



**MODUL KEPERAWATAN HOSPICE HOME CARE
(NSA 632)**

**MODUL SESI 6
TUGAS, PERAN DAN FUNGSI PERAWAT DALAM PELAYANAN
KEPERAWATAN HOME CARE**

**DISUSUN OLEH
YULIATI, SKp., MM., M.Kep**

Universitas
Esa Unggul

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2020**

TUGAS, PERAN DAN PUNGSI PERAWAT DALAM PELAYANAN HOME CARE

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Mahasiswa mampu memahami konsep home care menurut pakar keperawatan,
2. Mengidentifikasi peran perawat dalam pelayanan keperawatan home care

B. Uraian

1. Pengertian Home Care dan Hospice Care

Home care (HC) merupakan bagian praktek mandiri perawat dan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat di rumah pasien. Perawat melanjutkan perawatan yang pernah diterima klien dari rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya atau mungkin pasien tidak ada indikasi masuk rumah sakit sehingga hanya membutuhkan pelayanan keperawatan di rumah . Home Care sebagai model pelayanan yang mampu menjawab kebutuhan masyarakat saat ini mulai dilirik di Indonesia. Berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan Home Care yang diselenggarakan oleh Direktorat Pelayanan Keperawatan tahun 2000 di wilayah DKI Jakarta dengan responden pengelola program kesehatan dan konsumen, diperoleh hasil: 100% responden kelompok pengelola program dan 2 responden konsumen dan 96.7% pengelola pelayanan di RS, Puskesmas, dan Yayasan menyatakan perlu dikembangkan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah; 91.9% menyatakan pengelola Keperawatan Kesehatan di Rumah memerlukan izin operasional dan 87.3% responden menyatakan bahwa perlu standarisasi tenaga, sarana, dan pelayanan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2006).

Hospice merupakan suatu tempat perawatan yang ditujukan untuk pasien yang menderita penyakit-penyakit kronis seperti kanker, jantung, AIDS, stroke, dan lain-lain. Dimana harapan hidup penderitaan sangat tipis, sehingga kemudian fasilitas kesehatan ini lebih ditujukan pada perawatan dari pada pengobatan. *Hospice care* merupakan pelayanan terpadu yang memberikan dukungan kepada pasien supaya merasa hidup lebih nyaman dan damai diakhir kehidupan. *Hospice* adalah model perawatan paliatif bagi pasien yang diperkirakan akan meninggal dalam waktu kurang dari 6 bulan. Bila hospis dilakukan di rumah sakit dengan model layanannya sesuai prinsip paliatif disebut Hospital-based Hospice. Hospis dapat dilakukan di suatu bangunan tersendiri, dengan memberikan suasana rumah dan prinsip

paliatif (Yennurajalingam and Bruera, 2016) Hospice care adalah organisasi perawatan kesehatan komunitas dalam merawat pasien yang menjelang ajal dengan mengkombinasikan filosofi hospice dengan prinsip-prinsip perawatan paliatif. Filosofi hospice menganggap menjelang ajal juga termasuk menatalaksanakan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien dan keluarga. Pada tahun 2008, komunitas hospice yang berjumlah 4850 di UK merawat lebih dari 1,45 juta anak dengan penyakit terminal dan keluarga mereka. Sekitar 74,1% pelayanan komunitas hospice dengan menggunakan home telehealth untuk mengatasi masalah geografis jarak antara anak dan keluarga dengan staf hospice (Oliver et al., 2010).

Konsep *home care* sudah seharusnya menjadi first option dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan konsep homecare maka pasien yang sakit dengan kriteria tertentu (terutama yang tidak memerlukan peralatan rumah sakit) tidak lagi harus ke rumah sakit, tetapi tenaga kesehatan yang mendatangi rumah pasien dengan fokus utama pada kemandirian pasien dan keluarganya (Tribowo, 2012). Konsep Home Care Menurut Pakar keperawatan :

1. Teori Self Care (Dorothea Orem)

Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Orem mengklasifikasikan dalam 3 kebutuhan, yaitu:

- Universal self care requisites (kebutuhan perawatan diri universal): kebutuhan yang umumnya dibutuhkan oleh manusia selama siklus kehidupannya seperti kebutuhan fisiologis dan psikososial termasuk kebutuhan udara, air, makanan, eliminasi, aktivitas, istirahat, sosial, dan pencegahan bahaya. Hal tersebut dibutuhkan manusia untuk perkembangan dan pertumbuhan, penyesuaian terhadap lingkungan, dan lainnya yang berguna bagi kelangsungan hidupnya.
- Development self care requisites (kebutuhan perawatan diri pengembangan): kebutuhan yang berhubungan dengan pertumbuhan manusia dan proses perkembangannya, kondisi, peristiwa yang terjadi selama variasi tahap dalam siklus kehidupan (misal, bayi prematur dan kehamilan) dan kejadian yang dapat berpengaruh buruk terhadap perkembangan. Hal ini berguna untuk meningkatkan proses perkembangan sepanjang siklus hidup.
- Health deviation self care requisites (kebutuhan perawatan diri penyimpangan kesehatan): kebutuhan yang berhubungan dengan genetik atau keturunan, kerusakan struktur manusia, kerusakan atau penyimpangan cara, struktur norma, penyimpangan fungsi atau peran dengan pengaruhnya, diagnosa medis dan penatalaksanaan terukur

beserta pengaruhnya, dan integritas yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk melakukan self care.

Ada 3 tingkatan dalam asuhan keperawatan mandiri, yaitu:

1. Perawat memberi keperawatan total ketika pertama kali asuhan keperawatan dilakukan karena tingkat ketergantungan klien yang tinggi (sistem pengganti keseluruhan).
2. Perawat dan pasien saling berkolaborasi dalam tindakan keperawatan (sistem pengganti sebagian).
3. Pasien merawat diri sendiri dengan bimbingan perawat (sistem dukungan/pendidikan).

2. Teori Lingkungan (Florence Nightingale)

Teori / model konsep Florence Nightingale memposisikan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan, dan perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit, model dan konsep ini dalam upaya memisahkan antara profesi keperawatan dengan kedokteran. Orientasi pemberian asuhan keperawatan / tindakan keperawatan lebih diorientasikan pada pemberian udara, lampu, kenyamanan, kebersihan, ketenangan dan nutrisi yang adequate, dengan dimulai dari pengumpulan data dibandingkan dengan tindakan pengobatan semata, upaya teori tersebut dalam rangka perawat mampu menjalankan praktik keperawatan mandiri tanpa bergantung pada profesi lain. Model dan konsep ini memberikan inspirasi dalam perkembangan praktik keperawatan, sehingga akhirnya dikembangkan secara luas, paradigma perawat dalam tindakan keperawatan hanya memberikan kebersihan lingkungan kurang benar, akan tetapi lingkungan dapat mempengaruhi proses perawatan pada pasien, sehingga perlu diperhatikan,

2. Teori Rogers Manusia Sebagai Unit

Dasar teori Rogers adalah ilmu tentang asal usul manusia dan alam semesta seperti antropologi, sosiologi, agama, filosofi, perkembangan sejarah dan mitologi. Teori Rogers berfokus pada proses kehidupan manusia secara utuh. Ilmu keperawatan adalah ilmu yang mempelajari manusia, alam dan perkembangan manusia secara langsung. Martha E. Roger mengemukakan empat konsep besar. Beliau menghadirkan lima asumsi tentang manusia.

- Tiap orang dikatakan sebagai suatu yang individu utuh.
- Manusia dan lingkungan selalu saling bertukar energi.

- Proses yang terjadi dalam kehidupan seseorang tidak dapat diubah dan berhubungan satu sama lain pada dimensi ruang dan waktu. Hal tersebut merupakan pola kehidupan.
- Pada akhirnya seseorang mampu berbicara, berfikir, merasakan, emosi, membayangkan dan memisahkan.
- Manusia mempunyai empat dimensi, medan energi negentropik dapat diketahui dari kebiasaan dan ditunjukkan dengan ciri-ciri dan tingkah laku yang berbeda satu sama lain dan tidak dapat diduga dengan ilmu pengetahuan yaitu lingkungan, keperawatan dan kesehatan.

3. Teori Adaptasi *Chalista Roy*

Teori Roy yang dikenal dengan model adaptasi Roy merupakan teori model keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang inefektif. Roy menjelaskan bahwa manusia sebagai makhluk holistik yang berinteraksi secara konstan dengan perubahan lingkungan sebagai sistem adaptif sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, output, dan proses umpan balik.

Konsep Roy memiliki 4 konsep sentral yang meliputi : manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Empat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain.

1. Manusia

Sistem sebagai manusia termasuk manusia sebagai individu atau dalam kelompok, keluarga, organisasi, komunitas dan masyarakat secara keseluruhan. Sistem manusia mempunyai kapasitas pikiran dan perasaan yang berakar pada kesadaran dan pengertian dimana mereka menyesuaikan diri secara efektif terhadap perubahan lingkungan dan efek dari lingkungan. Roy mendefinisikan manusia merupakan fokus utama dalam keperawatan, penerima asuhan keperawatan, sesuatu yang hidup menyeluruh (komplek), sistem adaptif dengan proses internal (kognator dan regulator) yang aplikasinya dibagi dalam empat komponen adaptasi (fisiologi, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi). Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif yang meliputi : (Roy & Andrew, 1999 dalam tomei & Alligood, 2010)

- Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang berinteraksi dengan lingkungan secara terus menerus.

- Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial. Manusia sebagai sistem adaptif, dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai masukan (input), kontrol, keluaran (output) dan proses umpan balik (feedback).

2. Lingkungan.

Roy menyatakan bahwa lingkungan merupakan semua kondisi, keadaan dan pengaruh sekitarnya yang mempengaruhi perkembangan serta perilaku manusia sebagai individu atau kelompok, dengan suatu pertimbangan khusus dari mutualitas sumber daya manusia dan sumber daya alam yang mencakup stimulus fokal, kontekstual dan residual. Lingkungan merupakan masukan (input) bagi manusia sebagai sistem yang adaptif sama halnya lingkungan sebagai stimulus internal dan eksternal. Faktor lingkungan dapat mempengaruhi seseorang dan dapat dikategorikan dalam stimulus fokal, kontekstual dan residual.

3. Kesehatan

Kesehatan dipandang sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan integrasi secara keseluruhan. Sehat merupakan cermin dari adaptasi, yang merupakan interaksi manusia dengan lingkungan. Definsi kesehatan menurut Roy lebih dari tidak adanya sakit tapi termasuk penekanan pada kondisi baik. Sehat bukan berarti tidak terhindarkan dari kematian, penyakit, ketidakbahagiaan dan stress akan tetapi merupakan kemampuan untuk mengatasi masalah tersebut dengan baik (Andrew & Roy, 1991; Tomey & Alligood, 2010). Proses adaptasi termasuk fungsi holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) untuk mempengaruhi kesehatan secara positif dan itu meningkatkan integritas. Proses adaptasi termasuk semua interaksi manusia dan lingkungan dua bagian proses.

4. Keperawatan.

Roy secara spesifik menggambarkan keperawatan sebagai ilmu dan praktek dari peningkatan adaptasi untuk meningkatkan kesehatan sebagai tujuan untuk mempengaruhi kmeningkatkan adaptasi agar individu dan kelompok dapat berfungsi secara holistik melalui aplikasi proses keperawatan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif. Model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih spesifik

perkembangan ilmu keperawatan dan praktek keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan yang terdiri dari tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan.

Tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptif individu dengan lingkungan dengan menggunakan empat cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Dorongan terhadap peningkatan integritas adaptasi dan berkontribusi terhadap kesehatan manusia, kualitas hidup dan kematian dengan damai.

5. Proses keperawatan terkait model adaptasi Roy dapat diterapkan dalam lima langkah, yaitu :

Pengkajian yang terdiri dari dua tahap yaitu :

- Pengkajian perilaku (behavior)

Perilaku didefinisikan sebagai aksi dan reaksi manusia dalam tertentu. Pengkajian perilaku (behavior) merupakan langkah proses keperawatan menurut model adaptasi Roy. Data perilaku meliputi empat mode adaptif, yaitu : 1) fisiologis, yang terdiri dari pengkajian kebutuhan oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, proteksi, sensori/ penginderaan, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, fungsi endokrin; 2) konsep diri, meliputi fisik diri dan pribadi; 3) fungsi peran, meliputi proses transisi peran, perilaku peran, integrasi peran, pola penguasaan peran, dan proses coping; 4) Interdependen, meliputi pola memberi dan menerima, dan strategi coping perpisahan dan kesendirian.

- Pengkajian stimulus

Pengkajian stimulus didefinisikan sebagai kondisi yang memprovokasi sebuah respon. Stimulus dapat bersifat internal dan eksternal yang mencakup semua kondisi, keadaan yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku seseorang. Stimulus umum yang mempengaruhi adaptasi antara lain budaya (status sosial ekonomi, etnis, dan sistem keyakinan), keluarga (struktur dan tugas perkembangan keluarga), tahap perkembangan (faktor usia, jenis, tugas, keturunan, dan genetik), integritas mode adaptif (fisiologis yang mencakup patologi penyakit, fisik (sumber daya), identitas diri, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi), level adaptasi, efektivitas kognator (persepsi, pengetahuan, ketrampilan), pertimbangan lingkungan (perubahan lingkungan internal atau eksternal, pengelolaan medis, menggunakan obat-obat, alkohol, tembakau).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan hasil proses pendapat dalam penyampaian pernyataan status adaptasi seseorang. Penetapan diagnosa keperawatan dibuat dengan cara menghubungkan antara perilaku (behavior) dengan stimulus. Ada tiga hal yang mendukung penetapan diagnosa keperawatan yaitu: a) suatu pernyataan dari perilaku dengan stimulus yang sangat mempengaruhi, b) suatu ringkasan tentang perilaku dengan stimulus yang relevan, c) penamaan/pemberian label yang meringkaskan pola perilaku ketika lebih dari satu mode dipengaruhi oleh stimulus yang sama.

3. Penetapan tujuan keperawatan.

Tujuan adalah pembentukan pernyataan yang jelas dari outcome perilaku dalam asuhan keperawatan yang dicatat sebagai indikasi perilaku dari perkembangan adaptasi masalah pasien. Pernyataan masalah meliputi perilaku. Pernyataan tujuan meliputi: perilaku, perubahan yang diharapkan dan waktu. Tujuan umum dari intervensi keperawatan yaitu mempertahankan dan meningkatkan perilaku adaptif dan merubah perilaku inefektif. Tujuan jangka panjang menggambarkan perkembangan individu, dan proses adaptasi terhadap masalah dan tersedianya energi untuk tujuan lain (kelangsungan hidup, tumbuh, dan reproduksi). Tujuan jangka pendek mengidentifikasi hasil perilaku pasien setelah pengaturan terhadap stimulus fokal dan kontekstual serta keadaan perilaku pasien itu indikasi koping dari sub sistim regulator dan kognator.

4. Intervensi dan implementasi

Intervensi merupakan proses seleksi dari pendekatan keperawatan untuk meningkatkan adaptasi dengan merubah stimuli atau penguatan dari proses adaptif. Tujuan intervensi keperawatan adalah mempertahankan dan mempertinggi perilaku adaptif serta merubah perilaku tidak efektif menjadi perilaku adaptif. Fokus intervensi adalah mengarah pada suatu stimulus yang mempengaruhi suatu perilaku. Langkah dalam menyusun intervensi keperawatan meliputi penetapan atas empat hal yaitu : a) apa pendekatan alternatif yang akan dilakukan, b) apa konsekuensi yang akan terjadi, c) apakah mungkin tujuan tercapai oleh alternatif tersebut, d) nilai alternatif itu diterima atau tidak. Intervensi keperawatan ini dilakukan melalui kerjasama dengan orang lain (pasien, keluarga, dan tim kesehatan). Implementasi keperawatan merupakan uraian

yang lebih rinci dari intervensi keperawatan yang telah terpilih. Perawat harus menentukan dan memulai langkah- langkah yang akan merubah stimulus dengan tepat. Implementasi keperawatan dilaksanakan terus menerus sesuai dengan perkembangan pasien. Implementasi dapat berubah-ubah dalam cara, teknik, dan pendekatan yang tergantung pada perubahan tingkat adaptasi pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian keefektifan dari intervensi keperawatan dalam hubungannya dengan perilaku dari sistem manusia yang menjadi refleksi dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Untuk dapat menetapkan suatu intervensi keperawatan efektif atau tidak maka perawat harus melakukan pengkajian perilaku berkaitan dengan manajemen stimulus pada intervensi keperawatan tersebut.

2. PERAN PERAWAT DALAM KEPERAWATAN HOME CARE

Masyarakat khususnya masyarakat awam masih berpikir bahwa profesi kesehatan mempunyai peran dan fungsi yang sama saat memberikan pelayanan kesehatan. Sebenarnya setiap profesi mempunyai peran dan fungsi masing-masing dalam pelayanan kesehatan dan telah diatur batasan peran dalam pelayanan kesehatan. Pembatasan peran ini dikarenakan setiap profesi kesehatan memiliki pengetahuan, keahlian, dan keterampilan yang berbeda-beda. Peran dan fungsi masing-masing profesi kesehatan professional sangat memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, lalu bagaimana peran dan fungsi perawat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan?

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik dalam maupun luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (UU No.38 Tahun 2014). Keperawatan mendapatkan pengakuan sebagai profesi. Sebuah profesi didefinisikan sebagai pekerjaan yang membutuhkan pengetahuan luas atau panggilan yang membutuhkan pengetahuan khusus, keterampilan, dan persiapan (Kozier, 2016). Sebuah profesi pada umumnya dibedakan dari pekerjaan lainnya oleh 6 aspek yaitu, persyaratan pelatihan berkepanjangan yang khusus untuk memperoleh body of knowledge yang berkaitan dengan peran yang harus dilakukan, orientasi individu terhadap layanan, baik untuk komunitas atau ke suatu organisasi, penelitian berkelanjutan, kode etik, otonomi, dan organisasi professional (Kozier, 2016).

Perawat sebagai profesi telah memenuhi kriteria sebuah profesi yaitu pendidikan khusus. Pendidikan khusus adalah aspek penting untuk status professional. Seiring berkembangannya zaman, pendidikan untuk profesi telah bergeser ke arah program perguruan tinggi dan universitas. Pendidik keperawatan percaya bahwa kurikulum sarjana keperawatan harus mencakup pendidikan seni liberal disamping ilmu biologi, ilmu sosial, serta *nursing discipline*. Menurut American Nurses Association (ANA), pendidikan minimal untuk akses ke praktik keperawatan professional adalah S1 Keperawatan. Di Indonesia sendiri telah terdapat institusi pendidikan keperawatan yaitu pendidikan D3, S1, S2, S3, profesi Ners, dan spesialis keperawatan.

Kriteria kedua yaitu *body of knowledge*. Keperawatan sebagai sebuah profesi membangun *body of knowledge* dan keahlian yang didefinisikan dengan baik. Terdapat sejumlah kerangka kerja konseptual keperawatan berbasis pengetahuan keperawatan yang memberikan arahan untuk praktik keperawatan, pendidikan, dan penelitian berkelanjutan. Selain itu teori-teori keperawatan yang terus berkembang yang telah di uji melalui penelitian dapat menjadi sebuah *body of knowledge* (Kozier, 2016).

Kriteria ketiga yaitu orientasi kepada layanan. Orientasi kepada layanan adalah pembeda keperawatan dengan pekerjaan lainnya. Keperawatan dalam praktiknya memberikan pelayanan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat secara komprehensif, baik pelayanan fisik, psikologi, spiritual, sosial, dan memberikan edukasi kepada klien. Perawat juga harus memiliki nilai altruistik saat memberikan asuhan keperawatan.

Kriteria keempat yaitu penelitian berkelanjutan. Meningkatkan penelitian dalam keperawatan merupakan sebuah kontribusi terhadap praktik keperawatan. Pada tahun 1940-an, penelitian keperawatan berada pada tahap awal perkembangan. Pada 1950-an, peningkatan dana federal dan dukungan professional membantu pendirian pusat penelitian keperawatan. Kebanyakan penelitian awal diarahkan pada studi pendidikan keperawatan pada masa ini. Pada 1960-an, penelitian sering dilakukan terkait dengan sifat dasar pengetahuan yang mendasari praktik keperawatan. Sejak 1970-an, penelitian keperawatan telah berfokus pada masalah-masalah praktik keperawatan (Kozier, 2016).

Kriteria kelima yaitu kode etik profesi. Profesi keperawatan memnutuhkan integritas anggotanya, yaitu seorang anggota yang diharapkan melakukan hal yang dianggap benar. Kode etik adalah dokumen tertulis yang menggambarkan prinsip-prinsip perilaku yang digunakan dalam membuat berbagai keputusan (Rue & Byars dalam Rustina, 2015). Kode

etik keperawatan mengatur tanggung jawab perawat terhadap klien, perawat dengan teman sejawat dan profesi kesehatan lain, serta perawat dengan profesi keperawatan. Kode etik dapat berubah ketika kebutuhan dan nilai-nilai masyarakat berubah (Kozier, 2016).

Kriteria keenam yaitu otonomi. Suatu profesi dikatakan otonom jika ia dapat mengatur dirinya sendiri dan menetapkan standar bagi anggotanya. Profesi keperawatan berfungsi secara mandiri dalam pembentukan kebijakan dan mengontrol aktivitasnya tanpa intervensi dari pihak manapun. Bagi praktisi keperawatan, otonomi adalah suatu kebebasan untuk membuat keputusan yang bijaksana, menentukan tujuan sendiri, mandiri, dan tidak dapat disupervisi oleh profesi lain (Kozier, 2016).

Kriteria terakhir yaitu organisasi profesi. Profesi keperawatan Indonesia memiliki organisasi profesi, yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Organisasi profesi ini telah didirikan sejak 17 Maret 1974 yang berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang, dan pengawas Keperawatan di Indonesia (UU No.38 Tahun 2014).

Pembeda perawat dengan profesi lain yaitu terlihat pada peran dan fungsinya dalam memberikan layanan kesehatan. Perawat bertanggung jawab untuk mendapatkan dan mempertahankan pengetahuan dan keterampilan khusus untuk berbagai peran dan tanggung jawab profesional (Potter & Perry, 2009). Perawatan yang dilaksanakan perawat bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien berfokus pada promosi dan pencegahan penyakit, manajemen penyakit dan gejala, dukungan keluarga, dan *end-of-life care* (perawatan di akhir kehidupan).

Berikut adalah penjelasan mengenai peran dan fungsi perawat dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

1. Perawat sebagai *care giver*. Perawat sebagai *care giver* membantu mempertahankan dan memulihkan kesehatan, mengelola penyakit dan gejala, dan mencapai fungsi level maksimal dan kemandirian melalui proses penyembuhan (Potter & Perry, 2009). Tindakan keperawatan yang diperlukan mungkin melibatkan perawatan penuh, perawatan parsial, atau perawatan suportif-edukatif bergantung pada kebutuhan klien untuk membantu klien dalam mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan setinggi mungkin (Potter & Perry, 2009). Perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan yaitu melalui proses keperawatan. Perawat juga memenuhi kebutuhan pasien dalam aspek bio-psiko-sosial-spiritual dengan tetap

- mempertahankan martabat klien. Sebagai seorang *care giver*, perawat membantu pasien dan keluarga untuk menentukan dan memenuhi tujuan mereka dengan uang, waktu, dan energi seminimal mungkin.
2. Peran perawat sebagai komunikator juga tidak kalah penting karena keefektifitasan komunikasi perawat adalah sebuah pusat hubungan perawat-klien. Komunikasi sangat penting dilakukan perawat dengan klien untuk mengetahui kekuatan, kelemahan, dan kebutuhan klien (Potter & Perry, 2009). Melalui komunikasi yang baik, perawat dapat mengidentifikasi masalah klien dan mengomunikasikan secara lisan atau tertulis kepada anggota tim perawatan kesehatan lainnya (Kozier, 2016). Selain itu tanpa komunikasi yang jelas, perawat tidak dapat memberikan kenyamanan dan dukungan emosional, memberikan perawatan secara efektif, membuat keputusan dengan pasien dan keluarga, melindungi pasien, mengoordinasikan dan mengelola perawatan pasien, membantu pasien dalam rehabilitasi, dan memberikan pendidikan kepada pasien (Potter & Perry, 2009). Kualitas komunikasi perawat adalah faktor penting dalam pemenuhan kebutuhan individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.
 3. Peran lain perawat yaitu sebagai guru atau edukator. Perawat dalam peran ini membantu klien belajar tentang kesehatan mereka dan prosedur perawatan kesehatan yang harus klien lakukan untuk memulihkan atau menjaga kesehatan dirinya sendiri (Kozier, 2016). Selain itu perawat juga harus menjelaskan konsep dan fakta tentang kesehatan, menjelaskan alasan kegiatan perawatan rutin, mendemonstrasikan prosedur seperti kegiatan perawatan diri, memperkuat pembelajaran atau perilaku pasien, dan mengevaluasi kemajuan pasien dalam pembelajaran (Potter & Perry, 2009). Terkadang edukasi yang dilakukan perawat kepada pasien terjadi tidak terencana dan informal, misalnya saat perawat sedang menjelaskan alasan pemasangan infus intravena, perawat memberikan edukasi lainnya seperti penghentian kebiasaan merokok, makanan yang baik untuk kesehatan, atau pola hidup sehat. Edukasi formal dan direncanakan seperti ketika perawat mengajarkan bagaimana memberikan suntikan insulin secara mandiri, Selain itu perawat juga harus mengedukasi pendamping klien yang merawat pasien secara mandiri di rumah.
 4. Peran perawat berikutnya yaitu sebagai advokat klien. Perawat sebagai advokat klien untuk melindungi hak-hak dan hukum klien dan memberikan bantuan untuk menegakkan hak-hak klien jika diperlukan (Potter & Perry, 2009). Sebagai seorang advokat, perawat bertindak atas nama klien dan mengamankan hak perawatan kesehatan klien dan membela mereka (Hanks dalam Potter & Perry, 2010). Perawat

juga memberikan informasi lainnya untuk membantu pasien membuat suatu keputusan dalam pelayanan kesehatan yang dijalannya. Dalam peran ini perawat dapat mewakili kebutuhan dan keinginan klien kepada profesi kesehatan lain, seperti meminta informasi dari penyedia layanan kesehatan lainnya (Kozier, 2016).

PERAN PERAWAT HOME CARE

1. Manajer kasus : Koordinator kasus adalah seorang perawat dengan kriteria tertentu baik yang masih aktif maupun yang sudah memasuki masa pensiun. Mereka bisa berasal dari Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Petugas Kesehatan Swasta dan lain-lain. Seorang Koordinator Kasus dapat mengkoordinir 10-20 orang pelaksana perawatan yang bekerja baik secara sukarela maupun yang menerima imbalan dari Lembaga Swadaya Masyarakat atau masyarakat (depkes, 2003)

Manajer Kasus :

- a. mengelola dan mengkolaborasikan pelayanan, dengan fungsi :
- b. Mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga
- c. Menyusun rencana pelayanan
- d. Mengkoordinir aktifitas tim
- e. Memantau kualitas pelayanan

Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di rumah pasien dilaksanakan dengan melibatkan 4 unsur komponen yaitu Klien, Pengasuh, Pengelola Perawatan Kesehatan di Rumah yaitu Koordinator Kasus dan Pramusila, yang merupakan syarat minimal dan harus ada dalam sistem perawatan kesehatan di rumah. Keempat unsur tersebut berinteraksi secara proporsional dan saling mempengaruhi dalam proses perawatan kesehatan usia lanjut di Rumah dan merupakan bagian dari sistem pelayanan yang profesional. Apabila salah satu dari komponen tersebut tidak berfungsi secara baik, maka pelayanan yang diberikan sulit untuk memberikan hasil yang optimal. Hubungan antara unsur atau komponen dapat dilihat bagan 1. Dalam sistem ini setiap komponen mempunyai hak dan kewajibannya masing-masing, sehingga diharapkan tidak akan merugikan salah satu pihakpun karena pelayanan yang diberikan dapat dikendalikan oleh masing-masing pihak.

Syarat-syarat seseorang yang menjalankan tugas sebagai Koordinator Kasus adalah

- 1) mempunyai ijazah formal pendidikan keperawatan yang diakui oleh pemerintah minimal Diploma-3,

- 2) mempunyai sertifikat pelatihan Perawatan Kesehatan Usia Lanjut di Rumah dan sertifikat Pengelolaan Perawatan Kesehatan di Rumah yang dikeluarkan oleh institusi yang berwenang,
- 3) pengalaman bekerja di unit pelayanan kesehatan minimal 3 (tiga) tahun,
- 4) mempunyai minat dan motivasi yang tinggi dalam perawatan kesehatan klien,
- 5) mampu melakukan pengkajian dan melakukan analisis terhadap kasus untuk menyusun rencana intervensi,
- 6) mampu bekerja sama dalam tim dan memimpin Pramusila,
- 7) mampu memberikan pelayanan sesuai dengan etika yang ditetapkan.

Hak Koordinator Kasus adalah

- 1) berhak mendapatkan imbalan jasa sesuai dengan perjanjian kerja,
- 2) memperoleh perlakuan yang layak sesuai norma yang berlaku,
- 3) memperoleh informasi yang berkaitan dengan perubahan pelayanan, perubahan pembiayaan pelayanan dan kemungkinan dihentikannya perjanjian kerja,
- 4) berhak mengemukakan pendapat yang berkaitan dengan peningkatan mutu pelayanan serta perlindungan terhadap Pramusila maupun klien,
- 5) mendapat perlindungan hukum atas tindakan yang dirasakan merugikan,
- 6) memperoleh dukungan dari Pengelola, Pramusila dan klien serta keluarganya dalam melaksanakan tugasnya.

Kewajiban Koordinator Kasus adalah

- 1) mentaati peraturan dan disiplin kerja yang telah ditetapkan oleh Pengelola,
- 2) memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan serta kode etik profesi,
- 3) merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya berkaitan dengan keadaan klien kecuali untuk kepentingan klien/hukum,
- 4) melaksanakan tugas sebagai koordinator yaitu diantaranya mengkoordinir, memberikan bimbingan teknis, mengadakan monitoring dan evaluasi terhadap pekerjaan Pramusila,
- 5) bekerja sama dan saling mendukung dengan pelaksana pelayanan lainnya dalam tim pelayanan demi keberhasilan pelayanan,
- 6) menghargai hak-hak Pramusila dan klien,
- 7) membuat laporan rutin kepada Pengelola.

Perawatan kesehatan usia lanjut di rumah sebagai salah satu kegiatan yang bernuansa pemberdayaan keluarga akan berjalan dengan baik dan optimal bilamana ada komponen pokok yang dimaksud adalah Klien, Pengasuh, koordinator kasus yang akan mengatur kebutuhan klien akan pelayanan kesehatan baik dokter, gizi, fisioterapis dan sebagainya.

Klien dalam perawatan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut di rumah terdiri dari pra usia lanjut atau usia lanjut sebagai penerima perawatan kesehatan di rumah. Dalam hal ini salah satu anggota keluarga sebagai penanggung jawab yang mewakili klien.

Syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh pra usia lanjut atau usia lanjut sebagai klien dalam menerima perawatan kesehatan di rumah yang dilakukan oleh Pramusila adalah sebagai berikut.

- 1) Mempunyai keluarga atau pihak lain yang akan bertanggung jawab atau menjadi wali/pendamping bagi klien dalam berinteraksi dengan Koordinator maupun Pramusila.
- 2) Bersedia menandatangani persetujuan (*inform consent*)/perjanjian kerja dengan Pengelola Perawatan Kesehatan di Rumah untuk memenuhi kewajiban, tanggung jawab dan haknya dalam menerima pelayanan.

Sedangkan hak-hak seorang klien adalah sebagai berikut.

- 1) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajibannya termasuk pembiayaan pelayanan.
- 2) Mendapat pelayanan profesional.
- 3) Mendapat penjelasan tentang rencana pelayanan yang akan diberikan.
- 4) Berpartisipasi atau menolak penetapan, pelaksanaan tindakan dan perubahan asuhan yang dapat mempengaruhi kesehatannya.
- 5) Memperoleh perlakuan yang layak dari pelaksana pelayanan yang mempunyai identitas yang jelas.
- 6) Berhak mengemukakan pendapat tentang perubahan pelayanan atau pergantian pelaksana pelayanan yang melayani tanpa rasa takut ditolak atau menerima perlakuan diskriminasi.
- 7) Mendapat perlindungan hukum atas tindakan yang diterima dan dirasakan merugikan dan menyimpang dari perjanjian.

Kewajiban sebagai klien dalam perawatan kesehatan di rumah adalah sebagai berikut.

- 1) Mematuhi perjanjian kerja/kesepakatan yang telah dibuat bersama.

- 2) Melaksanakan kewajiban membayar pelayanan yang diterima sesuai dengan biaya yang telah disepakati.
 - 3) Bekerjasama dengan pelaksana pelayanan yang memberikan pelayanan.
 - 4) Menghargai hak pelaksana pelayanan sesuai norma yang berlaku.
2. Pelaksana : memberi pelayanan langsung dan mengevaluasi pelayanan dengan fungsi:
- a. Melakukan pengkajian komprehensif
 - b. Menyusun rencana keperawatan
 - c. Melakukan tindakan keperawatan
 - d. Melakukan observasi terhadap kondisi pasien
 - e. Membantu pasien dalam mengembangkan perilaku coping yang efektif
 - f. Melibatkan keluarga dalam pelayanan
 - g. Membimbing semua anggota keluarga dalam pemeliharaan kesehatan
 - h. Melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan
 - i. Mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Jenis Pelayanan Keperawatan Di Rumah

Jenis pelayanan keperawatan di rumah di bagi tiga kategori yaitu :

1. Keperawatan klien yang sakit di rumah merupakan jenis yang paling banyak dilaksanakan pada pelayanan keperawatan di rumah sesuai dengan alasan kenapa perlu di rawat di rumah. Individu yang sakit memerlukan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kesehatannya dan mencegah tingkat keparahan sehingga tidak perlu di rawat di rumah sakit.
2. Pelayanan atau asuhan kesehatan masyarakat yang fokusnya pada promosi dan prevensi. Pelayanannya mencakup mempersiapkan seorang ibu bagaimana merawat bayinya setelah melahirkan, pemeriksaan berkala tumbuh kembang anak, mengajarkan lansia beradaptasi terhadap proses menua, serta tentag diet mereka.
3. Pelayanan atau asuhan spesialistik yang mencakup pelayanan pada penyakit-penyakit terminal misalnya kanker, penyakit-penyakit kronis seperti diabetes, stroke, hpertensi, masalah-masalah kejiwaan dan asuhan paa anak.

Tugas dan Fungsi Perawat Home Care Di Rumah

Jangan dikira perawat home care hanya merawat begitu saja kemudian tidak memperhatikan yang lain. Perawat ini dipekerjakan tentu karena mereka mampu melakukan berbagai macam perawatan dan tugas yang tidak bisa dilakukan orang awam. Tugas utama mereka tentu untuk

membantu merawat pasien dengan prosedur kesehatan yang benar, dan hal tersebut meliputi banyak hal.

Terlebih mereka merupakan tenaga medis yang sudah bersertifikat, memiliki surat izin resmi dan setidaknya pernah menjadi perawat umum selama 3 tahun. Namun, jika diringkas, berikut ini adalah tugas dan fungsi para perawat home care :

- Pertama, perawat home care memiliki tugas untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien yang ditanganinya. Kemudian, mereka akan menyusun berbagai macam rencana pelayanan yang tepat yang seharusnya diberikan kepada pasien tersebut. Apabila rencana pelayanan telah tersusun dengan benar, mereka juga harus mengkoordinasikan lagi dengan tim kesehatan lainnya supaya pelayanan terhadap pasien tidak salah. Contohnya, ada pasien lansia dengan gangguan stroke yang harus dirawat, maka mereka akan merencanakan apa-apa saja perawatan yang harus dilakukan kepada pasien ini. Kemudian memastikan bahwa pelayanan dan perawatan yang ia lakukan sesuai dengan anjuran dokter dan tim kesehatan lainnya.
- Selain itu, perawat home care juga berperan dalam pemantauan kualitas pelayanan dari tim kesehatan yang lain. Kemudian, mereka juga akan mendiagnosis kembali pelayanannya sendiri supaya dapat melakukan perbaikan.

Misalnya, di hari pertama bekerja ia hanya melakukan beberapa perawatan kesehatan, setelah dianalisa, mereka akan memutuskan perawatan apa lagi yang harus ditambahkan dan yang tidak perlu dilakukan. Hal ini tentu untuk membuat pasien mendapat pelayanan yang lebih maksimal.

- Perawat home care juga memiliki tugas untuk membantu pasien dalam pengembangan perilaku koping. Mereka pun sebaiknya mampu mengajak keluarga pasien dalam melakukan pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan supaya keluarga pasien pun memiliki dasar-dasar penanganan yang benar jika seandainya perawat sudah tidak bekerja di sana lagi atau sedang dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk bekerja.

Upaya untuk mengajak keluarga pasien dalam memelihara kesehatan pasien ini tentunya akan sangat berguna dan meminimalisir tindakan yang dapat memperparah kondisi pasien. Bisa dibayangkan, perawat home care di sini bukan hanya berperan sebagai

perawat tetapi juga pembimbing, entah itu untuk pasien maupun keluarga yang bersangkutan. Tugas perawat home care lainnya adalah untuk mengembangkan pengetahuannya mengenai kondisi pasien. Misalnya pasien memiliki kebiasaan tertentu yang baru diketahui usai perawatan, maka perawat akan melihat apakah kebiasaan yang dilakukan tersebut berbahaya atau bermanfaat bagi pasien. Apabila setelah dianalisis dirasa berbahaya, maka perawat memiliki tugas untuk memberi tahu bahwa harus dihentikan. Hal itu juga termasuk tugas perawat dalam memodifikasi kondisi lingkungan keluarga pasien. Apabila ada kebiasaan-kebiasaan buruk yang dilakukan, maka perawat home care sebaiknya mengomunikasikan dan memberi arahan untuk mengubahnya menjadi sesuatu yang lebih baik.

Tugas perawat home care memang sangat beragam, dan karena sangat berpengaruh terhadap kondisi pasien maka perlu sekali berhati-hati dalam memilih mereka. Selain memikirkan harga dalam mengambil perawat, ada baiknya memikirkan juga apakah agen yang bersangkutan sudah berpengalaman dan profesional. Selain itu, perawat home care juga sebaiknya memiliki komunikasi yang bagus, baik itu kepada pasien maupun seluruh keluarga.

C. TUGAS

1. Uraikan secara ringkas tentang konsep home care menurut beberapa pakar keperawatan dan apa manfaat teori tersebut bagi dunia keperawatan ?
2. Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif apa yang dimaksud oleh Roy tentang pernyataan diatas, jelaskan ?
3. Proses keperawatan terkait model adaptasi Roy dapat diterapkan dalam lima langkah, uraikan satu persatu langkah langkah yang dimaksud diatas ?
4. Jelaskan peran dan fungsi perawat dalam pelayanan home care ?
5. Apa yang membedakan perawat dengan profesi lain jelaskan menurut persepsi anda masing masing ?
6. Sebagai seorang advokat, perawat bertindak atas nama klien dan mengamankan hak perawatan kesehatan klien dan membela mereka, apa yang anda lakukan dalam pemberian asuhan keperawatan home care tentang pernyataan tersebut?

Daftar Pustaka

- Becker, R.(2015). *Fundamental Aspects of Paliatif care Nursung: An Evidence-Based Ahndbook for Student Nurses 2nd Edition*. Andrewa UK Limited
- Connor. (2009). *Hospice and Palliative Care*. Oxford University Press: New York
- Departemen Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007tentang Kebijakan Perawatan Paliatif.
- Kelley, A. S. and Morrison, R. S. (2015) ‘Palliative Care for the Seriously Ill’, *The New England Jornal of Medicine*, 373(8), pp. 747–755. doi: 10.1056/NEJMra1404684.
- Kementerian Kesehatan R. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Kemenkes RI, Jakarta; 2014.
- Ngakili, O. R. and Mulyanto, P. M. (2016) ‘Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Pentingnya Keberadaan Hospice Care Untuk Pasien Kanker Stadium Terminal di RSUP Fatmawati Jakarta’.
- Oliver, D.P., Demiris, G., WittenbergLyles, E., Washington, K., & Porock, D. (2010). Recruitment challenges and strategies in a home based telehealth study. *Telemedicine and e-Health*, 16(7), 839-843. doi: 10.1089/tmj.2010.0017
- Rochmawati, E., Wiechula, R. and Rn, K. C. (2016) ‘Current status of palliative care services in Indonesia : a literature review’, *International Council of Nurses*, pp. 180–190.
- Ruland, C. M. and Moore, S. M. (1998) ‘Theory Construction Based on Standards of Care : A Proposed Theory of the Peaceful End of Life’, (August).
- Tribowo. (2012). *Metodologi penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.

