatkan perilaku asertif dan kemampuan berkomunikasi secara interpersonal dengan segera setelah intervensi diberikan (Lee, 2013) Menurut Rezan (2009) pemberian latihan asertif dapat mengurangi perilaku agresif pasien yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Pada penelitian dengan subyek remaja yang diberikan latihan asertif, didapatkan perbedaan yang signifikan peningkatan level asertif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Latihan asertif (Assertiveness Training) mengajarkan pasien untuk berperilaku asertif yang dilakukan dalam 4 sesi pertemuan, pada sesi 1 pasien dilatih untuk dapat mengenali diri merubah pikiran dan perasaan serta latihan berperilaku asertif, sesi 2 pasien dilatih untuk mengungkapkan keinginan dan kebutuhan serta cara memenuhinya, pada sesi 3 pasien dilatih untuk menjalin hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhannya, pada sesi 4 pasien dilatih untuk mempertahankan perubahan perilaku asertif dalam berbagai situasi. Salah satu unsur dalam penilaian GAF (Global Assessment of Function) adalah fungsi sosial, pada sesi 3 diajarkan melatih pasien membina hubungan sosial dalam memenuhi kebutuhannya, melatih pasien menyelesaikan masalah terkait kebutuhan dan keinginan (problem solving) serta melatih pasien menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien dan orang lain (conflict resolution). Teknik pelaksanaan latihan asertif menggunakan metode describing (penjelasan / menggambarkan mengenai perilaku baru yang akan dilatih), modeling (pemberian contoh perilaku yang dilatih), role playing (berlatih perilaku yang dicontohkan dengan kelompok atau orang lain), feedback (memberikan umpan balik terhadap perilaku baru yang telah dipraktekkan, mana yang baik, dan mana yang perlu ditingkatkan), transferring (mempraktekan dalam kehidupan sehari-hari). Dengan menggunakan metode diatas pasien dilatih untuk meningkatkan kemampuannya secara menyeluruh tidak hanya berfokus pada perilaku kekerasan yang dilakukan pasien.

KONSEP MODEL TEORI PEPLAU

Menurut Peplau, keperawatan adalah terapeutik yaitu satu seni menyembuhkan, menolong individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan. Keperawatan dapat dipandang sebagai satu proses interpersonal karena melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama (Allgood & Tomey, 2010). Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh Peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup 4 komponen utama, yaitu:

1. Pasien

Pasien adalah subjek yang langsung dipengaruhi oleh adanya proses interpersonal. Sistem yang berkembang pada individu terdiri dari karakteristik biokimia, fisiologis, interpersonal dan kebutuhan serta selalu berupaya memenuhi kebutuhannya dan mengintegrasikan pengalaman yang didapatkan sebagai bagian dari proses belajar.

2. Peran perawat

Perawat berperan mengatur tujuan dan proses interaksi interpersonal dengan pasien yang bersifat partisipatif, sedangkan pasien mengendalikan isi yang menjadi tujuan. Ketika perawat dan klien pertama kali mengidentifikasi satu masalah dan mulai fokus pada tindakan yang tepat, pendekatan yang dilakukan melalui perbedaan latar belakang dan keunikan setiap individu. Setiap individu dapat dipandang sebagai satu struktur yang unik meliputi aspek bio-psiko-spiritual dan sosial yang satu dengan yang lain tidak bertentangan. Hal ini berarti dalam hubungannya dengan pasien, perawat berperan sebagai orang asing, pendidik, narasumber, pengasuh pengganti, pemimpin dan konselor sesuai dengan fase proses interpersonal. Perawat perlu memahami tentang teori perkembangan, konsep adaptasi kehidupan, respon konflik, memiliki wawasan yang luas tentang peran keperawatan profesional dalam proses hubungan interpersonal.

3. Sumber kesulitan

Anietyas berat yang disebabkan oleh kesulitan mengintegrasikan pengalaman interpersonal yang lalu dengan yang sekarang. Anisietas terjadi apabila komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologi dan biologi individu. Dalam model peplau anisietas merupakan kosep yang berperan penting karena berkaitan langsung dengan kondisi sakit. Dalam keadaan sakit biasanya tingkat anisietas meningkat. Oleh karena itu perawat pada saat ini harus mengkaji tingkat anisietas klien.berkurang anisietas menunjukkan bahwa kondisi klien semakin baik

4. Proses interpersonal

Proses interpersonal Peplau diuraikan menjadi 4 fase hubungan perawat klien yaitu: fase orientasi, fase identifikasi, fase eksploitasi, dan fase resolusi.

1) Fase orientasi

Pada fase orientasi, perawat memfasilitasi klien untuk mengenali masalahnya dan apa yang diperlukan klien, dan apa yang bisa dilakukan oleh perawat untuk membantu klien. Pada fase orientasi ini kegiatan lebih difokuskan untuk membantu klien menyadari ketersediaan bantuan dan mengembangkan rasa percaya klien terhadap kemampuan perawat untuk berperan serta secara efektif dalam pemberian bantuan kepada klien. Tahap ini ditandai dimana

perawat melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan klien dan terjadi proses pengumpulan data. Penerapan teori Peplau pada fase orientasi, difokuskan untuk membina hubungan saling percaya karena merupakan pertama kalinya klien bertemu dengan perawat dan peran perawat sebagai **stranger** (orang asing) bagi klien.

2) Fase Identifikasi.

Klien mengidentifikasi masalah dan kebutuhannya bersama orang lain yang dapat membantunya. Perawat membantu mengeksplorasi perasaan dan membantu klien dalam penyakit yang dirasakan sebagai suatu pengalaman yang mengorientasi ulang perasaannya dan menguatkan kekuatan positif pada kepribadiannya dan memberikan kepuasan.

Proses identifikasi terjadi ketika perawat memfasilitasi ekspresi perilaku klien dan memberikan asuhan keperawatan yang diterima klien tanpa penolakan terhadap perawat. Fase ini merupakan tahap pengkajian dan dasar perawat menentukan tindakan apa yang akan dilakukan terhadap klien. Perawat menentukan keadaan klien pada tahap perilaku kekerasan setelah mengidentifikasi kemampuan-kemampuan yang telah dimiliki klien. Peran perawat pada fase *identifikasi* ini adalah sebagai wali atau pengganti.

3). Fase Eksploitasi.

Klien menerima penuh nilai yang ditawarkan oleh perawat melalui adanya proses hubungan. Fase eksploitasi merupakan situasi dimana klien dapat merasakan adanya nilai hubungan sesuai pandangan/persepsinya terhadap situasi. Fase ini merupakan inti hubungan dalam proses interpersonal. Dalam fase ini perawat membantu klien dalam memberikan gambaran kondisi klien dan seluruh aspek yang terlibat didalamnya. Fase ini perawat mendiskusikan lebih mendalam dan memilih alternative terhadap permasalahan yang dialami klien.

Proses ini membutuhkan banyak energi agar dapat mentransfer energi klien dari yang negatif menjadi seorang yang positif dan produktif. Perawat berperan sebagai pendidik pada yang mengajarkan klien tentang apa yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan, perawat mengajarkan dan memberikan informasi kepada klien tentang cara mengatasi dan penyelesaian masalah.

Peran perawat sebagai narasumber yang memberikan informasi kepada klien berbagai informasi dari pengobatan, tindakan keperawatan dalam membantu klien dan **counselor** juga dapat dilihat pada fase ini. Selama fase ini klien akan mendapatkan semua yang dari perawat. Perawat memberikan semua informasi, dan kebutuhan klien terkait dengan penyembuhan dan kebutuhan perawatan klien. Pada fase inilah peran perawat secara keseluruhan terkait, selain sebagai peran pendidik, narasumber, pemimpin, pengganti dan juga peran sebagai penasehat.

4) Fase Resolusi.

Pada fase ini perawat mengakhiri hubungan interpersonalnya dengan klien. Tujuan lama yang akan dicapai dikesampingkan dan diganti dengan tujuan baru. Ini adalah proses dimana klien membebaskan dirinya dari identifikasi dengan perawat. Secara bertahap klien melepaskan diri dari perawat. Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi ke arah realisasi potensi.

Sebelum mengakhiri fase ini perawat mengevaluasi kemampuan klien baik secara subjektif maupun objektif (kognitif, afektif dan psikomotor) berdasarkan kriteria tujuan keperawatan pada tahap ini klien sudah menemukan **problem solving** baru dalam mengatasi masalahnya dan mengaplikasikannya sehari-hari sesuai dengan jadwal yang telah disusun.

Untuk mengurangi rasa ketergantungan pada perawat, tindakan yang dilakukan perawat adalah mempersiapkan kemandirian klien dengan cara memaksimalkan sumber coping klien dan keluarga dalam mempersiapkan klien untuk pulang. Dukungan keluarga sangat penting sehingga keluarga harus dilibatkan dari awal, perawat juga harus mempersiapkan lingkungan klien melalui keluarga untuk mempertahankan sikap dan pikiran positif klien ketika klien pulang.

HUBUNGAN ANTARA TAHAPAN PEPLAU DAN PROSES KEPERAWATAN

Ada banyak kesamaan antara proses keperawatan dan fase interpersonal Peplau. Fase Peplau dan proses keperawatan berurutan dan fokus pada reraksi terapeutik. Keduanya bila menemui stres harus menggunakan teknik problem solving secara kolaboratif, dengan tujuan akhir adalah menemukan kebutuhan pasien. Keduanya menggunakan observasi, komunikasi, dan rekording sebagai alat dasar praktek perawat. Ada perbedaan juga antara fase Peplau dengan proses keperawatan. Keperawatan profesional saat ini memiliki pengertian tujuan yang lebih jelas dan memiliki area praktek yang spesifik. Keperawatan beranjak dari peran **physician's helper** ke arah **konsumer advocacy**.

Peplau mengidentifikasi kebutuhan, frustrasi, konflik dan kecemasan sebagai konsep utama pada situasi keperawatan. Tahap orientasi Peplau yang sejajar dengan awal fase pengkajian bagwa baik perawat maupun pasien datang bersama-sama sebagai orang asing. Pertemuan ini di prakarsai oleh pasien yang menyatakan kebutuhan, meskipun kebutuhan tidak selalu bisa dipahami. Secara bersama perawat dan pasien mulai bekerja melalui mengenali, memperjelas dan mendefinisikan fakta terkait kebutuhan ini. Langkah ini disebut sebagai pengumpulan data dalam tahap penilaian dari proses keperawatan.

Pada proses keperawatan, diagnosa keperawatan mengatasi satu masalah atau deviasi kesehatan yang teridentifikasi. Diagnosa keperawatan adalah ringkasan

pernyataan dari data yang dikumpulkan. Peplau menyatakan bahwa selama periode orientasi pasien menjelaskan kesan keseluruhan masalahnya, sedangkan dalam proses keperawatan, perawat menyimpulkan diagnosa dari data yang dikumpulkan.

Tahap berikutnya pada proses keperawatan adalah perencanaan. Dalam tahap perencanaan proses keperawatan, perawat secara khusus merumuskan bagaimana pasien akan mencapai tujuan yang ditetapkan. Pada Peplau menekankan bahwa perawat ingin mengembangkan hubungan terapeutik sehingga kecemasan pasien akan disalurkan secara konstruktif untuk mencari sumber daya, sehingga menurunkan perasaan putus asa. Langkah dalam perencanaan masih dapat dipertimbangkan dalam fase identifikasi Peplau.

Pada tahap implementasi, seperti dalam fase eksploitasi Peplau, pasien akhirnya menuai manfaat dari hubungan terapeutik dengan menggambarkan pada pengetahuan dan keahlian perawat. Dalam kedua fase (implementasi dan eksploitasi), rencana individual telah terbentuk, berdasarkan kepentingan dan kebutuhan pasien. Oleh karena itu dari kedua rencana yang di prakarsai menuju penyelesaian tujuan yang diinginkan. Ada perbedaan implementasi dan eksploitasi, pada fase eksploitasi, pasien adalah orang yang aktif mencari berbagai jenis layanan untuk memperoleh manfaat maksimal yang tersedia sedangkan implementasi ditentukan oleh rencana atau melaksanakan prosedur. Eksploitasi berorientasi pada pasien, sedangkan pelaksanaannya dapat dilakukan oleh pasien atau oleh orang lain termasuk para profesional kesehatan dan keluarga pasien.

Pada fase resolusi Peplau, fase-fase lain telah berhasil dipenuhi, kebutuhan telah dipenuhi serta resolusi dan pemberhentian adalah hasil akhir. Dalam proses keperawatan evaluasi merupakan langkah terpisah dan menetapkan perilaku akhir yang diharapkan digunakan sebagai alat untuk evaluasi. Dalam evaluasi, jika situasinya jelas masalah bergerak ke arah penghentian. Jika masalah tidak terselesaikan, bagaimanapun tujuan dan sasaran tidak tercapai dan jika perawatan tidak efektif penilaian ulang harus dilakukan, tujuan-tujuan baru, perencanaan, implementasi dan evaluasi kemudian disusun.

KESIMPULAN

1. Teori Hildengrad Peplau sangat berguna bagi teori perawat dalam mengembangkan intervensi keperawatan yang lebih canggih dan tepat.
2. Peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup 4 komponen yaitu klien, perawat, sumber kesulitan dan proses interpersonal.
3. Dimensi hubungan perawat-klien dalam proses interpersonal Peplau diuraikan menjadi 4 fase hubungan perawat klien yaitu: fase orientasi, fase identifikasi,

fase eksploitasi, dan fase resolusi

4. Teori Peplau yang berfokus pada **interpersonal relationship** ini sangat sesuai bagi penerapan **latihan asertif** pada klien dengan perlakuan kekerasan.
5. Teori Peplau sangat berperan dalam mendasari penelitian di bidang keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alini. (2010). **Pengaruh Terapi Assertiveness training dan Progressive Muscle Relaxation Terhadap Gejala dan Kemampuan Klien Dengan Perilaku Kekerasan Di RS Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor**. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. text rev.)**. Washington, DC: Author.
- Badriah, F., Takeru Abe, Yoshihiro Nabeshima, Kouji Ikeda, Kenji Kuroda, Akihito Hagihara., (2013). Predicting the length of hospital stay of psychiatry patients using signal detection analysis. **Psychiatry Research** **210**, 1211-1218.
- Beer, M.D., Pareira, S.M., Paton. C (2008). **Psychiatric Intensive Care (second Edition)**. Cambridge University Press.
- Bidper RSJ.RW., (2014) Laporan sensus penderita rawat inap tahun 2014 Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Carlsson, C, Dahlberg, K., & Drew, N (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. **Issues in Mental Nursing**, 21(5):533-545
- Daffren, Howells & Ogloff, in Press; Nicolls, Ogloff, J., & Douglas, K., (2004), Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients; the HCR-20, PCL:SV, and Mc Niel & Binder's Screening measure, **Behavioral Sciences and the law**. 22: 27-158.
- Dominic. J., (2003), **Effects of Trait Anger and Negative Attitudes Towards Women on Physical Assaults in Dating Relationships**, Journal of Family Violence, Vol 18, No.5
- Fresan, A., DeLaFuente-Sandoval C, Loyzaga C., Meyenberg N., García-Anaya M., Nicolini H., Apiquian R., (2005). Sociodemographic features related to violent behaviour in schizophrenia. **Actas ESP Psiquiats** 33 : 188-193

- Gaebel.W., Riesbeck.M., (2014). Are there clinically useful predictors and early warning signs for pending relapse? ***Schizophrenia Research* 152**, 469-477.
- Hayakawa, M. (2009). How Repeated 15-Minute ***Assertiveness training*** Sessions Reduce Wrist Cutting In Patients With Borderline Personality Disorder. ***American Journal of Psychotherapy***, 63(1).
- Jiménez, Rosa E., Rosa M. Lam, Milagros Marot and Ariel Delgado., (2004). Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. ***BMC Health Services Research* 4**(4).
- Keliat, B.A., Akemat., Novy Helena C.D., Heni Nurhaeni, (2011). ***Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN Basic Course***. Jakarta: EGC.
- Kohigashi, M., Yurinosuke Kitabayashi, Aiko Okamura, Mitsuo Nakamura, Arihiro Hoshiyama, Masanori Kunizawa, Katsumi Futori, Masaki Kitabayashi, Jin Narumoto, Kenji Fukui, (2013). Relationship between patients' quality of life and coercion in psychiatric acute wards. ***Psychiatry Research* 208**, 88 - 90.
- Lee, T.Y., Chang S.C., Chu H., Yang C.Y., Ou K.L., Chung M.H., Chou K.R., (2013). The effect of assertiveness training in patients with schizophrenia : a randomized, single - blind, controlled study. ***Journal of Advanced Nursing***, **69** (11):2549 -2559.
- Lin, Y.R, Wu M.H., Yang C.I., Chen T.H., Hsu C.C., Chang Y.C., Tzeng W.C., Chou Y.H., Chou K.R., (2008). ***Evaluation of Assertiveness Training for Psychiatric Patient***. ***Journal of Clinical Nursing***. <http://www.proquest.com>. Diakses pada tanggal 30 Agustus 2014.
- Lindenmayer.J.P, Kanellopoulou.I.(2009). Schizophrenia with Impulsive and Aggressive Behaviors. ***Psychiatr Clin N Am* 32** : 885-902doi:10.1016/j.psc.2009.08.006
- Monrad, (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). ***AasAnnals of General Psychiatry***,10:2 <http://www.annals-general-psychiatry.com>
- Pokjakep.RSJ.RW.Lawang, (2011).Dokumen Akreditasi RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Rezan, A & Zengel, M. (2009). ***Elementary Education Online***, 8(2), 485-492 <http://ilkogretim-online.org.tr>.

Richmond.J.S, Jon S. Berlin, Avrim B. Fishkind, Garland H. Holloman Jr., Scott L. Zeller, Michael P. Wilson, Muhamad Aly Rifai, Anthony T. Ng., (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 8(1).

Saladino,.(2007),www.proquestumi.com/pqdweb?index, diperolehtanggal 30 Agustus 2014)

Shiina A., Nakazato M., Mitsumori M., Koizumi H., Shimizu E., Fujisaki M.& Iyo M., (2005) An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. ***Psychiatry and Clinical Neurosciences***59, 690-696.

Smith, G.N., Ehmann T.S., Flynn S.W., MacEwan G.W., Tee K., Kopala L.C., Thornton A.E., Schenk C.H., Honer W.G., (2011). The Assessment of Symptom Severity and Functional Impairment With DSM-IV Axis V. ***Psychiatric Services***.62 (4) :411-417

Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). ***Principles and practice of psychiatric nursing***.(8th edition). St Louis: Mosby.

Stuart, G. W. (2013). ***Principles and Practice of Psychiatric Nursing*** (10 ed.). St Louis, Missouri: Mosby.

Townsend, M. C. (2009). ***Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence - Based Practice*** (6 ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.

Townsend, M. C. (2014). ***Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*** (6 ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Urbanoski, K.A., Henderson C., Castel S., (2014). Multilevel analysis of the determinants of the global assessment of functioning in an inpatient population. ***BMC Psychiatry***, 14:63 doi:10.1186/1471-244X-14-63

Vylder, J. E. D., Ben-David S., Schobel S.A., Kimhy D., Malaspina D., Corcoran C.M., (2012). Temporal association of stress sensitivity and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. ***Psychological Medicine***. Cambridge University Press

Vinick (1983) ***The effect of assertiveness training on aggression and self concept in conduct disorder adolescent***, diunduh tanggal 6 Maret 2015)

- Wahyuningsih, D.(2009).**Pengaruh Assertiveness training(AT) Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di RSUD Banyumas.**Universitas Indonesia, Tesis FK-UI. Tidak Dipublikasikan
- Warnke.I., Wulf Rössler and Uwe Herwig, (2011). Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services.**BMC Psychiatry 11**(120).
- Werbelloff N., Dohrenwend B.P., Yoffe R., van Os J., Davidson M., Weiser M.,(2015)The Association between Negative Symptoms, Psychotic Experiences and Later Schizophrenia: A Population-Based Longitudinal Study. **PLoS ONE**10(3).
- Winkler D., Naderi-Heiden A., Strnad A., Pjrek E., Scharfetter J., Kasper S., Frey R., (2011). Intensive care in psychiatry.**European Psychiatry**26 : 260-264 elsviere doi:10.1016/j.eurpsy.2010.10.008.
- Zhang.J, Harvey.C , Andrew. C., (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45.**

ANALISIS PENERAPAN TEORI OREM PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS

Murwanti, Azizah Khoiriyati

Murwanti : Keperawatan Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas muhammadiyah Yogyakarta, Jl.Lingkar Selatan, Kasihan Bantul,
Yogyakarta

Email: murwanti1010@gmail.com

Abstract: Diabetes mellitus is a chronic disease whose incidence rate increases every year. If the disease is not controlled then it is estimated that by the year 2030 estimated the incidence of diabetes mellitus is 366 million. One way to control diabetes mellitus is to treat patients who already have diabetes mellitus, with treatment using Orem self care theory. The aim of this paper is to analyze Orem self care theory application in patients with diabetes mellitus. The method is literature Study in Journal of Application Science for Society volume 13 with keyword “Self Care Management”. Nursing care of patients with diabetes mellitus involving families and communities is by using Orem Self Care theory it shows the result that in the community there is improvement about knowledge and procedure in society about classification / signs and symptoms of diabetes mellitus and how to handle it. Families and cadres contribute by providing support, learning and attention to patients so that patients with diabetes mellitus open to the disease and want to play an active role in the implementation of self care.

Keywords: diabetes mellitus, Orem self care theory, Self care Management

PENDAHULUAN

Diabetes merupakan suatu penyakit kronis yang angka kejadiannya mengalami peningkatan tiap tahun. Pada tahun 2000 diperkirakan ada 171 juta orang didunia yang menderita diabetes mellitus, dan ini diproyeksikan akan terus mengalami peningkatan sehingga pada tahun 2030 diperkirakan akan terjadi menjadi 366 juta penderita diabetes melitus (WHO). Diabetes mellitus (DM) adalah merupakan penyakit karena ketidaknormalan metabolik progresif kronis yang salah satu tandanya adalah hiperglikemia terutama karena Defisiensi absolut (Tipe 1 DM) atau relatif (Tipe 2 DM) hormon insulin. Diabetes Melitus adalah keadaan dimana ada masalah pada proses metabolisme karbohidrat, lemak, protein yang mengakibatkan kecenderungan peningkatan kadar gula dalam darah, karena adanya kerusakan sintesis pada sel beta pancreas atau

pengeluaran insulin, atau dalam memanfaatkan insulin jaringan tidak mampu lagi (Grossman, et.al, 2014).

Penyakit diabetes mellitus di bagi menjadi beberapa tipe yaitu Diabetes Melitus(DM) tipe 1, dan Diabetes Melitus tipe 2, Diabetes Melitus Gestasional, dan Diabetes Melitus tipe lainnya. Penderita Diabetes Melitus selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, dan Diabetes tipe 2 adalah jenis penyakit DM yang paling banyak diderita oleh penduduk dunia (85-95%), DM tipe 2 adalah DM yang disebabkan oleh terganggunya sekresi insulin dan resistensi insulin. Perkiraan jumlah pasien DM tipe 2 di dunia sebanyak 439 juta jiwa pada tahun 2030 dari total populasi dunia sebanyak 8,4 miliar jiwa (Sicre et al, 2009). Apabila diabetes mellitus ini tidak tertangani dengan benar akan mengakibatkan hiperglikemia yang pada akhirnya menimbulkan gangguan berupa kerusakan mikrovaskular misalnya : retinopati, nefropati dan neuropati. Diabetes juga dapat menyebabkan komplikasi makrovaskular misalnya komplikasi penyakit jantung iskemik, stroke dan penyakit pembuluh darah perifer. Selain itu diabetes juga dapat mengakibatkan penurunan pada kualitas hidup seseorang.

Orang dengan mempunyai riwayat diabetes mellitus apabila tidak ditangani dengan maksimal akan menimbulkan resiko terjadinya komplikasi, hal ini terjadi karena dipengaruhi oleh penurunan fungsi insulin atau insulin tidak bisa bekerja secara maksimal. (Smelzer et al. 2009). Adanya komplikasi ini bisa kronik atau akut, terjadi akut apabila terjadi peningkatan kadar gula darah secara mendadak, sedangkan komplikasi kronik terjadi karena adanya peningkatan gula dalam rentang waktu tertentu (Yudianto, 2008).

Dampak yang dirasakan dengan adanya komplikasi ini adalah terjadinya penurunan umur harapan hidup, penurunan kualitas hidup, dan terjadi peningkatan angka kesakitan (Nwankwo et al, 2010). Dengan adanya berbagai penurunan ini terutama kualitas hidup akan mempengaruhi pasien diabetes mellitus dalam perawatan diri secara diri sendiri yang dalam istilah kesehatan di sebut **self care**. Karena ketidakmampuan pasien diabetes melitus dalam perawatan diri (self care) maka akan membawa pengaruh pada kualitas hidup dari aspek kesehatan fisik, psikis, hubungan social kemasyarakatan, dan hubungan lingkungan sekitar (Kusniawati, 2011).

Dalam keperawatan untuk menangani masalah self care ini Ada beberapa konsep atau teori yang dapat kita gunakan sebagai acuan atau pedoman. Salah satu teori yang dapat kita gunakan adalah teori Orem. Orem mengembangkan Teori Keperawatan Defisit Perawatan Diri “Self Care Deficit Nursing Teori (SCDNT)”), adapun yang berhubungan dengan teori ini ada 3 teori yaitu : 1). Self Care, 2) Self care deficit dan 3) Nursing system . Dari tiga teori ini dihubungkan oleh enam konsep sentral, yaitu : self care, self care agency, self care theurapeutic, self care deficit, nursing agency, dan nursing system, serta tambahan konsep perifer yaitu basic conditioning factor (Orem 1971).

Konsep Orem yang berhubungan dengan teori self care pada penanganan pasien diabetes mellitus antara lain :

1. Teori **Self care**

Dalam teori ini yang lebih spesifik mengenai self care requisite, dimana Orem menggolongkan/menjelaskan menjadi tiga kategori self care requisite, yaitu :

- a. Universal, yang berupa : udara, air, makanan, dan eliminasi, aktifitas/kegiatan dan istirahat, solitude dan berhunungan social, pencegahan hidup dari kerusakan, kesejahteraan dan perkembangan/peningkatan fungsi manusia.
- b. Developmental, yaitu lebih khusus dari universal apabila dihubungkan dengan keadaan yang membantu meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan, misalnya : tugas baru, adanya perubahan struktur tubuh, dan kehilangan anggota tubuh.
- c. Berubahnya kesehatan(Health Deviation) akan mempengaruhi dengan adanya suatu perubahan struktur normal dan kerusakan integritas personal untuk melaksanakan self care. karena disebabkan oleh ssakirt atau kecelakaan.

2. Teori *Self Care Deficit*

Menurut teori ini suatu keperawatan diterapkan apaabila seseorang sudah dewasa (misalnya kasus harus melibatkan orang lain untuk perawatannya) tetapi tidak bisa atau adanya keterbatasan dalam melakukan self care secara maksimal, sehingga membutuhkan orang lain untuk melakukannya. Orem membedakan menjadi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu self care ini :

- a. Kegiatan untuk atau mengerjakan untuk orang lain.
- b. Menyampaikan informasi dan mengarahkan.
- c. Memotivasi dengan mendukung secara fisik atau psikis.
- d. Memvasilitasi dan merawat lingkungan yang bisa memotivasi pengembangan secara individu.
- e. Pengajaran.

PEMBAHASAN

Sebagaimana sudah diuraikan di atas bahwa diabetes mellitus merupakan suatu penyakit kronis yang dalam kenyataannya membutuhkan perawatan menyeluruh. Penanganan menyeluruh ini meliputi bio-psiko-spiritual yang nantinya akan mempengaruhi dari proses perbaikan kondisi pasien untuk kearah

perbaikan(kodisi gula darah stabil).Apabila diabetes melitus ini tidak kita tangani secara menyeluruh makan akan berakibat terjadinya komplikasi.

Permana (2009) menyebutkan Diabetes mellitus adalah suatu keadaan sakit kronis yang dialami oleh seseorang selama hidupnya, akan memiliki progresivitas secara terus menerus, sehingga dapat menimbulkan komplikasi. Jangka waktu seseorang yang menderita diabetes mellitus ditentukan oleh bagaimana pengontrolan kadar gula darah orang tersebut, sebab penyakit ini tidak dapat disembuhkan, tetapi dengan perawatan yang adekuat dapat dikendalikan (Tjokroprawiro, 1996).

Dalam kaitan perawatan pasien diabetes mellitus ini, penerapan teori Orem yang bisa kita gunakan adalah teori Self care/perawatan diri). Perawatan diri adalah suatu kegiatan personal untuk melakukan tindakan sesuai ide dan menjadi sesuatu yang diterapkan mereka dalam menjaga keberlangsungan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan. Apabila perawatan diri ini dibuat secara efektif maka hal tersebut akan bisa digunakan sebagai dalam membuentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan sangat berhubungan dengan perkembangan manusia.

Contoh penerapan teori Perawatan diri/self care Orem dalam penanganan pasien diabetes melitus adalah pada penelitian (Nursiswati et al, 2014), dengan judul “Pemberdayaan Kader dalam Program Self Care Management Penderita Diabetes Melitus di Desa Mekarwangi dan Bandungan Kecamatan Pegaden Barat Kabupaten Serang. Tujuan dari penelitian yaitu membuat masyarakat lebih mengetahui dan dapat memaksimalkan semua kemampuan dalam manajemen self care pada pasien dengan diabetes mellitus, dan mengupayakan semua masyarakat mengetahui kegiatan manajemen self care serta membantu kader di masyarakat lebih mampu menangani dan mengetahui secara rinci tentang diabetes mellitus.

Hasil dari penelitian tersebut adalah dimasyarakat ada perubahan pengetahuan atau cara berpikir dan ketrampilan/tata cara masyarakat dalam menentukan penyakit diabetes mellitus dan kemampuan cara menangani pasien tanpa bantuan tenaga kesehatan ada peningkatan. Dalam pelaksanaannya ada hal-hal yang menjadi penyemangat dan kendala. Sebagai penyemangat antara lain ikut terlibatnya secara aktif perangkat desa tempat pasien, para kader PKK dan kader posyandu, dan pasien diabetes melitus yang terbuka akan penyakitnya serta mau untuk dilakukan suatu tindakan. Sedangkan hal yang menjadi kendala antara lain keterbatasan alat dan bahan untuk pemeriksaan kadar gula darah sedangkan penderita diabetes mellitus banyak, sehingga tidak bisa maksimal dalam pemantauannya.

Pengaruh dari melibatkan kader dan masyarakat dalam manajemen perawatan diri(self care) diabetes mellitus ini yaitu penderita diabetes mellitus lebih mampu dalam melakukan perawatan diri (self care manajement) terhadap

penyakitnya. Terlihat juga kemampuan kader dan keluarga meningkat dalam manajemen diabetes mellitus yang nantinya dapat menjadi suatu penyebab kualitas hidup penderita diabetes mellitus lebih baik/mengalami peningkatan. Dari penelitian di atas dapat kita simpulkan bahwa untuk penanganan pasien Diabetes Melitus akan lebih mudah apabila kita melibatkan semua elemen masyarakat. Masyarakat dilibatkan setelah mendapat pengetahuan tentang diabetes melitus. Karena Diabetes Melitus adalah penyakit yang diderita oleh seseorang yang tidak ada penyembuhannya, maka penanganan untuk memandirikan pasien sangat diperlukan. Agar tercapai secara maksimal fungsi kesehatan tersebut maka dibutuhkan keaktifan dari personal yang menderita diabetes, keluarga dan masyarakat untuk memotivasi dan berperan membantu pasien tersebut agar mencapai kemandirian. Pasien dapat menyadari sampai seberapa kemampuannya dalam menangani sakitnya sampai dengan mampu menyimpulkan sampai seberapa berat sakit yang dideritanya. Selain itu peran keluarga dan masyarakat makin besar setelah adanya pembelajaran peningkatan pengetahuan yang berkaitan dengan manajemen perawatan diri untuk pasien diabetes mellitus. Sebagai konsekuensi mereka akan lebih banyak berperan untuk membantu memandirikan pasien diabetes mellitus. Keluarga dan kader akan memberi kontribusi dengan memberi dukungan, pembelajaran dan perhatian pada pasien, hal ini sangat berpengaruh sehingga secara psikologis pasien akan merasa tidak diabaikan, dihargai keberadaannya, yang pada akhirnya akan membantu meningkatkan imunitas diri sehingga kondisi sakitnya akan stabil karena stressor berkurang. Kegiatan ini sejalan dengan teori Orem supportive educative system, kita melibatkan perawat, masyarakat dan pasien dalam melakukan asuhan keperawatan.

KESIMPULAN

Dari pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa penanganan pasien diabetes melitus perlu kerjasama dari semua pihak, Hal ini dilakukan karena diabetes mellitus adalah penyakit menahun yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikendalikan. Cara yang paling membantu adalah dengan melibatkan keluarga, masyarakat atau kader dan pasien itu sendiri. Salah satu penanganan keperawatan pasien diabetes mellitus yang melibatkan keluarga dan masyarakat adalah dengan menggunakan teori Orem **Self Care** ternyata menunjukkan hasil bahwa dimasyarakat ada peningkatan pengetahuan dan tata cara masyarakat dalam menentukan masalah diabetes mellitus serta cara menanganinya.

REFERENSI

- Kusniawati. (2011). Analisis Faktor yang Berkontribusi terhadap Self Care Diabetes pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum Tangerang. **FIK UI**.
- Nursiswati, R. I. (2014). Pemberdayaan Kader Kesehatan Dalam Program “Self Care Management” Penderita Diabetes Melitus Di Desa Mekarwangi dan

Bendungan Kecamatan Pagaden Barat Kabupaten Subang. **Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat**, 13.

Nwankwo, C. (2010). Factors Influencing Diabetes Management Outcame Among Patients Attending Goverment Health Facilities in South East Nigeria. **International Journal of Tropical Medicine**, 28.

Orem, D. (1971). **Nursing : Concepts of Practice**. New York: McGraw-Hill.

Organization, W. H. (2006). Definition, and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia. **World Health Organization**.

Sicre, R. S. (2009). **IDF Diabetes Atlas; 4th ed**. The Global Burder.

Smeltzer, S. B. (2002). **Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth's 8 ed. Vol.2**. Jakarta: EKG.

Tjokroprawiro, A. (1996). *Diabetes Melitus, Klasifikasi, Diagnosis, dan Terapi ed. 3*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Yudianto, K. (2008). Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Rmah Sakit Umum Daerah Cianjur. **Jurnal Keperawatan**, 76.

.

ANALISIS PENERAPAN TEORI FAYE G. ABDELLAH DALAM UPAYA PENCEGAHAN PENYEBARAN INFEKSI TBC PADA PERKUMPULAN MASYARAKAT DI DUSUN ARSUAT MALUKU

Fathimah Kelrey¹, Nur Chayati²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
E-mail: fath.kelrey@gmail.com

²Dosen Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
E-mail: n_cha_klt@yahoo.com

Abstract: Faye G. Abdellah’s theory is oriented to 21 typological issues of nursing to identify the specific needs of clients, individuals, families or groups covering physical, emotional, social and spiritual needs. In the problems that can be studied based on the theory of Abdellah is focusing on 5 nursing problems associated with existing problems in community groups in Dusun Arsuat Maluku is the lack of maintaining good hygiene and physical comfort, lack of optimal activity increase: physical exercise , rest and sleep, a lack of improved safety through prevention of accidents, injuries and other trauma as well as through prevention efforts against the spread of infection, lack of facilitation of entering oxygen throughout the body cells and lack of facilitation of nutrients for all body cells. From the problems that exist in the community group of Dusun Arsuat Maluku at risk for contracting the spread of tuberculosis (tuberculosis). **Method:** case analysis using the theory of Faye G. Abdellah. **Results:** From the analysis of Abdellah’s theory that influenced the spread of tuberculosis are 5 problems: maintaining good hygiene and physical comfort, optimally improving activity: physical exercise, rest and sleep, improving safety through prevention of accidents, injuries and other trauma and through efforts prevention of the spread of infection, facilitate the maintenance of oxygen to all cells of the body and also facilitate the maintenance of the entire body’s nutrients.

Keywords: Behavior, TB, Theory Faye G. Abdellah.

KASUS

Salah satu kasus atau resiko masalah kesehatan pada masyarakat di sekitar dusun Arsuat di Maluku adalah ada sekelompok perkumpulan bapak-bapak dengan usia, latar belakang pendidikan dan pekerjaan yang berbeda-beda yang pada umumnya sudah memasuki masa pensiun, menghabiskan waktu senggan bersama-sama disalah satu rumah temannya yang memiliki toko kelontong. Aktivasnya diisi dengan bercanda, minum kopi, makan gorengan dan ada dari beberapa bapak-bapak yang merokok dan aktivasnya dilakukan sampai

larut malam hampir setiap hari dan perkumpulannya berakhir pada saat toko kelontong ditutup sekitar jam 00.00-01.00 WIT dini hari. Riwayat penyakit yang ada pada anggota perkumpulam masyarakat sebelumnya berbeda-beda ada dengan riwayat hipertensi, diabetes, dan ada juga yang mempunyai riwayat pengobatan TBC sekitar 5 tahun yang lalu. Perilaku bapak yang mempunyai riwayat TB pada saat duduk bersama dengan temannya tampak sesekali batuk, meludah di sekitar tempat duduknya, menutup mulut dengan tangan pada saat batuk dan pada saat pulang berjabat tangan dengan teman-temannya. Dampak negatif yang akan terjadi pada kelompok perkumpulan bapak-bapak ini beresiko tertular kuman tuberculosis yang akan menyebabkan penyakit TBC.

PENDAHULUAN

Teori Faye G. Abdellah berorientasi pada 21 tipologi masalah keperawatan yang mencangkup kebutuhan fisik (oksigen, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat), kebutuhan emosional (pengembangan hubungan interpersonal, kepedulian, kasih sayang), kebutuhan sosial (menggunakan sumber daya di masyarakat, peran dari masalah sosial yang berpengaruh terhadap penyebab penyakit), kebutuhan spritual (beribadah kepada Tuhan YME). Dalam Permasalahan yang dapt dikaji dengan melihat pemasalahan yang ada di kelompok perkumpulan masyarakat Dusun Arsuat di Maluku yaitu perilaku masyarakat yang beresiko untuk terjadinya penyebaran penyakit TBC. Perilaku dan juga aktivitas yang dilakukan oleh kelompok perkumpulan yaitu kurang memperhatikan kebersihan dan kenyamanan yaitu tidak mencuci tangan selesai berjabat tangan dengan salah satu anggota kelompok yang mempunyai riwayat TBC dan tidak mencuci tangan sebelum makan, kurangnya istirahat dan tidur yaitu banyak menghabiskan waktu berkumpul bersama teman-temannya sampai larut malam, kurannya perilaku untuk mencegah penyebaran penyakit melalui pemakaian alat proteksi diri atau masker, karena ada kelompok dari perkumpulan yang batuk dan mempunyai riwayat TBC kurangnya pemeliharaan nutrisi karena mengkonsumsi gorengan dan minum kopi, kurangnya masukkan oksigen karena ada beberapa orang dari perkumpulan yang merokok sehingga kesediaan oksigen berkurang atau udara tercemar dengan asap rokok. Perilaku yang dilakukan oleh kelompok perkumpulan masyarakat di Dusun Arsuat di Maluku tentunya akan berdampak negatif terhadap kesehatannya yaitu beresiko untuk tertular penyakit TBC (Alligood, 2014).

TBC merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang berbagai organ tubuh manusia, terutama paru-paru (90%) karena paling mudah terinfeksi dan menularkan kepada orang lain. Mudahnya penularan oleh infeksi bakteri ini, sehingga dapat mengganggu dan menjadi sebuah momok karena dapat menyebabkan kematian (Kemenkes, 2104 *cit* Huda *et al*, 2017).

Indonesia sekarang berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun

dari lima negara dengan jumlah terbesar kasus insiden pada tahun 2009 adalah India, Cina, Afrika Selatan, Nigeria dan Indonesia. Jumlah kematian akibat TB di Indonesia diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya. Angka penemuan kasus (CDR) TBC di Indonesia berdasarkan data dari Pusat Data dan Informasi tahun 2012-2014 mengalami penurunan dalam 3 tahun terakhir tahun 2012 CDR (61%), tahun 2013(60%) dan tahun 2014 menjadi 46%. Sedangkan data *Case notification rate* (CNR) yang digunakan untuk menunjukkan kecenderungan peningkatan atau penurunan sebuah kasus, menunjukkan kasus TBC cenderung mengalami peningkatan. Semua kasus TB di tingkat nasional cenderung meningkat sejak tahun 1999. Hasil *case notification rate* 4 tahun terakhir (2011-2014) menunjukkan CNR semua kasus TB yang terendah di Yogyakarta (74 kasus/100.000 penduduk) atau ditemukan 2.722 kasus TB di Yogyakarta. CNR tertinggi di Provinsi Papua (302 kasus/100.000 penduduk) atau telah ditemukan 9.511 kasus TB pada tahun 2014 di Papua dan Maluku dengan jumlah kasus TB (281 kasus / 100.000 penduduk) dengan angka penderita tertinggi kedua setelah Papua (Pusatdata Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Putri & Huda (2017) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian TB Paru dan upaya penanggulangannya pada santri di pondok pesantren Nurul Hasan kabupaten Magelang menunjukkan bahwa masih terdapat responden yang melakukan praktik PHBS pencegahan penyakit TB paru yang kurang baik. Sebanyak 44,6% responden menyatakan tidak mencuci tangan setelah bersin dan tidak mencuci tangan setelah batuk menutupi mulut menggunakan tangan dinyatakan oleh 50% responden. Hal tersebut sangat berpengaruh terhadap resiko penyebaran penyakit TBC di Pondok pesantren Nurul Hasan.

Pencegahan penyakit merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan. Perawatan pencegahan melibatkan aktivitas peningkatan kesehatan termasuk program peningkatan khusus yang dibuat untuk membantu klien untuk menurunkan resiko, mempertahankan fungsi yang maksimal dan meningkatkan kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan yang baik (Perry & Potter, 2005).

METODE

Metode yang digunakan adalah metode analisis kasus dengan menggunakan teori Faye G. Abdellah, Dalam Upaya Pencegahan Penyebaran Infeksi TBC Pada Perkumpulan Masyarakat di Dusun Arsuat Maluku.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan analisis teori keperawatan Faye G. Abdellah dari 21 tipologi masalah kesehatan yang sesuai kebutuhan klien di fokuskan pada 5 masalah sesuai kebutuhan yang terdapat pada kelompok perkumpulan masyarakat Dusun Arsuat di Maluku mencakup:

Perlunya mempertahankan kebersihan tubuh dan kenyamanan fisik.

Memelihara tubuh atau menjaga kebersihan tubuh agar terhindar dari penyakit menular seperti **tuberculosis**. Berdasarkan permasalahan yang ada di dalam kelompok hal tersebut kurang diperhatikan oleh bapak-bapak yang ada perkumpulan tersebut ini jelas terlihat selesai jabat tangan dengan bapak yang batuk mereka langsung mengambil gorengan dan memakannya tanpa mencuci tangan sebelumnya. Hal ini beresiko terjadinya penyebaran kuman tuberculosis.

Meningkatkan aktivitas secara optimal: latihan fisik, istirahat dan tidur.

Menjaga tubuh tetap dalam keadaan sehat dan bugar diperlukan upaya untuk mempertahankannya, hal ini dapat dilakukan dengan tetap beraktivitas seperti mengerjakan pekerjaan rumah: menyapu berkebun, latihan fisik atau olahraga yang teratur dan istirahat atau tidur yang cukup. Berdasarkan kasus kelompok perkumpulan ini lebih banyak menghabiskan waktunya untuk duduk dan pola istirahat dan tidur yang kurang bagus hal ini terlihat dari kelompok ini menghabiskan aktivitas dari ba”da isya sampai larut malam sekitar jam 00.00-01.00 WIT. Apabila hal tersebut dilakukan secara rutin maka akan mempengaruhi kesehatan yaitu pertahanan tubuh akan menurun dan beresiko untuk terserang penyakit.

Mencegah terjadinya kecelakaan, cedera atau trauma lain dan mencegah meluasnya infeksi

Memproteksi diri dari penyakit sehingga mempertahankan tubuh tetap dalam keadaan sehat. Hal itu bisa dilakukan dengan cara memproteksi diri menggunakan masker atau mencuci tangan setelah kontak dengan salah satu bapak yang batuk dan menutupi mulut menggunakan tangannya.

Memfasilitasi masukan oksigen ke seluruh tubuh yaitu menyuplai oksigen ke seluruh tubuh

Menghirup udara yang bersih dan bebas dari zat-zat yang berdampak buruk bagi kesehatan. Berdasarkan kasus hal ini tidak terjadi atau pasokan oksigennya kurang ini terlihat dari perilaku sebagian dari bapak-bapak ada yang merokok sehingga udara di sekitarnya tercemar yang menyebabkan ada sebagian bapak yang batuk karena pengaruh asap rokok dan apabila berlangsung lama maka akan menimbulkan masalah kesehatan lain yang lebih serius.

Memfasilitasi nutrisi ke seluruh sel tubuh

Mengkonsumsi makanan atau minuman yang mengandung nutrisi cukup (kandungan vitamin, protein, karbohidrat dan mineral) sehingga baik bagi kesehatan dan setidaknya mengurangi makanan yang kandungan kolestrol atau minuman yang mengandung cafein. Berdasarkan kasus yang diperoleh ada bapak-bapak yang mengonsumsi gorengan disertai minum kopi. Hal ini berdampak buruk bagi tubuh jika dilakukan terus-menerus sehingga tubuh cenderung beresiko terkena penyakit. Menurut (Durry & Wirjatmadi, 2017) masalah gizi menjadi penting karena perbaikan gizi merupakan salah satu upaya untuk memutus lingkaran setan penularan dan pemberantasan TBC di Indonesia.

KESIMPULAN

Berdasarkan pemaparan teori Faye G. Abdellah tentang 21 masalah kesehatan terdapat 5 masalah yang terkait dengan kasus sehingga disimpulkan bahwa perilaku kelompok masyarakat (bapak-bapak) di Dusun Arsuat Maluku beresiko untuk tertular atau menderita penyakit TBC hal ini terlihat dari kurangnya kelompok perkumpulan masyarakat dalam memelihara, menjaga kebersihan dan kenyamanan fisik, pola aktivitas, latihan fisik, dan tidur, mencegah terjadinya kecelakaan, cedera, atau trauma lain, dan mencegah meluasnya infeksi, memfasilitasi masukkan oksigen keseluruhan sel tubuh dan juga memfasilitasi nutrisi untuk seluruh sel tubuh.

REFERENSI

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory & their work* (8 th ed). The CV Mosby Company St. Louis. Toronto. Missouri: Mosby Elsevier. Inc
- Durry, F. D., & Wirjatmadi, B. (2017). The Role Of Zinc Sulphate And Omega 3 In Improving Of Albumin Level On Pulmonary Tuberculosis Patients In Paru Hospital Surabaya 2015. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 4(1), 51-61. <http://journal.uwks.ac.id/index.php/jikw/article/view/16>
- Potter, P.A. & Perry, A.N. (2005) *Buku Ajar Fundamental Kepeawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4, Penerbit EGC.
- Putri, F. A. A., & Huda, S. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Praktik Phbs Pencegahan Penyakit Tb Paru Pada Santri Di Pondok Pesantren Nurul Hasan Kabupaten Magelang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(3), 527-539. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Pusadatin Kemenkes RI (2015) Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit infeksi menularnya ng disebabkan bakteri tuberculosi. www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/.../infodatin_tb.pdf

ANALISIS PENERAPAN TEORI CALLISTA ROY TERHADAP EFFIKASI DIRI PASIEN DIABETES MELLITUS TYPE 2

Ratna Agustiningrum¹, Azizah Khoiriyati

¹ Mahasiswa Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, ratna_agustiningrum@yahoo.com

² Dosen Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, azizahkhoiriyati@yahoo.com

Abstract: Given the number of patients with diabetes mellitus continues to increase and the cost of care for patients is mainly caused by complications, then a good effort done is by prevention. Some preventive measures can be done by the efforts of primary, secondary and tertiary. One effort tertiary to do is provide motivation and enhance self-efficacy. Self Efficacy in diabetic patients is focused on individual confidence will be capabilities to manage, plan and modify the behavior so that it can adapt well. This paper aims is to analyze the application of the theory of Callista Roy Self efficacy in patients with Diabetes Mellitus Type 2. The adaptation process in patients affected by self-efficacy are both owned by the patient. Callista Roy adaptation theory states that adaptation to a person with Diabetes Mellitus pain conditions is influenced by several factors such as self-efficacy, a person with great self-efficacy can adapt well.

Keywords: Theory *Callista Roy*, self efficacy, Diabetes Mellitus Type 2.

PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus merupakan salah satu penyakit yang masih mengancam kesehatan masyarakat di dunia. Hal ini dibuktikan tahun 2012 sekitar 1,5 juta penduduk di dunia kehilangan nyawa akibat penyakit diabetes mellitus, umumnya terjadi di negara yang berpendapatan menengah ke bawah, sebagian besar tersebar di bagian Asia Tenggara (Global Report on Diabetes, 2016). Tidak hanya di dunia, di Indonesia termasuk yang memiliki prevalensi diabetes mellitus yang masih tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan prevalensi diabetes mellitus type 2 sebanyak 80 % (who,2013). Salah satu provinsi Indonesia dengan prevalensi diabetes mellitus tinggi yaitu di provinsi Banten. Hal ini sesuai dengan data yang menunjukkan di wilayah Banten prevalensi penderita diabetes mellitus sebesar 104.962 dan prevalensi di wilayah kota tangerang yang terdiagnosa dokter sebesar 23,5 % (Kemenkes RI, 2013). Jumlah kasus diabetes mellitus yang ditemukan di Provinsi Jawa Tengah tahun 2013 sebanyak 2019.319 kasus, terdiri atas pasien DM yang tidak tergantung insulin sebanyak 183.172 jiwa dan pasien DM yang tergantung insulin sebanyak 26.147 jiwa (Dinkes, 2013). Hasil riset tersebut menjelaskan bahwa masih banyak masyarakat yang tidak mengenal diabetes mellitus dan pencegahannya.

Diabetes mellitus merupakan penyakit kronik yang membutuhkan pengelolaan seumur hidup dalam mengontrol kadar gula darahnya. Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan level gula darah dimana tubuh tidak dapat memproduksi insulin yang dibutuhkan atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan seharusnya (Pace, Emilia, 2017). Menurut Suyono (2016), mengingat jumlah pasien diabetes mellitus yang terus meningkat dan besarnya biaya perawatan pasien diabetes mellitus yang terutama disebabkan oleh komplikasinya, maka upaya yang paling baik yaitu dengan melakukan pencegahan., upaya pencegahan dapat dilakukan dengan tiga tahap yaitu, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Pencegahan primer merupakan semua aktivitas yang ditujukan untuk mencegah timbulnya hiperglikemia pada populasi umum misalnya dengan kampanye makanan sehat dan penyuluhan bahaya diabetes. Pencegahan sekunder yaitu upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit pada pasien yang telah menderita DM dengan pemberian pengobatan dan tindakan deteksi dini penyulit. Pencegahan tersier adalah semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan.

Upaya pencegahan ini memerlukan keterlibatan semua pihak untuk mensukseskannya baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga, dan pasien itu sendiri. Perawat sebagai edukator sangat berperan untuk memberikan informasi yang tepat pada pasien DM tentang penyakit, pencegahan, komplikasi, pengobatan, dan pengelolaan DM termasuk didalamnya memberi motivasi dan meningkatkan efikasi diri (Suyono, 2006; Wu et al, 2006).

Efikasi diri merupakan gagasan kunci dari teori sosial kognitif (social cognitive theory) yang dikembangkan oleh Albert Bandura. Bandura (1997) mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan. Efikasi diri membantu seseorang dalam menentukan pilihan, usaha untuk maju, serta kegigihan dan ketekunan dalam mempertahankan tugas-tugas yang mencakup kehidupan mereka. Menurut Pender (1996, dalam Tomey & Alligood, 2017), efikasi diri adalah keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan perilaku yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkannya. Efikasi diri mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri sendiri dan untuk bertindak. an bertindak.

Bandura (1982 dalam Kott, 2008) menegaskan bahwa seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki efikasi diri yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya, sehingga terjadi ketidakpatuhan terhadap penatalaksanaan diabetes mellitus.

Penanganan pasien dengan penyakit kronis saat ini lebih berfokus pada pasien (patient-centered-care). Petugas kesehatan termasuk perawat menganggapp

pasien sebagai orang yang paling tau kondisi kesehatannya dan menghargai pengalaman subyektif pasien sebagai suatu yang relevan untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses penyembuhan pasien. Pasien adalah orang yang ikut aktif berperan dalam usaha meningkatkan kesehatannya dimana pasien bekerjasama dengan perawat untuk menentukan intervensi yang tepat dan diperlukan (Pooter & Perry, 2005).

Menurut International Council of Nurses (ICN, 2010), salah satu model perawatan penyakit kronis yang dikembangkan saat ini adalah The Chronic Care Model (CCM) yaitu model perawatan pasien yang menitikberatkan pada interaksi pasien yang terinformasi dan aktif dengan suatu tim kesehatan yang proaktif dan siap melayani. Hal ini berarti hubungan pasien yang termotivasi dan memiliki pengetahuan serta berkeyakinan untuk membuat keputusan mengenai kesehatan mereka dengan tim yang mampu memberikan informasi, motivasi dan sumber-sumber perawatan dengan kualitas yang baik sangat diperlukan. Berdasarkan konsep ini, pasien dengan penyakit kronis membutuhkan dukungan untuk mendapatkan informasi, pengetahuan dan mempertahankan status kesehatannya seoptimal mungkin.

Model adaptasi Roy juga diterapkan didalam pelayanan komunitas seperti pada Penelitian Pace, Emilia et all (2017) “Adaptation and Validation of the Diabetes Management Self - Efficacy Scale to Brazilian Portuguese”. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui proses adaptasi dan validasi effikasi diri pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 pada penduduk di Brazil. Dalam penelitiannya yang menjadi responden sejumlah 200 orang dengan Diabetes Mellitus Type 2 di poli rawat jalan Sao Pao, ada beberapa faktor yang memepengaruhi proses adaptasi diantaranya Semantik, budaya, konseptual dan persamaan idiomatik. Dari hasil penelitian didapatkan kesimpulan bahwa Efikasi diri berguna untuk merencanakan dan menilai intervensi pendidikan dan juga memodifikasi perilaku dalam perawatan diri dan adaptasi.

PENERAPAN TEORI CALLISTA ROY

Pendekatan asuhan keperawatan Teori Adaptasi Sister Callista Roy mengemukakan manusia sebagai suatu sistem adaptasi. Model ini memandang individu sebagai suatu integrasi yang utuh dalam sistem adaptasi yang selalu berinteraksi dengan lingkungan. Seseorang yang mengikuti proses yang berkelanjutan untuk mencapai tujuan, integritas dan pemenuhan dari kekuatan yang maksimal. Proses ini merupakan adaptasi terhadap perubahan untuk membangun diri, melalui stimulus dari lingkungan. Lingkungan terdiri atas semua faktor yang ada di sekeliling individu yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu. Lingkungan sebagai suatu perubahan yang dinamis. Stimulus dari lingkungan mendorong individu untuk merespon dan mengembalikan pengaruh dan perubahan pada lingkungan. Stimulus lingkungan terdiri dari stimulus fokal, stimulus kontekstual, dan stimulus residual. Stimulus fokal adalah stresor utama yang menyebabkan atau memicu seseorang untuk merespon dengan segera.

Stimulus kontekstual merupakan semua faktor yang mempengaruhi seseorang untuk merespon pada stresor utama. Stimulus residual adalah faktor-faktor yang diduga tetapi tidak dapat diperkuat atau dibuktikan.

Kombinasi dari stimulus fokal, kontekstual, dan residual menjadi masukan dalam mekanisme coping yang dapat diklasifikasikan sebagai regulator dan kognator. Regulator terdiri dari **autonomic neural, chemical, dan endocrine processes**; Kognator melibatkan proses psikologis seperti **perception, judgment, learning, dan emotion**. Mekanisme coping (regulator dan kognator) merupakan pembawaan lahir dan diperoleh melalui pembelajaran. Mekanisme coping dimanifestasi melalui respon perilaku yang adaptif atau maladaptif. Sebuah respon adaptif mempertimbangkan makna/pemahaman integritas dan keselarasan dengan maksud dan tujuan dari keberadaan, sedangkan respon maladaptif tidak mampu merespon secara efektif.

Ketika suatu respon adaptif tercapai, energi yang digunakan selama proses adaptasi dibebaskan, memungkinkan seseorang untuk merespon stimulus yang lain. Cara ini merupakan suatu proses adaptasi aktif yang mendorong diri terus-menerus mencapai tujuan hidup. Tujuan tersebut memberikan kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, dan keunggulan. Respon yang maladaptif melemahkan dan menghalangi mencapai tujuan hidup. Respon stimulus dapat adaptif atau maladaptif bergantung pada tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang ditentukan oleh kombinasi semua faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk merespon dalam cara adaptif. Jika stimulus fokal keluar dari area, maka seseorang tidak dapat merespon secara efektif. Tingkat adaptasi dapat diubah salah satunya memodifikasi stimulus fokal seperti metode jatuh dalam zona Adaptasi, atau memodifikasi stimulus kontekstual ke dalam zona yang diperluas kepada Respon Adaptif. Asuhan Keperawatan secara langsung merawat dan memperkuat perilaku adaptif, mengubah perilaku maladaptif. Hal ini dapat tercapai dengan manajemen stimulus lingkungan dan menguatkan atau memodifikasi tingkat adaptasi seseorang sehingga memungkinkan respon adaptif.

Asuhan keperawatan merencanakan dan mengevaluasi perilaku yang terwujud dalam setiap empat mode adaptif yaitu **Physiological, self-concept, role function, dan interdependence**. Perilaku dikategorikan dalam mode yang memfasilitasi pengkajian dan mengevaluasi respon. Secara operasional, keempat mode tersebut saling berhubungan; perilaku merupakan suatu model yang mempengaruhi mode lain. Gabungan perilaku dalam empat mode menggambarkan adaptasi individu secara khusus pada suatu waktu. Pemahaman ini bahwa adaptasi adalah suatu keadaan atau hasil akhir dari sebuah proses adaptasi. Tujuan asuhan keperawatan menurut Model Adaptasi Roy adalah meningkatkan adaptasi, meningkatkan kemampuan individu mencapai penyembuhan dan kesejahteraan yang tinggi. Roy mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan dan proses menjadi sebuah integrasi dan keutuhan seseorang. Kesehatan mendeskripsikan fungsi integrasi dan proses dari usaha seseorang

untuk mencapai kekuatan yang maksimal. Adaptasi didefinisikan sebagai proses yang terjadi. Kesehatan merupakan refleksi dari adaptasi, untuk meningkatkan adaptasi, melalui asuhan keperawatan.

Concepts of Roy’s Theory of The Person as an Adaptive System are illustrated in Figure 1



Figure 1. Theory of the person as an adaptive system (Adapted from Roy & Mcleod, 1981) ; (Alligood, 2017)

PEMBAHASAN

Roy Adaptation Model, pasien dalam asuhan keperawatan ini adalah pasien dengan Diabetes Mellitus Type 2. Diabetes Mellitus sebagai stimulus fokal atau stresor utama seseorang harus merespon. Stimulus kontekstual yang mempengaruhi faktor-faktor seperti Role Function, Physiological, self concept dan interdependence. Pemilihan mekanisme coping dimanifestasikan dengan mode adaptif. Contoh dari respon adaptif termasuk pola fisiologis yang konsisten dengan kekuatan maksimal individu (**physiological mode**) ; sebuah pemahaman nilai dan kemantapan diri/ keyakinan/ efisiensi diri (**Self-concept mode**) ; Kepuasan dalam peminatan, sosial, dan peran aktivitas waktu luang (**role function mode**) ; kemampuan dalam memberi dan menerima perawatan dan kasih sayang (**interdependence mode**). Ketidakefektifan respon memperburuk kondisi fisik atau ketidakmampuan dalam perawatan untuk kebutuhan kesehatan seperti perasaan malu/bersalah atau kekecewaan dengan diri sendiri, ketidakmampuan dalam menikmati atau berpartisipasi dalam peran aktivitas, isolasi sosial.

KESIMPULAN

Pendekatan asuhan keperawatan menggunakan **Roy Adaptation Model** dapat digunakan sebagai kerangka kerja bagi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS. **Roy Adaptation Model** merupakan suatu pendekatan asuhan keperawatan yang melihat individu sebagai suatu sistem adaptasi. Penting bagi perawat untuk memperhatikan setiap respon dari stimulus untuk memberikan intervensi yang tepat pada respon yang muncul pada pasien. Pendekatan **Roy Adaptation Model** akan mudah dilakukan apabila individu memiliki efisiensi diri yang baik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang telah memberikan dorongan baik moril maupun materil kepada penulis. Oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Azizah Khoiriyati.,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku mentor dalam penyusunan laporan Analisa Penerapan Teori Calista Roy Terhadap Efikasi Diri Pada Pasien DM tipe 2.
2. Semua rekan-rekan seangkatan khususnya kelompok 10 yang telah memberikan dorongan dan motivasi dalam penyusunan laporan Modul I.
3. Pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu yang juga telah banyak membantu baik support maupun do'a.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. <http://www.des.emory.edu/mf/ef>
- Bernal, H., Woolley,S., Schensul, J &Dickinson, J.K (2000). Correlates of self-efficacy In diabetes self- care among
- George. (1995). ***Nursing Theories (The Base for Profesional Nursing Practice)***, Fourth Edition. USA : Appleton & Lange.
- Henj, K., Wahyu, H (2013). Hubungan Antara Motivasi Dengan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Persadia Salatiga.
- Hispanic adults with diabetes.The Diabetes Edukator 2000;volume 26; number 4.
- Hidayat A. A. (2004). ***Pengantar konsep dasar keperawatan***. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, (2008). Konsep dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan. Jakarta. Salemba Medika
- Pace, A. E., Gomes, L. C., Bertolin, D. C., Loureiro, H. M. A. M., Bijl, J. Van Der, & Shortridge-Baggett, L. M. (2017). Adaptation and validation of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale to Brazilian Portuguese. ***Revista Latino-Americana de Enfermagem***, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1543.2861>
- Potter, Mertie L, ARNP,N.D., C.S., & Bockenbauer, B J, ARNP,MSN, CS. (2000). Implementing orlando’s nursing theory: A pilot study. ***Journal of Psychosocial***

Nursing & Mental Health Services, **38**(3), 14-21. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/225554520?accountid=38628>

Roy, Callista, Heather A., 1999, ***The Roy adaption model***. Stamford. Appleton & Lange.

Sheldon, L. K., & Ellington, L. (2008). Application of a model of social information processing to nursing theory: how nurses respond to patients. ***Journal Of Advanced Nursing***, **64**(4), 388-398. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04795.x

Timothy S. Bredow, (2004). Middle Range Theories: application to nursing Research. Philadelphia: Lippincon

Zhang, W. (2013). Older Adults Making End of Life Decisions: An Application of Roy's Adaptation Model. ***Journal of Aging Research***, **2013**, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2013/470812>

Kemenkes RI. (2013). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. 6 dari <http://dpkes.go.id>

PENDAHULUAN

Penyakit kanker terjadi akibat adanya pertumbuhan sel jaringan tubuh yang abnormal. Penyakit kanker adalah salah satu penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian utama di seluruh dunia (Kemenkes RI, 2015). Angka kematian penduduk dunia akibat kanker meningkat dari angka 7,6 juta orang pada tahun 2008 menjadi 8,2 juta orang pada tahun 2012. Prevalensi kanker di Provinsi D.I Yogyakarta sebesar 4,1% dan merupakan prevalensi kanker tertinggi di Indonesia. Kasus kanker diperkirakan akan meningkat dari 14 juta kasus pada tahun 2012 menjadi 22 juta kasus dalam dua dekade berikutnya (Kementerian Kesehatan RI, 2015)

Menderita penyakit kanker adalah salah satu pengalaman stressful bagi penderitanya. Pasien kanker cenderung merasakan kecemasan, merasa **hopelessness** dan **helplessness** (Ardika, 2015). Pasien yang didiagnosis menderita penyakit kanker akan melalui beberapa tahap, mulai dari tahap awal diagnosa sampai tahap penerimaan (Yusuf *et al*, 2105) Dampak pertama yang muncul ketika pasien mengetahui dirinya menderita kanker yaitu pasien menjadi takut dengan kematian, ketidakmampuan, ditelantarkan, ketergantungan, kehilangan kemandirian, diputuskan dari hubungan fungsi peran, dan penipisan finansial (Aziz *cit* Ardika, 2015). Dampak tersebut merupakan dampak psikologis yang harus diketahui oleh perawat. Perubahan psikologis pasien akan berpengaruh pada kualitas hidup pasien.

Teori **chronic sorrow** dapat dijadikan panduan atau pedoman bagi perawat dalam memberikan atau melaksanakan tindakan keperawatan, khususnya pada pasien kanker yang beresiko mengalami penderitaan kronis untuk mengantisipasi kesedihan yang berkepanjangan. Peran utama dari perawat menurut teori ini mencakup : bersikap empati, menjadi pendidik yang baik, memberi perhatian dan bersikap profesional (Alligood, 2014). Penerapan teori ini dalam pemberian asuhan keperawatan dapat membantu pasien kanker maupun keluarga dan orang di sekitarnya untuk meningkatkan kemampuan mekanisme koping internal dan eksternal dalam menghadapi keadaan yang terjadi. Sehingga apabila pasien tidak menggunakan mekanisme koping yang sesuai maka pola adaptasi positif (resiliensi) belum berhasil. Mekanisme koping menunjukkan bahwa pasien itu tidak lari dari masalah tetapi memilih untuk menghadapi masalah tersebut (Latif, 2016)

KAJIAN LITERATURE

Penatalaksanaan kanker dirumah sakit antara lain dilakukan pembedahan, radiasi, terapi hormonal, dan kemoterapi. Peran perawat pada pasien kanker biasanya lebih berfokus pada kebutuhan fisik pasien saja yaitu mengatasi berbagai keluhan mulai dari nyeri, sesak napas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas seperti tidur dan mobilisasi. Padahal manusia membutuhkan perawatan secara holistik yang terdiri dari berbagai aspek yaitu biologis, psikologis, sosial,

spiritual, dan kultural (Ambarwati, 2017). Psikologis merupakan suatu hal yang penting dalam pengkajian keperawatan karena memiliki dampak yang besar terhadap kualitas hidup pasien kanker. Aspek psikologis pasien kanker yang telah melewati tahap berduka yang perlu dikaji yaitu pengalaman terdahulu dengan stressor, mekanisme koping yang berhasil dimasa lalu, fungsi peran, konsep diri, dan ketabahan. Selama ini peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan psikologis pasien kanker masih kurang karena kebanyakan perawat memberikan intervensi yang berfokus pada kebutuhan fisik pasien.

Teori berduka kronis (**chronic sorrow**) merupakan salah satu **middle-range theory** dalam keperawatan yang berfokus pada stres dan adaptasi yang berhubungan dengan perasaan berduka kronis yang dialami individu sehingga timbul kesedihan dan rasa berduka yang berkepanjangan (Alligood, 2014). Teori ini dapat dijadikan panduan atau pedoman bagi perawat dalam memberikan atau melaksanakan tindakan keperawatan, khususnya pada klien yang beresiko mengalami penderitaan kronis untuk mengantisipasi kesedihan yang berkepanjangan, misalnya klien dengan penyakit kanker. Peran utama dari perawat menurut teori ini mencakup : bersikap empati, menjadi pendidik yang baik, memberi perhatian dan bersikap profesional. Penerapan teori ini dalam pemberian asuhan keperawatan dapat membantu klien yang menderita penyakit kronik maupun keluarga dan orang di sekitarnya untuk meningkatkan kemampuan mekanisme koping internal dan eksternal dalam menghadapi proses kehilangan yang terjadi (Alligood, 2104).

Konsep utama dalam teori berduka kronis (**chronic sorrow**) menurut Eakes, Burke, & Hainsworth dalam Alligood, 2014 yaitu sebagai berikut:

1. Berduka kronis

Berduka kronis merupakan perasaan kesedihan berkepanjangan yang disebabkan oleh kehilangan atau penyakit kronis. Berduka kronis dapat terjadi secara berkala dan memungkinkan terjadinya kekambuhan serta berpotensi menjadi gejala yang menetap. Contohnya pasien yang menderita penyakit kanker akan mengalami perasaan berduka karena penyakit kanker merupakan penyakit kronis yang apabila tidak ditangani secara holistik akan menyebabkan kematian.

2. Kehilangan

Kehilangan terjadi sebagai akibat dari perbedaan antara situasi yang ideal dengan pengalaman nyata. Pasien kanker akan merasakan kesenjangan atau kehilangan, misalnya pasien merasa kehilangan kemampuan, kemandirian, dan harapan terhadap masa depannya.

3. Peristiwa Pemicu

Peristiwa pemicu adalah situasi, keadaan, dan kondisi yang menyebabkan adanya suatu kesenjangan atau kehilangan yang berulang dan memulai atau memperburuk perasaan berduka.

4. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara ketika seorang individu berupaya mengatasi perasaan berduka kronis. Mekanisme koping dibagi menjadi dua yaitu internal (koping pribadi) dan eksternal (dukungan dari keluarga, kerabat, praktisi kesehatan, dan lain-lain). Mekanisme koping juga terdiri dari mekanisme koping yang efektif dan tidak efektif. Mekanisme koping efektif merupakan strategi yang bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan pasien yang menderita kanker misalnya berpikir positif dan melakukan kegiatan yang bermakna. Sedangkan mekanisme koping yang tidak efektif berasal dari strategi yang menyebabkan ketidaknyamanan dan meningkatkan perasaan berduka misalnya tidak adanya support dari keluarga dan praktisi kesehatan.

Pasien yang di diagnose kanker akan melewati beberapa tahapan kehilangan/ berduka. Menurut Kubler Ros dalam Yusuf, *et al* (2015) tahapan berduka antara lain sebagai berikut:

- a. Penyangkalan (**denial**) : Pasien syok, tidak percaya, diam, terpaku, gelisah, bingung, mengingkari, kenyataan, mengisolasi diri terhadap kenyataan.
- b. Marah (**anger**) : Pasien mulai menyadari tentang kenyataan yang terjadi. Perasaan marah akan terus meningkat diproyeksikan kepada orang lain atau benda. Wajah pasien memerah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, dan tangan mengepal.
- c. Penawaran (**bargaining**) : Pasien mencoba menawar, menunda realitas dengan merasa bersalah pada masa hidupnya sehingga kemarahan dapat mereda. Pasien mulai dapat memecahkan masalah dengan berdoa, menyesali perbuatannya, dan menangis mencari pendapat orang lain.
- d. Depresi (**depression**) : Fase ini pasien sadar akan penyakitnya yang sebenarnya tidak dapat ditunda lagi. Pasien menarik diri, tidak mau berbicara dengan orang lain, dan tampak putus asa. Depresi adalah tahap menuju orientasi realitas.
- e. Penerimaan (**acceptance**) : Fase ini pasien menerima kenyataan yang terjadi. Pasien yang berada ditahap ini akan mengakhiri proses berdukanya dengan baik.

METODE

Case study yaitu menganalisis kasus pasien kanker dikaitkan dengan penerapan teori chronic sorrow.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kasus:

Seorang pasien wanita usia 40 tahun. Di diagnosis kanker payudara sejak tahun 2011. Pasien tidak menjalani terapi kanker seperti radiasi, pembedahan, terapi hormone, dan kemoterapi yang dijalani pasien kanker pada umumnya. Pasien hanya menggunakan jaket warsito, jaket khusus pasien kanker payudara yang diklaim dapat membasmi dan menyembuhkan kanker payudara. Pasien menyembunyikan penyakitnya dari kerabat dan rekan kerja. Selama kurang lebih 5 tahun pasien tetap beraktivitas seperti biasa. Dilingkungan kerjanya tidak ada yang tahu tentang kondisi pasien yang sebenarnya. Pasien menjalani hari-harinya dengan penuh semangat. Tahun 2016 pasien sempat dirawat dirumah sakit. Kanker pasien sudah masuk stadium IV. Tetapi pasien masih aktif dalam pekerjaan. Perubahan fisik yang dapat dilihat yaitu tangannya mulai membengkak. Dua minggu sebelum pasien meninggal dunia pada tahun 2016, rekan-rekan baru mengetahui bahwa beliau menderita kanker payudara stadium 4. Kondisi pasien mulai melemah dan sudah tidak dapat beraktifitas seperti biasanya.

Berdasarkan kasus diatas dapat dijelaskan bahwa pasien mampu melalui setiap tahapan dalam proses berduka menurut Kubler Ros. Dari hasil analisis pasien berada ditahap acceptance (penerimaan). Pasien dapat melakukan kegiatan rutinnnya layaknya orang yang sehat. Pasien tidak pernah menampakkan dirinya sebagai seorang yang menderita kanker. Pasien menyembunyikan penyakit yang dideritanya karena tidak ingin orang lain merasa sedih. Pasien juga kemungkinan menyembunyikan hal tersebut agar orang lain tidak menganggap dirinya lemah karena menderita kanker. Hal tersebut dapat dilihat dari keaktifan dan semangat pasien di lingkungan kerjanya selama 5 tahun sejak didiagnosa kanker. Aspek psikologis pasien menurut saya sudah baik. Pasien yakin selama kita berpikiran positif dan memiliki keyakinan pada Tuhan maka ditengah ketidakberdayaan pun, manusia selalu memiliki kesempatan untuk melihat dan menjalani hidup secara lebih positif. Semua tergantung bagaimana seseorang memaknai apa yang terjadi didalam kehidupannya.

Aplikasi teori **chronic sorrow** pada kasus ini yaitu tentang bagaimana pasien melewati tahapan berduka kronis. Selain itu mekanisme koping sangat berpengaruh terhadap perkembangan psikologis pasien kanker. Mekanisme koping internal datang dari diri sendiri. Koping internal dapat diwujudkan dengan cara berpikir positif, menyibukkan atau melakukan sesuatu yang menyenangkan baik itu rutinitas maupun hobi, bergabung dengan komunitas kanker, menangis sepuasnya untuk mengekspresikan emosi, dialog internal dengan diri sendiri, dan keyakinan pada Tuhan dengan meningkatkan spiritualitas. Mekanisme koping eksternal berasal dari dukungan keluarga, keterlibatan keluarga dalam merawat pasien, motivasi dari orang terdekat, dukungan sosial, dukungan dan perawatan yang baik dari tenaga kesehatan profesional. Dengan menggunakan mekanisme koping diatas pasien akan merasakan kenyamanan dan membantu mengurangi perasaan berduka serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Senada dengan penelitian Isaksson & Ahlstrom (2008) yang berjudul “**Managing Chronic Sorrow: Experiences of Patients with Multiple Sclerosis**” menggambarkan bagaimana pasien Multiple Sclerosis mengelola kesedihan kronis. Responden dalam penelitian ini berjumlah 38 orang, diwawancarai secara mendalam tentang pengalaman dukacita kronis dengan menggunakan panduan wawancara dukacita kronis Eakes. Hasil penelitian menunjukkan bahwa manajemen berduka kronis yang tidak efektif menyebabkan ketidaknyamanan, rentan terhadap depresi, dan menyebabkan sulitnya menentukan kebutuhan dan dukungan yang tepat bagi pasien. Kemudian manajemen efektif pasien dengan multiple sklerosis dapat meningkatkan kenyamanan dengan cara meningkatkan kepercayaan diri dan mempunyai harapan hidup yang besar.

Selain itu analisis kasus diatas didukung oleh penelitian Nurjanah, dkk (2013) yang berjudul “Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa pada Klien Risiko Bunuh Diri dengan pendekatan Teori Chronic Sorrow” menyatakan bahwa proses koping pada model chronic sorrow terdiri atas metode manajemen internal dan manajemen eksternal. Semua klien menggunakan mekanisme koping untuk menghadapi stressor dengan berfokus pada masalah. Sebagian besar klien juga menggunakan mekanisme koping yang berfokus pada emosi dan kognitif. Hasil terapi kognitif menggambarkan bahwa klien mampu mengembangkan mekanisme koping adaptif dengan cara berpikir positif dan melakukan kegiatan bermakna. Klien yang mengalami stress atau kehilangan diharapkan dapat menerima dengan ikhlas, berpikir positif, dan selalu optimis. Apabila klien tidak bisa menerima kondisinya maka dikhawatirkan klien akan mengalami perasaan berduka yang berkepanjangan sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

KESIMPULAN

Teori chronic sorrow dapat digunakan untuk mengetahui perubahan psikologis pasien kanker. Pengalaman psikologis pasien kanker mulai dari pertama di diagnosa kanker sampai melewati setiap tahap berduka sangat penting terutama mekanisme koping yang digunakan. Hal ini dapat meningkatkan kualitas dan harapan hidup pasien kanker.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, Martha Raile. 2014. **Nursing Theories and Their Work (Eight ed)**. Saint Louis: Mosby.
- Ambarwati, Gandes. 2017. **Studi Fenomenologi: Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Pasien Kanker Payudara Yang Menjalani Kemoterapi Di RSUD Tugurejo Semarang**. Diakses di <http://eprints.undip.ac.id/56631/> pada tanggal 23 Oktober 2017 jam 14.00 WIB.

4th Annual International Scientific Forum, 2017
Master of Nursing UMY
“Fusion to Innovation in Health Care”

Ardika, dkk. 2015. **Gambaran Perubahan Fisik dan Psikologis Pasien Kanker Serviks Dengan Kemoterapi Di RSUD Moewardi**. Diakses di <http://eprints.ums.ac.id/36815/> pada tanggal 23 Oktober 2017 jam 15.00 WIB.

Isaksoon and Ahlstrom. 2008. **Managing Chronic Sorrow: Experiences of Patients with Multiple Sclerosis**. Journal of Neuroscience Nursing. Diakses di <http://www.biomedsearch.com/article/Managing-chronic-sorrow-experiences-patients/179815852.html> tanggal 10 Oktober 2017 jam 15.00 WIB.

Kementerian Kesehatan RI. 2015. **InfoDATIN: Stop Kanker**. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.

Latif, Hanifah. 2016. **Dinamika Posttraumatic Growth Pada Survivor Kanker: Studi Fenomenologi Pasien Yang Berhasil Sembuh Melawan Penyakit Kanker**. Diakses di http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?act=view&buku_id=103895&mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&typ=html tanggal 23 Oktober 2107 jam 16.00 WIB.

Nurjanah, Siti; Hamid, Achir Yani; Wardani, Ice Yulia. 2013. **Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa pada Klien Risiko Bunuh Diri dengan Pendekatan Teori Chronic Sorrow di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2013**. Program Spesialis Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa FIK UI. Diakses di <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2015-09/SP-Siti%20Nurjanah> pada tanggal 10 Oktober 2017 jam 15.15 WIB

Peterson and Bredow. 2009. **Middle Range Theory: Application to Nursing Research**. USA: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Yusuf, AH; Fitryasari, R; Nihayati, HE. 2015. **Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa**. Jakarta:Salemba Medika

THE APPLICATION OF OREM THEORY TOWARDS PATIENT **POST SECTIO CAESAREA**: AN INITIAL STUDY

¹Alfi Rusdianti, Fitri Arofiati²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

²Dosen Pembimbing Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Email : alfirusdian@gmail.com

Abstract: Nursing is a professional health care service which have quality holistic and comprehensive. Nurses are required to provide quality services in the implementation. One way to improve nursing health care services with improve the development of science and use conceptual models for practice. Conceptual models that can be applied in nursing such Dorothea E Orem concepts that describes the process of self-care. The main focus of this conceptual model is the ability to take care of herself independently so they can ability to maintain of health and well-being. In the case of postoperative patients, they need assistance to fulfill of their activities. An efforts to establishing postoperative patients by early mobilization.

Key words: *self-care theory, post operatip*

PENDAHULUAN

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional dimana bersifat holistik dan komprehensif yang ditujukan kepada individu, keluarga maupun kelompok baik dalam keadaan sehat atau sakit menggunakan proses asuhan keperawatan. Mutu keperawatan yang akan diterima oleh individu maupun kelompok dipengaruhi oleh kualitas pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat. Dengan demikian, perlu adanya peningkatan dalam pemberian asuhan keperawatan dengan cara meningkatkan pengembangan ilmu dan praktek keperawatan salah satunya menggunakan model konseptual keperawatan. Salah satu model konseptual dalam bidang keperawatan yaitu konsep dari Dorothea E Orem yang memaparkan bahwa proses perawatan melalui **self-care**. Fokus utama dari model konseptual ini adalah kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga dapat tercapai suatu kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya. Konsep ini dapat dijadikan suatu landasan perawat dalam memandirikan pasien.

Konsep dari Dorothea E Orem mengenai **self-care** dapat diterapkan dalam proses keperawatan yang mendasar salah satunya pada pasien post operasi **section caesarea**. Pada pasien post operasi **section caesarea** memiliki resiko

yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien persalinan normal. Salah satunya yaitu rasa nyeri yang ditimbulkan akibat operasi dan penyembuhannya lebih lama dibandingkan dengan persalinan normal. Resiko tersebut perlu diperhatikan mengingat proses penyembuhannya yang memanjang, salah satu dalam mempercepat penyembuhan post **section caesarea** adalah dengan mobilisasi dini. Namun pada pasien post **section caesarea** dihari pertama pasien merasa letih, nyeri bahkan takut jika luka pasca operasi akan robek kembali namun tenaga kesehatan menganjurkan untuk melakukan mobilisasi dini untuk mempercepat kemandiriannya (Ummrah, 2013).

Di hari pertama pasien post operasi **section caesarea** biasanya masih merasakan nyeri dan belum mau melakukan pergerakan secara dini. Pada fase ini pasien membutuhkan bantuan perawat dalam meningkatkan kemandiriannya, sehingga aplikasi teori Orem yang dapat digunakan dalam **nursing system** yaitu **partly compensatory system**. Konsep ini memberikan suatu gambaran bahwa dalam pencapaian tingkat kemandirian pasien maka perawat dan pasien turut andil dalam pelaksanaannya.

KONSEP **SELF CARE** DOROTHEA E OREM

Teori yang berkaitan dalam teori **self - care** ada 3, meliputi **Self - Care**, **Self - care deficit** dan **nursing system**. Pertama, **Self-Care** merupakan suatu bentuk tindakan atau praktek kegiatan individu yang mana hal tersebut dapat menjadikan inisiatif untuk membentuk perilaku mereka dalam memelihara kesehatan dan kesejahteraannya. Selain **self-care**, kita juga harus mengetahui mengenai **self-care agency** yaitu suatu kemampuan atau kekuatan seseorang dalam melakukan **self-care**. Kemampuan seseorang ini akan dipengaruhi oleh **basic conditioning factors** dapat berupa usia, jenis kelamin, system keluarga bahkan lingkungan. Totalitas dari tindakan **self-care** yang dibentuk untuk memenuhi kebutuhannya dengan menggunakan metode valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan disebut dengan **Therapeutic self-care demand**.

Model Orem's menyebutkan ada beberapa kebutuhan **self-care** atau yang disebut sebagai **self-care requisite**, yaitu kebutuhan perawatan diri universal (**Universal self-care requisite**), kebutuhan perkembangan perawatan diri (**Development self-care requisite**) dan kebutuhan perawatan diri pada kondisi adanya penyimpangan kesehatan (**Health Deviation Self Care Requisite**). **Universal self-care requisite** merupakan kebutuhan perawatan diri meliputi udara, air, makanan, eliminasi, aktifitas dan istirahat, interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia. Sedangkan **Development self-care requisite** merupakan kebutuhan perkembangan perawatan diri yang dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut. **Health Deviation Self Care Requisite** ini berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan **self-care** akibat suatu penyakit atau injury.

Menurut Orem hal utama dari teori general keperawatan adalah teori **self-care deficit**. Dalam teori ini, keperawatan diberikan jika seseorang tidak mampu atau terbatas dalam melakukan **self-care** secara efektif. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu **self-care**, yaitu berupa tindakan untuk orang lain, memberikan petunjuk dan pengarahan, dukungan fisik dan **psychologis**, memelihara lingkungan dan pengembangan personal dan dalam hal pendidikan.

Teori **Nursing System** didesain oleh perawat yang didasari pada kebutuhan dan kemampuan **self-care**. Terdapat 3 klasifikasi **nursing system**, diantaranya **wholly compensatory system**, **partly compensatory system** dan **supportif educative system**. **Wholly compensatory system** berlaku untuk pasien yang tidak dapat melakukan tindakan **self-care** dan menerima **self-care** secara langsung. **Partly compensatory system** berlaku dalam situasi bahwa perawat dan pasien melakukan kolaborasi dalam tindakan keperawatan dan mempunyai peran besar dalam mengukur kemampuan melakukan **self-care**. Pada kondisi **supportif educative system** belajar untuk membentuk internal atau eksternal **self-care** akan tetapi tidak akan terlaksana tanpa bantuan.

PARADIGMA KEPERAWATAN MENURUT OREM

Hastuti, A., P. (2015) memaparkan bahwa Dorothea E Orem menjelaskan paradigma keperawatan dalam 4 aspek diantaranya manusia, lingkungan, keperawatan dan kesehatan. Orem memandang bahwa manusia bersifat universal yang membutuhkan perawatan diri secara berkelanjutan. Aspek lingkungan dalam paradigm menurut Orem yang dimaksud meliputi kondisi dan bagaimana perkembangan didalamnya. Pada aspek keperawatan memiliki tujuan agar individu maupun keluarga dapat melakukan perawatan diri dalam mempertahankan kesehatannya. Sehat merupakan suatu kondisi dimana struktur dan fungsinya terintegrasi dengan baik dimana individu dapat melakukan berbagai macam mekanisme dalam pencapaian kesehatannya.

Analisa Teori Dorothea E Orem

Konsep **Self-care** yang dipaparkan oleh Dorothea E Orem memiliki pandangan yang cukup luas dan bersifat abstrak. Hal ini terlihat dari cara pandang Orem melihat sebuah fenomena dalam masing-masing individu. Orem melihat dalam kondisi apa dan kapan seseorang tersebut membutuhkan pelayanan keperawatan, hal ini menunjukkan bahwa sangat kompleks dan cukup luas konsep yang dipakai tidak secara spesifik. Konsep Orem tidak memberikan penjelasan mengenai panduan terhadap intervensi keperawatan yang spesifik. Hal ini menjelaskan bahwa konsep yang dimiliki Orem tidak atau belum mempunyai aturan baku dalam pelaksanaannya, jadi konsep ini membutuhkan penelitian lebih lanjut sebelum sepenuhnya diujicobakan. Dengan demikian teori **self-care** tersebut dapat digolongkan dengan level **grand Theory**.

Teori Dorothea Orem dapat dibagi menjadi beberapa bagian pengertian, tidak hanya masuk kedalam **level grand theory** saja namun juga masuk dalam kategori **middle range theory**. Penggolongan level **grand theory** ini hanya pada konsep Orem bagian **self-care** karena cakupannya begitu luas, namun pada teori **self-care deficit** lebih mengerucut yang spesifik pembahasannya. Teori **self-care deficit** yang dikembangkan Orem lebih mengarah ketindakan atau praktek yang dapat dilakukan dalam proses keperawatan seperti, memberikan pengarah, dukungan fisik bahkan pemberian pendidikan dalam hal peningkatan kemampuan pasien dalam merawat dirinya.

APLIKASI TEORI DENGAN PENDEKATAN MASALAH KEPERAWATAN

Teori Orem menjelaskan mengenai 3 hal yaitu *Self-Care*, *Self-care deficit* dan **nursing system**. Dimana ketiga teori tersebut pada intinya menjelaskan mengenai pentingnya peran masing-masing individu terhadap tingkat kesehatan dan kesejahteraannya untuk memenuhi kebutuhan perawatannya sendiri tanpa adanya ketergantungan pada orang lain. Namun pada *self-care deficit* perawatan akan diberikan apabila seseorang tidak mampu atau terbatas dalam melakukan **self-care** secara efektif. Hal ini juga dibahas dalam teori **nursing system**, dimana terdapat 3 pembagian dalam hal pelaksanaannya tergantung dari kondisi pasien. Konsep **self-care** dapat diterapkan salah satunya pada pasien post **operasi section caesarea**. Pada pasien yang belum memiliki pengalaman dalam hal operasi **section caesarea** maka pasien akan merasa bahwa dirinya sangat membutuhkan perawatan dan berfikir bahwa dirinya tidak dapat berperan dalam kemandiriannya.

Pengkajian

Langkah awal dalam asuhan keperawatan berdasarkan konsep Dorothea E Orem yaitu melakukan pengkajian. Pengkajian yang dilakukan untuk mengumpulkan data klien agar sesuai dengan tindakan yang akan diberikan. Pengumpulan data dilakukan dengan pengkajian yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pada kasus ini hal yang perlu dikaji lebih dalam yaitu mengenai kebutuhan pasien saat itu. Analisa kasus ini termasuk dalam **Health Deviation self-care requisite**, dimana menurut Orem berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan **self-care** akibat suatu penyakit atau injury. Pengkajian pada **health deviation self-care** meliputi tindakan preventif yang di lakukan untuk mengatasi masalah dan halangan untuk melakukan tindakan preventif.

Pertama mengkaji mengenai tindakan preventif yang di lakukan untuk mengatasi masalah. Pada pasien post operasi terdapat beberapa masalah yang perlu diperhatikan dalam perawatannya diantaranya perawatan luka insisi, tempat perawatan pasca operasi, pemberian cairan, diit, management nyeri, pemberian obat-obatan, perawatan rutin dan mobilisasi dini (Kusmiyati, 2009). Hal ini diperhatikan dengan pertimbangan meningkatkan kemandirian pasien. Pasien post operasi **section caesarea** dalam kasus ini belum melakukan tindakan

preventif untuk mengatasi masalah seperti mobilisasi. Pasien biasanya hanya mengandalkan terapi farmakologi yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Kedua mengkaji mengenai halangan untuk melakukan tindakan preventif. Pasien tidak melakukan tindakan preventif seperti mobilisasi karena ibu biasanya merasa letih, nyeri bahkan takut untuk bergerak karena beranggapan luka pasca operasi akan robek kembali jika bergerak. Salah satu bentuk dalam memandirikan pasien yaitu dengan cara mobilisasi dini. Mobilisasi dini merupakan langkah awal dalam tahap penyembuhan luka pasca operasi. Mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Manfaat dari mobilisasi dini salah satunya adalah mencegah terjadinya perdarahan yang abnormal serta mempercepat penyembuhan luka (Dewi, 2011).

Diagnosa

Diagnosa yang mungkin muncul dalam kasus ini yaitu hambatan mobilitas fisik.

Intervensi

Pengkajian mengenai tingkat ketergantungan pasien dibutuhkan, karena dalam posisi ini pasien masih dapat berpartisipasi dalam meningkatnya kemandiriannya. Menurut Orem dalam kondisi ini pasien termasuk dalam tingkatan **partly compensatory system**, dimana pasien juga berperan dalam pencapaian tingkat kemandiriannya. Intervensi keperawatan yang dilakukan bertujuan meningkatkan tingkat kemandirian pasien agar segera tercapai segala aktivitasnya. Salah satu bentuk dalam memandirikan pasien yaitu dengan cara mobilisasi dini. Mobilisasi dini merupakan langkah awal dalam tahap penyembuhan luka pasca operasi. Sujatmiko (2014) berpendapat bahwa dengan bergerak maka otot-otot akan kembali menjadi kuat dan dapat mengurangi rasa sakit. Melakukan rentang gerak dengan sesuai maka dapat meningkatkan kemampuan adaptasi pasien pasca operasi sehingga kemandirian akan segera tercapai, selain itu pasien juga dapat mempersingkat waktu rawat pasien di rumah sakit. Berdasarkan teori Orem kegiatan mobilisasi merupakan salah satu bentuk dari penerapan konsep **self-care** dimana mobilisasi merupakan wujud dari kemampuan seseorang (**self-care agency**) dalam memandirikan diri sendiri (**self-care**).

Evaluasi

Evaluasi dilakukan setelah melakukan implementasi, dalam kasus ini kita dapat mengevaluasi keefektifan mobilisasi yang dilakukan karena mobilisasi ini salah satu bentuk memandirikan pasien yang dikonsepsikan dalam teori Orem.

Menurut Hartati, S (2016) bahwa model konsep **self-care** orem dapat membantu dan memfasilitasi potensi ibu untuk mampu mengembangkan perawatan secara mandiri sehingga dapat menyesuaikan terhadap perubahan yang terjadi. Implementasi yang dapat dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungannya yaitu menggunakan metode pendampingan dengan memberikan petunjuk dan bimbingan pada klien serta metode pengajaran dengan mengajarkan sesuatu

pada ibu untuk mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan. Hal ini didukung dalam jurnal Wulandari (2014) penerapan teori **self-care** Orem juga dapat diterapkan pada pasien ibu hamil dengan kontraksi dini. Konsep model **self-care** sangat tepat diterapkan untuk memandirikan klien sehingga tidak terjadi kontraksi berulang. Perencanaan yang berdasarkan **nursing system** dapat secara jelas mengetahui tingkat kemandirian klien secara bertahap.

KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat diambil dari konsep keperawatan Dorothea E Orem yaitu konsep dan model keperawatannya lebih menekankan pada kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan perawatannya sendiri tanpa adanya ketergantungan pada orang lain. Selain itu, konsep ini menyediakan dasar yang komprehensif untuk suatu tindakan keperawatan dalam hal ini cara untuk memandirikan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, Martha Raile. (2014). **Nursing theorists and their work (Eight ed.)**. Saint Louis: Mosby
- Dewi, Vivian. (2011). **Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas**. Jakarta: Salemba Medika
- Hartati, S., Setyowati., & Tri, B. (2016). Penerapan Teori Selfcare Orem dan Comfort Kolcaba Pada Ibu Post Partum Seksio Sesarea Dengan Tubektomi. **Volume 7, Nomor 2, Juli 2016**
- Kusmiyati, Y., Hani, P., & Sujiyatmi. (2009). **Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)**. Yogyakarta : Fitramaya
- Muhlisin, A & Irdawati (2010). Teori Self Care Dari Orem Dan Pendekatan Dalam Praktek Keperawatan. **Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 2. No. 2.**
- Sujatmiko & Muhammad, Bayu. (2014). Pengaruh Penyuluhan Terhadap Mobilisasi Dini Pasca Operasi Pembedahan Abdomen Di Ruang Flamboyan RSUD DR. Soetoto Ngawi. **Jurnal Kesehatan Stikes Satriya Bhakti Nganjuk, Vol 1, No.1**
- Ummrah, dkk. (2013). Gambaran Pengetahuan Ibu Post SC tentang Mobilisasi Dini Di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo. **Maternal Volume 8.**
- Wulandari, P., Setyowati & Tri, B. (2014). Penerapan Model Keperawatan Need For Help Wiedenbach Dan Self Care Orem Pada Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dengan Kontraksi Dini. **Jurnal Keperawatan Volume 5, Nomor 2**

APLIKASI MODEL SISTEM TEORI BETTY NEUMAN TERHADAP PERAWATAN PASIEN DENGAN DIABETES MELLITUS (DM)

Mirdat Hitiyaut¹, Arianti²

¹Mahasiswa Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
mirdathitiyaut4188@gmail.com

²Dosen Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, ariimoon@gmail.com

Abstract: Penderita Diabetes Mellitus (DM) juga berdampak pada masa depan kehidupan, sering mengalami kecacatan, dan tidak sembuh, kondisi emosional yang tidak stabil. Beberapa gejala yang muncul pada diabetes mellitus dapat mempengaruhi fungsional pasien dan menyebabkan penurunan kualitas hidup dan secara signifikan kemampuan individu untuk menjalankan peran dan tugas pekerjaan. Studi literatur ini bertujuan untuk mengetahui penerapan model sistem Betty Neuman terhadap perawatan pasien diabetes mellitus. Metode studi ini dilakukan penelusuran literatur melalui Google Search, Google Scholar, dan Pubmed dengan keyword Diabetes mellitus, Keperawatan, Model Sistem Betty Neuman. Adapun kriteria inklusi adalah studi klinik, observasional, systematic review, dan metaanalisis. Studi yang dilakukan pada manusia dengan perawatan diabetes mellitus dan dikeluarkan dalam penelusuran literatur. Hasil analisis kasus pada seorang pasien dengan diabetes mellitus dievaluasi menurut model Neuman. Stres intrapersonal (fisiologis, psikologis, sosio-kultural, dan spiritual), stres interpersonal (berada jauh dari keluarga dan anak-anak) dan tekanan ekstra personal (agresi dan tekanan psikologis dari pasangan) ditemukan. Berdasarkan pemeriksaan tersebut, asuhan keperawatan berdasarkan tiga tingkat pencegahan yang penting dalam pandangan Neuman. Hasilnya digunakan dalam klasifikasi intervensi keperawatan dan klasifikasi dan hasil keperawatan masing-masing. Model Neuman bisa dijadikan kerangka kerja untuk membantu perawat merawat pasien. Dengan demikian, penerapan model ini dianjurkan dalam asuhan keperawatan pasien.

Keywords: Diabetes mellitus, keperawatan, model sistem Neuman.

INTRODUCTION

Menurut American Diabetes Association (ADA) tahun 2010, Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Berdasarkan World Health Organization (WHO) secara global, diperkirakan 422 juta orang dewasa hidup dengan diabetes pada tahun 2014,

berpenghasilan rendah dan menengah daripada di negara-negara berpenghasilan tinggi.

Diabetes menyebabkan 1,5 juta kematian pada tahun 2012. Glukosa darah yang lebih tinggi menyebabkan tambahan 2,2 juta kematian, dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular dan lainnya. Empat puluh tiga persen dari 3,7 juta kematian ini terjadi sebelum usia 70 tahun. Persentase kematian akibat tingginya glukosa darah atau diabetes yang terjadi sebelum usia 70 tahun lebih tinggi di negara berpenghasilan rendah dan menengah daripada di Indonesia negara berpenghasilan tinggi. Pada tahun 2011 Indonesia menduduki peringkat kesepuluh dunia dengan jumlah penderita diabetes melitus sebanyak 6,6 juta orang. Selanjutnya pada tahun 2013, Indonesia menempati urutan ke-7 dari 10 negara dengan penderita diabetes tertinggi (IDF, 2013). Kemudian pada tahun 2015 jumlah penderita di Indonesia mencapai 9,1 juta orang, dari peringkat ke-7 menjadi peringkat ke-5 teratas diantara negara dengan jumlah penderita diabetes terbanyak di dunia (PERKINI,2015).

Menurut laporan Riset Dasar (Rikerdas) tahun 2013, menampilkan bahwa prevalensi Diabetes Mellitus di Provinsi Maluku sebesar 1.0% dimana berada di bawah rata-rata prevalensi diabetes mellitus di Indonesia yaitu sebesar 1,5% (RISKESDAS, 2013). Walaupun angka prevalensi diabetes mellitus tidak terlalu banyak namun berdasarkan hasil survey awal di RSUD dr. M. Haulussy Ambon penderita diabetes mellitus tipe 2 tahun 2011-2013 sebesar 1.946 pasien. Tahun 2011 jumlah pasien yang berkunjung 52 orang, tahun 2012 pasien yang berkunjung 716 dan tahun 2013 jumlah pasien yang berkunjung sebanyak 1.178 orang.

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau bila tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Insulin adalah hormon yang mengatur gula darah. Hiperglikemia, atau peningkatan kadar gula darah, merupakan efek umum diabetes yang tidak terkontrol dan seiring berjalannya waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah (WHO, 2016). Penderita diabetes mellitus juga berdampak pada masa depan kehidupan, sering mengalami kecacatan, dan tidak memiliki kesembuhan, kondisi emosional yang tidak stabil. Beberapa gejala yang muncul pada DM dapat mempengaruhi fungsional pasien dan menyebabkan penurunan kualitas hidup dan secara signifikan kemampuan individu untuk menjalankan peran dan tugas pekerjaan. Dengan demikian, perawat harus memainkan peran kunci dalam interaksi dengan pasien dan keluarga untuk meningkatkan kesehatan pasien. Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien melalui penerapan model keperawatan (model sistem Neuman). Penggunaan model teori keperawatan membantu mengembangkan pengetahuan keperawatan. Pemilihan model dan teori keperawatan sesuai keadaan. Model sistem Betty Neuman adalah satu teori yang memberikan panduan pada tiga tingkat pencegahan.

Model sistem Neuman didasarkan pada teori sistem secara umum yang mencerminkan sifat makhluk hidup sebagai sistem terbuka yang berinteraksi satu sama lain dengan lingkungan. Dalam model Neuman, klien mencakup individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau entitas sosial. Asumsi penting teori Newman adalah: “setiap sistem klien unik, gabungan faktor dan karakteristik dalam rentang tanggapan tertentu (Alligood, 2017).” Manusia adalah keseluruhan individu, ditandai oleh lima variabel meliputi variabel fisiologis, psikologis, sosio-kultural, spiritual, dan perkembangan. Variabel fisiologis mengacu pada struktur dan fungsi tubuh. Variabel psikologis mengacu pada proses mental dalam interaksi dengan lingkungan. Variabel sosio-kultural mengacu pada pengaruh kondisi sosial dan budaya. Variabel spiritual mengacu pada keyakinan dan pengaruh spiritual. Variabel perkembangan mengacu pada proses dan aktivitas terkait usia (Alligood, 2017).

Individu dikatakan memiliki “inti” inti mekanisme kelangsungan hidup utama, seperti pengendalian suhu, ego, dan fungsi organ (Knight, 1990 cit Ahmadi dan Sadeghi, 2017). Inti dilindungi oleh garis pertahanan. Lapisan luar adalah garis pertahanan yang fleksibel, dan bervariasi, merespons stressor tertentu. Garis pertahanan dalam atau “normal” mewakili keadaan kesehatan dan adaptasi individu. Hal ini umumnya stabil. Garis resistensi mewakili faktor internal yang menentukan respons organisme terhadap stressor. Stresor (intrapersonal, interpersonal, dan extra-personal) penting untuk konsep lingkungan dan digambarkan sebagai kekuatan lingkungan yang berinteraksi dengan, dan berpotensi mengubah, stabilitas sistem (Fulbrook, 1991 cit Ahmadi dan Sadeghi, 2017). Faktor intrapersonal meliputi interaksi yang terkandung di dalam klien, seperti tanggapan terhadap kondisi. Faktor interpersonal berasal dari interaksi antara dua individu atau lebih, seperti peran harapan. Faktor tambahan pribadi terdiri dari semua interaksi yang terjadi di luar klien, seperti keadaan keuangan (Buerdianu dan Vivian, 2013).

Neuman mendefinisikan lingkungan sebagai semua kekuatan internal dan eksternal yang mengelilingi klien, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh klien pada suatu keadaan. Neuman mengidentifikasi tiga lingkungan yang relevan: internal, eksternal, dan dibuat (Knight, 1990 cit Ahmadi dan Sadeghi, 2017). Pengaruh internal terkandung di dalam batasan sistem klien dengan kata lain, bersifat intrapersonal. Pengaruh eksternal ada di luar klien; dan lingkungan yang diciptakan secara tidak sadar dikembangkan dan digunakan oleh klien untuk mendukung penanganan yang protektif (Navaro, 2015). Neuman memandang kesehatan sebagai rangkaian kesehatan terhadap penyakit yang bersifat dinamis dan terus berubah. Kesehatan optimal ketika semua kebutuhan sistem terpenuhi dan muncul penyakit di ujung kontinum dari keadaan sehat disebabkan keadaan ketidakstabilan dan penipisan energi.

Neuman percaya bahwa keperawatan berkaitan dengan keseluruhan individu. Neuman memandang keperawatan sebagai profesi yang unik dan percaya bahwa hal semua variabel yang mempengaruhi respons individu terhadap stres. Tujuan

utama keperawatan adalah stabilitas sistem klien. Hal ini dicapai melalui intervensi keperawatan untuk mengurangi stres. Proses Neuman mengandung tiga bagian dasar: diagnosis keperawatan, tujuan, dan hasil. Neuman menekankan pentingnya mengidentifikasi persepsi klien dan pengasuh serta kolaborasi antara klien dan pengasuh di semua tahap proses. Dia mengidentifikasi tiga tingkat intervensi: primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer terjadi bahkan sebelum sistem klien dapat merespon stressor bahwa tujuannya adalah untuk mengurangi respon stressor. Pencegahan sekunder terjadi setelah sistem klien merespons stressor. Pencegahan tersier terjadi setelah tahap pengobatan aktif atau pencegahan sekunder yang berfokus pada penyesuaian kembali terhadap stabilitas sistem klien yang optimal (Alligood, 2017).

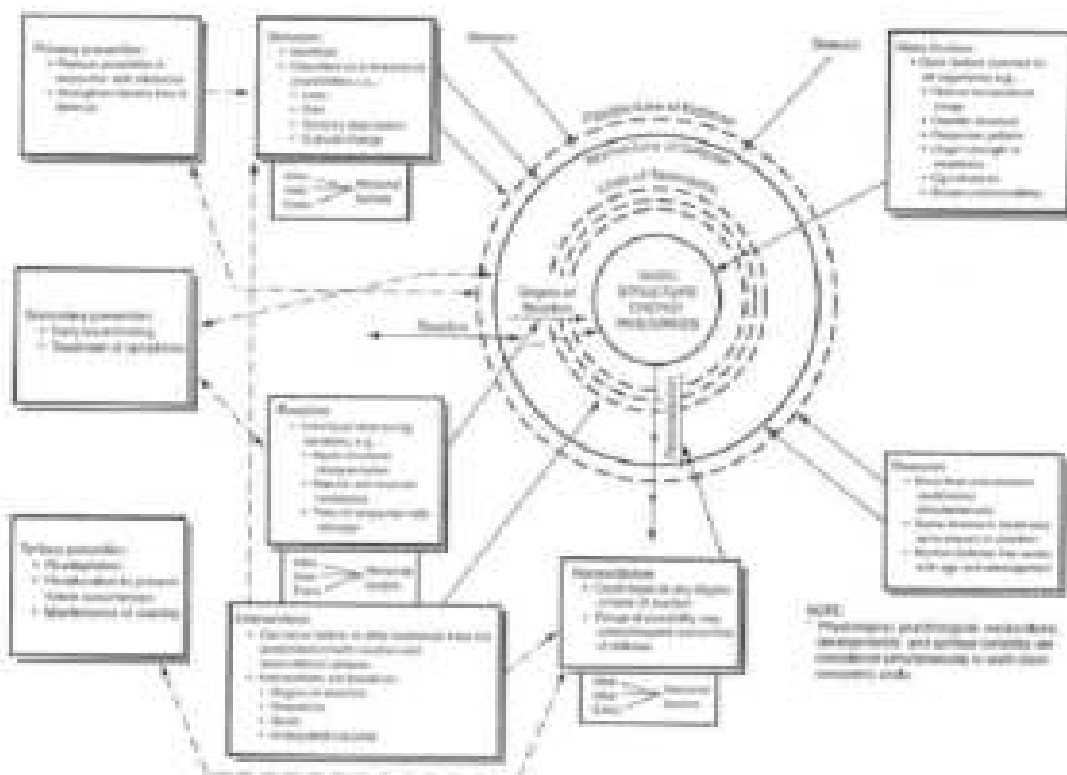


FIGURE 14-1. The Neuman-Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

Gambar.14-1 Sistem Model Neuman. **(Hak cipta tahun 1970 oleh Betty Neuman. Digunakan atas ijin penulis).**

METHODS

Studi ini dilakukan penelusuran literatur melalui Google Search, Google Scholar, dan Pubmed dengan keyword Diabetes mellitus, keperawatan, Model Sistem Betty Neuman. Adapun kriteria inklusi adalah studi klinik, observasional, systematic review, dan metaanalisis. Studi yang dilakukan pada manusia dalam dengan perawatan diabetes mellitus dan dikeluarkan dalam penelusuran

literatur. Analisis kasus dengan penerapan proses keperawatan yang dimediasi oleh teori keperawatan Betty Neuman untuk merawat pasien dengan diabetes mellitus.

RESULTS

Seorang pasien dengan diabetes mellitus dievaluasi menurut model Neuman. Stres intrapersonal (fisiologis, psikologis, sosio-kultural, dan spiritual), stres interpersonal (berada jauh dari keluarga dan anak-anak) dan tekanan ekstra personal (agresi dan tekanan psikologis dari pasangan) ditemukan. Berdasarkan pemeriksaan tersebut, asuhan keperawatan berdasarkan tiga tingkat pencegahan yang penting dalam pandangan Neuma. Hasilnya digunakan dalam klasifikasi intervensi keperawatan dan klasifikasi dan hasil keperawatan masing-masing. Hasil keperawatan digunakan untuk intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan masing-masing.

DISCUSSION

Studi Kasus:

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau bila tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Insulin adalah hormon yang mengatur gula darah. Hiperglikemia, atau peningkatan kadar gula darah, merupakan efek umum diabetes yang tidak terkontrol dan seiring berjalannya waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah (WHO, 2016). Penderita diabetes mellitus juga berdampak pada masa depan kehidupan, sering mengalami kecacatan, dan tidak memiliki kesembuhan, kondisi emosional yang tidak stabil. Beberapa gejala yang muncul pada DM dapat mempengaruhi fungsional pasien dan menyebabkan penurunan kualitas hidup dan secara signifikan kemampuan individu untuk menjalankan peran dan tugas pekerjaan.

Komunikasi antara perawat, pasangan, dan keluarga, memberikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaan tentang keadaan penyakitnya sehingga mengurangi kekhawatiran pasien, yang berasal dari dalam dirinya untuk mendapat perhatian. Pasien menyatakan bahwa harapan akan masa depan yang cerah bagi anak-anak adalah dorongan untuk sisa hidupnya.

Pasien menyebutkan teknik yang diajarkan untuk mempertahankan tingkat energinya. Dia menjadi sadar akan pentingnya beristirahat di antara aktivitas untuk menghindari kebosanan dan menyatakan bahwa dia akan mencoba untuk beristirahat di antara pekerjaan. Ketika pasien menyadari dampak stres terhadap perkembangan penyakitnya, dia bertekad mengurangi jumlah stres dalam hidupnya. Keluarganya juga diajak berkonsultasi dan diminta untuk mengurangi ketegangan keluarga dalam merawatnya.

Pasien menyebutkan beberapa jenis makanan yang harus dihindari, seperti makanan berlemak dan pedas, dan memutuskan untuk menghindari situasi yang menurunkan nafsu makannya, dan dengan demikian memperbaiki status nutrisinya. Kesadaran pasien terhadap tindakan untuk menghindari trauma, pasien menghindari berjalan selama serangan vertigo dan duduk sampai dia merasa lebih baik.

Pasien menyebutkan beberapa makanan yang mengandung serat yang membantu memperbaiki pola buang air besar. Dia menyatakan bahwa dia menggunakan buah pepaya yang direndam untuk memperbaiki situasinya.

Berkenaan dengan pelatihan untuk mencegah kelelahan, pasien bisa melakukannya dari waktu ke waktu, dan mengerti bahwa ini bisa menjadi alasan agresi pasangannya. Jadi, dia memutuskan untuk lebih memperhatikan kebutuhan suaminya. Pasien menggunakan AC yang tepat saat tidur, tidak konsumsi teh sebelum tidur untuk menghindari kafein. Dia menyatakan bahwa dia tidak bisa menggunakan sarung tangan saat menggunakan deterjen. Dia memutuskan untuk mandi di air hangat, bukan air dingin. Pasien menyatakan bahwa dia mengikuti semua tindakan higienis yang diperlukan untuk mencegah infeksi saluran kemih. Dia juga memutuskan untuk membatasi konsumsi minuman yang mengandung kafein.

Menurut pernyataan pasien / klien, dia memiliki antusiasme dan minat untuk terus berpartisipasi dalam kelas pelatihan, dan dia merasa kesepian jika dia tidak melakukannya.

CONCLUSION

Model teori Betty Neuman bisa dijadikan kerangka kerja untuk membantu perawat dalam perawatan pasien Diabetes Millitus. Dengan demikian, penerapan ini di anjurkan dalam Asuhan keperawatan pasien

ACKNOWLEDGEMENTS

Saya mengucapkan terima kasih kepada Ibu Arianti, S. Kep., Ns, M. Kep., Sp. KMB yang telah bersedia meluangkan waktu untuk membimbing penulis.

REFERENCES

- Alligood, Martha Raile. 2017. ***Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka***. Singapore : Elsevier Perkeni, 2015. Petunjuk praktis pengelolaan Diabetes Mellitus. Jakarta : EGC
- American Diabetes Association, (2010). Standars of Medical Care in Ahmadi, Zakieh dan Sadeghi, Tabandeh. 2017. Application of the Betty

Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. Date of access : 25/10/2017.<http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5565031/>

American Diabetes Association (2010). *Diagnosa and Clasifcation of Diabetes Millitus*. <http://www.carediabetesjournal>. Diakses 9 Maret 2016. Bai, Y.L, **et all** (2009). : 25/10/2017

Bourdeanu L, Vivien D. Assessment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in women with breast cancer: A Neuman systems model framework. *Res Theory Nurs Pract* 2013; 27: 296-304. [PubMed]

Diabetes. *Diabetes care*, s11-s61 : 25/10/2017. [http://jurnal Endurance 2\(2\) june 2017 \(132-144\) /1357-6321-1-PB.pdf](http://jurnal Endurance 2(2) june 2017 (132-144) /1357-6321-1-PB.pdf)

Navarro DJ. The impact of shift work on diabetes self-management activities. DNP Thesis. School of Nursing University of Nevada, Las Vegas, USA, 2015.

WHO. 2016. Global Report on Diabetes. Date of access : 25/10/2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf



ISBN 998-623-0422-17-8

