

KONSEP DASAR PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

✓
Tgl Menerima : 9-08-04
~~Beli~~ Sumbangan : Sumb Dosa
Nomor Induk : 125/04
Klasifikasi : MA 220 604 2044

Oleh

DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Juli, 2004

KONSEP DASAR PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

Oleh: DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc

A. Pengertian Keperawatan dan Praktik Keperawatan

Para pakar keperawatan mendefinisikan keperawatan dalam berbagai cara dan amat bergantung pada sudut pandang dan penekanannya pada hal-hal yang dianggapnya paling penting. Beberapa di antaranya dikemukakan di bawah ini (Husin, 1992., Kozier, et al, 1997., Chitty, 1997).

1. Florence Nightingale (1859)

Keperawatan dilihat sebagai nonkuratif; membuat klien dalam kondisi terbaik secara alami, melalui penyediaan lingkungan yang kondusif untuk terjadinya proses reparatif.

2. Virginia Henderson (1966)

Keperawatan ialah kegiatan membantu individu sehat atau sakit dalam melakukan upaya aktivitas untuk membuat individu itu sehat atau sembuh dari sakit atau meninggal dengan tenang (jika tidak dapat disembuhkan), atau membantu apa yang seharusnya dilakukan apaapabila ia mempunyai cukup kekuatan, keinginan atau pengetahuan.

3. Martha E. Rogers (1970)

Keperawatan ialah ilmu humanistik tentang kepedulian dalam mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan *caring* terhadap rehabilitasi individu yang sakit atau cacat.

4. American Nurses Association (1980)

Keperawatan ialah suatu diagnosis dan terapi tentang respons manusia terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial.

Berdasarkan pengertian tersebut, Kelompok Kerja Keperawatan, KDIK (1992) menjelaskan bahwa layanan keperawatan ialah suatu bentuk layanan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan, berbentuk layanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditunjukkan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Layanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri.

Menurut WHO - Expert Committee on Nursing (1982), praktik keperawatan merupakan kombinasi ilmu kesehatan dan seni tentang asuhan (*care*) dan merupakan perpaduan secara humanistik pengetahuan ilmiah, falsafah keperawatan, praktik klinik, komunikasi dan ilmu sosial. Kelompok Kerja Keperawatan, KDIK (1992), menjelaskan bahwa

Praktik Keperawatan Profesional, sebagai tindakan keperawatan profesional menggunakan pengetahuan teoritis yang mantap dan kukuh dari berbagai disiplin ilmu, terutama ilmu keperawatan di samping itu berbagai ilmu dasar, antara lain biologi, fisika, ilmu biomedik, ilmu perilaku, ilmu sosial sebagai landasan untuk melakukan pengkajian, membuat diagnosis keperawatan, menyusun perencanaan, melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil tindakan keperawatan, serta mengadakan penyesuaian atau revisi rencana asuhan keperawatan.

Berdasarkan pengertian tersebut jelaslah bahwa praktik keperawatan merupakan suatu praktik profesional, mempunyai beberapa karakteristik utama (Shortridge, dalam Chasca, 1990) berikut ini:

1. Praktek keperawatan merupakan praktik dengan orientasi melayani. Artinya, perawat harus mempunyai komitmen untuk memberikan asuhan keperawatan berdasarkan keahlian yang tinggi dan menempatkan layanan di atas kepentingan pribadi. Di samping itu, praktik yang dilakukan penting untuk kesejahteraan manusia demi membantu orang lain meningkatkan kesejahteraan hidupnya (Chitty, 1997).
2. Berdasarkan ilmu keperawatan yang kukuh
Layanan keperawatan diberikan berdasarkan landasan ilmu yang kukuh dan bukan layanan yang menekankan pada prosedur tindakan. Untuk itu diperlukan tanggung jawab tenaga keperawatan untuk terus belajar dan mengembangkan ilmu keperawatannya melalui kegiatan riset. Kemampuan mengkaji, mengavaluasi dan menginterpretasi hasil riset keperawatan menjadi sumber penting dalam membuat keputusan klinik dan merupakan strategi dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan (Kozier, et al 1997). Sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, upaya penyembuhan pasien dan pemulihan kesehatannya digunakan berbagai ilmu, termasuk ilmu keperawatan. Oleh karena itu, ilmu keperawatan harus dikembangkan sesuai dengan kaidah pengembangan ilmu.
3. Praktek Keperawatan mempunyai Kode Etik.
Layanan keperawatan, ialah layanan profesional, harus dilandasi oleh etika keperawatan. Etika itu disusun dalam kode etik keperawatan yang merupakan pedoman bagi anggota profesi keperawatan sehingga dapat dijamin bahwa masyarakat mendapat layanan yang bertanggung jawab.
4. Praktek Keperawatan mempunyai Otonomi
Keperawatan harus mampu mengatur dan mengontrol praktik keperawatan. Untuk itu asuhan keperawatan harus didasarkan pada rencana asuhan keperawatan. Otonomi profesi merupakan karakteristik utama suatu profesi (Styler dalam Kozier, et al, 1997).

Karakteristik ini akan terus dikembangkan sebagai kewajiban profesi untuk meningkatkan tanggung jawabnya dalam mengatasi fenomena keperawatan.

B. Fenomena Keperawatan

Inti praktik keperawatan ialah pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi fenomena keperawatan. Fenomena keperawatan ialah penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (bio-psiko-sosial-spiritual), mulai dari tingkat individu utuh (mencakup seluruh siklus kehidupan) sampai pada tingkat masyarakat yang juga tercermin pada tingkat dari sistem organ fungsional sampai subseluler (Kelompok Kerja Keperawatan KDIK, 1992). Fenomena tersebut merupakan deviasi dari kebutuhan dasar berikut : (1) bernafas normal; (2) makan dan minum cukup; (3) eliminasi; (4) bergerak dan mempertahankan sikap yang dibutuhkan (bergerak, duduk, berbaring); (5) tidur dan istirahat; (6) memilih, menentukan dan mengganti pakaian; (7) mempertahankan suhu tubuh normal, dengan cara menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan; (8) mempertahankan kebersihan tubuh, penampilan yang baik, serta melindungi kulit ; (9) menghindari bahaya lingkungan dan menghindari melukai orang lain ; (10) berkomunikasi dengan orang lain untuk mengekspresikan kebutuhan dan perasaan ; (11) membantu melaksanakan ibadah sesuai kepercayaan ; (12) melakukan pekerjaan yang dapat memberikan kepuasan ; (13) bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi ; (14) belajar menemukan sesuatu yang baru atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah perkembangan dan kesehatan yang normal. (Henderson, 1966 dalam Kozier, et al.,1997., Linberg, et al.,1994).

Kebutuhan dasar itu akan mengalami penyimpangan atau gangguan apabila terjadi suatu stimulus, yang dapat berupa penyakit/masalah anak, penyakit/masalah kebidanan, penyakit dalam dan bedah, jiwa dan psikiatri, serta masalah komunitas. Penyebab gangguan kebutuhan dasar itupun berbeda-beda sehingga diperlukan tindakan keperawatan yang spesifik untuk mengatasinya. Analisis yang rinci tentang fenomena itu didasarkan pada paradigma keperawatan, yaitu manusia adalah makhluk yang unik, kesehatan sebagai suatu rentang, lingkungan tempat manusia berada, serta arti dan makna keperawatan. Melalui pemahaman yang tepat tentang gangguan kebutuhan dasar dan penyebabnya dapat diidentifikasi tindakan keperawatan yang efektif.

Sebagai suatu praktik profesional, pendekatan yang digunakan untuk mengatasi masalah tersebut ialah proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan metode yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan, yang terdiri atas lima langkah, yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Perawat akan melakukan pengkajian (wawancara, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostik) untuk menetapkan diagnosis keperawatan. Pengkajian keperawatan dikembangkan berdasarkan konsep-konsep yang diyakini dalam keperawatan yang meliputi pengkajian kebutuhan biologis, kebutuhan psikologis, kebutuhan sosial dan kebutuhan spiritual. Selanjutnya diagnosis keperawatan ditetapkan pada dimensi bio-psiko-sosial-spiritual (Kozier, et al., 1997., Chitty, 1997).

Berdasarkan diagnosis keperawatan ditetapkan tujuan yang akan dicapai dan mengidentifikasi intervensi keperawatan yang diperlukan dalam mengatasi masalah klien yang sering dikenal sebagai rencana asuhan keperawatan (renpra). Renpra dikembangkan, dimonitor dan dievaluasi oleh seorang perawat profesional yang

bertanggung jawab tentang asuhan keperawatan klien tersebut. Agar renpra yang dikembangkan dapat memberikan hasil optimal, dibutuhkan hubungan perawat-klien yang spesifik.

C. Hubungan Perawat-Klien

Hubungan interpersonal merupakan alat yang ampuh untuk membangun hubungan perawat-klien. Mutu hubungan itu dimulai sejak klien pertama kali bertemu dengan perawat, kemudian direfleksikan pada tingkat pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Oleh karena itu perawat harus mampu menggunakan pengetahuan tentang teori-teori komunikasi dan pengembangan diri sehingga dapat membangun hubungan saling percaya (*helping relationship*).

Rogers dalam Stuart and Sundeen (1990) mendefinisikan hubungan saling membantu ialah suatu situasi yang salah satu pihak mempunyai niat untuk meningkatkan pertumbuhan, pengembangan maturitas, peningkatan fungsi dan peningkatan kemampuan coping kehidupan pihak lain. Dalam hubungan itu perawat dan klien akan berinteraksi untuk mengatasi masalah kesehatan, jika mungkin saling memberikan masukan untuk mengatasi masalah dan menemukan cara agar klien dapat beradaptasi pada situasi tersebut. Hubungan perawat-klien merupakan salah satu terapi keperawatan. Melalui hubungan yang terapeutik, perawat berperan sebagai *healers* dan fasilitator yang memungkinkan klien menyembuhkan dirinya melalui peningkatan potensi klien (McMahon and Pearson, 1993).

Hubungan perawat-klien menjadi inti pada pemberian asuhan keperawatan. Karena keberhasilan penyembuhan dan peningkatan kesehatan klien sangat dipengaruhi oleh hubungan perawat-klien (Rheaume and Frisch, 1994). Oleh karena itu metode pemberian asuhan keperawatan harus memfasilitasi efektifnya hubungan tersebut. Terdapat beberapa konsep dasar tentang hubungan perawat klien yang merupakan konsep yang sangat relevan dalam praktik keperawatan profesional yaitu konsep tentang hubungan saling percaya, empati, caring, otonomi, dan mutualitas (Kozier, et al, 1997).

1. Konsep tentang Hubungan Saling Percaya

Hubungan ibu-anak dalam berbagai hal direfleksikan pada hubungan perawat-klien. Seorang anak dibantu ibu pada saat pertama kali sakit, dengan memberikan kasih sayang, perhatian, bantuan sehingga anak merasa tenang dan nyaman. Perawat diharapkan berperilaku demikian ketika bertemu dengan klien. Agar hubungan perawat-klien seperti hubungan ibu dan anak, hubungan itu harus didasarkan atas hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya ditumbuhkan melalui sikap ikhlas dari perawat (*genuineness*) sehingga klien akan merasakan keikhlasan itu dan akhirnya klien percaya. Perhatian yang tepat (*careful attention*) terhadap setiap permintaan klien sangat berpengaruh dalam menumbuhkan hubungan saling percaya (Potter and Perry, 1997). Melalui kehadiran perawat dekat klien, sikap yang *caring* dan dengan komunikasi yang kompeten akan membuat klien merasa diperhatikan.

Melalui hubungan itu akan terdapat keterbukaan antara perawat-klien dan ini sangat bermanfaat dalam pencapaian tujuan asuhan keperawatan.

2. Konsep tentang Empati.

Kemampuan seorang perawat untuk empati terhadap klien mempunyai pengaruh yang besar terhadap hubungan perawat-klien. Empati berarti kemampuan untuk masuk kedalam kehidupan orang lain, sehingga dapat mempersepsikan secara akurat perasaan orang tersebut dan memahami arti perasaan tersebut bagi orang yang bersangkutan. Pada hubungan perawat-klien empati menambah suatu dimensi lain bagi adanya saling pengertian di antara perawat-klien. Sikap empati dapat membantu klien mengerti dan mengeksplorasi perasaannya sehingga dapat mengatasi masalahnya (Potter and Perry, 1997).

Aplikasi proses empati pada hubungan perawat-klien dilakukan melalui empat langkah berikut:

- a) *Identification*. Pertama-tama perawat memahami situasi dan perasaan klien sehingga situasi perasaan tersebut seolah-olah menjadi situasi dan perasaan perawat.
- b) *Incorporation*. Situasi dan perasaan klien yang seolah-olah menjadi situasi dan perasaan perawat, tetap masih harus disadari sebagai pengalaman orang lain.
- c) *Reverberation*. Perasaan tersebut selanjutnya mengalami interaksi dengan perasaan perawat sehingga seorang perawat dapat memahami perasaan orang lain.
- d) *Detachment*. Akhirnya perawat kembali ke perasaannya semula. Hasil proses itu dikombinasikan dengan pengetahuan tentang masalah klien agar dapat digunakan untuk membantu klien.

Proses itu seringkali terjadi secara spontan dan terjadi sangat cepat serta sulit membedakan setiap langkah karena sering terjadi tumpang tindih. Melalui sikap empati, perawat dapat berkomunikasi secara verbal dan nonverbal kepada klien dan memfasilitasi klien untuk mengekspresikan perasaannya. Sikap empati merupakan salah satu aspek penting pada asuhan keperawatan yang bermutu (Idvall and Rooke, 1998). Namun pada saat itu, kondisi pemberian asuhan keperawatan tidak memfasilitasi sikap empati perawat terhadap klien. Sikap empati juga sulit ditunjukkan karena perawat sudah terbebani oleh kegiatan rutin.

1. Konsep tentang *caring*

Caring berarti mengandung 3 hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab dan dilakukan dengan ikhlas (Kozier and Erb, 1988). Ide tentang *caring* menyatu dalam hubungan membantu. Seringkali klien bertanya dalam hati "sejauh mana perawat *care* dengan mereka". Perasaan bahwa klien diperhatikan sebagai individu membuat klien merasa aman walaupun ia dalam keadaan sakit/bahaya. Pada umumnya klien merasa cemas saat kontak dengan perawat, sehingga sikap yang memperhatikan, mau membantu dan menghargai klien akan membantu mengurangi kecemasan klien. Sikap yang *caring* juga akan meningkatkan kepercayaan klien terhadap perawat.

Menurut Leddy and Pepper (1993), perilaku seorang perawat yang *caring* pada klien, misalnya menjadi pendengar yang baik karena mendengarkan dengan baik memberi arti kepada pasien: *you are of value to me; I am interested in you*. Tanpa menjadi pendengar yang baik, klien tidak akan terbuka, merasa tidak dihargai dan tidak akan puas. Dengan demikian, sikap perawat yang *care* saat berkomunikasi ialah: (a) berhenti berbicara atau paling tidak berbicara apabila klien tidak bicara dan jangan menginterupsi pembicaraan klien; (b) jauhkan distraksi; (c) lihat klien pada saat berbicara; (d) perhatikan hal-hal yang utama; (e) evaluasi bagaimana pesan yang sudah diberikan; (f) kaji apa yang diabaikan dalam komunikasi tersebut; (g) evaluasi intensitas emosi yang ditunjukkan.

Sikap perawat yang *care* akan membantu klien mengerti masalahnya sehingga dapat mengatasinya. Hal itu dilakukan dengan mengidentifikasi masalah dan penyebabnya bersama klien, menjelaskan kecenderungan yang mungkin terjadi, menjelaskan tujuan berbagai tindakan dan bertanggung jawab atas asuhan klien. Sikap yang *care* juga akan meningkatkan kepercayaan klien dan mengurangi rasa cemas. Dengan demikian akan meningkatkan mekanisme koping klien sehingga meningkatkan penyembuhan. Perawat yang *caring* juga akan menghargai klien dengan menunjukkan komitmennya untuk mengerti, menerima klien, dan meningkatkan kemampuan klien untuk bertanggung jawab atas dirinya sehingga identitas diri klien meningkat. *Caring* yang berarti *nurturing and helping others* mejadi komponen utama praktik keperawatan profesional (Chitty, 1997).

2. Konsep tentang Otonomi dan Mutualitas

Otonomi ialah kemampuan untuk menentukan sendiri atau kemampuan untuk mengatur diri sendiri. Hal itu berarti bahwa otonomi menghargai manusia sebagai seseorang yang mampu menentukan sendiri apa yang baik bagi dirinya (Bandman and Bandman, 1990). Mutualitas berarti kerja sama dengan orang lain. Konsep itu sangat penting dalam hubungan perawat klien karena mereka akan bekerja sebagai satu tim. Pada saat kontak dengan perawat, klien bergantung pada perawat dan perawat menginginkan klien kooperatif, yaitu mengikuti anjuran tanpa bertanya. Pada sisi lain klien mengharapkan perawat mengatasi masalahnya secepat mungkin. Agar hal itu dapat terjadi dibutuhkan kerja sama antara perawat dan klien dengan saling memberikan masukan. Perawat memberikan kesempatan kepada klien untuk membuat keputusan bagi dirinya walaupun dalam hal yang sederhana, misalnya menentukan waktu mandi. Secara bertahap perawat meningkatkan kemampuan klien untuk membuat keputusan dengan berperan sebagai pembela klien (*advocate*).

Peran sebagai pembela klien dibutuhkan karena klien dalam keadaan sakit yang menyebabkan ia kehilangan kebebasan untuk melakukan sesuatu atau menyebabkan ia bergantung pada tenaga kesehatan. Sakit juga menyebabkan perubahan kemampuan klien dalam menjalankan haknya sehingga memerlukan seseorang untuk menjadi pembelanya. Perawat berkeyakinan bahwa perilaku disebut etis apabila hak klien dihargai dan menjamin bahwa setiap klien mendapat informasi yang cukup sehingga dapat membuat keputusan bagi dirinya. Agar klien dapat membuat keputusan yang tepat perawat perlu memberikan informasi dengan cara yang dapat dimengerti klien.

Hubungan perawat klien yang didasarkan pada konsep saling percaya, empati, *caring*, otonomi dan mutualitas difasilitasi melalui pengelolaan asuhan keperawatan yang tepat. Hubungan itu akan lebih efektif apabila terjadi dalam waktu yang lebih lama sehingga cukup waktu untuk saling memahami dan saling mengenal. Mutu hubungan perawat-klien mempengaruhi pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Oleh karena itu, untuk memberikan layanan yang profesional, pengembangan hubungan perawat-klien yang efektif perlu dipertimbangkan. Hubungan yang efektif itu menjadi dasar utama keberhasilan intervensi keperawatan.

D. Intervensi Keperawatan

Bentuk intervensi keperawatan didasarkan pada konsep dan teori keperawatan. Beberapa pakar keperawatan dalam Marriner (1986) dan Chitty (1997) menjelaskan bentuk intervensi keperawatan seperti berikut :

Florence Nightingale (1859): *What nursing has to do... is to put the patient in the best condition for nature to act upon him.*

Henderson (1955): *The unique function of the nurse is to assist the individual sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge.*

Watson (1979): *It is the client who knows what hurts and that the facilitator should allow the direction of the therapeutic process to come from the client.*

King (1981): *To help individuals maintain their healththrough interpersonal process of action, interaction and transaction.*

Roy (1984): *Nursing aims to increase person's adaptive respons and to decrease ineffective respons.*

Dapat disimpulkan bahwa bentuk intervensi keperawatan yang dikelompokkan sebagai terapi keperawatan merupakan tindakan: yang bersifat alami, proses interaksi, pendidikan, bantuan, memotivasi, dan meningkatkan adaptasi klien. Semua intervensi itu bertujuan agar potensi yang ada pada klien dapat dioptimalkan artinya proses terapi berasal dari diri klien. McMahan (1991) menyebutkan bahwa perawat berperan sebagai *healers* dan fasilitator yang memungkinkan klien menyembuhkan dirinya melalui peningkatan potensinya. Oleh karena itu, terapi keperawatan lebih merupakan proses interaksi (melalui hubungan perawat-klien yang terapeutik) karena bertujuan meningkatkan potensi klien. Di samping proses interaksi, perawat akan melakukan terapi keperawatan berupa pemberian bantuan untuk memenuhi kebutuhan apabila klien belum dapat melakukannya sendiri.

Menurut Watson (1979) dalam Chitty (1997) ; Kozier, et al (1997) terdapat 10 faktor yang disebut sebagai *carative factors* (istilah *carative* dibedakan dari istilah *curative*)

yang merupakan teori *human caring* atau teknik terapi keperawatan, yaitu (1) membentuk sistem nilai yang humanistik dan altruistik; (2) menimbulkan harapan klien; (3) sensitif terhadap diri sendiri dan terhadap orang lain; (4) mengembangkan hubungan saling percaya; (5) menerima ekspresi perasaan positif dan negatif; (6) menggunakan proses penyelesaian masalah dalam pengambilan keputusan; (7) meningkatkan proses belajar mengajar melalui proses interpersonal; (8) menyediakan lingkungan biopsikososial dan kultural yang supportif dan protektif; (9) membantu pemenuhan kebutuhan dasar; (10) sensitif terhadap kebutuhan spiritual klien. Kesepuluh faktor itulah yang menjadi intervensi unik dari perawat, yang disebut sebagai *the art and science of caring* (Watson dalam Marriner, 1986). Apabila perawat ingin meningkatkan mutu asuhan keperawatan sebagai suatu layanan profesional, terapi keperawatan perlu dioptimalkan penerapannya. Intervensi keperawatan terus dikembangkan melalui kegiatan penelitian dan McClosky and Bulechek (1996) mengembangkan *Nursing Intervention Classification* (NIC). Klasifikasi itu diperlukan karena mayoritas asuhan kesehatan adalah asuhan keperawatan, tetapi dampak asuhan keperawatan kurang diperhitungkan. Oleh karena itu, melalui NIC diharapkan dapat diperjelas kontribusi keperawatan dalam mempengaruhi hasil (out come) asuhan kesehatan. Dengan dikembangkannya NIC, renpra juga tidak memerlukan waktu dan kertas yang banyak untuk mengembangkannya karena intervensi yang diidentifikasi lebih spesifik dan merupakan komposit dari beberapa aktivitas keperawatan (*nursing activities*). Renpra yang sederhana, tetapi padat diperlukan karena banyak perawat mengalami kesukaran dalam mengembangkannya sehingga klien tidak mempunyai renpra (Waters and Easton, 1999). Hal itu berarti bahwa klien tidak dirawat sesuai dengan kebutuhan individual, tetapi lebih bersifat rutin. Apabila NIC sudah digunakan dalam mengembangkan renpra, kebutuhan berikutnya yang perlu dipikirkan ialah bagaimana melakukan aktivitas keperawatan untuk setiap intervensi tersebut.

Taksonomi NIC meliputi *level 1* terdiri atas 6 domain ; *level 2* terdiri atas 27 *classes*. Setiap class terdiri atas beberapa intervensi keperawatan sehingga sampai saat itu berjumlah 433 intervensi keperawatan. Untuk setiap intervensi keperawatan, diidentifikasi aktivitas keperawatan. Misalnya, untuk *cough enhancement*, diperlukan ± 12 kegiatan. Berdasarkan diagnosis keperawatan, perawat akan mengidentifikasi beberapa intervensi keperawatan untuk mengatasinya. Dengan demikian praktik keperawatan mempunyai suatu pedoman yaitu NIC untuk mengidentifikasi intervensi keperawatan dan dapat mengevaluasi dampak dari berbagai intervensi tersebut dalam mengatasi masalah klien. Untuk mengatasi masalah klien, perawat akan melakukan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya. Oleh karena itu, dalam praktik keperawatan profesional diperlukan kemampuan dari perawat untuk ber kolaborasi dengan anggota tim.

E. Kolaborasi dalam Layanan Profesional

Kolaborasi merupakan hubungan kerja sama antara anggota tim dalam memberikan asuhan kesehatan. Kolaborasi memerlukan diskusi tentang masalah klien dan kerja sama dalam pengelolaan asuhan, sehingga dapat meningkatkan mutu asuhan kesehatan. Pada kolaborasi terdapat saling menghargai antartanaga kesehatan dan saling memberikan

informasi tentang kondisi klien demi mencapai tujuan (Hoffart and Wood, 1996., Wells, Johnson and Sayler, 1998).

Kolaborasi dan model interdisiplin merupakan *cornerstone* dalam memberikan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan *cost effective*. Melalui pemanfaatan keahlian berbagai anggota tim untuk berkolaborasi, hasil akhir asuhan kesehatan dapat dioptimalkan (Hickey, Ouimette and Venegoni, 1996). Di dalam hubungan kolaborasi terdapat beberapa elemen penting yaitu: (a) kerja sama dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pemecahan masalah, penetapan sasaran dan tanggung jawab; (b) bekerja sama secara kooperatif; (c) koordinasi; (d) berkomunikasi secara terbuka.

Bagi perawat hubungan kerja sama dengan dokter sangat penting apabila ia ingin menunjukkan fungsinya secara independen. Tujuan hubungan kolaborasi ialah untuk membahas isu tentang klien dan untuk meningkatkan pemahaman tentang kontribusi setiap anggota tim serta untuk mengidentifikasi cara-cara meningkatkan mutu asuhan klien (Trafino, 1996). Agar hubungan kolaborasi dapat optimal, semua anggota profesi harus mempunyai keinginan untuk bekerja sama. Setiap profesi diharapkan mempunyai tingkat kesiapan untuk berkolaborasi melalui pendidikan, maturitas dan pengalaman sebelumnya sehingga mempunyai percaya diri tentang kontribusinya. Setiap profesi harus memahami keterbatasannya mereka dan batasan disiplin bidangnya serta saling menghargai kontribusi setiap profesi. Untuk itu mereka harus berkomunikasi secara efektif melalui konferens untuk membahas masalah klien.

Agar perawat dapat berperan secara optimal dalam hubungan kolaborasi itu, perawat perlu menyadari akuntabilitasnya dalam pemberian asuhan keperawatan dan otonominya ditingkatkan dalam praktik keperawatan. Legitimasi perawat profesional muncul dari keahlian klinik yang diberikan kepada klien dalam hubungan kolaborasi (Al-Khandari and Ogundeyin, 1998). Oleh karena itu dibutuhkan kemampuan sebagai perawat profesional dalam melakukan hubungan kolaborasi. Faktor pendidikan merupakan unsur utama yang mempengaruhi kemampuan seorang profesional untuk mengerti hakikat kolaborasi dalam kaitannya dengan perannya masing-masing, kontribusi spesifik setiap profesi dan pentingnya kerja sama. Setiap anggota tim harus menyadari sistem pemberian asuhan kesehatan yang berpusat pada kebutuhan kesehatan klien, bukan pada kelompok pemberi asuhan kesehatan. Kesadaran itu sangat dipengaruhi oleh pemahaman anggota itu terhadap nilai-nilai profesional.

F. Nilai-nilai Profesional dalam Praktik Keperawatan

Salah satu karakteristik utama praktik profesional ialah praktik yang didasarkan pada nilai-nilai profesional. Praktik yang didasarkan pada nilai-nilai profesional semakin dibutuhkan karena: (a) perkembangan pesat yang terjadi pada teknologi kesehatan, perubahan sosial ekonomi, dan peningkatan kesadaran klien akan haknya; (b) tuntutan profesi untuk melindungi hak klien dalam mendapatkan layanan bermutu sehingga perawat diharapkan berperan sebagai pembela klien. Peran sebagai pembela klien,

didasarkan pada prinsip melakukan yang baik untuk klien (*beneficence*) dan tidak merugikan klien (*nonmaleficence*) (Bandman and Bandman, 1990).

Watson dalam Koziar (1997) menyebutkan bahwa terdapat empat nilai profesional yang penting yaitu :

1. Komitmen yang tinggi untuk melayani. Keperawatan merupakan layanan untuk membantu manusia. Oleh karena itu landasan pemberian layanan ialah *sense of caring*. *Sense of caring* mengandung arti adanya perhatian, tanggung jawab terhadap layanan yang diberikan dan semua itu dilakukan dengan rela, dengan tulus, tidak terpaksa (*wanting to, not having to*), demi kesejahteraan manusia.
2. Penghargaan atas harkat dan martabat klien sebagai manusia. Itu berarti bahwa perawat selalu bertindak untuk melakukan yang terbaik bagi klien tanpa membedakan bangsa, suku, agama, politik dan ekonomi.
3. Komitmen pada pendidikan. Komitmen ini direfleksikan pada keinginan untuk belajar secara berkelanjutan demi mempertahankan dan meningkatkan kemampuan perawat.
4. Otonomi. Perawat perlu lebih asertif dalam meningkatkan kemampuannya untuk berfungsi secara independen dalam mengatur pemberian asuhan keperawatan

Nilai-nilai itu digariskan dalam kode etik keperawatan yang menjadi pedoman dalam hubungan perawat dan klien, perawat dan praktik, perawat dan masyarakat, perawat dan teman sejawat, serta perawat dan profesi. Kode etik merupakan prinsip etika yang disepakati oleh anggota profesi, yang menjadi dasar dalam melakukan praktik keperawatan, termasuk dalam pengambilan keputusan yang etis. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada Musyawarah Nasional III telah menyusun kode etik keperawatan dan telah mendapatkan perbaikan pada Musyawarah Nasional VII (2000). Penghayatan perawat tentang nilai-nilai tersebut perlu dibina secara berkesinambungan. Salah satu strategi yang dapat dilakukan ialah dengan melakukan diskusi kasus secara periodik tentang berbagai masalah etika pada praktik keperawatan yang dilakukan.

Pemahaman perawat tentang nilai-nilai yang terdapat pada kode etik keperawatan menjadi landasan utama dalam memberikan asuhan keperawatan profesional. Pada praktik keperawatan profesional dikembangkan sistem yang menghargai harkat dan martabat klien sebagai manusia, tidak memaksakan tindakan kepada klien, dan memfasilitasi klien yang tidak dapat disembuhkan menghadapi kematiannya dengan tenang dan damai (Koziar, 1997; Denker, 1998). Melalui penghayatan akan nilai-nilai itu, perawat akan bertanggung jawab secara moral dalam melakukan tugasnya, yang merupakan unsur penting dalam layanan yang bermutu. Disamping itu, untuk menjamin agar klien mendapatkan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi, diperlukan pengaturan secara hukum tentang praktik keperawatan.

G. Legislasi Praktik Keperawatan

Legislasi praktik keperawatan merupakan ketetapan atau ketentuan hukum yang mengatur hak dan kewajiban seorang perawat dalam melakukan praktik keperawatan. Tujuan utama legislasi ialah untuk melindungi masyarakat dan juga untuk melindungi

perawat. Untuk perlindungan itu, diperlukan suatu proses yang menetapkan dan mempertahankan kemampuan perawat (*credentialing*) (Kozier, et al, 1997). Proses itu merupakan salah satu cara profesi untuk mempertahankan standar praktik dan merupakan tanggung jawab (*accountability*) profesi terhadap persiapan pendidikan anggotanya. *Credentialing* meliputi perizinan dan registrasi, sertifikasi, dan akreditasi.

1. Perizinan dan registrasi

Perizinan merupakan ketentuan hukum pemerintah kepada perawat untuk melakukan praktik keperawatan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya. Izin biasanya diperbaharui secara reguler setelah memenuhi syarat yang diperlukan dan izin dapat dicabut jika perawat tersebut melakukan praktik keperawatan yang tidak kompeten, melakukan tindakan kriminal, misalnya menggunakan atau menjual obat-obatan secara ilegal. Perawat yang sudah mendapat izin akan diregistrasi atau didaftarkan sebagai perawat yang teregistrasi.

2. Sertifikasi merupakan validasi yang menyatakan bahwa seorang perawat telah memenuhi standar kemampuan yang harus dimiliki pada suatu area praktik keperawatan.

3. Akreditasi merupakan proses bagi suatu organisasi atau pemerintah, atau badan independen untuk menilai dan memberikan status pada suatu institusi atau pelayanan yang memenuhi standar struktur, proses, dan hasil yang ditetapkan. Institusi keperawatan yang akan menghasilkan lulusan yang mendapatkan izin praktik harus memenuhi standar minimal institusi pendidikan. Melalui *credentialing*, diharapkan perawat mempunyai kemampuan yang sesuai dengan standar yang diharapkan. Jika kemampuan dimonitor dan dibina secara profesional, diharapkan perawat akan menghasilkan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

Di Indonesia, legislasi praktik keperawatan, diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Registrasi dan Praktik Perawat (April, 2000). Pada surat keputusan itu ditetapkan bahwa izin atau surat izin perawat (SIP) diberikan oleh Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial kepada perawat sebagai bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keperawatan. SIP itu, diberikan kepada mereka yang telah lulus pendidikan perawat. Kemudian, akan diberikan surat izin kerja (SIK) yaitu bukti tertulis bagi perawat untuk melakukan praktik keperawatan di sarana pelayanan kesehatan. Surat izin praktik perawat (SIPP) merupakan bukti tertulis yang diberikan kepada perawat untuk menjalankan praktik keperawatan secara perseorangan atau berkelompok. Surat izin perawat berlaku selama lima tahun dan dapat diperbaharui kembali. Dengan adanya pengaturan itu, secara bertahap profesi keperawatan menata kemampuan anggotanya agar dapat menjamin mutu layanan yang diberikan. Cara lain yang dilakukan profesi keperawatan untuk menjamin perawat melakukan praktik dengan aman dan kompeten ialah melalui penetapan standar praktik keperawatan (Kozier, et al., 1997).

H. Standar Praktik Keperawatan

Dengan berkembangnya keperawatan sebagai suatu profesi, diperlukan penetapan standar praktik keperawatan. Standar praktik sangat penting untuk menjadi pedoman objektif di dalam menilai asuhan keperawatan. Apabila sudah ada standar, klien akan yakin bahwa ia mendapatkan asuhan yang bermutu tinggi (Potter and Perry, 1997). Di samping itu, standar praktik itu sangat penting jika terjadi kesalahan yang terkait dengan hukum.

Menurut American Nursing Association (ANA) dalam Linberg (1994), standar praktik keperawatan merefleksikan nilai-nilai dan prioritas profesi perawat. Standar itu memberikan arah dalam melakukan praktik perawatan profesional dan menjadi kerangka dalam mengevaluasi praktik tersebut. Perawat bertanggung jawab terhadap masyarakat tentang hasil akhir asuhan keperawatan yang diberikannya. Penetapan standar itu juga bertujuan untuk mempertahankan mutu yang tinggi dari asuhan keperawatan yang diberikan.

ANA (1973) telah menetapkan standar praktik keperawatan dan standar itu berfokus pada proses keperawatan (Kozier, 1997, Linberg, 1994).

Standar praktik keperawatan itu sebagai berikut :

- Standar I : Perawat mengumpulkan data tentang kesehatan klien
- Standar II : Perawat menetapkan diagnosis keperawatan
- Standar III : Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk setiap klien
- Standar IV : Perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan yang berisi rencana tindakan untuk mencapai hasil yang diharapkan
- Standar V : Perawat mengimplementasikan tindakan yang sudah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan
- Standar VI : Perawat mengevaluasi perkembangan klien dalam mencapai hasil akhir yang sudah ditetapkan.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sudah menetapkan standar praktik keperawatan yang dikembangkan berdasarkan standar praktik keperawatan yang dikeluarkan oleh ANA (PPNI, 2000). Standar itu diperlukan untuk menunjukkan akuntabilitas perawat.

I. Akuntabilitas Praktik Keperawatan

Akuntabilitas praktik keperawatan berarti tanggung jawab moral dan legal perawat atas layanan keperawatan yang diberikannya. Akuntabilitas juga berarti bahwa layanan yang diberikan sesuai dengan standar praktik keperawatan.

Menurut Linberg et al (1994), terdapat delapan perilaku yang ditunjukkan oleh perawat di klinik yang berkaitan dengan akuntabilitas, yaitu :

1. Bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya,
2. Menunjukkan disiplin atas komitmen dan kewajibannya,
3. Menyiapkan diri sebelum melakukan praktik,

4. Melaporkan pada atasan apabila melakukan praktik yang tidak aman atau salah,
5. Menghargai hak-hak klien,
6. Menunjukkan komitmen dalam memenuhi kebutuhan klien,
7. Mengikuti ketentuan dan prosedur standar praktik,
8. Melakukan tindakan keperawatan secara aman.

Terdapat beberapa mekanisme pada sistem layanan yang bertujuan untuk menjamin praktik yang etis dan legal. Salah satu yang penting pada aspek legal adalah adanya dokumentasi yang akurat tentang layanan yang diberikan. Pada layanan profesional, dokumentasi tentang proses keperawatan merupakan sesuatu yang penting karena pendekatan proses keperawatan menjadi kerangka akuntabilitas perawat profesional. Perawat bertanggung jawab atas data yang dikumpulkan dan tentang analisis data tersebut. Perawat juga bertanggung jawab atas gugatan diagnosis keperawatan dan rencana yang ditetapkan. Perawat bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukannya dan atas evaluasi pencapaian hasil yang diharapkannya (Kozier, Erb and Blais, 1997). Tindakan atau observasi yang dilakukan, apabila tidak dicatat, tidak dapat dipertanggungjawabkan. Melalui dokumentasi yang tepat, dapat ditunjukkan akotabilitas profesional. Salah satu dokumentasi yang utama ialah adanya rencana. Adanya rencana untuk setiap klien menunjukkan otonomi profesi perawat (Chasca, 1990., Carpenito, 1999).

Praktik keperawatan profesional harus mampu menunjukkan adanya otonomi dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan. Praktik profesional harus menunjukkan adanya bidang garapan yang jelas, praktik itu dilakukan atas dasar etika serta dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Agar praktik itu dapat dipertanggungjawabkan secara etik dan lugas, diperlukan pengaturan pada ketenagaan keperawatan.

J. Penutup

Pemberian asuhan keperawatan sebagai inti praktek keperawatan profesional didasarkan pada berbagai konsep. Konsep-konsep ini menjadi landasan bagaimana seharusnya praktek keperawatan dilakukan. Pada konsep ini ditekankan bahwa hubungan perawat - klien yang profesional, dijabarkan tentang apa fenomena yang menjadi tanggung jawab perawat, bagaimana cara mengatasinya, apa nilai-nilai profesional dalam praktek keperawatan, dan bagaimana pengaturan praktek secara legal.

DAFTAR RUJUKAN

- Al-Khandari, F. & Ogundeyen, W. (1998). Patients and Nurses Perceptions of the Quality of Nursing Care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 914 – 921.
- Bandman, E.L. & Bandman. B. (1990). *Nursing Ethics Through The Life Span*. Connecticut: Prentice Hall International Inc.
- Carpenito L. J. (1999). *Nursing Care Plans and Documentation, Nursing Diagnosis and Collaborative Problems*. Philadelphia: Lippincott.
- Chasca, N.L, (1990). *The Nursing Profesion, Turning Points*. New York: Mgraw – Hill Book Company.
- Chitty, K. K. (1997). *Professional Nursing, Concepts and Challenges*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Denker, A. J (1998). The Future and the Next Millennium. *Nursing Administration Quarterly*. Vol.22 No.3, P.62.
- Hoffart, N. & Woods, C.Q. (1996). Elements of a Nursing Profesional Practice Models. *Journal of Profesional Nursing*, vol. 12, No. 6, pp. 354-364.
- Husin, M. (1992). Profesionalisme Keperawatan. Disampaikan pada Simposium Keperawatan Profesionalisme dan Pendayagunaan Tenaga Keperawatan, Akper Dep.Kes Jakarta.
- Kelompok kerja keperawatan C.H.S. (1992). Pengembangan Layanan Keperawatan Profesional.
- Kozier, B., Erb, G, & Blais, K. (1997). *Profesional Nursing Practice, Concepts and Perspective*. California: Addison Wesley Longman, Inc.
- Leddy, S, & Pepper, J.M. (1993). *Conceptual Bases of Profesional Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Linberg, J.B., Hunter, M.L., & Kruszewski, A.Z. (1994). *Introduction to Nursing: Concepts, Issues and Opportunities*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Mariner (1986) : *Nursing Theoriests and their work*. St. Louis: The C.V. Mosby Company
- Mc. Closkey & Bulechek. (1992). *Nursing Interventions Classification*. St. Louis: Mosby.

- Mc. Mahon, R., & Pearson, A. (1993). *Nursing as Therapy*. London : Chapman & Hall.
- Musyawah Nasional VII. (2000). Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Kode Etik Keperawatan.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. St. Louis: Mosby.
- Rheaume, A., Frisch, S., Smith, A., & Kennedy, C. (1994). Case Management and Nursing Practice. *Journal of Nursing Administration* Vol. 24 No. 3
- Stuart, G.W., & Sudeen, S.J. (1990). *Principles and Practice of Psychiatric*. St. Louis : Mosby Year Book.
- Trafino, J. (1996). Profesional Development, Nurses, Models; Health Care Industry. *Nursing Management*, Vol. 27. No. 3, P.43.
- Wells, N., Johnson, R., & Salyer, S. (1998). Interdisciplinary Collaboration. *Clinical Nurse Specialist* vol. 1, No. 4.