



BUNGA RAMPAI

HOME CARE

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Dwi Yunita Rahmadhani, M.Kep
Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep
Despita Pramesti, S.Kep., Ns., M.Kes
Yourisna Pasambo, Ners, M.Kes
Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si
Sesca Diana Solang, S. SiT, M.Kes

Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Mursidah Dewi, SKM., M.Kep
Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes
Nurseha S. Djaafar, Skep, Ns, Mkes
Dorce Sisfiani Sarimin., M.Kep.,Ns., Sp.Kep.An
Nurdahliana, S.K.M., M.Kes., CHE

BUNGA RAMPAI

HOME CARE

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Dwi Yunita Rahmadhani, M.Kep
Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kep
Despita Pramesti, S.Kep., Ns., M.Kes
Yourisna Pasambo, Ners, M.Kes
Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si
Sesca Diana Solang, S. SiT, M.Kes
Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Mursidah Dewi, SKM., M.Kep
Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS
Stefanny Zulistyia Wenno, SKM, M.Kes
Nurseha S. Djaafar, Skep, Ns, Mkes
Dorce Sisfiani Sarimin., M.Kep.,Ns., Sp.Kep.An
Nurdahliana, S.K.M., M.Kes., CHE

BUNGA RAMPAI HOME CARE

Penulis:

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Dwi Yunita Rahmadhani, M.Kep
Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep
Despita Pramesti, S.Kep., Ns., M.Kes
Yourisna Pasambo, Ners, M.Kes
Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si
Sesca Diana Solang, S. SiT, M.Kes
Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Mursidah Dewi, SKM., M.Kep
Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes
Nurseha S. Djaafar, Skep, Ns, Mkes
Dorce Sisfiani Sarimin., M.Kep.,Ns., Sp.Kep.An
Nurdahliaana, S.K.M., M.Kes., CHE

ISBN :

978-623-88692-2-0

Editor Buku

La Ode Alifariki, S.Kep,Ns, M.Kes
Ns. Sukurni, S.Kep.,M.Kes

Cetakan Pertama : 2023

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Bunga Rampai ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul Home Care mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Home Care. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep dasar home care dan konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 15 September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1_Konsep Pelayanan di Rumah.....	1
A. Pengertian	1
B. Tujuan.....	2
C. Manfaat.....	3
D. Ruang Lingkup.....	3
E. Jenis Institusi Pemberi Layanan <i>Home Care</i>	4
F. Prinsip Pelayanan <i>Home Care</i>	5
BAB 2_Manajemen Home Care	10
A. Pendahuluan.....	10
B. Tujuan Home Care.....	11
C. Kriteria Klien Home Care	12
D. Peran dan Fungsi Perawat Home Care.....	13
E. Standar Uraian Tugas dan Fungsi Pengelola Home Care	14
BAB 3 Aspek Legal Praktik Home Care.....	19
A. Pendahuluan.....	19
B. Standar Pelayanan Home Care	21
C. Tahapan mekanisme pelayanan home care	22
D. Aspek Legal dan Etik dalam Home Care	23
E. Perizinan dan Akreditasi Home Care	26
BAB 4_Model atau Teori Home care	30
A. Pendahuluan.....	30
B. Model Atau Teori Homecare.....	30
BAB 5 Peran Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah	41
A. Pendahuluan.....	41
B. Pengertian Perawat <i>Home Care</i>	41
C. Peran Perawat dalam Pemberian Layanan Kesehatan	42

D. Peran Perawat dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah (<i>Home Care</i>).....	43
BAB 6_Pelaksanaan Home Care Pada Kelompok Anak.....	52
A. Pendahuluan.....	52
B. Tujuan Home Care Pada Kelompok Anak.....	52
C. Manfaat Home Care Pada Kelompok Anak.....	53
D. Jenis Pelayanan Home Care Pada Kelompok Anak.....	53
E. Bentuk Pelayanan Home Care Pada Kelompok Anak.....	53
BAB 7_Pelaksanaan Home Care Pada Kelompok Lansia.....	59
A. Pendahuluan.....	59
B. Tujuan.....	59
C. Faktor yang memengaruhi	60
D. Bentuk pendampingan home care.....	61
BAB 8_Kewirausahaan dalam Keperawatan berbasis Home Care	67
A. Pendahuluan.....	67
B. Kewirausahaan berbasis Home Care	67
C. Konsep Nursepreneur	69
BAB 9_Komunikasi Interprofesional Kolaborasi Dalam Perawatan Home Care.....	74
A. Pendahuluan.....	74
B. Kolaborasi	75
C. Praktik Kolaborasi	76
D. Kolaborasi dalam Home Care	79
E. Komunikasi Interprofessional.....	80
BAB 10_Prosedur Tindakan Keperawatan Di Rumah	87
A. Pendahuluan.....	87
B. Mekanisme Layanan Home Care	87
C. Bentuk Pelayanan Home care	89

BAB 11_Layanan <i>Home Care</i> Sebagai Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan	100
A. Gambaran Umum Layanan <i>Home Care</i>	100
B. Layanan <i>Home Care</i> Sebagai Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan.....	103
BAB 12_Peningkatan Kemandirian Keluarga Setelah Intervensi Pelayanan Home Care.....	109
A. Pendahuluan.....	109
B. Kemandirian Keluarga.....	109
C. Pelayanan Home Care dan Kemandirian Keluarga	110
BAB 13_Layanan <i>Home Care</i> Pada Bayi Baru Lahir	118
A. Pendahuluan.....	118
B. Gambaran Umum Tugas Perawat Home Care pada Bayi	119
C. Kunjungan Rumah setelah Kelahiran	120
BAB 14_Praktik Komplementer Berbasis Home Care Pada Ibu Menyusui.....	132
A. Pendahuluan.....	132
B. Komplementer berbasis Home Care	132
C. Pelayanan home care pada ibu menyusui (buteki)	134
D. Pelayanan Stimulasi Hormon Oksitosin (Pijat Oksitosin)..	135
E. Daftar Tilik Pelaksanaan Pijat Oksitosin	138

BAB 1 | Konsep Pelayanan di Rumah (Home Care)

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep

A. Pengertian

Home Care merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif, diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggalnya dengan tujuan untuk meningkatkan, mempertahankan dan atau memulihkan kesehatan, memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan komplikasi dari penyakit (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Pasal 32). Selain itu, pelayanan *home care* merupakan suatu alternatif pelayanan dalam memenuhi kebutuhan dasar dan mendukung individu, keluarga dan masyarakat yang mengalami keterbatasan dalam pembiayaan perawatan misalnya pada kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang mahal dan relatif lama (Rensini. Y. R, dkk, 2023).

Menurut Suprpto & Lalla (2020), *home care* merupakan salah satu komponen dari pelayanan kesehatan di rumah, diberikan kepada individu dan keluarga oleh tenaga medis atau profesional kesehatan lainnya. Pelayanan diberikan kepada pasien yang membutuhkan perawatan jangka panjang atau pasien dengan kondisi kesehatan yang tidak memungkinkan untuk datang ke fasilitas kesehatan.

Perawatan di rumah merupakan bagian dari proses keperawatan di rumah sakit, sebagai lanjutan dari rencana pemulangan (*discharge planning*). *Home Care* bisa dilakukan oleh perawat dari rumah sakit pasien di rawat, atau perawat komunitas dimana klien berada, dan dapat juga dilakukan oleh tim khusus yang melakukan perawatan di rumah (Suardana,

2001). Sedangkan menurut Nurfallah.I (2021), *home care* adalah salah satu jenis praktik mandiri perawat yang dapat diberikan secara langsung dan tidak langsung dengan menggunakan media komunikasi.

Home care merupakan pelayanan kesehatan yang dilakukan di tempat tinggal individu dan keluarga dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga. *Home care* mengutamakan pemenuhan kepuasan pasien melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan menerapkan kode etik dan standar mutu pelayanan profesi (R. Fahrevi, dkk, 2019).

Karakteristik *home care*, yaitu :

1. Bentuk pelayanan yang diberikan yaitu promotif dan preventif tanpa mengabaikan pelayanan rehabilitatif.
2. Bentuk kegiatan yang dilakukan berupa Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).
3. Pelayanan diberikan secara terpadu, kontinu dan komprehensif dalam memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga.

B. Tujuan

Menurut Triwibowo (2012), tujuan dari pelayanan *home care* adalah untuk meningkatkan, mengoptimalkan dan mempertahankan kemandirian individu dan keluarga, serta meminimalkan dampak dari penyakit secara berkelanjutan dan menyeluruh.

Menurut Parellangi. A (2015); Astuti et al (2021); dan Juwita et (2022), tujuan pelaksanaan *home care*, yaitu:

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara kontinu dan komprehensif;
2. Mengoptimalkan, mempertahankan, dan memperbaiki kesehatan pasien dan keluarga;
3. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhannya;
4. Meminimalkan dampak atau komplikasi penyakit;
5. Memperluas kebebasan pasien dan keluarga dalam mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga yang sakit;
6. Memberikan informasi tentang penyakit dan penatalaksanaannya kepada individu dan keluarga.

C. Manfaat

Home care memiliki manfaat baik untuk pasien, keluarga maupun perawat. Adapun manfaatnya adalah sebagai berikut:

1. Manfaat untuk pasien
 - a. Mendapatkan pelayanan yang profesional, lengkap, holistik dan komprehensif;
 - b. Pelayanan yang diberikan sesuai dengan kode etik dan standar mutu pelayanan;
 - c. Terpenuhinya kebutuhan pasien secara optimal, karena pasien lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional (Triwibowo. C, 2012)
2. Manfaat untuk keluarga
 - a. Lebih ter kendalinya biaya terkait perawatan dan pengobatan;
 - b. Meningkatkan peran dan kemandirian keluarga dalam perawatan secara maksimal
 - c. Mempererat hubungan antar anggota keluarga karena ikut merawat anggota keluarga yang sakit;
 - d. Merasa lebih nyaman karena perawatan dilakukan di rumah sendiri; (Effendi. F dan Makhfudli, 2009; Meilianingsih & Setiawan, 2017).
3. Manfaat untuk perawat
 - a. Mendapatkan variasi lingkungan kerja sehingga tidak jenuh dengan lingkungan pekerjaan yang sama;
 - b. Dapat mengenal klien, keluarga dan lingkungannya dengan baik sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan sesuai dengan situasi dan kondisi pasien (Effendi. F dan Makhfudli, 2009; Kholifah, 2012).

D. Ruang Lingkup

Beberapa ruang lingkup dalam pelayanan *home care*, menurut Nuryandari (2004), yaitu:

1. Pelayanan medik dan keperawatan;
2. Pelayanan sosial dan cara untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik;
3. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik;
4. Pelayanan informan dan rujukan;
5. Edukasi, pelatihan dan penyuluhan kesehatan;

6. Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungannya;
7. Pelayanan rehabilitasi untuk kegiatan sosial.

Bentuk pelayanan home care dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga yang meliputi promotif, preventif dan rehabilitatif. Pelayanan keperawatan diberikan dengan memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan komprehensif dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarganya. Home care dapat diberikan juga kepada pasien dengan ketergantungan total, misalnya pada lansia atau pasien dengan kecacatan, atau pasien yang baru keluar dari rumah sakit yang memerlukan perawatan jangka panjang dan jangka pendek (Genet et al, 2011).

Sedangkan menurut *National Association for Home Care and Hospice* (NAHC) Tahun 1994, bentuk pelayanan *home care*, meliputi : pelayanan primer, sekunder dan tersier serta berfokus pada asuhan keperawatan pasien dengan melibatkan keluarga dan tim kesehatan lainnya.

American of Nurses Association (ANA) tahun 1992 menyatakan bahwa pelayanan *home care* adalah kombinasi perawatan kesehatan masyarakat dan keterampilan teknis yang terpilih dari perawat spesialis yaitu : perawat komunitas, perawat gerontologi, perawat psikiatri, perawat maternitas dan perawat medikal bedah (Asmi & Husaeni, 2019).

E. Jenis Institusi Pemberi Layanan Home Care

Menurut Suardana (2001), jenis institusi yang dapat memberikan layanan *home care*, yaitu:

1. Institusi Pemerintah
2. Pelayanan dilakukan dalam bentuk perawatan kasus dan keluarga resiko tinggi (ibu, bayi, balita dan lansia) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas.
3. Institusi Sosial
4. Pelayanan dilakukan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau organisasi lainnya.
5. Institusi Swasta
6. Pelayanan dilakukan dalam bentuk praktek mandiri baik individu maupun kelompok yang menyelenggarakan pelayanan *home care*.
7. *Home care* berbasis rumah sakit (*Hospital Home Care*)

8. Perawatan lanjutan pada pasien yang telah dirawat di rumah sakit, karena masih memerlukan bantuan layanan keperawatan, maka dilanjutkan di rumah.

F. Prinsip Pelayanan *Home Care*

Menurut Fioriglio (1999), dalam melaksanakan pelayanan *home care* harus memperhatikan hal-hal berikut ini :

1. Pendidikan kesehatan diberikan kepada pasien dengan melibatkan keluarga dan masyarakat;
2. Bekerja berdasarkan lisensi yang diberikan;
3. Melindungi hak-hak pasien dalam pelayanan kesehatan;
4. Membentuk kelompok atau kader sebagai wadah untuk pendidikan kesehatan;
5. Bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam menyelesaikan masalah pasien agar keberlanjutan pelayanan tercapai;
6. Bekerja sama dengan anggota keluarga dirumah dalam memberikan dukungan dan merawat pasien.

Menurut Suharyati (2003), Institusi yang menyelenggarakan pelayanan *home care*, maka harus memperhatikan hal-hal berikut ini :

1. Kemudahan (untuk dihubungi, mendapatkan informasi, dan membuat kontrak untuk pelayanan);
2. Membina kepercayaan (selalu tepat janji kepada pasien dan keluarga sesuai dengan kontrak yang disepakati bersama);
3. Sesuai dengan kode etik dan standar yang ditetapkan;
4. Bersifat responsif terhadap keluhan, kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga.

Pelayanan *home care* harus mengutamakan pemenuhan kepuasan pasien melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa melanggar kode etik dan standar mutu pelayanan profesi (R. Pahrepi, dkk, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Asmi, A. S., & Husaeni, H. (2019). *Nursing Home Care in Families with Problems Hypertension Health*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10 (2), 32-38.
- Astuti, et al. (2021). *Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Tentang Kesehatan Melalui Home Care Pada Masyarakat Blimbing Tarokan Kabupaten Kediri*. *Pelita abdi masyarakat*, 1(2), 54-58.
- Effendi. F dan Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Penerbit : Salemba Medika : Jakarta.
- Fioriglio. G., (1999), *"Home Care" Today; It's War Out There*, Official Journal Of The Home Health Care Nurses Association, Lippincot, Philadelphia.
- Genet et al. (2011). *Home Care in Europe : A Systematic Literature Review*. *BMC Health Service Research*, 11 : 207. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-11-207>
- Juwita, E., et al. (2022). *Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care dengan Tingkat Kepuasan Keluarga di Wilayah Puskesmas Mesjid Raya*. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 8(1), 200-215.
- Kholifah. S.N. (2012). *Home Care*. Volume V Nomor 1 April 2012, ISSN : 1979-8091. <http://journal.poltekkesdepkes-sby.ac.id/index.php/KEP/article/view/534/447>
- Meilianingsih, L., & Setiawan, R. (2017). *Pelayanan Home Care Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Diabetes Melitus Tipe 2*. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 1(1), 9-19.
- Neis, M.A & McEwen, M. (2001). *Community Health Nursing : Promoting the Health of Population*, (USA) : W.B. Saunders Company.
- Nurfallah.I. (2021). *Penerapan Telenursing dalam meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien Homecare dengan Stroke: Literatur review*. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*.

ISSN 2089-0346 (Print) || ISSN 2503-1139 (Online). Volume 11, Nomor 02, Desember 2021. Hal : 215-224.

- Nurhandari. (2004). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Edisi 1 : Jakarta : Salemba Medika.
- Parellangi.A. (2015). *Home Care Nursing : Aplikasi Praktik Berbasis Evidance-Based*. Penerbit ANDI : Yogyakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik.
- Prasetyo YB, Djauhari T, and Wardoyo SSI. 2016. Potensi layanan homecare di rs umm didasarkan pada analisa kasus penyakit, ekonomi dan sosial masyarakat. *ejournal.umm.ac.id* 7: 70– 78.
- R.Fahrepi, dkk. (2019). *Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care Dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Di Wilayah Kerja Puskesmas Batua Kota Makassar*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Volume 9, Nomor 1, Juni 2019. ISSN : 2089-0346 (Print), ISSN : 2503-1139 (Online). <https://www.jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/PJKM/article/view/589/482>
- Rensini. Y.R. (2023). *Kajian Literatur Layanan Home Care Dalam Meningkatkan Kepuasan*. *Journal Of Health Science Community*. ISSN : 2714 7789 (Print) – 2745 3561 (Online) Volume 3 Nomor 3 February 2023 Page.126-131. <https://thejhsc.org/index.php/jhsc/article/view/177/60>
- Suardana. I. (2001). *Home Care Sebagai Alternatif Pemberian Pelayanan Keperawatan*. *Majalah Keperawatan Bina Sehat*, Jakarta.
- Suharyati S., (2003), *Home Care*, Makalah Seminar Keperawatan Dalam Rangka HUT PPNI kota Surabaya ke 29, di Hotel Ibis Surabaya
- Suprpto and Lalla. (2020). *Environmental and Personality Influences on Nurse Discipline Public Health Center*, *Int. J. Nurs. Educ.*, Volume 12, Nomor 4, Hal : 271-274, April 2020, doi: 10.37506/ijone.v12i4.11262

Triwibowo. C. (2012). *Home Care Konsep Kesehatan Masa Kini*. Nuha Medika : Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep , lahir di Muara Bungo, pada 03 Juni 1987. Penulis tercatat sebagai Dosen pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kesehatan Institut Administrasi dan Kesehatan Setih Setio Muara Bungo dari tahun 2011 s.d 2023. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi pada Tahun 2011 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang pada tahun 2016. Penulis aktif dalam organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

BAB 2

Manajemen Home Care

Ns. Dwi Yunita Rahmadhani, M.Kep

A. Pendahuluan

Manajemen adalah memperkenalkan dan merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, mengkoordinasikan dan mengendalikan. Memperkirakan dan merencanakan berarti mempertimbangkan masa depan dan Menyusun rencana aktivitas. Mengorganisasikan berarti mengembangkan struktur ganda yaitu materi dan manusia, dari suatu usaha. Memimpin berarti mengikat menyatukan dan menyelaraskan segala bentuk aktivitas dan usaha. Mengendalikan berarti memperhatikan bahwa segala sesuatu yang terjadi sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah ditetapkan dan tuntutan yang ada.

Manajemen adalah proses mengkoordinasikan aktivitas-aktivitas kinerja sehingga dapat selesai secara efisien dan efektif dan melalui orang lain. Efisiensi mengacu pada memperoleh output terbesar dengan input yang terkecil. Efektifitas sering digambarkan sebagai melakukan “pekerjaan yang benar”, yaitu aktivitas-aktivitas kerja yang membantu organisasi mencapai sasaran. Manajemen mempunyai tujuan – tujuan tertentu dan bersifat tidak terwujud (*intangibile*). Usahnya ialah mencapai hasil-hasil yang spesifik; biasanya dinyatakan dalam bentuk sasaran-sasaran. Upaya dari kelompok menunjang pencapaian tujuan yang spesifik itu. Manajemen dapat dinyatakan sebagai tidak berwujud (*intangibile*), karena tidak dapat dilihat, tetapi dapat dirasakan hasilnya, yakni output pekerjaan yang cukup, ada kepuasan pribadi, produk dan servicenya lebih baik.

Keberhasilan dalam proses manajemen memerlukan kemampuan dalam mengenal permasalahan dan kesempatan, membuat keputusan yang tepat serta menentukan Tindakan secara tepat.

B. Tujuan Home Care

Secara umum tujuan dari home care adalah meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Pengembangan dari tujuan umum ini tentunya kearah spesifiknya tujuan home care tersebut. Berikut ini adalah tujuan khusus dari home care:

1. Terpenuhinya kebutuhan dasar (biologis - psikologis - sosial - spiritual) secara mandiri
2. Meningkatkan kemandirian keluarga dalam pemeliharaan Kesehatan
3. Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan Kesehatan di rumah

Menurut Drs. I Nyoman Cakra, A.Md.Kep, SH. (2006), perawatan Kesehatan di rumah bertujuan:

1. Membantu klien memelihara atau meningkatkan status Kesehatan dan kualitas hidupnya
2. Meningkatkan keadekuatan dan keefektifan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah Kesehatan dan kecacatan
3. Memperkuat fungsi keluarga dan kedekatan antar keluarga
4. Membantu klien tinggal atau Kembali ke rumah dan mendapatkan perawatan yang diperlukan, rehabilitasi atau perawatan paliatif
5. Biaya Kesehatan yang akan lebih terkendali

Secara umum lingkup perawatan Kesehatan yang dilakukan di rumah juga dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
2. Pelayanan sosial dan Upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
3. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
4. Pelayanan informasi dan rujukan
5. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan Kesehatan
6. Hygiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan

7. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial

Menurut Rice R (2001) jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan Kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang dijumpai di komunitas. Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit antara lain klien dengan penyakit gagal jantung, gangguan oksigenasi, perlukaan kronis, diabetes, gangguan fungsi perkemihan, kondisi pemulihan Kesehatan atau rehabilitasi, terapi cairan infus di rumah, gangguan fungsi persyarafan dan klien dengan HIV/AIDS. Kondisi lain yang dapat dilayani di rumah /home care adalah klien dengan postpartum, gangguan Kesehatan mental, usia lanjut, klien terminal, dan penyakit obstruksi paru kronis.

C. Kriteria Klien Home Care

Adapun kriteria pendaftaran klien untuk melakukan perawatan di rumah atau *Home Care* menurut Zang (2003) adalah *Homebound*, kebutuhan akan pelayanan terampil, rencana penanganan klien di bawah dokter, masuk akal dan diperlukan. *Homebound* atau klien harus berada di rumahnya sendiri. Klien sebaiknya berada di luar rumah dalam waktu singkat, tidak sering dan berhubungan dengan keperluan medis. Kriteria kedua adalah kebutuhan akan pelayanan terampil. Kebutuhan klien harus didasarkan pada diagnosa dan kondisi klien. Klien membutuhkan minimal satu pelayanan terampil yang disediakan oleh lembaga penyelenggara perawatan di rumah. Pelayanan terampil yang biasanya tersedia adalah asuhan keperawatan terampil, terapi fisik, terapi okupasi dan terapi wicara. Selain pelayanan terampil, klien juga dapat menerima pelayanan bantuan kesehatan di rumah dan pelayanan yang diberikan pekerja sosial jika dibutuhkan.

Kriteria ketiga yakni rencana penanganan klien harus berada dibawah penanganan dokter yang bersedia mempersiapkan program pengobatan. Perawat dan dokter bekerja sama dengan klien, mengembangkan suatu rencana perawatan yang berhubungan dengan diagnosa primer klien dan kebutuhan perawatan kesehatan yang prioritas. Rencana keperawatan meliputi semua diagnosa, pelayanan, dan

peralatan yang dibutuhkan klien. Juga mencakup pengobatan dan terapi, aktivitas klien yang diperbolehkan, frekuensi kunjungan, tindakan keamanan untuk melindungi klien dari cedera, sasaran perawatan yang spesifik dan dapat diukur, potensial rehabilitasi dan rencana pulang. Klien dan keluarga harus bersedia berpartisipasi dalam rencana keperawatan. Misalnya jika klien membutuhkan perawatan luka setiap hari dan klien tidak mampu melakukannya, seorang anggota keluarga harus terlibat dalam penyuluhan. Jika anggota keluarga tidak bersedia, maka perawat harus melakukan kunjungan setiap hari sampai dikembangkan suatu rencana alternative atau sampai luka sembuh.

Calon klien juga harus memenuhi kriteria keempat yaitu masuk akal dan diperlukan, dimana perawatan yang klien butuhkan harus sesuai dengan kondisi klien dan hal tersebut penting sekali dalam meningkatkan kesehatannya. Penerimaan klien untuk mengikuti program *Home Care* didasarkan pada suatu harapan yang masuk akal bahwa kebutuhan klien dapat dipenuhi oleh lembaga di lingkungan tempat tinggalnya. Pada kunjungan pertama, perawat bertanggung jawab untuk menentukan mampu atau tidak staf perawatan di rumah merawat klien dengan aman dan adekuat. Sebelum klien diterima dalam program *Home Care*, perencana *Home Care* bekerja sama dengan klien dan keluarga dan menjamin ketersediaan rencana keperawatan dan unit gawat darurat selama lembaga tidak memberikan pelayanan

D. Peran dan Fungsi Perawat Home Care

1. Manajer kasus: mengelola dan mengkolaborasikan pelayanan, dengan fungsi:
 - a. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
 - b. Pelayanan sosial dan Upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
 - c. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
 - d. Pelayanan informasi dan rujukan
 - e. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan Kesehatan
 - f. Hygiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
 - g. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial
2. Pelaksana: memberi pelayanan langsung dan mengevaluasi pelayanan, dengan fungsi:
 - a. Melakukan pengkajian komprehensif

- b. Menetapkan masalah
- c. Menyusun rencana keperawatan
- d. Melakukan Tindakan keperawatan
- e. Melakukan observasi terhadap kondisi pasien
- f. Membantu pasien dalam mengembangkan perilaku koping yang efektif
- g. Melibatkan keluarga dalam pelayanan
- h. Membimbing semua anggota keluarga dalam pemeliharaan Kesehatan
- i. Melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan
- j. mendokumentasikan asuhan keperawatan

E. Standar Uraian Tugas dan Fungsi Pengelola Home Care

1. Ketua Pengelola
 - a. Mengkoordinasikan semua kegiatan pengelolaan Perawatan di rumah
 - b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap pelaksanaan pelayanan dan klien
 - c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pelaksanaan pelayanan
 - d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan terhadap kinerja pelayanan
 - e. Menyusun laporan pelaksanaan home care secara berkesinambungan
2. Ketua Bidang Administrasi / Keuangan
 - a. Mengkoordinasikan semua kegiatan administrasi dan keuangan home care
 - b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap administrai pengelolaan Home Care
 - c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pada bidang administrasi dan keuangan Home Care
 - d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian proses administrasi dan keuangan Home Care
 - e. Menyusun laporan administrasi keuangan Home Care
3. Ketua Bidang Pelayanan
 - a. Mengkoordinasi semua kegiatan pelayanan perawatan

- b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap proses pelaksanaan Home Care
 - c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan terhadap sumber daya manusia keperawatan
 - d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan pelayanan Home Care
 - e. Menyusun laporan kegiatan pelayanan keperawatan di rumah
4. Penanggung Jawab Kasus/ coordinator
- a. Mengkoordinasikan semua kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh pelaksanaan pelayanan
 - b. Melakukan perlakuan yang baik terhadap pelaksanaan keperawatan dan klien di rumah
 - c. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan keterampilan pelaksanaan keperawatan
 - d. Melaksanakan pengawasan, pengendalian dan pembinaan kepada pelaksana keperawatan
 - e. Menyusun laporan kegiatan pelayanan sesuai bidang tugasnya
5. Pelaksana Pelayanan
- a. Melaksanakan pengkajian dan menentukan diagnose keperawatan
 - b. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan
 - c. Melaksanakan intervensi / Tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditentukan
 - d. Mengevaluasi kegiatan / Tindakan yang diberikan dengan berpedoman pada rencana perawatan
 - e. Membuat dokumentasi tertulis pada rekam keperawatan setiap selesai melaksanakan tugas
6. Konsulen
- a. Menerima konsultasi dari pelaksanaan keperawatan dan memberikan petunjuk/advis sesuai kewenangannya
 - b. Memberikan advokasi khususnya dalam bidang Tindakan medis

- c. Melaksanakan Tindakan-tindakan medik sesuai kewenangannya. Memeriksa, menentukan Diagnosa dan memberi terapi medis.

Pemberi layanan keperawatan di rumah terdiri dari dua jenis tenaga, yaitu:

- a. Tenaga informal

Tenaga informal adalah anggota keluarga atau teman yang memberikan layanan kepada klien tanpa dibayar. Diperkirakan 75% lanjut usia di Amerika dirawat oleh jenis tenaga ini (Allender & Spradley, 2001)

- b. Tenaga formal

Tenaga formal adalah perawat yang harus bekerja Bersama keluarga untuk menyelesaikan masalah Kesehatan, sehingga harus memperhatikan semua aspek kehidupan keluarga. Oleh karena itu perawat di masyarakat dituntut untuk mampu berfikir kritis dan menguasai keterampilan klinik dan harus seorang RN. Dengan demikian diharapkan perawat dapat memberikan layanan sesuai dengan standard yang telah diterapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amirullah. 2002. Perilaku Konsumen. Yogyakarta. Graha Ilmu
- Ariella Lang, Nancy Edwards And Andrea Fleiszer. Safety in home care: a broadened perspective of patient safety School of Nursing, University of Ottawa, Ottawa, Canada. International Journal for Quality in Health Care 2008;Volume 20, Number 2: pp. 130-135
- Ariella Lang. There's no place like home: research, practice and policy perspectives regarding safety in homecare International Journal for Quality in Health Care 2010; Volume 22, Number 2: pp. 75-77
- Clare Liddy, Joanne J. Dusseault Simone Dahrouge, William Hogg, Jacques Lemelin, Jennie Humbert. Telehomecare for patients with multiple chronic illnesses. Canadian Family Physician 2008;54:58-65. Vol 54: January 2008
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Rencana pembangunan jangka panjang bidang kesehatan 2005-2025. http://www.depkes.go.id/downloads/newdownloads/rancangan_RPIJK_2005_-_2025.pdf. Diakses tanggal 26 Maret 2011
- Depkes RI. 1990. Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Indonesia. Jakarta. Depkes RI
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan.2006. Panduan pelayanan kesehatan di rumah. Jakarta. Departemen Kesehatan RI
- Homecare for senior. 2011. Benefits of senior/elder homecare services. <http://www.homecare4seniors.net/benefits.html>. diakses tanggal 27 Maret 2011
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Rancangan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang sistem kesehatan nasional, Jakarta. Kementerian Republik Indonesia.
- Lupiyoadi, Rambat. 2001. Manajemen pemasaran jasa: teori dan praktik. Jakarta. Salemba Empat
- Markkanen, Pia.2008. Studying home health care nurses and aides: research design and challenges. Journal of research in nursing vol 13 (6) 480 - 495
- Zang, Sheryl Mara.2003. Manual perawatan di rumah. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta

BIODATA PENULIS



Ns. Dwi Yunita Rahmadhani, S.Kep, M.Kep., lahir di Bajubang (Batang Hari), 19 Juni 1983. Menyelesaikan Akademi Keperawatan Ranah Minang Padang pada tahun 2001-2004, S1 Keperawatan F.Kep Universitas Andalas Padang pada tahun 2005-2007, pendidikan profesi Ners, F.kep Universitas Andalas Padang pada tahun 2007-2009. Penulis juga mengikuti pendidikan non formal di antaranya: Pelatihan Bekam Sinergi dan Akupunktur Terapan (2017); Pelatihan Mom n Baby Spa (2016); Pelatihan Perawatan Luka (2015); Pelatihan NANDA, NIC & NOC (2014); Pelatihan Certified Hypnotherapy dari IBH (2014); dan Pelatihan Keselamatan Pasien-*Patient Safety* (2013). Beberapa buku yang sudah dibuat penulis diantaranya adalah Buku Manajemen Keperawatan, Buku Bimbingan Soal Ukom, Dan Buku Kegawat daruratan. Penulis saat ini mengajar di STIKes Baiturrahim (STIKBA) Jambi, dari tahun 2009 sampai sekarang, dan sebagai dosen luar biasa di kampus negeri di Jambi. Penulis adalah *owner* di rumah perawatan Al-Thaf jambi dan aktif dalam terapi pasien. Penulis juga aktif dalam kegiatan seminar dan pelatihan.

BAB 3

Aspek Legal Praktik Home Care

Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep

A. Pendahuluan

Berkembangnya pelayanan kesehatan tentunya menjadi tantangan dan nilai tambah bagi pemberi pelayanan. Namun di sisi lain, masyarakat tidak luas tidak begitu memahami akan perkembangan pelayanan kesehatan tersebut. Dalam kondisi mereka atau anggota keluarga mengalami kondisi sakit, yang dipandang oleh masyarakat hanya bagaimana agar mereka memperoleh kesembuhan.

Tidak sedikit antrian pasien menumpuk di praktik - praktik dokter mandiri, di klinik - klinik yang terlihat biasa, di praktik - praktik bidan atau perawat, bahkan di pelayanan kesehatan tradisional sekalipun. Pasien yang rela mengantri tidak banyak yang mengharapkan akan mendapat layanan dengan teknologi canggih atau obat - obatan terbaru.

Dari sekian banyak masyarakat yang mengalami kondisi sakit, beberapa di antaranya tidak sanggup untuk mendatangi fasilitas kesehatan. Kondisi yang sudah sangat lemah, keadaan sakit yang menyebabkan ketergantungan pada alat atau penggunaan cairan parenteral sering menjadi penyebab pasien atau keluarga berharap mendapatkan pelayanan kesehatan di tempat tinggal mereka. Pelayanan ini yang kemudian disebut dengan pelayanan home care.

Masih sedikitnya masyarakat yang meminta pelayanan home care salah satunya disebabkan adanya informasi terkait biaya yang ditimbulkan. Oleh karenanya saat ini bermunculan aplikasi-aplikasi berbasis mobile application yang dikembangkan oleh perusahaan-perusahaan teknologi

baik di dalam negeri maupun luar negeri yang menawarkan kepada masyarakat pelayanan home care dengan biaya yang terjangkau atau mekanisme pembiayaan melalui sistem pembayaran online.

Saat ini masih banyak ketidaktahuan dan bahkan kekhawatiran dari pemberi layanan apakah itu dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lain tentang aspek legal pelaksanaan layanan home care. Dalam naskah ini akan dicoba untuk mengulas terkait hal tersebut.

Home Care adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Dalam mendirikan sebuah Home Care segala tenaga medis yang ikut terlibat didalamnya harus mengetahui ilmu dasar dalam melakukan tindakan perawatan, dalam hal ini ialah seseorang yang berpendidikan dalam bidang kesehatan, khususnya dibidang keperawatan. Selain bekal ilmu dasar, perawat dalam Home Care harus memiliki serta mengamalkan etik legal. Etik merupakan suatu pertimbangan yang sistematis tentang tindakan benar atau salah, kebajikan atau kejahatan yang berhubungan dengan tindakan. Sedangkan legal ialah sesuatu yang dianggap sah oleh hukum dan undang-undang (KBBI). Jadi, Etik Legal Home Care ialah merupakan suatu pertimbangan yang sistematis tentang tindakan benar atau salah, kebajikan atau kejahatan yang berhubungan dengan tindakan dalam Home Care, dimana pertimbangan itu dianggap sah oleh suatu hukum dalam undang undang.

Tenaga medis dalam hal ini perawat perlu mengetahui etik legal dalam Home Care. Hal ini bertujuan agar perawat tersebut melakukan tindakan yang benar dan tidak merugikan klien serta dirinya sendiri. Selain itu etik legal juga sebagai pemisah antara peran atau tindakan yang boleh perawat lakukan dengan tindakan yang perawat tidak boleh dilakukan.

B. Standar Pelayanan Home Care

Pasien atau klien yang memperoleh pelayanan keperawatan di rumah dapat merupakan rujukan dan klinik rawat jalan, unit rawat inap rumah sakit, maupun puskesmas, namun klien dapat langsung menghubungi agensi pelayanan keperawatan di rumah atau praktek keperawatan perorangan untuk memperoleh pelayanan. Mekanisme yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Pasien pasca rawat inap atau rawat jalan harus terlihat terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk dirawat di rumah atau tidak.
2. Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa klien layak dirawat di rumah, maka dilakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan staf dari pengelola atau agensi perawatan kesehatan di rumah, kemudian bersama-sama klien dan keluarga akan menentukan masalahnya dan membuat perencanaan, membuat keputusan, membuat kesepakatan mengenai pelayanan apa yang akan diterima oleh klien, kesepakatan juga mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan, dan jenis sistem pembayaran, serta jangka waktu pelayanan.
3. Selanjutnya klien akan menerima pelayanan dari pelaksana pelayanan keperawatan di rumah baik dari pelaksana pelayanan yang dikontrak atau pelaksana yang direkrut oleh pengelola perawatan di rumah. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh koordinator kasus, setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh koordinator kasus.
4. Secara periodik koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan.

Persyaratan klien yang menerima pelayanan perawatan di rumah adalah:

1. Mempunyai keluarga atau pihak lain yang bertanggung jawab atau menjadi pendamping bagi klien dalam berinteraksi dengan pengelola.

2. Bersedia menandatangani persetujuan setelah diberikan informasi (informed consent).
 3. Bersedia melakukan perjanjian kerja dengan pengelola perawatan kesehatan di rumah untuk memenuhi kewajiban, tanggung jawab dan haknya dalam menerima pelayanan.
- C. Tahapan mekanisme pelayanan home care
1. Proses penerimaan kasus
 - a. Home care menerima pasien dari rumah sakit puskesmas, sarana lain, keluarga.
 - b. Pimpinan home care menunjuk manajer kasus untuk mengelola kasus.
 - c. Manajer kasus membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus.
 2. Proses pelayanan home care
 - a. Persiapan
 - 1) Pastikan identitas pasien
 - 2) Bawa denah/petunjuk tempat tinggal pasien
 - 3) Lengkapi kartu identitas unit tempat kerja
 - 4) Pastikan perlengkapan pasien untuk di rumah.
 - 5) Siapkan file asuhan keperawatan
 - 6) Siapkan alat bantu media untuk pendidikan
 - b. Pelaksanaan
 - 1) Perkenalkan diri dan jelaskan tujuan
 - 2) Observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat
 - 3) Lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien
 - 4) Membuat rencana pelayanan
 - 5) Lakukan perawatan langsung
 - 6) Diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi, dll.
 - 7) Diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan
 - 8) Dokumentasikan kegiatan.
 - c. Monitoring dan evaluasi
 - 1) Keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal

- 2) Kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan
 - 3) Efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksana.
- d. Proses penghentian pelayanan home care dengan kriteria:
- 1) Tercapai sesuai tujuan
 - 2) Kondisi pasien stabil
 - 3) Program rehabilitasi tercapai secara maximal
 - 4) Keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien
 - 5) Pasien di rujuk
 - 6) Pasien menolak pelayanan lanjutan
 - 7) Pasien meninggal dunia

D. Aspek Legal dan Etik dalam Home Care

Etik Legal Home Care ialah merupakan suatu pertimbangan yang sistematis tentang tindakan benar atau salah, kebajikan atau kejahatan yang berhubungan dengan tindakan dalam Home Care, dimana pertimbangan itu dianggap sah oleh suatu hukum dalam undang undang. Adapun fungsi hukum dalam praktik perawat adalah :

3. Memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai hukum.
4. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi lain.
5. Membantu menentukan batas - batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri.
6. Membantu mempertahankan standard praktik keperawatan dengan meletakkan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hukum.

Hal-hal yang menjadi aspek legal dan etik keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Autonomy (penentu pilihan)

Perawat yang mengikuti prinsip autonomi menghargai hak klien untuk mengambil keputusan sendiri. Dengan menghargai hak autonomi berarti perawat menyadari keunikan individu secara holistik. Pada kasus ini klien direncanakan akan dilakukan

vakum ekstraksi, perawat harus menghargai hak klien, apakah mau dilakukan atau tidak tindakan tersebut.

2. Non Maleficence (do no harm)

Non Maleficence berarti tugas yang dilakukan perawat tidak menyebabkan bahaya bagi Kliennya. Prinsip ini adalah prinsip dasar sebagian besar kode etik keperawatan. Bahaya dapat berarti dengan sengaja membahayakan, resiko membahayakan, dan bahaya yang tidak disengaja. Pada Kasus ini seharusnya, perawat lebih hati-hati dalam menganjurkan suatu tindakan kepada klien.

3. Beneficence (do good)

Beneficence berarti melakukan yang baik. Perawat memiliki kewajiban untuk melakukan dengan baik, yaitu, mengimplementasikan tindakan yang menguntungkan klien dan keluarga. Beneficence meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan klien dengan cara menentukan cara terbaik untuk membantu pasien. Dalam hal ini, perawat harus melakukan tugasnya dengan baik, termasuk dalam hal memberikan asuhan keperawatan yang baik kepada klien, guna membantu mempercepat proses penyembuhan klien, seperti memberi obat sesuai dosis dan tepat waktu.

4. Informed Consent

Informed Consent atau Persetujuan Tindakan Medis (PTM) merupakan persetujuan seseorang untuk memperbolehkan sesuatu yang terjadi. Ini berdasarkan pemberitahuan tentang resiko penting yang potensial, keuntungan, dan alternatif yang ada pada klien. Persetujuan tindakan memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi penuh tentang fakta. Seseorang yang dapat memberikan persetujuan jika mereka legal berdasarkan umur, berkompeten, dan jika mereka telah diidentifikasi secara legal sebagai pembuat keputusan. Setiap pasien mempunyai hak untuk diberi informasi yang jelas tentang semua resiko dan manfaat dari perlakuan apapun, termasuk semua risiko dan manfaat jika tidak menerima perlakuan yang dianjurkan

atau jika tidak ada perlakuan sama sekali. Semua orang dewasa mempunyai otonomi, hak membuat keputusan-keputusan bagi dirinya sendiri selama keputusan-keputusan itu tidak membahayakan atau merugikan orang lain. Saat mengambil keputusan tentang suatu terapi pembedahan atau terapi medik, setiap pasien punya hak untuk menolak terapi yang demikian, atau untuk memilih terapi alternatif. Pada kasus ini klien akan dilakukan tindakan vakum ekstraksi, klien dapat mengambil keputusan untuk dilakukan tindakan tersebut atau tidak. Klien juga mendapatkan hak untuk mengetahui risiko dan manfaat dari tindakan vakum ekstraksi tersebut.

5. Justice (perlakuan adil)

Perawat mengambil keputusan dengan rasa keadilan sesuai dengan kebutuhan tiap klien.

6. Kejujuran, Kerahasiaan, dan Kesetiaan.

Prinsip mengatakan yang sebenarnya (kejujuran) mengarahkan praktisi untuk menghindari melakukan kebohongan atau menipu klien. Kejujuran tidak hanya berimplikasi bahwa perawat harus berkata jujur, namun juga membutuhkan adanya sikap positif dalam memberikan informasi yang berhubungan dengan situasi klien. Dalam hal ini, apabila klien bertanya apapun tentang kondisinya, perawat harus menjawab semua pertanyaan klien dengan jujur. Prinsip kejujuran mengarahkan perawat dalam mendorong klien untuk berbagi informasi mengenai penyakit mereka. Kerahasiaan adalah prinsip etika dasar yang menjamin kemandirian klien. Perawat menghindari pembicaraan mengenai kondisi klien dengan siapa pun yang tidak secara langsung terlibat dalam perawatan klien. Konflik kewajiban mungkin akan muncul ketika seorang klien memilih untuk merahasiakan informasi tertentu yang dapat membahayakan klien atau orang lain. Prinsip kesetiaan menyatakan bahwa perawat harus memegang janji yang dibuatnya pada klien. Ketika seseorang jujur dan memegang janji yang dibuatnya, rasa percaya yang sangat penting dalam hubungan perawat-klien akan

terbentuk. Dengan berkata jujur dan dapat menepati janji, diharapkan perawat dapat mendapat kepercayaan dari klien sehingga memudahkan perawat dalam melakukan intervensi. Selain dengan klien, perawat juga harus membina hubungan saling percaya dengan anggota keluarga klien sehingga akan memudahkan perawat juga dalam pendekatan keluarga klien.

E. Perizinan dan Akreditasi Home Care

Perizinan

Home Care merupakan salah satu bentuk praktik mandiri keperawatan. Praktik mandiri keperawatan telah diatur dalam berbagai sumber hukum. Hal ini berarti praktik mandiri keperawatan dalam Home Care telah diizinkan. Adapun landasan hukum praktek perawat ialah sebagai berikut :

- 1) UU Kes No. 23 thn 1992 tentang kesehatan
- 2) UU Kes No. 36 thn 2009 tentang kesehatan
- 3) UU No. 32 thn 2004 tentang pemerintahan daerah
- 4) Kepmenkes No. 1239 thn 2001 tentang registrasi & praktik perawat
- 5) PP No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
- 6) Kep Dirjen YanMed RI. No. HK 00.06.5.1.311 thn 2002 ttg penerapan pedoman perawatan kesehatan di rumah
- 7) PP No. 25 thn 2000 tentang pelimpahan kewenangan pusat ke daerah
- 8) Permenkes 920 thn 1986 tentang pelayanan medik swasta
- 9) Kepmenkes No. 148 tahun 2010 tentang izin & penyelenggaraan praktik perawat
- 10) Permenkes 17/ 2013

Mekanisme perizinan pendirian home care sebagai berikut: Berbadan hukum yang ditetapkan dalam akte notaris Mengajukan ijin usaha Home care kepada Dinkes Kab/Kota setempat dengan melampirkan:

1. Rekomendasi dari PPNI
2. Ijin lokasi bangunan
3. Ijin lingkungan
4. Ijin usaha

5. Persyaratan tata ruang bangunan meliputi :
 - a. ruang direktur
 - b. ruang manajemen pelayanan
 - c. gudang sarana dan peralatan
 - d. sarana komunikasi
 - e. sarana transportasi
6. Perawat yang akan mendirikan praktek keperawatan harus memiliki SIPP (Surat Izin Praktik Perawat). Menurut Permenkes No. 148 Tahun 2010 persyaratan yang harus dipersiapkan adalah:
 - a. FC STR/SIP yang masih berlaku & dilegalisir
 - b. SK sehat dari kantor yang memiliki SIP
 - c. Surat Pernyataan memiliki tempat praktik
 - d. Foto berwarna 4x6 sebanyak 3 lembar
 - e. Rekomendasi PPNI

Akreditasi

Penilaian kembali terhadap mutu pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat, dilakukan baik oleh pemerintah atau badan independen yang akan mengendalikn pelayanan kesehatan rumah. Tujuan proses akreditasi, agar seluruh komponen pelayanan dapat berfungsi secara optimal, tidak terjadi penyalahgunaan serta penyimpangan. Komponen evaluasi meliputi:

1. Pelayanan masyarakat
2. Organisasi dan administrasi
3. Program
4. Staf/personal
5. Evaluasi

Kerugian yang ditimbulkan dalam pelayanan home care tetap memiliki implikasi sanksi apakah bersifat pelanggaran etik, pelanggaran disiplin, atau pelanggaran hukum. Pasien yang mendapat pelayanan home care kemudian mendapat kerugian memiliki hak untuk menuntut dokter melalui semua jalur. Oleh karenanya pemberi layanan home care perlu menjaga komunikasi efektif dan penerapan standar pelayanan dan standar prosedur operasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyani dkk. 2022. Penerapan Etika Perawat Dalam Pelayanan Praktik Home Care. *Journal Complementary of Health (JCoHealth)* Vol.2 Issue.1 March 2022, pp: 67-72
iliananggarini.blogspot.com/2015/11/etika-keperawatan-dalam-homecare.html?m=1
[https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jim/article/view/34984/pdf/Users/lenovo/Downloads/591 Article%20Text-1357-2-10-20200830.pdf](https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jim/article/view/34984/pdf/Users/lenovo/Downloads/591%20Article%20Text-1357-2-10-20200830.pdf)
- Undang - Undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang - Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 tahun 2014 tentang Klinik.

BIODATA PENULIS



Joice Mermly Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep., Lahir pada tanggal 17 Januari 1972 dari pasangan Noch Laoh dan Lely Kalalo. Istri dari Rudolf Boyke Purba., SKM., M.Kes. Lahir di Tomohon, 17 Januari 1972. Sekolah Dasar GMIM Tambelang tamat 1984 dan SMP Negeri Tambelang tamat tahun 1987. Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Bethesda Tomohon tamat tahun 1990 kemudian mengikuti Program Pendidikan Bidan (PPB) di Bethesda Tomohon tamat tahun 1991 dan diangkat sebagai CPNS tahun 1991. Pada Tahun 1994 saya kembali di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dan mengikuti tes Diploma 3 Keperawatan yang diselenggarakan oleh DEPKES akhirnya LULUS sehingga bisa mengikuti Pendidikan AKPER DEPKES Tidung Ujung Pandang tamat tahun 1999 bersama AKTA 3 dari Universitas Negeri Makassar tahun 1999. Saya Mengikuti S1 Pendidikan di Universitas Negeri Manado (UNIMA) lulus tahun 2003, dan melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Sam Ratulangi Manado (UNSRAT) Lulus tahun 2007, dilanjutkan dengan Profesi Ners lulus tahun 2008. Melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) masuk 2009 Lulus Tahun 2011. Bekerja sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2004- sampai sekarang.

BAB 4

Model atau Teori Home care

Despita Pramesti, S.Kep., Ns., M.Kes

A. Pendahuluan

Homecare merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien. Konsep ini telah dikembangkan oleh William Rathon sejak tahun 1859 di Liverpool yang dinamakan perawatan di rumah dalam bentuk kunjungan tenaga keperawatan ke rumah untuk mengobati pasien yang sakit dan tidak bersedia dibawa ke rumah sakit. Florence Nightingale juga melakukan perawatan di rumah dengan memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami sakit terutama bagi pasien dengan status ekonomi rendah, kondisi sanitasi, kebersihan diri dan lingkungan dan gizi buruk sehingga beresiko terhadap berbagai jenis infeksi yang umum ditemukan di masyarakat (Triwibowo, 2012).

Di Indonesia, konsep home care ini merupakan solusi paling tepat untuk mengantisipasi jumlah pasien yang tidak tertampung di rumah sakit. Dengan konsep home care 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 (Rahmi & Ramadhanti, 2017).

B. Model Atau Teori Homecare

Teori home care dikembangkan dari sebuah ikhtiar terhadap hidup dan pengalaman yang diperoleh dari berbagai penelitian keperawatan. Model teori ini disusun dalam bentuk konsep batasan kerja, sistem, aturan, dan model yang dapat

menggambarkan sebuah fenomena. Sehingga diamati dan disimpulkan sebuah proses sistematis, generalisasi hipotesis, proses, dan evaluasi. Tujuan teori home care ini digunakan untuk (Parellangi, 2018):

1. Memberikan arahan batasan menggunakan praktek keperawatan secara professional
2. Menggambarkan hubungan antara pasien dan perawat
3. Memberikan arahan berpikir sesuai dengan pengalaman yang dimiliki oleh pasien dan perawat
4. Sebagai acuan dalam pelaksanaan penelitian keperawatan
5. Memberikan petunjuk tentang peran yang harus dilakukan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Adapun model atau teori-teori yang mendukung homecare, yaitu sebagai berikut :

1. Teori *Environment* : Florence Nightingale

Florence Nightingale sebagai peletak dasar keperawatan modern menjelaskan bahwa sakit merupakan proses perbaikan (reparative) yang tidak selalu diikuti oleh suatu proses ketakutan. Dalam teori ini menjelaskan bahwa teori environment merupakan suatu proses ujian alam sebagai wujud perusakan yang sebelumnya akan diperlihatkan dalam bentuk tanda-tanda penurunan, bukan penyakit semata (Parellangi, 2018).

Menurut (Alligood, 2021) dalam (Fitriana, Yossi, 2022) Teori Nightingale berfokus pada lingkungan, dimana yang dimaksud adalah lingkungan fisik (ventilasi, cahaya, kebersihan, diet, kebisingan) Lingkungan fisik yang sehat diperlukan untuk memenuhi perawatan dan menjadi salah satu penunjang dalam pemeliharaan kesehatan. Nightingale mendefinisikan dan menjelaskan konsep ventilasi, cahaya, kebersihan, diet dan kebisingan sebagai berikut:

- a. Ventilasi yang baik bagi pasien tampaknya menjadi perhatian terbesar Nightingale. Penekanan Nightingale pada ventilasi yang baik menunjukkan bahwa ia mengenali lingkungan sebagai sumber penyakit sekaligus sebagai sumber pemulihan. Perawat diperintahkan untuk menata lingkungan dengan mempertahankan ventilasi dan kehangatan pasien

menggunakan pemanasan yang baik, membuka jendela dan memposisikan pasien di dalam ruangan yang tidak lembab.

- b. Cahaya dalam teori Nightingale mengidentifikasi sinar matahari langsung memiliki efek nyata bagi tubuh untuk mencapai efek menguntungkan dari sinar matahari, para perawat diinstruksikan untuk menggerakkan dan memposisikan pasien untuk mengekspos mereka terhadap sinar matahari.
 - c. Kebersihan adalah konsep penting lainnya dari teori lingkungan Nightingale. Nightingale mencatat bahwa lingkungan yang kotor (lantai, dinding, seprai, dan karpet) adalah sumber infeksi dari bahan organik yang dikandungnya. Bahkan lingkungan berventilasi baik, kehadiran bahan organik dapat menciptakan area kotor. Oleh karena itu, penanganan dan pembuangan kotoran tubuh dan limbah yang tepat diperlukan untuk mencegah kontaminasi lingkungan. Nightingale menganjurkan pasien menjaga kebersihan tubuh dengan mandi setiap hari dan mengharuskan perawat menjaga kebersihan setiap hari, mencuci tangan, mengganti baju dan linen.
 - d. Diet dalam teori Nightingale, para perawat diinstruksikan untuk tidak hanya menilai asupan makanan, tetapi juga jadwal makan dan efeknya pada pasien. Nightingale percaya bahwa pasien dengan penyakit kronis bisa kekurangan asupan makanan yang tidak disengaja, dan perawat diharapkan bisa memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan baik.
 - e. Kebisingan menurut Nightingale berpendapat perawat perlu menilai kebutuhan terhadap ketenangan dan mempertahankannya. Kebisingan diciptakan oleh kegiatan fisik di daerah sekitar kamar pasien dan harus dihindari karena dapat mengganggu pasien.
2. *Theory of Science of Unitary Human Beings*: Martha E. Rogers

Dalam teori ini didasarkan pada asumsi atau pendapat bahwa manusia adalah makhluk yang senantiasa dapat berinteraksi dengan alam. Interaksi yang dilakukan ini akan menghasilkan pola energi. Berdasarkan teori Rogers, sakit muncul akibat ketidakmampuan dan ketidakseimbangan energi penanganan dengan metode

terapi modalitas/komplementer. Dasar teori Rogers adalah ilmu tentang asal-usul manusia dalam alam semesta, seperti, antropologi, sosiologi, agama, filosofi, perkembangan sejarah dan mitologi dan teori ini juga berfokus pada proses kehidupan manusia secara utuh.

Manusia merupakan makhluk yang memiliki kepribadian unik, antara satu dan lainnya memiliki perbedaan. Asumsinya bahwa individu dan lingkungan saling tukar menukar energi dan material satu sama lain.

Aplikasi teori *Science of Unitary Human Beings* dalam pelayanan *home care*, yaitu sebagai berikut:

- a. Terapi komplementer sebagai alternatif berbasis biologis seperti paduan antara herbal dan suplemen
 - b. Terapi komplementer sebagai alternatif berbasis energi seperti prana, reiki, qi-gong, dan *infrared*.
 - c. Terapi komplementer sebagai alternatif berbasis *body* manipulasi seperti *massage*, shiatus, refleksi, akupresur, bekam, dan *akupunture*
 - d. Terapi komplementer sebagai alternatif berbasis *Mind and Body* seperti meditasi, terapi tertawa, yoga, dan *story telling*.
 - e. Sistem terapi seperti ayur wedha atau obat tradisional Cina.
3. Teori Trancultural Nursing : Leininger

Trancultural Nursing berasal dari disiplin ilmu antropologi dan dikembangkan dalam konteks ilmu keperawatan. Pakar keperawatan *Leininger* mengungkapkan betapa pentingnya keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan. Dalam teori ini akan dijabarkan konsep keperawatan yang didasari oleh berbagai pemahaman mengenai adanya perbedaan nilai kultural yang melekat didalam masyarakat. Pada teori ini ditekankan pentingnya pemahaman budaya pasien dan keluarga ketika perawat memberikan pelayanan kesehatan. Peran perawat dalam konteks ini dihadapkan berbagai dilema antara tetap fokus

menggunakan pendekatan konvensional dan mengabaikan atau menolak konsep budaya pasien tentang penyakit.

Leininger beranggapan pentingnya memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan, karena pasien adalah manusia yang unik sehingga penanganan harus dilakukan secara holistic guna mencegah terjadinya *cultural shock*. *Cultural shock* akan dialami oleh klien Ketika perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan.

Aplikasi teori transcultural nursing dalam pelayanan home care nursing pada pasien dengan memperhatikan aspek budaya yang diyakini oleh pasien, seperti:

- a. Filosofi dan keyakinan pasien
 - b. Pandangan hidup pasien
 - c. Pendidikan
 - d. Pekerjaan
 - e. Keekerabatan
 - f. Teknologi
 - g. Regulasi
4. *Theory of Human Caring: Watson*

Teori ini mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan keperawatan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian memengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Teori ini memiliki pandangan jika manusia terdiri dari empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan yaitu kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk

pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri (Triwibowo, 2012).

Menurut Suardana dalam (Parellangi, 2018) Konsep dari Watson ini menekankan bahwa penyakit terjadi akibat disharmoni antara fisik dan pikiran serta jiwa. Untuk itu ditekankan bahwa penanganan pasien secara holistik menjadi hal yang sangat penting dalam homecare.

5. *Self-Care Deficit Theory of Nursing : Dorothea Orem*

Teori *self care* ini dikembangkan oleh pakar keperawatan yaitu Dorothea Orem. Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Dalam konsep praktik keperawatan Orem mengembangkan dua bentuk teori *Self Care*, di antaranya (Triwibowo, 2012) :

a. Perawatan diri sendiri (*Self Care*)

- 1) *Self Care*: merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.
- 2) *Self Care Agency*: merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain.
- 3) *Theurapeutic Self Care Demand*: tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.
- 4) *Self Care Requisites*: kebutuhan *self care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi

tubuh. *Self Care Requisites* terdiri dari beberapa jenis, yaitu : *Universal Self Care Requisites* (kebutuhan universal manusia yang merupakan kebutuhan dasar), *Developmental Self Care Requisites* (kebutuhan yang berhubungan perkembangan individu) dan *Health Deviation Requisites* (kebutuhan yang timbul sebagai hasil dari kondisi pasien).

b. *Self Care Defisit*

Self Care Defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan self carenya secara terus menerus. *Self care defisit* dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan self care, baik secara kualitas maupun kuantitas. Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain.

c. *Nursing System*

Menurut Tomey & Alligood dalam (Parellangi, 2018) *Nursing system* adalah bagian dari pertimbangan praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan koordinasi untuk mencapai kebutuhan perawatan diri (*self care demand*) pasiennya dan untuk melindungi dan mengontrol latihan/ pengembangan dari kemampuan perawatan diri pasien (*self care agency*).

Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi dari system keperawatan berdasarkan kemampuan pasien dalam mencapai syarat pemenuhan perawatan diri.

1) *Wholly Compensatory System*

Sistem penyeimbang keperawatan menyeluruh merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan kompensasi penuh kepada pasien karena ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan keperawatan secara mandiri serta membutuhkan tindakan penyembuhan dan manipulasi sehingga perawat mengambil alih pemenuhan *self care* secara menyeluruh kepada pasien yang tidak mampu. Misalnya pada pasien koma atau pasien bayi.

2) *Partly Compensatory System*

Sistem penyeimbang sebagian yaitu sistem keperawatan dalam memberikan perawatan diri kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal. Perawat mengambil alih beberapa aktivitas yang tidak dapat dilakukan oleh pasien dalam memenuhi kebutuhan *self care*-nya pada saat perawat dan pasien menjalankan intervensi perawatan yang melibatkan tugas manipulatif atau penyembuhan. Misalnya pasien usia lanjut atau pasien stroke dengan kelumpuhan.

3) *Supportive Education System*

Sistem yang mendukung atau mendidik yaitu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk memberikan dukungan dan pendidikan agar pasien mampu melakukan perawatan mandiri. Perawat memberikan pendidikan kesehatan untuk memotivasi melakukan *self care*, tetapi yang melakukan *self care* adalah pasien sendiri. Misalnya dengan mengajarkan pasien merawat lukanya dan mengajarkan bagaimana cara menyuntik insulin.

Aplikasi teori *Self Care Deficit* dalam pelayanan *home care nursing* yaitu perawat *home care* membantu pemenuhan kebutuhan dasar pasien berdasarkan:

- a. *Wholly Compensatory*. Pasien dengan ketergantungan penuh dan harus dirawat secara penuh oleh perawat *home care*.
 - b. *Partly Compensatory*. Pasien ketergantungan sebagian hanya memerlukan penanganan secara parsial. Apakah hanya 16 jam, 8 jam atau untuk Tindakan keperawatan tertentu.
 - c. *Supportive - educative*. Perawat membantu sebagai konsultan atau membantu pasien dalam mengambil keputusan
6. *Health Expanding Consciousness: Margaret Newman*

Tugas seorang perawat dalam melakukan *home care* bukan hanya membantu mengatasi masalah yang muncul sebagai respons dari penyakit yang dialami, perawat juga diharapkan membantu mencari penyebab terjadinya masalah dan membantu pasien dan keluarga dalam mencari jalan keluar.

Newman beranggapan bahwa kondisi sakit timbul akibat ketidakpahaman terhadap sesuatu yang dapat menimbulkan penyakit. Ketidakpahaman ini akan mengakibatkan kegagalan dalam mengambil keputusan sehingga mampu mempengaruhi perilaku pasien dan perilaku yang tidak mendukung kesehatan akan mengakibatkan pasien menjadi sakit (Parellangi, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed). St. Louis, MO: Elsevier.
- Fitriana, Yossi, et al. (2022). *Paliatif Care Dan Home Care*. Media Sains Indonesia.
- Parellangi, A. (2018). *Home Care Nursing Aplikasi Praktik Berbasis Evidence-Based* (1st ed.). Andi Offset.
- Rahmi, U., & Ramadhanti, D. (2017). Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Manajemen Pelayanan Hospital Homecare Di Rsud Al-Ihsan Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 3(1), 78. <https://doi.org/10.17509/jpki.v3i1.7488>
- Triwibowo, C. (2012). *Home Care Konsep Kesehatan Masyarakat* (1st ed.). Nuha Medika.

BIODATA PENULIS



Despita Pramesti, S.Kep.Ns. M.Kes lahir di Yogyakarta, pada 7 Juni 1986. tercatat sebagai lulusan S1 Keperawatan dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah (STIKes 'Aisyiyah) Yogyakarta dan S2 Magister Kedokteran Keluarga minat pendidikan profesi kesehatan Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta. Penulis saat ini menjadi Dosen di Universitas Alma Ata.

BAB 5

Peran Perawat Dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah

Yourisna Pasambo, Ners, M.Kes

A. Pendahuluan

Home care merupakan salah satu bagian dari pelayanan kesehatan komprehensif yang dapat diberikan oleh perawat kepada individu, keluarga, maupun komunitas di tempat tinggal klien. Pelayanan *home care* merupakan upaya promotif dan usaha perawat dalam membantu klien meningkatkan kemandirian dan mengurangi efek dari ketidakmampuan dan kesakitan termasuk klien yang mengalami penyakit terminal. *Home care* bertujuan membantu klien mendapatkan kembali tingkat kesehatan serta kemandirian yang maksimal. Komponen yang terlibat dalam *home care* adalah klien, keluarga, serta profesi pemberi pelayanan kesehatan, salah satunya perawat (Haswira et al., 2019).

Di Indonesia, masyarakat masih cenderung menganut model *extended family* (keluarga besar), dimana keluarga akan mempertahankan seluruh anggota keluarga dapat tinggal bersama dalam satu rumah. Menyikapi hal ini, wahana Pembangunan Jangka Panjang (PJP) di Indonesia mengutamakan pelayanan kesehatan *home care*, sehingga akan terjadi pergeseran dari perawatan institusional ke perawatan rumah. Hal ini membuka peluang bagi perawatan *home care* untuk perawat di Indonesia (Hartono, 2016).

B. Pengertian Perawat *Home Care*

Perawat *home care* adalah seorang profesional yang memberikan pelayanan asuhan keperawatan bagi klien maupun keluarga di tempat tinggal klien. Tujuan pemberian layanan keperawatan adalah membantu mengatasi masalah

kesehatan klien dengan melibatkan keluarga dalam mendukung perawatan dan penyembuhan klien sampai akhirnya klien bersama keluarga dapat mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri. Dalam melaksanakan *home care*, perawat dapat bekerja sendiri maupun bekerja dengan tim sesama perawat maupun tenaga kesehatan lainnya (Parellangi, 2018).

C. Peran Perawat dalam Pemberian Layanan Kesehatan

Keperawatan diakui sebagai sebuah profesi. Perawat merupakan seorang yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi keperawatan yang diakui oleh pemerintah, baik di luar maupun di dalam negeri (Yuliati, 2020).

Sebagai profesi, perawat bertugas memberikan layanan /asuhan keperawatan kepada pasien, baik di rumah sakit maupun di rumah / praktik mandiri perawat. Terdapat beberapa peran dan fungsi perawat dalam meningkatkan layanan kesehatan kepada pasien, yaitu (Supartini et al., 2022):

1. Sebagai *Care Provider* (Pemberi Asuhan Keperawatan)
Dalam peran ini, perawat memberikan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, baik di rumah sakit maupun komunitas, baik bagi individu, keluarga, maupun masyarakat dalam kondisi sehat, sakit maupun kondisi gawat darurat.
2. Sebagai *Communicator*
Dalam peran ini, perawat melakukan komunikasi serta interaksi yang efektif dan bersifat terapeutik, baik kepada klien (individu, keluarga, dan masyarakat), maupun bagi sesama perawat serta tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya.
3. Sebagai *Community Leader*
Dalam peran ini, perawat bertugas menggerakkan masyarakat dalam melakukan upaya promotif dan preventif untuk mencapai hidup sehat melalui pemberdayaan masyarakat.
4. Sebagai *Educator*
Dalam peran ini, perawat memberikan pendidikan / penyuluhan kesehatan kepada individu dan masyarakat, baik di rumah sakit, keluarga maupun komunitas.

5. Sebagai *Manager And Leader*

Dalam peran ini, perawat bertugas memimpin dan mengatur pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit maupun dan komunitas melalui kolaborasi, transaksi, dan interaksi dengan sesama perawat maupun tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya.

6. Sebagai *Researcher*

Sebagai *researcher*, perawat berperan penting dalam mengembangkan ilmu terapan keperawatan serta mengembangkan standar praktik keperawatan di tempat pemberian layanan keperawatan baik di rumah sakit maupun komunitas dengan cara melaksanakan penelitian.

D. Peran Perawat dalam Pelayanan Kesehatan di Rumah (*Home Care*)

Pelayanan kesehatan di rumah (*home care*) merupakan salah satu layanan praktik keperawatan mandiri. Praktik keperawatan mandiri merupakan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat, baik secara perorangan maupun kelompok di luar fasilitas pelayanan kesehatan (di tempat praktik mandiri perawat). Tujuannya meningkatkan kemandirian klien dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan perawatan diri, khususnya bagi klien yang perlu dibantu karena mengalami ketidaktahuan, ketidakmampuan, dan ketidakmauan (DPP PPNI, 2017).

Dalam pemberian asuhan keperawatan *home care*, terdapat tiga tingkatan, yaitu (Yuliati, 2020):

7. Sebagai sistem pengganti keseluruhan.

Dalam hal ini perawat memberikan pelayanan keperawatan total kepada klien karena ketergantungan klien yang tinggi terhadap pemenuhan kebutuhan dasarnya

8. Sebagai sistem pengganti sebagian.

Dalam tingkatan ini, perawat dan klien dapat berkolaborasi dalam pemberian pelayanan keperawatan sesuai dengan tingkat kemandirian klien.

9. Sebagai sistem dukungan/pendidikan.

Dalam hal ini, klien mampu merawat diri sendiri dan hanya memerlukan bimbingan dari perawat.

Kualifikasi perawat yang dapat melakukan praktik *home care* adalah (DPP PPNI, 2017):

1. Perawat vokasi, yaitu perawat lulusan Diploma III Keperawatan yang memiliki pengalaman praktik minimal dua tahun
2. Perawat profesi, yaitu perawat lulusan Pendidikan Profesi Ners yang memiliki pengalaman praktik minimal dua tahun serta lulusan program Pendidikan Ners Spesialis.

Berdasarkan kualifikasinya, peran perawat *home care* dapat dibedakan sebagai berikut (DPP PPNI, 2017):

1. Perawat vokasi
 - a. Memandu praktik dengan menerapkan keterampilan penyelesaian masalah
 - b. Peran dalam mengurangi kesakitan serta meningkatkan pola hidup dan lingkungan yang sehat melalui promosi kesehatan, baik kepada individu maupun kelompok masyarakat
 - c. Mendukung pengkajian perawat teregistrasi melalui pengumpulan data kesehatan sesuai dengan bidang yang didelegasikan
 - d. Menemukan masalah kesehatan, baik aktual maupun potensial serta mendokumentasikan setiap temuan yang menyimpang
 - e. Memastikan keakuratan data serta mendokumentasikan sesuai dengan kebijakan organisasi dan standar profesi
 - f. Membantu ners dan ners spesialis menyusun intervensi sesuai hasil pengkajian
 - g. Bersama perawat supervisor menetapkan asuhan keperawatan prioritas yang akan diberikan
 - h. Menyampaikan informasi yang tepat kepada klien terkait intervensi yang menjadi tanggung jawabnya
 - i. Meminta saran dan dukungan penasehat jika menemukan klien yang mengalami keterbatasan saat akan diberikan asuhan keperawatan
 - j. Melakukan koordinasi dengan ners dan ners spesialis untuk merevisi intervensi secara reguler

- k. Menjaga keberlangsungan intervensi yang akurat dan terupdate dibawah pengawasan ners dan ners spesialis
 - l. Melaksanakan implementasi keperawatan dibawah pengawasan ners dan ners spesialis
 - m. Secara akurat dan tepat waktu melakukan dokumentasi hasil implementasi serta respon klien
 - n. Menemukan dan melaporkan kondisi klien yang tidak diharapkan
 - o. Dengan cepat dan tepat meminta bantuan saat terjadi bencana / kondisi gawat darurat
 - p. Memberikan bantuan hidup dasar bagi klien sambil menunggu bantuan tiba
 - q. Mengevaluasi dan mencatat hasil pelaksanaan asuhan keperawatan dengan tepat dan lengkap
 - r. Melakukan komunikasi dengan jelas dan konsisten, baik secara verbal, tertulis, maupun elektronik sesuai tanggung jawab profesinya
 - s. Menghormati latar belakang budaya klien maupun tenaga kesehatan lainnya
 - t. Menyampaikan informasi yang relevan kepada tenaga kesehatan lain terkait pemahaman klien atau keluarga
 - u. Mendukung terciptanya lingkungan kerja yang kondusif
 - v. Melakukan pendekatan dan gaya kepemimpinan sesuai dengan situasi yang ada
 - w. Mengidentifikasi konflik dan mencari solusi menggunakan keterampilan interpersonal dan mekanisme organisasi
2. Ners
- a. Mengaplikasikan pendekatan sistem dan kemampuan berpikir kritis untuk menyelesaikan masalah dan membuat keputusan dan pemberian asuhan keperawatan profesional
 - b. Bekerjasama dengan sesama perawat dan profesi lain dalam melaksanakan promosi kesehatan kepada masyarakat untuk mengurangi kesakitan, memperbaiki pola hidup dan menciptakan lingkungan yang sehat
 - c. Melakukan pengumpulan data subjektif dan objektif melalui pengkajian keperawatan yang holistik dan sistematis

- d. Menganalisa data dari hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosis keperawatan
- e. Menyusun intervensi keperawatan yang komprehensif sesuai dengan diagnosis keperawatan
- f. Berkolaborasi dengan klien dan pemberi asuhan lain untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan
- g. Jika memungkinkan, melibatkan klien dalam penyusunan intervensi keperawatan agar klien memperoleh informasi yang jelas sehingga klien memberikan persetujuan pelaksanaan intervensi
- h. Meminta saran dan dukungan dari penasehat jika klien mengalami hambatan ataupun belum memberi persetujuan pelaksanaan asuhan
- i. Mengevaluasi intervensi keperawatan secara berkala
- j. Meyakinkan pemberian asuhan yang terupdate, akurat, serta terdokumentasi
- k. Melaksanakan implementasi keperawatan sesuai standar praktik keperawatan
- l. Mendokumentasikan hasil implementasi serta respon klien dengan akurat dan tepat waktu
- m. Memberikan respon yang cepat jika kondisi klien mengalami perubahan yang tidak diharapkan
- n. Memberikan respon yang cepat dan tepat terhadap kondisi gawat darurat / bencana, termasuk pemberian bantuan hidup dasar.
- o. Mendokumentasikan secara akurat dan lengkap perkembangan hasil asuhan keperawatan
- p. Mengevaluasi perkembangan hasil asuhan keperawatan sesuai target pencapaian yang ditargetkan
- q. Memodifikasi intervensi keperawatan berdasarkan data hasil evaluasi
- r. Menyampaikan informasi terkait tanggung jawab profesinya dengan konsisten, jelas, dan akurat
- s. Menghormati latar belakang budaya dari klien maupun tenaga kesehatan lainnya
- t. Menciptakan lingkungan kerja yang kondusif melalui advokasi dan bertindak dalam rentang kendalinya
- u. Menyesuaikan pendekatan dan gaya kepemimpinan dalam situasi yang berbeda

- v. Bijaksana dalam menghadapi konflik dan mencari solusi melalui penggunaan keterampilan komunikasi yang efektif
 - w. Berkontribusi dalam menumbuhkan sikap saling percaya dan menghargai sesama anggota tim
 - x. Melaksanakan pengelolaan waktu secara efisien
 - y. Melakukan modifikasi terhadap perubahan prosedur dan kebijakan organisasi
 - z. Berkontribusi dalam mengembangkan profesi, baik kepada mahasiswa maupun rekan sejawat dalam tim kerja
3. Ners Spesialis
- a. Mengaplikasikan pendekatan sistem dan kemampuan berpikir kritis untuk menyelesaikan masalah dan membuat keputusan dan pemberian asuhan keperawatan spesialis
 - b. Bekerjasama dengan sesama perawat dan profesi lain dalam melaksanakan promosi kesehatan kepada masyarakat untuk mengurangi kesakitan, memperbaiki pola hidup dan menciptakan lingkungan yang sehat
 - c. Melakukan pengumpulan data subjektif dan objektif melalui pengkajian keperawatan yang holistik dan sistematis
 - d. Menganalisa data dari hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosis keperawatan
 - e. Menyusun intervensi keperawatan yang komprehensif sesuai dengan diagnosis keperawatan
 - f. Berkolaborasi dengan klien dan pemberi asuhan lain untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan
 - g. Jika memungkinkan, melibatkan klien dalam penyusunan intervensi keperawatan agar klien memperoleh informasi yang jelas sehingga klien memberikan persetujuan pelaksanaan intervensi
 - h. Meminta saran dan dukungan dari penasehat jika klien mengalami hambatan ataupun belum memberi persetujuan pelaksanaan asuhan
 - i. Berkolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan revisi intervensi secara berkala jika memungkinkan

- j. Meyakinkan pemberian asuhan yang terupdate, akurat, serta terdokumentasi
- k. Melaksanakan implementasi keperawatan sesuai standar praktik keperawatan spesialis
- l. Mendokumentasikan hasil implementasi serta respon klien dengan akurat dan tepat waktu
- m. Memberikan respon yang cepat jika kondisi klien mengalami perubahan yang tidak diharapkan
- n. Memberikan respon yang cepat dan tepat terhadap kondisi gawat darurat / bencana, serta memimpin pelaksanaan triage dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan pada klien.
- o. Mendokumentasikan secara akurat dan lengkap perkembangan hasil asuhan keperawatan
- p. Mengevaluasi perkembangan hasil asuhan keperawatan sesuai target pencapaian yang ditargetkan
- q. Melibatkan klien, keluarga, serta tim kesehatan lainnya dalam melakukan evaluasi terhadap perkembangan asuhan keperawatan sesuai target pencapaian
- r. Melakukan modifikasi terhadap intervensi keperawatan berdasarkan data hasil evaluasi
- s. Menyampaikan informasi terkait tanggung jawab profesinya dengan konsisten, jelas, dan akurat
- t. Menghormati latar belakang budaya dari klien maupun tenaga kesehatan lainnya
- u. Menyampaikan informasi yang relevan kepada tim tenaga kesehatan lainnya terkait pemahaman klien dan keluarga
- v. Menciptakan lingkungan kerja yang kondusif melalui advokasi dan bertindak dalam rentang kendalinya
- w. Menyesuaikan pendekatan dan gaya kepemimpinan dalam situasi khusus di area praktik spesialis
- x. Bijaksana dalam menghadapi konflik dan mencari solusi melalui penggunaan keterampilan komunikasi yang efektif
- y. Memimpin dengan cara yang dapat menginspirasi rasa saling menghargai dan percaya diri dari anggota lain
- z. Menetapkan secara jelas kontribusi dan harapan - harapan yang diinginkan oleh anggota tim, dalam

perannya sebagai ketua tim dan sesuai dengan uraian tugas terbaru

- aa. Memprioritaskan beban kerja, mengelola waktu secara efektif dan mengalokasikan sumber - sumber untuk mencapai hasil yang optimal
- bb. Melakukan penyesuaian terhadap prosedur dan kebijakan organisasi terbaru dan menampilkan kepemimpinan dalam pengembangan dan pengimplementasian prosedur khusus dan kebijakan pada area spesialis
- cc. Berkontribusi terhadap pengembangan pendidikan spesialis keperawatan, baik terhadap siswa maupun terhadap rekan perawat
- dd. Melakukan transformasi dalam memberikan pengaruh terhadap inovasi dan adaptasi dalam organisasi pelayanan keperawatan serta praktik spesialis
- ee. Mengenal dan menghormati pengetahuan, keterampilan, serta peran anggota tim Kesehatan lainnya dalam pelaksanaan tanggung jawab
- ff. Mendukung peningkatan pelayanan keperawatan melalui kolaborasi dengan tenaga medis dan tenaga Kesehatan lainnya
- gg. Memanfaatkan pengetahuan serta keterampilan dalam mewujudkan praktik kerja intra dan interpersonal yang efektif
- hh. Menjelaskan pemahaman klien dan keluarga dalam rangka pengambilan keputusan dalam tim interprofesional
- ii. Menjamin pemberian intervensi keperawatan yang terbaik kepada klien dengan menerima dan melakukan rujukan dari dan ke pemberi layanan Kesehatan yang lain

DAFTAR PUSTAKA

- DPP PPNI. (2017). *Pedoman Praktik Keperawatan Mandiri*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).
- Hartono, T. Y. (2016). Efektifitas Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat Oleh Dinas Kesehatan Kota Samarinda. *Ejournal Ilmu Administrasi Publik*. <https://ejournal.ap.fisip-unmul.ac.id/site/?p=2012>
- Haswira, M., Wahidin, W., & Ahmad, S. (2019). Evaluation Of Home Care Program Implementation In The Bara-Baraya Puskesmas Makassar City. *Jurnal Administrasi Negara*, 25(3), 212–228. <https://doi.org/10.33509/jan.v25i3.889>
- Parellangi, A. (2018). *Home Care Nursing : Aplikasi Praktik Berbasis Evidence-Based*. Penerbit Andi. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1160057>
- Supartini, Y., Mulat, T. C., Supriyatno, H., Sutini, T., Anjaswarni, T., Astuti, Y., Muftadi, Maryana, Ropei, O., Pustikasari, A., & Dewi, I. (2022). *Kurikulum Pendidikan Sarjana Terapan Keperawatan Indonesia*. Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Indonesia (AIPViKI).
- Yuliati. (2020). *Tugas, Peran, dan Fungsi Perawat dalam Pelayanan Keperawatan Home Care*. Universitas Esa Unggul.

BIODATA PENULIS



Yourisna Pasambo, Ners, M.Kes lahir di Toraja Utara, pada tanggal 06 Oktober 1984. Penulis menyelesaikan pendidikan dasar hingga menengah atas di Kabupaten Tana Toraja, selanjutnya meneruskan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan S2 Ilmu Biomedik (Fisiologi) di Universitas Hasanuddin. Penulis mengawali karirnya sebagai dosen tetap di Akper Sandi Karsa Makassar. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Manado.

BAB 6

Pelaksanaan Home Care Pada Kelompok Anak

Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si

A. Pendahuluan

Home Care pada anak sebagai model pelayanan yang mampu menjawab kebutuhan masyarakat saat ini mulai dilirik di Indonesia Home care menjadi suatu pilihan untuk meningkatkan kesehatan anak. Perkembangan teknologi memberikan dampak yang besar pada variasi kebutuhan kesehatan anak. Program kunjungan rumah menjadi program intervensi yang populer untuk mengatasi masalah kesehatan anak.

Trend kesehatan pada kelompok anak yang berkembang saat ini yaitu: meningkatnya jumlah anak yang perlu mendapatkan pelayanan home care, anak sakit yang sangat berat cenderung akan dipulangkan kerumah lebih awal, pasien dengan terminal care memerlukan perawat khusus dirumah dan orangtua memiliki peran utama dalam merawat anak dengan penyakit terminal di rumah.

B. Tujuan Home Care Pada Kelompok Anak

Home care bertujuan menyediakan berbagai jenis pelayanan kesehatan bagi anak di rumah. Tujuan primer dari pelayanan Home Care adalah promosi kesehatan dan edukasi untuk kesehatan anak, tetapi sebagian besar anak anak memperoleh pelayanan rumah karena adanya kebutuhan perawatan atau pelayanan medis. Fokus utama home care adalah pada kemandirian anak dan keluarganya (Potter dan Perry, 2009)

C. Manfaat Home Care Pada Kelompok Anak

Home care pada anak akan memberikan manfaat (Triwibowo dalam Parellangi, 2020) yaitu: 1. Pelayanan lebih profesional 2. Pelayanan akan lebih sempurna, holistic dan komprehensif 3. Pelayanan keperawatan mandiri dapat diaplikasikan di bawah naungan legal dan etik keperawatan 4. Kebutuhan pasien akan dapat terpenuhi sehingga pasien lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan profesional.

D. Jenis Pelayanan Home Care Pada Kelompok Anak

Jenis pelayanan home care yang dapat dilakukan pada anak dengan kasus yang merupakan pasien pasca perawatan di rumah sakit (Rice dalam Parellangi, 2020), yaitu:

1. Anak dengan diabetes
2. Anak dengan HIV/AIDS
3. Anak dengan perlukaan kronis
4. Anak dengan gangguan oksigenasi
5. Anak dengan penyakit gagal jantung
6. Anak dengan terapi cairan infus di rumah
7. Anak dengan gangguan fungsi persyarafan
8. Anak dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi.

E. Bentuk Pelayanan Home Care Pada Kelompok Anak

Bentuk pelayanan dalam Home Care pada anak (Potter dan Perry, 2009) yaitu:

1. Perawatan luka (penggantian verban steril, debridemen, irigasi dan edukasi teknik perawatan luka pada anak dan keluarga.
2. Tanda-tanda vital (memonitor tekanan darah, nadi, suhu, respirasi dan saturasi oksigen)
3. Nutrisi (penilaian status gizi dan hidrasi)
4. Rehabilitasi (pelatihan rawat jalan, penggunaan alat bantu, edukasi teknik transfer terhadap anak dan keluarga)
5. Pengobatan (memonitor kepatuhan, melakukan injeksi obat, edukasi informasi obat terhadap anak dan keluarga untuk mempersiapkan obat dan menjelaskan langkah yang diambil bila terjadi efek samping obat)

6. Terapi intravena (penggunaan produk darah, pemberian analgesik, dan agen kemoterapi serta hidrasi jangka panjang, edukasi penggunaan alat intravena pada anak dan keluarga).

Berdasarkan SK Dirjen Dirjen YAN MED NO HK. 00.06.5.1.311 terdapat 23 tindakan keperawatan mandiri yang bisa dilakukan oleh perawat Home Care pada kelompok anak antara lain:

1. Vital sign
2. Suction
3. Kebersihan diri
4. Memasang cateter
5. Pendidikan kesehatan
6. Pengambilan preparat
7. Merawat luka decubitus
8. Memasang peralatan O₂
9. Konseling kasus terminal
10. Pemberian huknah/laksatif
11. Memasang nasogastric tube
12. Memasang selang susu besar
13. Penggantian tube pernafasan
14. Penyuntikan (IV,IM, IC,SC)
15. Pemasangan infus maupun obat
16. Latihan dalam rangka rehabilitasi medis

Kondisi kesehatan kelompok anak yang bisa mendapatkan pelayanan home care yaitu:

1. Anak bebas dari berbagai faktor resiko
2. Penyakit kronik yang memerlukan pengobatan dan perawatan jangka panjang, seperti: Leukemia, talesemia, tbc, poliomielitis (lumpuh), syndrome nephrotic, penyakit jantung bawaan, perawatan stoma
3. Pelayanan keperawatan sudah dilaksanakan di RS/Puskesmas
4. Pelayanan keperawatan rehabilitasi (fisik, mental, sosial terapi wicara)
5. Tindakan pemulihan kesehatan
6. Perawatan luka yang memerlukan waktu lama
7. Keterbatasan dalam financial

8. Mempunyai anggota keluarga atau pengasuh anak dirumah

Jenis pelayanan home care pada kelompok anak dapat diberikan seperti rawat inap 24 jam dirumah Pelayanan yang diberikan dimana perawat jaga 24 jam dengan pergantian 3 shift (pagi, sore & malam hari). Memberikan pelayanan perawatan yang dibutuhkan oleh pasien selama menjalani masa perawatan dirumah. Kunjungan dokter umum atau dokter spesialis juga dapat difasilitasi sesuai dengan permintaan keluarga atau kondisi pasien. Petugas dapat menyiapkan obat-obatan yang digunakan selama masa perawatan. Pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan mengambil sampel pemeriksaannya di rumah.

Pada kondisi home care kelompok anak yang menjalani rawat jalan maka perawatan dapat diberikan dalam bentuk perawatan bayi baru lahir dengan memandikan dan merawat tali pusar, perawatan bayi prematur dan perawatan luka. Pada kondisi home care kelompok anak dengan kebutuhan lainnya dapat diberikan perawatan pada anak dengan keterlambatan perkembangan melalui stimulasi sensorik dan motorik pada anak. Apalagi pada kondisi pandemi, orang tua merasa khawatir membawa anaknya ke fasilitas kesehatan seperti biasanya dilakukan sebelum masa pandemic untuk mendapatkan stimulasi seperti baby gym dan baby spa. (Tarigan, 2021).

Layanan kesehatan yang biasanya mudah diakses dengan biaya murah, namun terdapat perubahan salah satunya adanya penerapan home care yang diutamakan bagi pasien Ibu dan Bayi untuk mencegah tingkat keparahan dan meningkatkan kesehatannya. Implementasi program perawatan di rumah untuk neonatus berisiko tinggi juga relatif diinginkan. Namun, beberapa evaluasi dan peninjauan rutin perlu dilakukan pada instruksi dan implementasi (Ratnasari, 2020)

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap adanya gangguan kesehatan yang harus mendapatkan perawatan atau layanan bidan yang optimal salah satunya melalui program home care, maka dari itu untuk mendapatkan layanan ini dibutuhkan kunjungan neonatus secara lengkap yaitu KN 1 yang diakses dari 6 hingga 48 jam , KN2 dari 3 sampai 7 hari, KN 3 dalam 8 sampai 28 hari (Kemenkes RI, 2020a). Selain mendapatkan perawatan bayi baru lahir, kebutuhan deteksi dini yang optimal pencegahan komplikasi dan kegawatdaruratan neonatus yang sesuai manajemen kebidanan sebagai standar tenaga kesehatan juga harus dilakukan. (Bustami et al., 2021).

Home care Asuhan pada neonatus meliputi pencegahan infeksi, melakukan penilaian pada bayi, pencegahan kehilangan panas bayi, pembebasan jalan nafas, menyusui dengan ASI eksklusif dan cara merawat tali pusat yang benar, KIE tanda bahaya pada neonatus serta imunisasi. Tidak ada perubahan layanan home care pada bayi baru lahir 0 – 28 hari saat pasca pandemic, dalam hal ini layanan home care lebih ditekankan pada penggunaan APD (Alat Pelindung Diri) pada tenaga kesehatan saat memberikan layanan home care. (Ratnasari, 2020)

Home care juga dapat diberikan pada anak dengan gangguan perkembangan dan anak dengan berkebutuhan khusus karena terdapat 16% balita Indonesia mengalami gangguan perkembangan, baik perkembangan motorik halus maupun motorik kasar, gangguan pendengaran, kecerdasan kurang dan keterlambatan. Prevalensi gangguan perkembangan paling tinggi terjadi pada gangguan bahasa (13,8%), kemudian diikuti oleh gangguan perkembangan motorik halus (12,2%). Pada usia 4 tahun biasanya anak sudah menguasai dasar-dasar perkembangan bahasa, namun 5% sampai 8% dari anak-anak mengalami keterlambatan bahasa atau kelainan pada masa prasekolah yang mungkin berikutnya akan terkait dengan gangguan belajar, sosioemosional atau masalah perilaku sampai ia dewasa (Ghita, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Bustami, L.E.S. et al. (2021) 'Continuity of Care Pada Neonatus Dan Bayi Di Era Pandemi Covid-19 Di Sumatera Barat', *LOGISTA - Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat*, 5(1), p. 161. doi:10.25077/logista.5.1.161-165.2021.
- Ghita, A. M., Wahyuningsih, W., & Ulfa, Z. (2017). Model Pendidikan Inklusi Bagi Anak Usia Dini di Paud Terpadu Putra Harapan Purwokerto. *Jurnal Penelitian Agama*, 18(2), 356-370.
- Kemenkes RI (2020a) Panduan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Pandemi COVID 19. Jakarta: KEMENKES RI.
- Parellangi, N. A. (2018). *Home care nursing*. Penerbit Andi.
- Ratnasari, R., Fitriani, I. S., & Arianti, A. (2022). Penerapan Home Care Bayi Baru Lahir Usia 0-28 Hari Pasca Pandemi COVID-19. *Jurnal Kebidanan*, 12(2), 175-185.
- Rakhmawati, E. M. (2020). Analisis Faktor Pendukung Hasil Pembelajaran Daring pada Anak Berkebutuhan Khusus. In *Prosiding Seminar Nasional Pascasarjana (PROSNAMPAS)* (Vol. 3, No. 1, pp. 398-407).
- Tarigan, E. F., Dewi, E. R., Sinaga, S. N., Marliani, M., & Sitepu, C. S. B. (2021). Optimalisasi Pertumbuhan Dan Perkembangan Bayi Dengan Home Care Baby Spa Dan Baby Gym Di Masa Pandemi. *Prosiding Konferensi Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat dan Corporate Social Responsibility (PKM-CSR)*, 4, 456-460.

BIODATA PENULIS



Yusni Ainurrahmah, S.Kep., Ners., M.Si., lahir di Bandung, pada 1 Januari 1982. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan UNPAD dan S2 Administrasi Negara di UNIGA. Sampai saat ini penulis aktif sebagai dosen di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut.

BAB 7

Pelaksanaan Home Care Pada Kelompok Lansia

Sesca Diana Solang, S. SiT, M.Kes

A. Pendahuluan

Lanjut usia adalah kelompok atau populasi yang berisiko mengalami masalah kesehatan, terutama dalam hal kesehatan fisik. Karena mereka paling rentan terhadap virus, mereka memerlukan perhatian khusus. Pada orang tua, kesehatan rohani dan fisik sangat penting untuk kualitas hidup mereka. (Koropit, 2023)

Program pelayanan kesehatan Home Care merupakan salah satu bentuk usaha penyedia pelayanan kesehatan dalam mempermudah masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Home Care merupakan pelayanan kesehatan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang berorientasi untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit (Andi Tania Yasni Aldini, St Rosmanely, 2021).

B. Tujuan

Tujuan Program Pendampingan berbasis Home Care dirumuskan bukan hanya untuk memenuhi kebutuhan lansia pada saat tertentu, namun yang terpenting dapat menciptakan suasana yang menyenangkan seperti rasa aman, nyaman dan tentram bagi lansia, sehingga lansia dapat menjalankan kehidupannya secara wajar. Tujuan program pendampingan lansia berbasis Home Care sebagai berikut:

1. Meningkatkan peran serta keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kesejahteraan lansia di lingkungan keluarga lansia itu sendiri.
2. Meningkatkan kerjasama dan partisipasi aktif pendamping lansia dan keluarga dalam pelayanan pendampingan lansia di keluarga.
3. Memberikan pendampingan terhadap lansia yang mempunyai hambatan fisik, mental, sosial, ekonomi dan spiritual, sehingga lansia dapat mengatasi masalahnya dan dapat hidup secara nyaman.
4. Meningkatkan kemampuan lansia menyesuaikan diri dengan lingkungan keluarga dan masyarakat.
5. Menciptakan suasana yang menyenangkan seperti rasa aman, nyaman dan tenang bagi lansia dalam kehidupan keluarga sehari-hari (Sukaesih and Dewi, 2023).

C. Faktor yang memengaruhi

Banyak faktor yang mempengaruhi minat lansia terhadap home care lansia. Tiga faktor utama yaitu, faktor predisposisi (predisposing factor) yang mencakup pengetahuan atau kognitif, faktor pendukung (enabling factor) yang mencakup fasilitas sarana kesehatan dan faktor penguat (reinforcing factor) yang mencakup dukungan keluarga.

1. Faktor predisposisi yang mencakup pengetahuan atau kognitif adalah domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, akan bersifat langgeng, sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan tidak akan berlangsung lama.
2. Faktor pendukung yang mencakup fasilitas sarana kesehatan, yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap perilaku penggunaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
3. Faktor penguat mencakup dukungan keluarga yang mempengaruhi minat lansia terhadap home care oleh lansia. Keluarga bisa menjadi motivator kuat bagi lansia apabila selalu menyediakan diri untuk mendampingi

lansia, mengingatkan lansia dan berusaha membantu mengatasi segala permasalahan bersama lansia (sudin, kartini and haris, 2023).

D. Bentuk pendampingan home care

Home care bagi lansia merupakan pelayanan yang lengkap dan berguna serta sangat mendukung pemerintah dalam pelayanan terhadap lansia yang belum mendapat pelayanan kesejahteraan sosialnya dari model pelayanan yang lain. Pelayanan ini diperuntukkan bagi lansia yang tidak potensial (tidak mampu) dan potensial (mampu) yang berada di lingkungan keluarga maupun lansia yang telah hidup sendiri. Pelayanan yang diberikan berupa kegiatan pemberian bantuan pangan, bantuan kebersihan, perawatan kesehatan, pendampingan, konseling, dan rujukan dengan melibatkan anggota keluarga dan masyarakat yang berada di sekitar tempat tinggal lansia. Adapun bentuk pendampingan pada lansia saat home care antara lain :

1. Aspek Fisik

a. Penyelenggaraan Makanan lansia

- 1) Pendamping menyiapkan makanan sesuai kebutuhan gizi dan kondisi lansia.
- 2) Menghidangkan makanan setiap waktu makan.
- 3) Pendamping membimbing lansia saat makan.

b. Pakaian lansia

- 1) Pendamping mencuci, menyetrika dan menyimpan pakaian dan lenan tidur lansia.
- 2) Pendamping menyiapkan pakaian lansia yang akan digunakan.
- 3) Pendamping membantu mengenakan pakaian.
- 4) Pendamping mengganti linen seminggu sekali.

c. Kebersihan diri lansia

1) Mandi

Pendamping menyiapkan alat dan obat-obatan mandi lansia, pendamping memandikan lansia dengan sentuhan kasih sayang,

pendamping memberi obat penghangat badan sambil di massage.

2) Kebersihan mulut lansia

Pendamping membimbing lansia untuk membersihkan mulut (menggosok gigi/gigi palsu dan lidah), pendamping menyiapkan air garam hangat kuku untuk membersihkan lendir dengan menggosok mulut lansia (dilakukan 1 minggu sekali).

3) Kebersihan kepala lansia

Pendamping membantu keramas (dilakukan seminggu sekali), pendamping memberikan vitamin pada rambut lansia dan menyisirnya.

4) Kebersihan kuku lansia

Pendamping memotong kuku tangan dan kuku kaki lansia (dilakukan 1 bulan sekali).

d. Mobilisasi lansia

1) Olah Raga

Pendamping membimbing lansia untuk menggerakkan badan sambil duduk di kursi roda/kursi biasa (menggerakkan kepala ke kiri ke kanan, ke atas ke bawah, mengangkat tangan, memutar, mengangkat kaki, memutar mutar pergelangan kaki), pendamping membimbing lansia melakukan olah napas, pendamping mendampingi / membantu lansia saat berjalan-jalan atau mau ke kamar mandi dengan menggunakan tongkat, kursi roda, kruk dan walker.

2) Posisi duduk

Pendamping mengkondisikan agar lansia duduk dengan posisi tegak namun santai dan tidak membungkuk.

3) Posisi tidur

Pendamping mengarahkan agar lansia tidur dengan posisi yang benar.

4) Posisi berjalan

Pendamping mengarahkan agar lansia berjalan dengan posisi tegak dan melihat ke depan. pendamping mendampingi lansia ketika berjalan, terutama saat menaiki tangga.

5) Posisi berdiri

Pendamping membantu lansia dari posisi duduk ke posisi berdiri secara perlahan. Pendamping mengarahkan agar lansia berdiri dengan posisi tegak dan tidak membungkuk.

e. Kebersihan kamar tidur lansia

1) Kebersihan kamar tidur lansia

Pendamping mengganti linen seminggu sekali, pendamping menyapu dan mengepel lantai kamar tidur lansia setiap hari. Pendamping menjemur kasur, bantal, dan guling tidur lansia sebanyak satu bulan sekali.

2) Kesehatan lansia

1) Obat-obatan

Pendamping memberikan obat sesuai petunjuk dokter.

2) Pertolongan pada gejala sakit ringan

Pendamping memberikan pertolongan pertama atau melakukan P3K apabila ada luka pada lansia, pendamping memberikan pertolongan pada gejala sakit ringan yang dialami lansia, seperti batuk dan demam.

2. Aspek Sosial

a. Komunikasi sosial lansia

Pendamping mengajak lansia berbicara atau berkomunikasi, pendamping mendengarkan dan menanggapi pembicaraan lansia, pendamping mengajak lansia untuk bergaul dengan lingkungan sekitar lansia, pendamping mendampingi lansia melakukan hubungan sosial secara interpersonal dalam

keluarga, kelompok sebaya dan masyarakat lingkungan dimana lansia tinggal.

- b. Keikutsertaan atau partisipasi lansia dalam kegiatan masyarakat

Melibatkan lansia ketika terjadi peristiwa penting, baik dalam lingkungan keluarga dan lingkungan masyarakat.

- c. Rekreasi lansia

Pendamping mengajak lansia untuk melakukan rekreasi. Rekreasi di rumah dalam bentuk makan bersama.

3. Aspek Mental

- a. Kecerdasan intelektual

- 1) Pendamping mengingatkan lansia terkait kegiatan sehari-hari, seperti mandi, makan dan ibadah.

- 2) Pendamping membantu lansia mengingat momen / peristiwa penting yang dialaminya.

- 3) Pendamping membantu lansia mengingat barang sendiri dan barang orang lain.

- b. Kecerdasan emosional

- 1) Pendamping membantu lansia supaya lebih sabar.

- 2) Pendamping membantu menenangkan emosi lansia dengan selalu mengingat Allah.

- c. Kecerdasan moral

- 1) Pendamping mengingatkan lansia untuk bersikap jujur dalam kehidupan sehari-hari

- 2) Pendamping mengingatkan lansia untuk bisa membedakan yang baik dan buruk.

4. Aspek Spiritual/ keagamaan

Bimbingan Keagamaan

- a. Pendamping membimbing, mengingatkan, memberi contoh tentang cara beribadah.

- b. Pendamping mengajak, mengingatkan lansia untuk selalu bersyukur, bertaubat, bersabar (Rinekasari and Jubaedah, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Andi Tania Yasni Aldini, St Rosmanely, I. (2021) 'Kampurui jurnal kesehatan masyarakat', 5(2), pp. 45-52.
- Koropit, D. (2023) 'Evaluation, Home Care, Input, Process, Output C', pp. 186-196.
- Rinekasari, N.R. and Jubaedah, Y. (2017) '15379-36637-1-Pb', 5(2), pp. 74-86.
- Sudin, M.S., Kartini and Haris, H. (2023) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pertiwi Kota Makassar', *Jurnal Promotif Preventif*, 6(1), pp. 37-47.
- Sukaesih, A. and Dewi, R. (2023) 'Pelatihan dan Pendampingan Lansia di Posyandu Lansia dalam Wilayah Kerja Puskesmas Kandis Training and Assistance for the Elderly at the Elderly Posyandu in the Work Area of the Kandis Health Center', 2(2), pp. 75-84.

BIODATA PENULIS



Sesca Diana Solang, SSiT, M.Kes. lahir di Manado, pada tanggal 15 September 1970, lulusan Universitas Gadjah Mada, Diploma IV Bidan Pendidik dan S2 Kesehatan Masyarakat. Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2005 s/d sekarang 2023, dan sebagai Kaprodi S.Tr.Keb. Pernah bekerja sebagai bidan Puskesmas di Puskesmas Ongkaw Kecamatan Tenga Kabupaten Minahasa Sulawesi Utara tahun 1992 s/d 1997. Aktif di kegiatan Ikatan Bidan Indonesia sebagai Pengurus Daerah IBI Provinsi Sulawesi Utara.

BAB 8

Kewirausahaan dalam Keperawatan berbasis Home Care

Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes

A. Pendahuluan

Saat ini dunia usaha semakin kompetitif, setiap orang harus memiliki kreativitas dan inovasi dalam menangkap peluang usaha. Sebagai seorang entrepreneur harus mampu memanfaatkan segala sesuatu untuk dikembangkan menjadi peluang usaha baru. Para entrepreneur telah mampu menciptakan berbagai pengembangan dunia usaha, seperti social entrepreneurship, technopreneurship dan juga pengembangan entrepreneurship yang berkait dengan profesi keperawatan yaitu nursepreneurship (Susilo, 2019).

Seorang perawat dapat menjadi nurse entrepreneur atau menjadi nurse intrapreneur. Nurse entrepreneur adalah seorang perawat yang menjalankan wirausahanya sendiri atau dengan beberapa teman dalam bisnis keperawatan. Sebaliknya seorang perawat intrapreneur adalah seorang perawat yang menjalankan bisnis dalam divisi atau bagian dari satu perusahaan yang telah ada (Susilo, 2018), (Mukrimaa *et al.*, 2016)

B. Kewirausahaan berbasis Home Care

Kewirausahaan berbasis Home Care yang dapat ditawarkan pada pelanggan :

1. Pemasangan dan perawatan infus, suntik, kateter, inhalasi, dan lain-lain.
2. Pemenuhan kebutuhan dasar
3. Latihan mobilisasi
4. Prevensi/Promosi kesehatan gangguan tumbang

5. Keperawatan lansia
6. Pasca hospitalisasi
Home Care (Rumah Perawatan)
 1. Pasiennya tidak terlalu sulit. Mungkin sakit jiwa atau cacat sedikit, tapi masih bisa beraktifitas normal bahkan bekerja.
 2. Ringan, cukup diberi obat setiap hari, dimasakkan makanan, dan dibersihkan kamarnya, termasuk juga antar-jemput ke RS
 3. Sebagian besar Homecare hanyalah rumah biasa.
 4. Dikemas menjadi semacam "bisnis".
 5. Mayoritas Homecare memiliki dua bagian: satu bagian untuk pasien dan satu bagian untuk pemilik/perawat.
 6. Fasilitas fisik: masing-masing bagian mempunyai :
 - a. Kamar
 - b. WC
 - c. Dapur
 - d. Ruang tamu





C. Konsep Nursepreneur

Neurpreneurship secara bahasa berarti sesuatu mengenai aktivitas entrepreneurship yang dikaitkan dengan perawat atau bidang keperawatan. Secara terminology, kata dasar dari nursepreneurship adalah nursepreneur berasal dari dua suku kata yaitu nurse (perawat) dan entrepreneurship. Jadi dalam konteks yang lebih luas nursepreneurship adalah segala sesuatu mengenai aktivitas yang dilakukan perawat pengusaha (nursepreneur) dalam menciptakan usaha/bisnis untuk mencapai keuntungan dengan mengidentifikasi peluang yang ada di bidang keperawatan serta mengintegrasikan nilai-nilai keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan langsung kepada klien atau usaha/bisnis yang dijelankannya (Febrian, 2015).

Secara konseptual nursepreneur termasuk dalam pengembangan karir dari peran dan fungsi perawat pengembangan karir tersebut dapat menjadi pengelola klinik atau sarana kesehatan lainnya. Misalnya manager spa, manager fisioterapi, manager nursing center, manager balai kesehatan swasta, pemilik massage dan refleksi, meskipun dalam pelaksanaan teknisnya banyak melibatkan profesi lain sebagai pelaksana, dalam hal ini perawat dapat bertindak sebagai pemilik modal, penggagas ide, pemilik saham, atau

owner yang akan menggaji karyawannya (Iyus & Mardhiyah, 2010).

Dalam *Fundamental of Nursing*, Taylor, Lilis dan le Mone (1997), nurseentrepreneur merupakan salah satu pengembangan karir dari peran dan fungsi perawat. Nursepreneur adalah seorang perawat, yang biasanya memiliki pendidikan tinggi, yang mengelola klinik atau usaha yang berkaitan dengan kesehatan, memimpin penelitian, memberikan pendidikan, atau sebagai konsultan institusi, lembaga politik, atau bisnis tertentu. Dengan kata lain, nursepreneur adalah perawat pengusaha yang bekerja secara mandiri dalam memberikan pelayanan keperawatan meliputi perawatan langsung, pendidikan, penelitian, administratif atau konsultasi dalam menciptakan bisnis/usaha (Febrian, 2015).

Seorang perawat dapat menjadi nurse entrepreneur atau menjadi nurse intrapreneur. Seorang perawat nurse entrepreneur adalah seorang perawat yang menjalankan wirausahanya sendiri atau dengan beberapa teman dalam bisnis keperawatan. Sebaliknya seorang perawat intrapreneur adalah seorang perawat yang menjalankan bisnis dalam divisi atau bagian dari satu perusahaan yang telah ada. Menjadi seorang intrapreneur lebih aman, mendapatkan karir, dan dapat melangkah menjadi entrepreneur (Susilo, 2019).

Praktik mandiri yang dilakukan oleh perawat (home care), ini adalah bentuk layanan perawatan kesehatan di rumah, misalnya perawatan luka pada pasien diabetes mellitus dan sebagainya. Maksud dari mendirikan praktik bersama adalah perawat bisa bekerjasama dengan dokter, bidan, apoteker atau tenaga kesehatan lain dalam menjalankan suatu usaha dan praktik ini lebih lengkap daripada praktik mandiri.

Entrepreneur memiliki sifat berhasrat mencapai prestasi; seorang pekerja keras; ingin bekerja untuk dirinya; mencapai kualitas; berorientasi kepada reward dan kesempurnaan; optimis; berorganisasi dan berorientasi kepada

keuntungan. Secara konseptual nursepreneur memiliki ciri sebagai berikut (Iyus & Mardhiyah, 2010) :

1. Pengerahan diri: pendisiplinan diri dan secara menyeluruh merasa nyaman bekerja untuk diri sendiri.
2. Pengasuhan diri: antusiasme tak terbatas untuk ide-ide Anda saat tak seorang pun memilikinya.
3. Orientasi pada tindakan : hasrat menyala untuk memujudkan, mengaktualisasikan dan mengubah ide-ide Anda menjadi kenyataan.
4. Energi tingkat tinggi : mampu bekerja dalam waktu lama secara emosional, mental dan fisik.
5. Toleransi atas ketidakmenentuan : secara psikologis mampu menghadapi resiko.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Z. and Hayati, N. (2020) *Kewirausahaan Dan Bisnis Untuk Keperawatan*.
- Febrian, R. (2015). *Nursepreneurship Gagasan dan Praktik Kewirausahaan dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Trans Media
- Susilo, G. A., & Taukhit. (2019). *Nursepreneurship Teori dan Praktik Kewirausahaan untuk Keperawatan* . Yogyakarta : Pustaka Baru.

BIODATA PENULIS



Ellen Pesak, S.Kep., Ners., M.Kes., Lahir di Lembean, 15 April 1970 (Manado). Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan awalnya mulai dari SPK Dep.Kes Manado lulus tahun 1988, kemudian Akper Keguruan Dep.Kes Tidung Ujung Pandang dan lulus tahun 1998, penulis menekuni Ilmu keperawatan di PSIK FK UNPAD Bandung lulus tahun 2003, dan melanjutkan ke Program Profesi Ners UNPAD Bandung lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan ke Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat minat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) UNDIP Semarang lulus tahun 2012, Pada tahun 1989 sd 1991 bekerja sebagai *Instruktur Clinic* di RSU Gunung Wenang Manado, kemudian Pekerjaan saat ini adalah dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2006, Penulis mengajar di Departemen Keperawatan Anak, Keperawatan Gerontik, dan Kewirausahaan di Prodi Sarter (D.IV Keperawatan), Prodi D3 Keperawatan, dan Prodi Ners, Penulis memiliki riwayat publikasi produktif Versi Sinta dan memiliki kredibilitas baik pada publikasi jurnal yang sudah terakreditasi Nasional maupun Internasional, Penulis aktif dalam melakukan penelitian setiap satu tahun sekali baik di kalangan Kemenkes yaitu aplikasi Simlitabkes maupun di luar Kemenkes RI yang bekerjasama dengan BKKBN Pusat dengan jenis penelitian adalah kuantitatif dan kualitatif.

BAB 9

Komunikasi Interprofesional Kolaborasi Dalam Perawatan Home Care

Mursidah Dewi, SKM., M.Kep

A. Pendahuluan

Kolaborasi merupakan proses kerjasama yang dilakukan oleh para pihak yang bersepakat atas dasar prinsip saling menghormati, saling menghargai, saling kerjasama, saling percaya, dan saling memberikan kemanfaatan. Praktek kolaborasi terjadi apabila beberapa kategori professional atau tenaga kesehatan bekerja bersama dengan pasien, keluarga dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang tinggi. Kolaborasi memberikan manfaat bagi pencapaian tujuan yang dilakukan secara bersama-sama dalam skala pelayanan yang lebih luas, dengan sekumpulan beberapa profesi tentunya dapat menjangkau perkembangan organisasi pada level individu maupun organisasi itu sendiri (Green B.N and Johnson C.D, 2015).

Dogba et, al (2020) menjelaskan bahwa praktik kolaborasi interprofesi dapat dilakukan pada tatanan pelayanan di rumah/*home care*. Praktik kolaborasi interprofesi ini menjadi hal yang sangat penting dalam membangun persamaan persepsi dan pemahaman dalam memenuhi kebutuhan utama dan komprehensif dalam konteks pelayanan berfokus pada pasien/*patient centered care* di rumah. Melalui praktik kolaborasi interprofesi, maka setiap profesi akan saling berbagi informasi bagaimana pendekatan yang tepat dilakukan dalam pengambilan keputusan yang sesuai dengan perawatan kesehatan dirumah. Mendiskusikan pilihan intervensi, mengevaluasi

berbagai risiko, dan pada akhirnya membantu keluarga dalam menentukan keputusan terbaik dari berbagai pilihan tindakan kesehatan yang tepat sesuai kondisi (Doherty.D, 2020).

Salah satu kompetensi kolaborasi adalah komunikasi. Komunikasi sangat dibutuhkan dalam berkolaborasi karena kolaborasi membutuhkan pemecahan masalah yang lebih kompleks. Dibutuhkan komunikasi efektif yang dapat dimengerti oleh setiap profesi/interprofesi. Komunikasi interprofesional dalam dunia kesehatan dapat melibatkan banyak pihak baik tenaga kerja kesehatan, pasien, maupun keluarga pasien.

Komunikasi interprofesional sangat penting agar pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan lancar. Dengan komunikasi interprofesi yang baik maka akan memudahkan tenaga kerja kesehatan dalam memperoleh informasi yang lengkap untuk selanjutnya dilakukan tindakan yang diperlukan. Melalui Komunikasi Interprofesi memberikan kesinambungan informasi antar profesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat umumnya dan konteks pelayanan kesehatan dirumah khususnya.

B. Kolaborasi

Kolaborasi merupakan suatu proses pada kelompok profesional yang saling menyusun tindakan kolektif terhadap kebutuhan perawatan pasien dan bekerjasama untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Kolaborasi lebih menekankan pada tanggungjawab bersama dalam manajemen perawatan pasien dengan proses pembuatan keputusan bilateral yang berdasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi (Wantonoro, Komarudin dan Imania, DR, 2022). Kolaborasi adalah proses bekerja bersama untuk penggabungan pemikiran, ide, profesional keilmuan sebagai suatu proses berfikir dimana pihak yang terlibat akan memiliki aspek-aspek perbedaan dari suatu masalah yang akan ditemukan solusi dari perbedaan tersebut.

Kolaborasi menunjukkan adanya sebuah proses interaksi antara tenaga kesehatan, mulai saat merencanakan, hingga melakukan praktek bersama sebagai kolega. Setiap profesi memiliki ketergantungan dalam batasan-batasan lingkup praktek yang sedang dilakukan. Berbagai nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk melakukan perawatan, pelayanan pada individu, kelompok dan masyarakat.

C. Praktik Kolaborasi

Praktek kolaborasi terjadi apabila beberapa kategori professional atau tenaga kesehatan bekerja bersama dengan pasien, keluarga dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang tinggi. *Interprofessional Collaboration* (IPC) adalah kemitraan antara tenaga kesehatan dengan latar belakang profesi yang berbeda dan bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan dan menyediakan pelayanan kesehatan (Ridar dan Santoso, 2018).

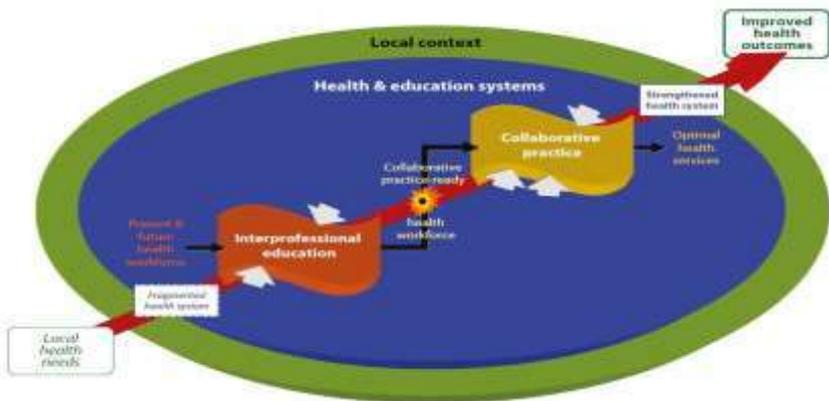
Kolaborasi Interprofesi atau *Interprofessional Collaboration* (IPC) adalah kemitraan antara orang dengan latar belakang profesi yang berbeda dan bekerja sama untuk memecahkan masalah kesehatan dan menyediakan pelayanan kesehatan (Morgan, S, et al, 2015). Menurut WHO, IPC terjadi saat berbagai profesi kesehatan bekerja sama dengan pasien, keluarga dan komunitas untuk menyediakan pelayanan komprehensif dan berkualitas tinggi (WHO, 2010). IPC dimaksudkan untuk mencapai tujuan dan memberi manfaat bersama bagi semua yang terlibat (Green and Johnson, 2015).

Praktek kolaborasi interprofesi merupakan pendekatan pelayanan yang dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan dan berfokus pada orang dan masyarakat. Untuk dapat melakukan praktek kolaborasi interprofesi dalam tim kesehatan diperlukan kompetensi kolaborasi interprofesi yang harus disiapkan dan diberikan dalam tahap pendidikan yang disebut atau dikenal dengan Pendidikan interprofesi (*Interprofessional education* atau IPE).

Kolaborasi yang baik dapat dirunut dari dua sistem besar yaitu sistem Pendidikan dan sistem pelayanan kesehatan.

WHO (2010) memaparkan bahwa salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kolaborasi interprofesi melalui praktik kolaborasi sejak dini dalam proses pembelajaran dengan melatih mahasiswa program pendidikan tenaga kesehatan menggunakan strategi *interprofessional education* (IPE).

Sistem pendidikan membentuk *softskill* tenaga profesional dalam menumbuhkan kemampuan kolaborasi, yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Sistem pelayanan merupakan *Collaborative Practice* dalam penguatan sistem pelayanan kesehatan yang berdampak pada peningkatan kesehatan masyarakat



Gambar 1. Health and Education Systems ; Sistem Kesehatan dan Sistem Pendidikan (WHO, 2010).

Dalam Kerangka kerja Pendidikan Interprofesi dan Praktik Kolaborasi dari WHO menunjukkan Pendekatan Populasi (*A population-based*) atau pendekatan kebutuhan (*needs-based approach*) merupakan bentuk yang baik dalam upaya memperkenalkan praktik interprofesional kolaborasi.

Praktik Kolaboratif akan efektif jika diorganisasikan sesuai dengan kebutuhan serta kepentingan pelayanan

kesehatan yang akan diberikan, selain itu kesiapan tenaga kesehatan dan kesiapan lingkungan sistem pelayanan kesehatan untuk memahami konsep *collaborative practice* secara menyeluruh menjadi komponen penting dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal. Kondisi ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2. Mekanisme yang membentuk praktik kolaborasi

World Health Organization (2010) praktik kolaborasi interprofesi terjadi saat tenaga kesehatan dari berbagai latar belakang profesi bekerja sama bersama pasien, keluarga pasien dan masyarakat dalam pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas di setiap tahapan pelayanan yang diberikan.

Hasil - hasil penelitian terkini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan akan lebih efektif dan efisien apabila diselenggarakan dengan menggunakan pendekatan kolaborasi antar profesi (*interprofessional collaborative practice*). Praktek kolaborasi antar profesi dalam pelayanan kesehatan dapat diwujudkan apabila tenaga kesehatan yang terlibat di dalamnya telah terlatih dalam praktik pelayanan kesehatan kolaboratif (Kemenkes, 2016).

Berikut dipaparkan hasil penelitian dalam lingkup pendekatan kolaborasi antar profesi (*interprofessional collaborative practice*). Pada Tulisan ini diambil contoh pada pengelolaan kasus Diabetes Mellitus.

Nagelkerk, J et al (2018) menyatakan bahwa praktik kolaborasi antar profesi yang dilakukan pada pasien diabetes efisien dalam meningkatkan status kesehatan pasien terutama pasien yang berada di tatanan keluarga dalam pengelolaan perawatan kesehatan dirumah. Gucciardi et al (2016) kerjasama tim yang terintegrasi dalam penatalaksanaan diabetes memberikan kesempatan kepada tenaga kesehatan untuk saling bertukar fikiran, pengalaman dan belajar satu sama lain, mengurangi potensi terjadinya kesenjangan dalam pelayanan yang diberikan.

Lebih lanjut, Sorensen, M, et al (2020) memaparkan dalam studi kualitatifnya tentang peran tenaga kesehatan profesional dalam perawatan diabetes diketahui bahwa istilah “multi profesional” yang digambarkan dalam studi ini adalah bagaimana setiap profesi menyelesaikan tugas secara mandiri dengan adanya sistem pendelegasian tugas. Kondisi ini membawa suatu kesimpulan bahwa terjadi keterbatasan dalam *continuum of care* pada perawatan diabetes, pendekatan tim dan kolaborasi menjadi penting dilakukan untuk pengembangan pelayanan agar lebih komprehensif dan responsif terhadap kebutuhan pasien.

D. Kolaborasi dalam Home Care

Kolaborasi, bekerja sama dalam sebuah tim penting untuk memberikan pelayanan yang efektif dan aman. Ketika pelayanan menjadi sangat kompleks, maka kebutuhan untuk kerja tim dalam konteks pelayanan kesehatan dirumah juga bertambah, termasuk peran perawat dalam memberikan perawatan pasien dirumah/*home care*.

Perawatan pasien dirumah/*home care* oleh perawat adalah intervensi dan perawatan yang dilakukan di rumah pasien yang sebagian besar dilakukan oleh perawat profesional. Penyelenggaraan Home Care berbeda-beda

disetiap negara, namun secara umum dapat dikatakan bahwa setiap intervensi yang diberikan pada pasien dirumah, memungkinkan pasien dengan penyakitnya untuk tetap hidup nyaman di lingkungan rumahnya (Genet et al., 2012 dalam Larsson, R, et al., 2022).

Praktik Kolaborasi dalam pelayanan kesehatan di rumah/*home care*, dapat dilakukan pada berbagai tatanan pelayanan, pada kelompok dalam rentang kehidupan: Home care pada lanjut usia, home care pada anak, home care pada kelompok onkologi, home care kelompok dementia (Larsen, et al., 2017; Castor, et al., 2017; Dhollander et al., 2019; Karlsson et al., 2015 dalam Larsson, R, et al., 2022).

Pada praktik kolaborasi homecare, setiap profesi memiliki peran yang penting, peran yang sama, tanpa adanya hirarki profesi dalam pemberian pelayanan, mulai dari awal proses pengumpulan informasi secara kolektif, bagaimana mentransferkan informasi yang diperoleh kepada semua pemberi pelayanan dalam tim, untuk selanjutnya melakukan intervensi berbasis interprofesi di rumah pasien. Bagaimana mentransferkan informasi pada setiap profesi dalam praktik kolaborasi *home care* ini, disinilah dibutuhkan komunikasi interprofesional.

E. Komunikasi Interprofessional

Komunikasi merupakan faktor pendukung dan menjadi keterampilan yang esensial dimiliki dalam profesi keperawatan. Kemampuan Komunikasi sangat dibutuhkan untuk membangun pelayanan kesehatan demi mengekspresikan peran dan fungsi perawat, menjadi dasar dalam membantu permasalahan klien, mencapai pemenuhan berbagai kebutuhan, termasuk bagaimana kemampuan menyampaikan informasi yang diperoleh ke klien itu sendiri maupun ke tenaga kesehatan lain. Harapannya, memudahkan memberi bantuan baik dalam pelayanan medis maupun psikologis pada tatanan klinik maupun komunitas dalam sasaran kelompok dan keluarga.

Secara umum diketahui komunikasi merupakan cara sederhana dalam pertukaran informasi dua arah. Komunikasi dalam keperawatan dapat terjadi antara perawat dengan pasien, perawat dengan sesama perawat, perawat dengan tenaga kesehatan lain, yang sifatnya dua orang atau lebih (Marpaung YM & Zandrato, ML. 2022 ; Agustina , AN., dkk, 2023 ; Gault, I, et al., 2017)

Komunikasi antar tenaga kesehatan menggambarkan kebutuhan bagi tenaga kesehatan yang mendorong adanya perubahan dalam berkomunikasi kepada pasien maupun antar profesi. Komunikasi antar profesi adalah bentuk interaksi untuk bertukar pikiran, opini dan informasi yang melibatkan dua profesi atau lebih dalam upaya untuk menjalin kolaborasi interprofesi (Claramita, 2017 dalam Djoar, KR., dkk. 2021).

Komunikasi dalam praktik interprofessional tentu saja lebih kompleks dibandingkan ketika kita hanya berkomunikasi dalam konteks menyampaikan informasi kepada pasien. Dalam komunikasi interprofesi, bagaimana kondisi pasien/klien dapat dipersepsikan sama oleh beberapa profesi melalui komunikasi, yang tentu saja berdasarkan peran dan tanggungjawab setiap profesi, dengan tetap memperhatikan etika profesi untuk mewujudkan kerjasama yang baik.

Keterampilan komunikasi interpersonal pada komunikasi dalam praktik interprofesional sangat dibutuhkan, kemampuan menyampaikan informasi baru, memberikan dan menerima konfirmasi, memberikan dan menerima pengingat, kemampuan brainstorming, mengidentifikasi dan memecahkan masalah, pengambilan keputusan termasuk kemampuan komunikasi dalam menindaklanjuti pelayanan yang telah diberikan.

Rokhmah & Anggorowati (2017) dalam Djoar, KR., dkk. (2021), menuliskan bahwa praktik komunikasi antar profesi dibedakan dalam empat dimensi berdasarkan Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale, meliputi :

1. *Partnership*, Dimensi ini menjelaskan bahwa hubungan kerja didasarkan pada aturan hukum yang berlaku antar dua orang atau lebih
2. *Cooperation*, Suatu upaya bersama yang dilakukan antar individu atau dalam suatu kelompok untuk mencapai tujuan bersama dalam suatu organisasi yang mereka ikuti.
3. *Coordination*, Suatu bentuk kegiatan penyamaan persepsi untuk menyatukan pendapat dan tindakan dalam suatu organisasi sebagai bagian dalam upaya pencapaian tujuan bersama.
4. *Shared Decision Making*, suatu upaya untuk mengambil suatu keputusan secara bersama-sama oleh semua individu atau kelompok dalam suatu organisasi berdasarkan hasil penyampaian pendapat yang dinilai relevan dari setiap anggota.

Melalui Komunikasi interprofesional/antar profesi diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan oleh setiap profesi secara komprehensif dan tentunya untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam berbagai tatanan pelayanan. Agar komunikasi antar profesi dapat berjalan dengan baik, tentu saja ada beberapa hal mendasar yang perlu diperhatikan, yaitu pada saat berkomunikasi gunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh semua profesi, komunikasi dilakukan secara spesifik dan detail, tidak menggambarkan hal yang masih umum, untuk memudahkan berbagi informasi antar profesi lakukan pertemuan pertemuan yang terjadual sehingga informasi tetap terkini, dan tentunya telah mengatur peran dan tugas masing-masing profesi dalam kegiatan tim.

Pelayanan yang berbasis Home care merupakan bentuk sistem pelayanan yang dinamis, sangat dibutuhkan dan merealisasikan bentuk kegiatan interprofesional. Pelayanan home care bisa jadi membutuhkan berbagai interdisiplin ilmu melalui tim pelayanan kesehatan primer sebagai keberlanjutan pelayanan medis di rumah sakit. Pelayanan yang diberikan dalam lingkup upaya promotif, preventif,

kuratif, rehabilitatif maupun resosialitatif pada keluarga dapat menjadikan suasana baru bagi klien, keluarga dan juga profesi kesehatan yang memberikan pelayanan.

Pada kasus-kasus yang bersifat Palliatif care, tim interprofesi selain harus memiliki kompetensi general dan spesifik dari keilmuannya, dapat menjadikan "Complementary Care" sebagai pilihan intervensi yang juga harus didukung dengan keterampilan komunikasi yang dinamis untuk kesinambungan informasi antar profesi dan pelayanan yang diberikan di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina , AN., dkk, 2023. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Sumatera Barat : Global Eksekutif Technology. E-book
- Djoar, KR., Sinawang, WG., Purwantini, D., Djajanti, WC. (2021). *Komunikasi Dalam Tatanan Kesehatan*. Banda Aceh : Syiah Kuala University Press.
- Dogba, M. J., Menear, M., Brière, N., Freitas, A., Emond, J., Stacey, D., & Légaré, F. (2020). Enhancing interprofessional ism in shared decision-making training within homecare settings: A short report. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 143–146.
- Doherty, D. (2020). Interprofessional Collaboration and Home Health Care. *Journal of Home Healthc Now*. 38(6):334–5. DOI:10.1097/NHH.0000000000000929.
- Gault, I., Shapcott, J., Luthi, A., & Reid, G. (2017). *Communication In Nursing and Healthcare : A Guide for Compassionate Practice*. London : SAGE Publication.
- Genet, N., Boerma, W. G. W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R.B. (2012). *Home care across Europe: Current structure and future challenges*. World Health Organization.
- Green B.N and Johnson C.D. (2015). *Interprofessional collaboration in research, education, clinical practice: working together for a better future*. *Education research service*.J Chiropr Educ 2015 Vol. 29 No. 1 DOI 10.7899/JCE-14-36 www.journalchiroed.com
- Gucciardi E, Espin S, Morganti A, Dorado L. (2016). Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care Service organization, utilization, and delivery of care. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0407-1>
- Kemendes RI, (2016). *Pedoman Implementasi Pendidikan Antar Profesi (Interprofessional Education)*. Jakarta : Pusat Pendidikan SDM Kesehatan
- Larsson R, Erlingsdóttir G, Persson J, Rydenfält C. (2022). Teamwork in home care nursing: A scoping literature review. *Heal Soc Care Community*. 30(6):e3309–27. DOI : 10.1111/hsc.13910. ISSN : 13652524.

- Linda, JM, et al. (2014). Exploring the impact of an interprofessional care protocol on the patient experience and outcomes for seniors with diabetes *Patient Experience Journal*: Vol.1 : Iss. 2 , Article 17. <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss2/17>
- Marpaung YM & Zendrato, ML. (2022). *Komunikasi Dalam Keperawatan, Jawa Tengah : Pena persada*. E-book.
- Morgan, S., et al. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015) 1217-1230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- Nagelkerk, J et al (2018). Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. *Journal of Interprofessional Care*. ISSN: 14699567. 2018, VOL. 32, NO. 1, 4-13. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1372395>.
- Ridar, I dan Santoso, A. (2018). Peningkatkan Komunikasi dalam Pelaksanaan Interprofessional Collaboration melalui Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi. *Prosiding Seminar Nasional Unimus (Volume 1, 2018)*. e-ISSN: 2654-3257. p-ISSN: 2654-3168
- Shaw, J., Kearney, C., Glens, B., & McKay, S. (2016). Interprofessional team building in the palliative home care setting: Use of a conceptual framework to inform a pilot evaluation. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), 262-264.
- Sorensen, M., et al (2019). The roles of healthcare professionals in diabetes care: a qualitative study in Norwegian general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2020, VOL. 38, NO. 1, 12-23 <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1714145>
- Wantoro, Komarudin dan Imania DR. (2022). *Homecare Interprofessional Collaboration*. Jawa Tengah : Eureka Media Aksara. ISBN : 978-623-487-045-9
- WHO, (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Publications of the World Health Organization , WHO Press : 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

BIODATA PENULIS



Mursidah Dewi, SKM., M.Kep lahir di Jambi, pada 28 Oktober 1978. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi.

BAB 10

Prosedur Tindakan Keperawatan Di Rumah

*

Brune Indah Yulitasari, S.Kep.,Ns., MNS*

A. Pendahuluan

Perawatan dirumah telah diterapkan di seluruh dunia sebagai system komprehensif layanan perawatan kesehatan masyarakat dimana profesional kesehatan memberikan bentuk perawatan di rumah pasien. Dalam situasi yang ideal, perawatan kesehatan masyarakat harus menjadi upaya tim multidisiplin dimana perawat berperan penting bersama dengan dokter umum, psikolog, fisioterapis, ahli gizi, bidan dan spesialis lainnya (Kadar et al., 2022).

Home *care* merupakan program berkelanjutan yang berfokus pada perawatan jangka panjang untuk meningkatkan perawatan pasien, meminimalkan biaya perawatan dan mengurangi masa rawat inap dan antrian di rumah sakit. Di banyak negara, layanan perawatan di rumah merupakan rekomendasi WHO. Pelayanan *home care* berupa kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan apoteker bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi pendidikan kesehatan, pemeriksaan fisik atau pengobatan lain seperti fisioterapi atau pengobatan (Zeng et al., 2015).

B. Mekanisme Layanan Home Care

Kunjungan rumah merupakan salah satu tugas utama perawat kesehatan masyarakat. Peran perawat dalam kunjungan rumah secara rutin antara lain memberikan perawatan dan Pendidikan kesehatan. Berikut beberapa tahapan dalam pelayanan *home care*, (Triwibowo, 2012) diantaranya:

1. Proses penerimaan kasus
 - a. Tim menerima klien dari rumah sakit, puskesmas, sarana lain, keluarga
 - b. Pimpinan *home care* menunjuk manajer kasus untuk mengelola kasus
 - c. Manajer kasus membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus
2. Proses pelayanan home care
 - a. Persiapan
 - 1) Memeriksa identitas klien
 - 2) Menentukan tempat/lokasi klien
 - 3) Membawa kartu identitas unit tempat kerja
 - 4) Memastikan peralatan yang akan digunakan
 - 5) Menyiapkan format asuhan keperawatan
 - 6) Menyiapkan media dan alat bantu untuk melakukan pendidikan kesehatan
 - b. Pelaksanaan
 - 1) Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan
 - 2) Observasi lingkungan berkaitan dengan keamanan perawat
 - 3) Untuk kunjungan pertama kali meminta informed consent keluarga mengenai persetujuan pelayanan di rumah
 - 4) Melengkapi pengkajian data dasar pasien
 - 5) Mendiskusikan rencana pelayanan yang telah dibuat untuk pasien dan mengidentifikasi kemajuan atau hal lain yang perlu ditingkatkan.
 - 6) Melakukan perawatan langsung dan Pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan
 - 7) Mendiskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi dan konsultasi yang dibutuhkan
 - 8) Mendiskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan kegiatan yang dilakukan
 - 9) Melakukan pendokumentasian kegiatan yang telah dilaksanakan.

- c. **Monitoring**
Kegiatan yang dilakukan saat monitoring adalah melihat perubahan status medis, perubahan kemampuan fungsional pasien, kebutuhan Pendidikan pasien dan keluarga
- d. **Evaluasi**
Evaluasi dilakukan berdasarkan hal berikut:
 - 1) Keakuratan dan kelengkapan pengkajian data
 - 2) Menilai kesesuaian perencanaan dan ketepatan dalam melakukan Tindakan/pelayanan
 - 3) Menilai efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan yang dilakukan oleh pelaksana
- e. **Proses penghentian pelayanan home care**
Pelayanan *home care* dihentikan jika:
 - 1) Target pelayanan telah tercapai sesuai tujuan
 - 2) Kondisi pasien stabil
 - 3) Program rehabilitasi tercapai secara maksimal
 - 4) Keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien di rumah
 - 5) Pasien di rawat Kembali ke Rumah Sakit
 - 6) Pasien pindah ke sarana kesehatan lain
 - 7) Pasien menolak pelayanan lebih lanjut
 - 8) Pasien pindah tempat ke lokasi lain
 - 9) Pasien meninggal dunia

C. Bentuk Pelayanan Home care

Berikut tindakan yang biasa dilakukan saat memberikan pelayanan home care (Sukamana et al., 2020):

1. Mencuci tangan

Tujuan:

Kebersihan tangan untuk mengurangi penularan patogen dan mencegah infeksi adalah salah satu pendekatan dasar untuk pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif (Mcdonald et al., 2020).

Indikasi:

Waktu yang penting untuk melakukan cuci tangan (WHO, 2009):

- a. Sebelum kontak dengan pasien
- b. Sebelum tugas aseptik
- c. Setelah resiko paparan cairan tubuh
- d. Setelah kontak dengan pasien setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Tahapan Kerja:

- a. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir
- b. Ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut
- c. Menggosok punggung tangan kanan dengan telapak tangan kiri, dengan jari-jari menggosok sela-sela jari, dilakukan sama untuk punggung tangan kiri
- d. Menggosok telapak tangan kanan dengan telapak tangan kiri, dengan jari-jari menggosok sela-sela jari,
- e. Menggosok telapak tangan kanan dan kiri dengan posisi mengunci
- f. Menggosok ibu jari tangan kanan dengan arah memutar dengan tangan kiri dan sebaliknya
- g. Menggosok ke empat ujung jari tangan kanan dengan arah memutar pada telapak tangan kiri dan sebaliknya
- h. Biarkan tangan kering di udara



2. Perawatan Luka

Perawatan luka merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dikerjakan oleh perawat dengan sistematis dan komprehensif.

Tujuan:

- a. Menjaga luka dari trauma
- b. Mencegah kontak dengan kuman
- c. Meningkatkan kenyamanan pasien secara fisik dan psikologis

Indikasi:

- a. Balutan kotor yang basah akibat faktor luar
- b. Cairan eksudat yang banyak dan merembes
- c. Perlunya debridement

Tahap Kerja:

Adapun langkah proses perawatan luka secara umum dibagi menjadi 3 tahapan (Aminuddin et al., 2020) yaitu:

- a. Pencucian

Pencucian luka merupakan salah satu hal yang sangat penting dalam perawatan luka. Pencucian luka dibutuhkan untuk membersihkan luka dari mikroorganisme, benda asing, jaringan mati selain itu pencucian luka dapat memudahkan perawat dalam melakukan pengkajian luka sehingga perawat dapat

dengan tepat menentukan tujuan perawatan luka dan pemilihan balutan. Perawat harus berhati-hati dalam pemilihan cairan pencuci luka karena tidak semua cairan pencuci luka baik dan tepat untuk setiap luka sama halnya dengan pemilihan balutan. Pemilihan cairan pencuci luka berdasarkan kondisi luka dan tujuan pencucian luka tersebut, jangan sampai pencucian luka yang dilakukan mengganggu proses penyembuhan luka itu sendiri.

b. Pengkajian

Pengkajian luka harusnya dilakukan secara holistic yang bermakna bahwa pengkajian luka bukan hanya menentukan mengapa luka itu ada namun juga menemukan berbagai factor yang dapat menghambat penyembuhan luka. Beberapa hal yang penting dilakukan saat pengkajian luka. Pertama, menentukan tipe/jenis luka tipe penyembuhan. Hal ini penting dikaji karena dapat menentukan lamanya waktu penyembuhan luka. Kedua, kehilangan jaringan. Kehilangan jaringan menggambarkan kedalaman kerusakan jaringan atau berkaitan dengan stadium kerusakan jaringan kulit. Ketiga, warna, lokasi dan ukuran luka. Lokasi luka mempengaruhi waktu penyembuhan luka dan jenis perawatan yang diberikan. Lokasi luka di area persendian cenderung bergerak dan tergesek, mungkin lebih lambat sembuh karena regenerasi dan migrasi sel terkena trauma (siku, lutut, kaki). Pengkajian selanjutnya, perlu dicatat tentang exudate meliputi jenis, jumlah, warna, konsistensi dan bau. Perlu juga dilakukan pengkajian di sekitar luka, nyeri yang ditimbulkan serta ada tidaknya terjadi infeksi luka.

c. Pemilihan balutan

Tujuan utama dari balutan luka (*wound dressing*) adalah menciptakan lingkungan yang kondusif dalam mendukung proses penyembuhan luka. Seperti baju

yang memiliki ukuran, corak, dan warna, balutan luka (wound dressing) bersifat individual bergantung pada karakteristik dari luka itu sendiri.

3. Range of Motion

Rentang gerak atau ROM merupakan Latihan gerak sendi untuk meminimalkan kecacatan setelah mengalami serangan stroke yang dapat dilakukan secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain.

Tujuan:

- a. Mempertahankan atau memelihara fleksibilitas dan kekuatan otot.
- b. Memelihara mobilitas persendian
- c. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur

Indikasi:

- a. Pasien stroke atau kesadaran menurun
- b. Kelemahan otot
- c. Tahap rehabilitasi fisik
- d. Pasien dengan tirah baring lama

Tahap Kerja:

- a. Gerakan leher :
 - 1) Fleksi : arahkan dagu ke sternum, upayakan untuk menyentuh sternum (ROM 45 derajat).
 - 2) Extensi : posisikan kepala pada posisi semula atau netral (ROM 45 derajat).
 - 3) Hiperextensi : gerakan kepala kearah belakang atau menengadah sejauh mungkin (ROM 10 derajat).
 - 4) Fleksi lateral : gerakan kepala kearah bahu, lakukan sesuai kemampuan (ROM 40-45 derajat).
 - 5) Rotasi : pertahankan wajah kearah depan lalu lakukan gerakan kepala memutar membentuk gerakan melingkar (ROM 360 derajat).
- b. Gerakan bahu :
 - 1) Fleksi : letakkan kedua lengan pada sisi tubuh, perlahan angkat lengan ke arah depan mengarah

- ke atas kepala, lakukan sesuai batas kemampuan (ROM 180 derajat).
- 2) Extensi : gerakan lengan kembali mengarah kesisi tubuh (ROM 180 derajat).
 - 3) Hiperextensi : pertahankan lengan pada sisi tubuh dengan lurus, lalu perlahan gerakan lengan ke arah belakang tubuh (ROM 45-60 derajat).
 - 4) Abduksi : angkat lengan lurus kearah sisi tubuh hingga berada di atas kepala dengan mengupayakan punggung tangan mengarah ke kepala dan telapak tangan ke arah luar (ROM 180 derajat).
 - 5) Adduksi : turunkan kembali lengan mengarah pada tubuh dan upayakan lengan menyilang di depan tubuh semampu klien.
 - 6) Rotasi internal : lakukan fleksi pada siku 45 derajat, upayakan bahu lurus dan tangan mengarah ke atas, lalu gerakkan lengan ke arah bawah sambil mempertahankan siku tetap fleksi dan bahu tetap lurus.
 - 7) Rotasi external: dengan siku yang dalam keadaan fleksi, gerakkan kembali lengan ke arah atas hingga jari-jari menghadap ke atas (ROM 90 derajat).
 - 8) Sirkumduksi : luruskan lengan pada sisi tubuh, perlahan lakukan gerakan memutar pada sendi bahu (ROM 360 derajat).
- c. Gerakan siku :
- 1) Fleksi : angkat lengan sejajar bahu. Arahkan lengan ke depan tubuh dengan lurus, posisi telapak tangan menghadap ke atas, perlahan gerakkan lengan bawah mendekati bahu dengan membengkokkan pada siku dan upayakan menyentuh pada bahu (ROM 150 derajat).

- 2) Extensi : gerakkan kembali lengan hingga membentuk posisi lurus dan tidak bengkok pada siku (ROM 150 derajat).
- d. Gerakan lengan :
- 1) Supinasi : rendahkan posisi lengan, posisikan telapak tangan mengarah keatas (ROM 70-90 derajat).
 - 2) Pronasi : gerakkan lengan bawah hingga telapak tangan menghadap keatas (ROM 70-90 derajat).
- e. Gerakan pergelangan tangan :
- 1) Fleksi : luruskan tangan hingga jari-jari menghadap kedepan, perlahan gerakkan pergelangan tangan hingga jari-jari mengarah ke bawah (ROM 80-90 derajat).
 - 2) Extensi : lakukan gerakan yang membentuk kondisi lurus pada jari-jari, tangan dan lengan bawah (ROM 80-90 derajat)
 - 3) Hiperektensi : gerakkan pergelangan tangan, hingga jari-jari mengarah kearah atas. Lakukan sesuai kemampuan.
 - 4) Abduksi : gerakan pergelangan tangan dengan gerakan kearah ibu jari (ROM 30 derajat).
 - 5) Adduksi : gerakkan pergelangan tangan secara lateral dengan gerakan kearah jari kelingking (ROM 30-50 derajat).
- f. Gerakan jari tangan :
- 1) Fleksi : lakukan gerakkan mengepal (ROM 90 derajat). b) Extensi : luruskan jari-jari (ROM 90 derajat).
 - 2) Hiperextensi : bengkokkan jari- jari kearah belakang sejauh mungkin (ROM 30-60 derajat).
 - 3) Abduksi : renggangkan seluruh jari-jari hingga ke 5 jari bergerak saling menjauhi
 - 4) Adduksi : gerakkan kembali jari-jari hingga ke 5 jari saling berdekatan

- g. Gerakan pinggul :
- 1) Fleksi : arahkan kaki kedepan dan angkat tungkai perlahan pada posisi lurus, (ROM 90-120 derajat).
 - 2) Extensi : turunkan kembali tungkai hingga berada pada posisi sejajar dengan kaki yang lainnya (ROM 90-120 derajat).
 - 3) Hiperextensi : luruskan tungkai, perlahan gerakan tungkai kearah belakang menjauhi tubuh (ROM 30-50 derajat).
 - 4) Abduksi : arahkan tungkai dengan lurus menjauhi sisi tubuh kearah samping (ROM 30-50 derajat).
 - 5) Adduksi : arahkan tungkai dengan lurus mendekati sisi tubuh, lakukan hingga kaki dapat menyilang pada kaki yang lain (ROM 30-50 derajat).
 - 6) Rotasi internal : posisikan kaki dengan jari-jari menghadap ke depan, perlahan gerakkan tungkai berputar ke arah dalam (ROM 90 derajat).
 - 7) Rotasi eksternal : arahkan kembali tungkai ke posisi semula yaitu posisi jari kaki menghadap ke depan (ROM 90 derajat).
 - 8) Sikumduksi : gerakan tungkai dengan melingkar (ROM 360 derajat).
- h. Gerakan lutut :
- 1) Fleksi : bengkokkan lutut, dengan mengarahkan tumit hingga dapat menyentuh paha bagian belakang (ROM 120-130 derajat).
 - 2) Extensi : arahkan kembali lutut hingga telapak kaki menyentuh lantai (ROM 120-130 derajat).
- i. Gerakan pergelangan kaki :
- 1) Dorsifleksi : gerakan pergelangan kaki hingga jari kaki mengarah ke atas, lakukan sesuai kemampuan (ROM 20-30 derajat).

- 2) Platarfleksi : gerakan pergelangan kaki hingga jari-jari mengarah ke bawah (ROM 20-30 derajat).
- j. Gerakan kaki :
- 1) Inversi : lakukan gerakan memutar pada kaki, arahkan telapak kaki ke arah medial (ROM 10 derajat).
 - 2) Eversi : lakukan gerakan memutar pada kaki, arahkan telapak kaki ke arah lateral (ROM 10 derajat).
 - 3) Fleksi : arahkan jari-jari kaki ke bawah (ROM 30-60 derajat). d) Extensi : luruskan kembali jari-jari kaki (ROM 30-60 derajat).
 - 4) Abduksi : regangkan jari-jari kaki hingga jari-jari saling menjauhi (ROM 15 derajat).
 - 5) Adduksi : satukan kembali jari-jari kaki hingga jari-jari saling merapat (ROM 15 derajat).

DAFTAR PUSTAKA

- Aminuddin, M., Sukmana, M., Nopriyanto, D., & Sholichin, S. (2020). Modul Perawatan luka. In I. Samsugito (Ed.), *Ijnhhs* (Vol. 1, Issue perawatan luka). CV Gunawana Lestari. <https://jurnal.poltekkespalembang.ac.id/index.php/jkm/article/download/987/413/>
- Kadar, K. S., Ardillah, F., Puspitha, A., & Erfina, E. (2022). Implementation of Home Care Services by Community Health Centers (Puskesmas) in Makassar City, Indonesia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 32-41. <https://doi.org/10.7454/jki.v25i1.1695>
- Mcdonald, M. V, Brickner, C., Russell, D., Dowding, D., & Larson, E. L. (2020). *Observation of Hand Hygiene Practices in Home Health Care Margaret. January.* <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.031>
- Sukamana, M., Miharja, E., Nopriyanto, D., Parellangi, A., & Muda, I. (2020). *Modul Praktik Klinik Homecare* (M. Aminudin (ed.)). Gunawan Lestari.
- Triwibowo, C. (2012). *Home Care Konsep Kesehatan Masa Kini* (1st ed.). Nuha Medika.
- WHO. (2009). Your 5 Moments for Hand Hygiene. *Patient Safety, May*, 1.
- Zeng, Z., Shuai, T., Yi, L.-J., Wang, Y., & Song, G.-M. (2015). Application of home health nursing abroad: A literature review. *Chinese Nursing Research*, 2(4), 93-95. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.09.006>

BIODATA PENULIS



Brune Indah Yulitasari, S.Kep., Ns., MNS lahir di Magelang, pada 30 Maret 1987. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Aisyiyah Yogyakarta dan S2 *Community and family Nursing* di Kasetsart University, Thailand. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program studi Ilmu Keperawatan, Universitas Alma Ata Yogyakarta (2012-sekarang). Penulis aktif menulis artikel ilmiah terkait kesehatan lansia dan komunitas yang diterbitkan dalam jurnal nasional maupun internasional. Email penulis brune@almaata.ac.id

BAB 11

Layanan *Home Care* Sebagai Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan

Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes

A. Gambaran Umum Layanan *Home Care*

Home Care adalah komponen dari pelayanan kesehatan yang komprehensif di mana pelayanan kesehatan dapat disediakan untuk kalangan individu dan juga kelompok keluarga di tempat tinggal mereka dengan tujuan mempromosikan, mempertahankan atau memaksimalkan level kemandirian serta meminimalkan efek ketidakmampuan dan kesakitan termasuk di dalamnya penyakit terminal. Komponen *home care* meliputi pasien, keluarga, pemberi pelayanan yang profesional dan tujuannya untuk membantu pasien kembali pada level kesehatan optimum dan kemandirian. Masyarakat Indonesia masih mempertahankan model keluarga besar (*extended family*), di mana keluarga akan mempertahankan seluruh anggota keluarga untuk tinggal bersama. Berdasarkan budaya tersebut, terjadi pergeseran dari perawatan institusional ke perawatan rumah, sehingga perawatan *home care* menjadi perawatan profesional dan informal.

Home care merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang dilakukan di tempat tinggal keluarga untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga. *Home care* mengutamakan pemenuhan kepuasan pasien melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa melanggar kode etik dan standar mutu pelayanan profesi (Fahrepi et al., 2019). Pelayanan *home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di

tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit (Asmi & Husaeni, 2019). Menurut *American of Nurses Association* (ANA) tahun 1992 pelayanan kesehatan di rumah adalah perpaduan perawatan kesehatan masyarakat dan keterampilan teknis yang terpilih dari perawat spesialis yang terdiri dari perawat komunitas, perawat gerontologi, perawat psikiatri, perawat maternitas dan perawat medikal bedah (Asmi & Husaeni, 2019).

Home care adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga medis di rumah pasien, namun dengan pengawasan langsung dari dokter. Layanan *home care* ini mencakup keperawatan, seperti fisioterapi, vaksinasi, atau kebutuhan kesehatan lainnya. *Home care* tidak hanya terbatas pada pelayanan medis saja, tetapi bisa juga untuk membantu aktivitas pasien sehari-hari, seperti makanan sehat atau pemantauan terhadap obat-obatan yang dikonsumsi pasien. Pelayanan *home care* dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien, baik secara individu maupun keluarga. Layanan *home care* dapat disediakan, direncanakan dan dikoordinasikan oleh pemberi layanan kesehatan.

Layanan *home care* bertujuan untuk mengoptimalkan kondisi pasien serta mendampingi pasien selama rawat jalan di rumah, sehingga pasien tidak perlu melakukan perawatan jangka panjang di rumah sakit serta meningkatkan fungsi tubuh dan kualitas hidup pasien, seperti dilakukannya terapi agar pasien dapat menjalani aktivitas sehari-hari dengan lebih nyaman dan percaya diri. Beberapa pasien yang umumnya membutuhkan layanan *home care* adalah pasien lansia, pasien dengan kondisi kronis, pasien berkebutuhan khusus, pasien yang sedang menjalani proses pemulihan pascaoperasi, pasien rawat jalan, pasien bayi yang baru dilahirkan, pasien ibu yang baru melahirkan, pasien yang memiliki riwayat penyakit tertentu sehingga membutuhkan perawatan agar tidak kambuh dan pasien rawat jalan akibat cedera.

Tersedianya layanan *home care* bermanfaat dalam banyak hal, terutama bagi pasien yang terkendala ke rumah sakit. Selain itu, manfaat layanan *home care* antara lain; pasien lebih nyaman karena perawatan dilakukan dari rumah, biaya menjadi lebih ekonomis, tidak perlu menghabiskan tenaga untuk pergi ke rumah sakit, perawatan yang didapatkan sama efektifnya dengan perawatan di rumah sakit, pelayanannya lebih cepat karena tidak harus bergantian dengan pasien lain, dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien, perawatan yang dilakukan lebih komprehensif karena perawat hanya fokus pada satu pasien, langsung diawasi oleh dokter serta dapat meminimalkan terjangkitnya virus dan bakteri dari pasien lain di rumah sakit.

Terdapat beragam jenis layanan *home care* yang umumnya tersedia, yaitu layanan perawatan lansia, perawatan luka, perawatan pendamping seperti vaksinasi, perawatan paska operasi, perawatan untuk bayi baru lahir dan perawatan bagi ibu yang baru melahirkan. Pelayanan keperawatan *home care* meliputi pelayanan primer, sekunder dan tersier yang berfokus pada asuhan keperawatan pasien melalui kerja sama dengan keluarga dan tim kesehatan lainnya. Perawatan kesehatan di rumah adalah spektrum kesehatan yang luas dari pelayanan sosial yang ditawarkan pada lingkungan rumah untuk memulihkan ketidakmampuan dan membantu pasien yang menderita penyakit kronis (Asmi & Husaeni, 2019).

Layanan *home care* di Indonesia sebenarnya bukan merupakan hal yang baru karena merawat pasien di rumah sudah dilakukan oleh anggota keluarga maupun oleh perawat sejak jaman dahulu melalui kunjungan rumah. Pemerintah membuat program *home care* di mana program ini untuk membantu masyarakat yaitu dengan pelayanan *home care follow up*, *home care gawat darurat* dan *home care visit* yang dapat membantu dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Namun timbul keluhan dari masyarakat tentang sulitnya mengakses layanan kesehatan yang cepat, tingginya biaya yang dikeluarkan untuk mendatangi fasilitas kesehatan,

banyak kasus yang tidak tertangani dengan cepat serta adanya masalah kesehatan yang kadang tidak terdeteksi, dan baru diketahui setelah media memberitakannya (Pratiwi et al., 2021).

Home care merupakan program pelayanan menyeluruh dan tanpa henti yang diberikan kepada orang dan keluarga di rumah mereka, dengan tujuan untuk membatasi efek penyakit, dan memperluas kebebasan pasien dan keluarga dalam mempertimbangkan serta merawat kerabat yang memiliki masalah medis (Juwita et al., 2022). Penyedia layanan sebagai pihak yang menyediakan pelayanan home care, agar dapat memberikan kontribusi bagi peningkatan kesehatan masyarakat.

B. Layanan Home Care Sebagai Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan

Derajat kesehatan sangat penting dalam menggambarkan profil kesehatan masyarakat disuatu daerah. Derajat kesehatan merupakan sebuah konsep yang menurut Hendrik L. Blum dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan genetik. Untuk meningkatkan derajat kesehatan, faktor-faktor tersebut harus dikendalikan dengan baik. Teori Blum menyatakan bahwa derajat kesehatan ditentukan oleh 40% faktor lingkungan, 30% faktor perilaku, 20% faktor pelayanan kesehatan dan 10% faktor genetika. Dengan kata lain, faktor lingkungan yang dalam hal ini seperti menjaga kebersihan lingkungan dan sanitasi harus baik, adalah faktor penentu tertinggi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Namun masyarakat saat ini, dalam meningkatkan derajat kesehatan justru lebih condong pada pelayanan kesehatan. Artinya banyak masyarakat yang melakukan pengobatan atau kuratif di fasilitas kesehatan tapi kurang memperhatikan kebersihan lingkungan.

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat dilakukan melalui faktor lingkungan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan. Lingkungan tidak hanya

berbicara soal sampah, tapi banyak faktor lainnya seperti unsur kimia, biologi, dan sosial budaya. Jika tidak melakukan pencegahan melalui lingkungan maka jumlah yang sakit akan lebih banyak.

Home care merupakan salah satu jenis dari perawatan jangka panjang (long term care) yang diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan. Home care juga merupakan suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka dengan tujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan serta memaksimalkan tingkat kemandirian, sehingga yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan home care adalah keberhasilan proses perencanaan pulang pasien yang perlu diperhatikan selama pasien dalam perawatan dan perlu adanya koordinasi yang terjalin dengan baik antara pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan tim pemberi pelayanan kesehatan di komunitas.

Pelayanan Home Care merupakan program yang sudah ada dan perlu dikembangkan, karena telah merupakan kebutuhan masyarakat. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dan memasyarakat serta menyentuh kebutuhan masyarakat yakni melalui pelayanan keperawatan kesehatan di rumah atau Home Care. Trend home care pada era globalisasi ini sangat berkembang pesat terutama di Indonesia karena home care ini merupakan pelayanan kesehatan jangka panjang yang dilakukan di rumah oleh tenaga kesehatan. Kondisi ini disebabkan oleh perubahan struktur pendidikan dan gaya hidup masyarakat. Perubahan tersebut menyebabkan pola perawatan jangka panjang sangat dibutuhkan. Seiring dengan itu, konsep pelayanan kesehatan pun berubah. Pada jaman dahulu masyarakat yang mendatangi institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit

dan puskesmas tetapi pada jaman sekarang pelayanan kesehatan yang mendatangi masyarakat.

Home care mengutamakan pemenuhan kepuasan pasien melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa melanggar kode etik dan standar mutu pelayanan profesi. Pelaksanaan home care berdampak positif bagi peningkatan kesehatan masyarakat, meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Rata-rata masyarakat setuju bahwa rumah merupakan tempat terbaik untuk melakukan perawatan kesehatan, terutama untuk meningkatkan kemandirian pasien. Tidak hanya memberikan keringanan dari segi biaya, home care juga merupakan langkah kecil untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal untuk banyak pasien. Konsep home care dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan menghilangkan rasa stres pasien.

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan kegiatan strategis yang mempunyai daya ungkit besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan, khususnya dalam upaya mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan keluarga. Pembangunan kesehatan merupakan cara untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap orang sehingga tingkat kesehatan masyarakat yang optimal dapat tercapai (Suprpto et al., 2021). Home care merupakan salah satu bentuk pelayanan keperawatan termasuk pada asuhan keperawatan komunitas yang dilaksanakan di rumah. Pelaksanaan Home Care sendiri merupakan aplikasi dari berbagai macam ilmu keperawatan yang mempelajari manusia baik sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Perawatan di rumah merupakan kunjungan rumah yang dilakukan oleh perawat, dilaksanakan untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat, mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah yang mereka hadapi. Lamanya

kunjungan rumah disesuaikan dengan kebutuhan klien. Home care dimulai dengan fase preinisiasi, inisiasi, implementasi, terminasi dan kunjungan rumah.

Pelaksanaan home care berdampak positif bagi peningkatan kesehatan masyarakat. Pemberi layanan kesehatan hendaknya lebih meningkatkan daya tanggap dalam memberikan pelayanan home care kepada keluarga pasien dengan cepat saat diperlukan, dibutuhkan juga kepekaan terhadap keluhan pasien agar keluarga pasien puas dengan pelayanan home care. Pembangunan kesehatan merupakan cara dalam meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal

DAFTAR PUSTAKA

- Asmi, A. S., & Husaeni, H. (2019). Nursing Home Care in Families with Problems Hypertension Health. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 32–38.
- Astuti, V. W., Yusiana, M. A., Richard, S. D., & Suwardianto, H. (2021). Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Tentang Kesehatan Melalui Home Care Pada Masyarakat Blimbing Tarokan Kabupaten Kediri. *Pelita Abdi Masyarakat*, 1(2), 54–58.
- Fahrepi, R., Rate, S., & Hadi, A. J. (2019). Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care Dengan Tingkat Puskesmas Batua Kota Makassar The Relation Of Home Care Service Quality And Family ' S Patient Satisfaction In Batua Public Health Center Jobs Area , Makassar City. 9(0451), 122–128.
- Haswira, M., Wahidin, W., & Ahmad, S. (2019). Evaluation of Home Care Program Implementation in the Bara-Baraya Puskesmas Makassar City. *Jurnal Administrasi Negara*, 25(3), 212–228. <https://doi.org/10.33509/jan.v25i3.889>
- Juwita, E., Iskandar, I., & Octaviyana, C. (2022). Hubungan Kualitas Pelayanan Home Care dengan Tingkat Kepuasan Keluarga di Wilayah Puskesmas Masjid Raya. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 8(1), 200–215.
- Martinsen, B., Mortensen, A. S., & Norlyk, A. (2018). Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses a metaethnography. *British Journal of Community Nursing*, 23(12), 597–604.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.12.597>
- Pratiwi, U. D., Andyanie, E., & Rusydi, A. R. (2021). Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan Home Care di Puskesmas Antang Perumnas Kota Makassar. *Window of Public Health Journal*, 835–843.
- Santoso, A. P. A. (2022). Membangun Budaya Keperawatan Homecare yang Berbasis Keselamatan Pasien dan Bebas Malpraktik. *Pengabdian Masyarakat Cendekia (PMC)*, 1(1), 25–28. <https://doi.org/10.55426/pmc.v1i1.170>

BIODATA PENULIS



Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes. dilahirkan di Wahai, September 1986. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu pada tahun 2007 di Universitas Sam Ratulangi Manado. Pada tahun 2017 menyelesaikan Program Magister Kesehatan di Universitas Airlangga Surabaya. Tahun 2008 lulus sebagai ASN pada Poltekkes Kemenkes Manado. Aktif mengajar pada tahun 2017 sampai sekarang di Poltekkes Kemenkes Manado dengan *homebase* Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan. Buku *Chapter* yang telah terbit adalah Keperawatan Komunitas dan Kesehatan Masyarakat

BAB 12

Peningkatan Kemandirian Keluarga Setelah Intervensi Pelayanan Home Care

Nurseha S. Djaafar, Skep, Ns, MKes

A. Pendahuluan

Home Care merupakan perawatan kesehatan di rumah, pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, individu, keluarga, untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan, atau memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta kebutuhan dasar pasien dan keluarga. (Yoyok, 2012)

Kemampuan kemandirian keluarga mengatasi permasalahan kesehatan akan membuat kualitas hidup keluarga menjadi sejahtera yang dapat memberikan kontribusi pada kesejahteraan masyarakat serta secara tidak langsung berperan serta dalam mensukseskan program pemerintah terkait upaya peningkatan derajat kesehatan melalui upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat dengan pendekatan keluarga.

Program pemerintah dalam aspek UPK dan UPM menurut Permenkes no. 75 tahun 2014 menitik beratkan pada aspek upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, perilaku hidup sehat melalui penguatan promotif dan preventif, gerakan masyarakat sehat berbasis keluarga sehat.

B. Kemandirian Keluarga

Bhatia dalam Irianti (2005) menyatakan kemandirian adalah suatu keadaan dimana seseorang memiliki keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi, memiliki kepercayaan diri dalam mengerjakan tugas-tugasnya,

bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukan. tanpa tergantung pada orang lain.

Kemandirian keluarga adalah kemampuan keluarga yang berorientasi pada lima fungsi keluarga yaitu : 1) mengenal masalah kesehatan anggota keluarga ; 2) mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat 3) memberikan pelayanan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit; 4) memodifikasi atau mempertahankan lingkungan yang menguntungkan kesehatan anggota keluarga; 5) mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dengan lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan fasilitas kesehatan yang ada (Maglaya 2006 dalam Riasmini et al., 2017)

Evaluasi tingkat kemandirian keluarga diukur dengan menggunakan indikator keluarga mandiri dalam program perawatan kesehatan masyarakat dibagi dalam 4 tingkatan yaitu : (1) keluarga mandiri tingkat I (KM I) yaitu keluarga telah mampu menerima petugas dan menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana ; (2) Keluarga mandiri tingkat II (KM II) , yaitu keluarga mampu melaksanakan KM I ditambah dengan keluarga mampu menyatakan masalah secara benar keluarga mampu memanfaatkan sarana kesehatan sesuai anjuran, keluarga mampu melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran: (3) keluarga mandiri III (KM III), yaitu KM II ditambah dengan perilaku keluarga yang dapat melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif ; (4) keluarga mandiri IV (KM IV), yaitu KM III ditambah dengan perilaku keluarga yang mampu melaksanakan tindakan promotif secara aktif (Depkes, 2006).

C. Pelayanan Home Care dan Kemandirian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat, menempati posisi diantara individu dan masyarakat, maka masalah yang terjadi pada keluarga -keluarga akan menjadi masalah masyarakat secara umum, keberhasilan pelayanan dirumah sakit dapat menjadi tak berarti, apabila tidak dilanjutkan oleh keluarga dirumah, dengan demikian kesehatan

anggota keluarga akan mempengaruhi kualitas hidup keluarga, yang berarti kualitas hidup masyarakat (Heramis, 2000).

Home Care merupakan perawatan kesehatan dirumah, pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, individu, keluarga, untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan, atau memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta kebutuhan dasar pasien dan keluarga.(Yoyok,2012)

Hasil penelitian Nurseha dkk (2018) dalam pengembangan Home Care melalui model Integrated self care dan Kartu Monitor dalam upaya meningkatkan kemandirian keluarga pada penyakit tidak menular di wilayah kerja Puskesmas Kota Manado, dilaksanakan secara bertahap yakni :

Pengembangan Home Care melalui model Integrated self care merupakan sintesa ilmu dari teori self care Orem (Tomey & Alligood, 2006), dan self management Richard & Shea (Wilkinson & Whitehead, 2009), serta tugas kesehatan keluarga (Friedman, 1998).

Konsep model Self Care Orem memandang bahwa klien memiliki kemampuan dan potensi merawat diri sendiri, untuk mencapai sehat dan sejahtera dengan menekankan pada peran klien sebagai self care agent bagi diri sendiri, dimana self care adalah situasi klien yang mampu melakukan perawatan diri dan self deficit adalah situasi klien yang tidak mampu melakukan perawatan diri (Orem, 2001).

Teori self care Orem menjelaskan bahwa klien memiliki tiga kebutuhan terhadap perawatan diri, yaitu : (1) kebutuhan perawatan diri secara menyeluruh (Universal self care requisite): (2) Kebutuhan perawatan diri pada masa perkembangan (development self care requisite): (3) Kebutuhan perawatan diri terhadap penyimpangan masalah kesehatan (health deviation self care requisities).

Konsep Self management adalah suatu strategi perubahan pemahaman dan perilaku manusia melalui peningkatan dan proses belajar dan adanya kesadaran yang tinggi dalam menghadapi suatu perubahan dan stimulus dari

lingkungan (Cormier, 2009). Konsep Tugas Kesehatan Keluarga Friedman, menggambarkan Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan yakni: (1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan; (2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan; (3) Kemampuan keluarga memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit; (4) Kemampuan keluarga mempertahankan dan menciptakan rumah yang sehat; (5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan.

Pengembangan Home Care melalui model Integrated self care merupakan paket pendidikan dalam pemecahan masalah keluarga dengan penyakit tidak menular untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menerapkan self management, yakni kemampuan keluarga melakukan keterampilan melaksanakan tugas kesehatan keluarga, kemampuan memonitor (self monitoring), mengendalikan (self controlling) dan menilai keberhasilan pencapaian kesehatan keluarga (self reward) merujuk pada indikator keluarga sehat dengan menggunakan Kartu Monitor. Kemampuan keluarga dalam menerapkan keterampilan self management akan meningkatkan self Efficacy. Sasaran yang ingin dicapai pada pengembangan Home Care melalui model Integrated self care adalah peningkatan self Efficacy (keyakinan akan kemampuan diri) keluarga dengan penyakit tidak menular akan terus menerus termotivasi menerapkan kegiatan self management dalam upaya mencapai kualitas hidup sehat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa :

1. Pengembangan Home Care melalui Model Intervensi Self Care dan Kartu Monitor berimplikasi kepada kemandirian keluarga dalam mengendalikan penyakit tidak menular melalui proses pembelajaran sepanjang hayat untuk senantiasa meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan diri responden. Implikasi pembelajaran sepanjang hayat, pada model Integrated Self care adalah tindakan pengendalian yang dilakukan responden dengan melakukan keterampilan self management melalui kartu

monitor yakni self monitoring, self controlling dan self reward sehingga responden memiliki self care terintegrasi untuk berada pada kondisi kesehatan optimal dan berkualitas, dan hidup sejahtera.

2. Pengembangan Home Care melalui Model Intervensi Self Care dan Kartu Monitor berimplikasi terhadap penelitian terkait dimana proses penyusunan model Integrated Self care, dapat digunakan sebagai model untuk mengembangkan model-model kemandirian keluarga dalam mengaplikasikan perilaku hidup sehat melalui pendekatan pendidikan, pelatihan, dimana responden dapat mengidentifikasi dan melakukan keterampilan - keterampilan hidup sehat, serta perubahan pada keluarga yang dapat mengendalikan dan mengontrol faktor risiko.
3. Pengembangan Home Care melalui Model Intervensi Self Care dan Kartu Monitor, berimplikasi pada pendidikan keperawatan melalui kemitraan, kolaborasi pada institusi pendidikan dalam pencapaian sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas melalui integrasi kurikulum mata kuliah keperawatan komunitas dan keluarga dan keperawatan gerontik melalui program PKL terpadu. Hal ini dapat meningkatkan kompetensi peserta didik, dalam memberikan kontribusi pembangunan kesehatan melalui pengembangan Home Care/Home visit dan self care terprogram.
4. Pengembangan Home Care melalui Model Intervensi Self Care dan Kartu Monitor, juga berimplikasi pada pelayanan keperawatan yakni melalui pengembangan pola kemitraan, kolaborasi intra dan antar profesi dengan pemerintah melalui penetapan kebijakan tentang pentingnya kesadaran masyarakat dengan secara mandiri dapat mengendalikan kenaikan tekanan darah, kenaikan gula darah dan kenaikan berat badan, sehingga keluarga memiliki kemandirian untuk berperilaku hidup sehat, menurunkan angka kesakitan. Tenaga keperawatan dapat melakukan kolaborasi dengan dinas kesehatan, Puskesmas, melalui

program puskesmas yang melibatkan peran serta masyarakat Seperti PKK, kader kesehatan, tokoh-tokoh masyarakat, tokoh agama dan pemimpin daerah

DAFTAR PUSTAKA

- Arjuna Putra.2017. Inovasi Pelayanan Berbasis Home Care di Kota Makassar. Volume 3 Nomor 3.
- Aziz, I., K., dkk. (2018). Pengaruh kualitas layanan home care terhadap kepuasan dan kepercayaan pasien di Kecamatan Panakkukang Kota Makassar. Vol 1:3
- Asmi, dkk (2019) 'Nursing Home Care In Families With Problems Hypertension Health', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), Pp. 32-38. Doi: 10.35816/Jiskh.V10i2.99
- Depkes, RI. (2002). Pedoman penetapan home care. Jakarta : Dirjen.Pelayanan Medik.
- Irham,(2017). Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Home Care Puskesmas Antara Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar: Universitas Hasanuddin
- Muhammad dkk (.2016). Inovasi Pelayanan Home Care Pada Puskesmas Antang Perumnas Makassar. Volume 22 Nomor 3.
- Muliany, A.dkk, (2018) 'Faktor Yang Mempengaruhi Minat Masyarakat Dalam Pemanfaatan Home Care Di Puskesmas Layang Public Health, Faculty Universitas Muslim Indonesia Address: Email: Phone: Article History :Received 29 May 2018 Accepted 24 July 2018 Pendahuluan Masyarakat Yang',1(3), Pp. 297-303.
- Muthmainnah, dkk, (2019) 'Hubungan Peran Keluarga Dan Peran Tenaga Kesehatan Dalam Kepatuhan Pengobatan Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sangurara Kota Palu', *Jurnal Kolaboratif Sains*, 1(1),Pp. 156-166.
At:Http://Jurnal.Unismuhpalu.Ac.Id/Index.Php/Jom/Article/View/784.
- Nurseha, dkk (2018), Pengembangan Home Care Melalui Model Integrated Self Care dan Kartu Monitor Dalam Upaya Meningkatkan Kemandirian Keluarga pada Penyakit Tidak Menular wilayah Kerja Puskesmas Kota Manado
- Pamungkas, R.dkk (2020) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Berobat Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ciamis Tahun 2019', *Keperawatan*, 2(1), Pp. 9-18. Doi: 2656-4122.

- Parellangi, A. (2015). *Manajemen Operasional Home care Nursing* Cahaya Husada. Samarinda
- Puspita, E. Et Al. (2017) 'The Role Of Family And Health Officers In Compliance Treatment Of Hypertension Patients', 12(2), Pp. 25-32.
- Ruliyandari, R. And Tukiyo, I. W. (2020) 'Implementasi Pelayanan Home Care Unit Lkk-Dmt Di Rsu Pku', *Health Care Media*, 4, Pp. 80-84.
- Suprpto (2018) 'Efektivitas Penggunaan Layanan Homecare Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Puskesmas Barombong Kota Makassar', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 6(2), Pp. 1-5. Doi: 10.35816/Jiskh.V6i2.51.
- Yoyok, dkk. 2016. Potensi layanan home care di Rumah Sakit UMM didasarkan pada analisa kasus penyakit, ekonomi dan social masyarakat. Vol 7:1 hal 70

BIODATA PENULIS



Nurseha S. Djaafar, SPd, Skep, Ns, MKes lahir di Kintom, pada 12 Oktober 1961. Seorang perawat Pendidik, yang telah bekerja selama lebih dari 38 tahun, dibidang keperawatan, baik sebagai clinical instructor, maupun dosen pada jurusan keperawatan politeknik Kesehatan Manado. Penulis adalah lulusan Akademi Keperawatan Kemenkes Makassar tahun 1983, IKIP Manado tahun 1995, PSIK FK UGM tahun 2003 dan S2 Kesehatan Masyarakat Unsrat manado tahun 2010, Pendidikan formal penulis dilengkapi dengan pelatihan dan temu ilmiah baik didalam maupun diluar negeri antara lain Davao Philipina dan China. Penulis juga aktif pada organisasi profesi Persatuan Perawat nasional Indonesia sebagai Wakil Ketua MKEK Prop. Sulut

BAB 13

Layanan *Home Care* Pada Bayi Baru Lahir

*Dorce Sisfiani Sarimin., M.Kep.,Ns.,
Sp.Kep.An*

A. Pendahuluan

Bulan pertama kehidupan, yang disebut periode bayi baru lahir atau neonatal, adalah periode paling berisiko dalam kehidupan seorang individu. Dari setiap 100 anak yang lahir hidup, sekitar 10 anak meninggal sebelum mencapai usia dari 5 tahun. Dari 10 orang ini, sekitar 4 orang meninggal pada bulan pertama kehidupan itu sendiri, yaitu periode bayi baru lahir. Sebagian besar kematian bayi baru lahir ini terjadi pada minggu pertama kehidupan. Banyak bayi baru lahir jatuh sakit pada hari-hari pertama kehidupannya karena komplikasi persalinan. Oleh karena itu penting untuk mendapatkan perawatan yang terampil saat lahir sehingga komplikasi apa pun dapat dicegah atau diobati. Hari pertama kehidupan sangat penting. Saat berada di dalam tubuh ibunya, bayi aman, hangat hangat, dan diberi makan dengan baik. Setelah lahir, bayi yang baru lahir harus beradaptasi dengan cara makan, bernapas, dan tetap hangat. Sangatlah penting untuk membantu mereka memenuhi kebutuhan baru mereka. Pada saat ini bayi dapat mudah sakit dan penyakitnya dapat menjadi serius dengan sangat cepat (Unicef, 2015).

Dari 130 juta bayi yang lahir di seluruh dunia setiap tahunnya, sekitar 2,7 juta bayi tidak dapat bertahan hidup dalam empat minggu pertama kehidupannya. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada enam solusi untuk penyebab kematian balita yang paling dapat dicegah, yaitu: menyusui segera dan eksklusif, tenaga kesehatan yang

terampil untuk perawatan antenatal, kelahiran, dan pasca kelahiran, akses terhadap nutrisi dan mikronutrien, pengetahuan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada kesehatan anak, peningkatan akses terhadap air, sanitasi, dan kebersihan Imunisasi (Caudill-Slosberg, 2019).

B. Gambaran Umum Tugas Perawat Home Care pada Bayi (Unicef, 2015).

1. Mengidentifikasi ibu hamil di masyarakat sehingga kader Kesehatan dapat melakukan kunjungan rumah selama kehamilan dan pada hari-hari pertama setelah kelahiran untuk mendapatkan dampak yang maksimal.
2. Lakukan dua kali kunjungan rumah ke semua ibu hamil di masyarakat:
Kehamilan pertama sedini mungkin untuk mendorong ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, mendorong persalinan di fasilitas kesehatan, membantu mempersiapkan kelahiran, dan mengajarkan perawatan di rumah bagi ibu hamil.
3. Kunjungan kehamilan kedua sekitar 2 bulan sebelum persalinan untuk meninjau kembali pelayanan antenatal kunjungan antenatal, rencana persalinan, dan perawatan di rumah untuk ibu hamil; dan untuk mendorong keluarga untuk mengikuti praktik perawatan bayi baru lahir yang optimal segera setelah lahir.
4. Lakukan 3 kali kunjungan rumah setelah kelahiran untuk semua ibu dan bayi, tanpa memandang tempat kelahiran.
Kunjungan pertama pasca kelahiran pada hari pertama setelah kelahiran sehingga dukun bayi dapat menilai tanda-tanda penyakit, menimbang berat badan bayi, dan membantu ibu dalam pemberian ASI eksklusif dan menjaga bayi tetap hangat (Catatan: Kunjungan ini juga dapat dilakukan di fasilitas kesehatan).
5. Kunjungan pascakelahiran kedua pada hari ke-3 setelah kelahiran agar dukun bayi dapat menilai tanda-tanda penyakit, membantu ibu untuk mempertahankan pemberian ASI dan mencegah masalah menyusui, dan memberi saran tentang perawatan yang optimal untuk ibu dan bayinya (Catatan: Jika kunjungan pascapersalinan

pertama ditunda sampai hari ke-2 untuk pertama ditunda hingga hari ke-2 karena suatu alasan, kunjungan ini tetap harus dilakukan pada hari ke-3.)

Kunjungan pascakelahiran 3 pada hari ke-7 setelah kelahiran agar dukun beranak dapat menilai tanda-tanda penyakit, dan memberikan saran tentang perawatan yang optimal setelah minggu pertama kehidupan. (Catatan: Jika kunjungan kedua tertunda karena suatu alasan, kunjungan ini tetap harus dilakukan pada hari ke-7).

6. Lakukan dua kunjungan rumah tambahan setelah kelahiran untuk bayi kecil (berat lahir kurang dari 2,5kg), pada hari ke-2 dan ke-14 agar dukun bayi dapat memberikan perawatan ekstra yang dibutuhkan oleh bayi kecil. yang dibutuhkan bayi kecil.
7. Lakukan kunjungan tindak lanjut untuk bayi yang dirujuk ke fasilitas kesehatan karena sakit.

C. Kunjungan Rumah setelah Kelahiran

1. Mencuci Tangan

Mengapa penting bagi kader Kesehatan dan perawat untuk mencuci tangan sebelum menyentuh bayi baru lahir?

Bayi baru lahir dapat terkena infeksi lebih mudah daripada orang dewasa atau anak yang lebih tua. Infeksi pada bayi baru lahir bisa berbahaya. Mencuci tangan dengan sering dan benar adalah salah satu cara yang paling efektif untuk mencegah infeksi. Sebagai seorang perawat dan kader kesehatan, sangat penting untuk selalu mencuci tangan sebelum menyentuh bayi, agar tidak membawa kuman infeksi kepada bayi. Perawat juga dapat mengajarkan orang tua cara mencuci tangan.

2. Supporting Breastfeeding

Bagaimana cara kerja menyusui?

Ada tiga hal penting yang perlu dipahami tentang cara kerja menyusui:

- a. Otak ibu mengontrol produksi ASI: Ketika bayi menyusui pada payudara, hal itu membuat otak ibu mengirim sinyal ke payudara untuk mengeluarkan ASI dari keluar dari payudara dan membuat lebih banyak ASI. Inilah sebabnya mengapa semakin banyak bayi

menyusu pada payudara, semakin banyak ASI yang diproduksi dan dikeluarkan. Selain itu, proses ini mudah dipengaruhi oleh pikiran, perasaan, dan sensasi ibu.

Berikut ini adalah sinyal dari otak ibu ke payudaranya menjadi lebih kuat, sehingga menghasilkan lebih banyak ASI untuk bayi (Caudill-Slosberg, 2019).

- 1) Memikirkan bayi dengan penuh kasih sayang
- 2) Suara bayi
- 3) Melihat bayi
- 4) Menyentuh bayi
- 5) Keyakinan bahwa ia dapat menyusui bayinya

Di sisi lain, hal-hal berikut ini membuat sinyal dari otak ibu ke payudaranya menjadi lebih lemah, sehingga ASI tidak dapat mengalir:

- 1) Khawatir
- 2) Nyeri
- 3) Keraguan untuk dapat menyusui bayi

Untungnya, efek ini biasanya bersifat sementara.

- b. Payudara berhenti memproduksi ASI jika payudara tetap penuh dengan ASI: Hal ini berarti bahwa jika bayi tidak sering menyusu dan mengeluarkan ASI, jumlah ASI akan berkurang.

Bayi harus menyusu pada areola, bukan pada puting: Saat menyusu, ASI akan mengalir dan dikumpulkan di ruang di bawah areola (area gelap pada payudara di sekitar puting). Bayi harus menyusu pada area ini untuk mendapatkan ASI dari payudara. Jika bayi hanya menyusu pada puting susu, mulut dan lidahnya akan menggosok kulit puting susu sehingga membuat puting terasa nyeri dan sakit (Caudill-Slosberg, 2019).

- c. Lakukan Skin to Skin Kontak untuk Memulai Inisiasi Menyusui Dini

Kontak kulit antara ibu dan bayi dapat membantu menghangatkan bayi secara alami dan menjaga suhu bayi tetap stabil. Skin to skin juga membantu bayi

mencari puting ibu untuk memulai inisiasi menyusui dini dengan mencari puting. Pada saat ini pula bayi akan mendapatkan ASI pertama yang disebut kolostrum.

Jika setelah satu jam kontak kulit ke kulit bayi belum mulai menyusui, ibu bisa mendekatkan bayi ke puting untuk meneruskan kembali proses tadi sekitar 30 menit sampai 1 jam (Amalia, 2020)

3. Merawat dan Menjaga Kebersihan tali Pusat Bayi

Tali pusat adalah tali penyelamat bayi selama kehamilan, tetapi tidak lagi diperlukan ketika bayi lahir. Dalam beberapa menit setelah lahir, tali pusat dijepit dan dipotong dekat dengan pusar. Setelah kehilangan suplai darah, tali pusat akan mulai mengering, mengeras dan berubah menjadi pusar bayi Tali pusat tidak memiliki saraf sehingga bayi tidak akan merasakan ketidaknyamanan selama proses berlangsung.

Penanganan dan perawatan tali pusat yang tepat - baik pada saat persalinan maupun dan sesudahnya sangat penting untuk mengoptimalkan kesehatan bayi baru lahir. Tali pusat yang 'ditangguhkan' atau 'ditunda' penjepitan tali pusat saat ini direkomendasikan, dan ini melibatkan menunggu setidaknya 1 menit setelah melahirkan (biasanya antara 1 dan 3 menit setelah kelahiran) sebelum penerapan penjepit tali pusat penjepit tali pusat. Penjepitan tali pusat yang tertunda saat ini direkomendasikan selama masa kehamilan cukup bulan dan kurang bulan kehamilan tidak hanya untuk memastikan volume darah yang cukup, tetapi juga untuk memastikan transisi neonatus. Penjepitan tali pusat segera mungkin diperlukan jika neonatal segera neonatal segera diperlukan saat lahir (King, 2020)

a. Perawatan Tali Pusat

Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan semua perawatan bayi. Lipat popok di bawah tali pusat agar tali pusat mengering, dan mencegah kontaminasi oleh air seni dan feses. Usahakan untuk tidak menyentuh tali pusat karena hal ini akan mengurangi risiko infeksi silang. Hindari pakaian yang ketat, untuk

mendorong sirkulasi udara di sekitar tali pusat. Penjepit dapat dibiarkan, karena beratnya akan mendorong pemisahan. Anda dapat memandikan bayi Anda dengan air biasa. Bersihkan tali pusat hanya jika telah terkontaminasi dengan air seni atau feces. Gunakan air biasa untuk melakukan hal ini (MKHC, 2022).

b. Pemisahan Tali Pusat

Pemisahan tali pusat biasanya terjadi antara 5 - 15 hari, hal ini dapat tertunda jika bayi Anda telah menerima antibiotik atau jika area tersebut telah terinfeksi. Selama pemisahan, sejumlah kecil cairan lengket mungkin ada di persimpangan tali pusat dan kulit. Ini adalah hal yang normal. Setelah tali pusat terlepas, mungkin masih ada sedikit cairan lengket selama beberapa hari. Sekali lagi, ini normal.

Lanjutkan untuk mengatur popok di bawah tali pusat sampai benar-benar kering (MKHC, 2022).

c. Tanda-tanda Infeksi

- 1) Kemerahan di sekitar area pusar
- 2) Pembengkakan dan nyeri di lokasi tersebut
- 3) Pendarahan.
- 4) Keluarnya cairan berwarna kuning/hijau dan/atau bau yang tidak sedap.
- 5) Bayi Anda mungkin tidak menyusu dengan baik dan menjadi lesu serta suhu tubuhnya meningkat.
- 6) Jika Anda melihat salah satu dari gejala-gejala ini, beri tahu bidan, perawat neonatal, pengunjung kesehatan atau dokter umum Anda segera karena bayi Anda mungkin perlu minum obat antibiotik (MKHC, 2022)

d. Edukasi orang tua tentang cara mengelola tali pusat, apa yang diharapkan, dan kapan harus mencari masukan dari tenaga kesehatan profesional. Mereka harus melakukannya:

- 1) Memeriksa tunggul secara teratur untuk memastikan bahwa tunggulnya sembuh, dan tetap bersih dan kering
 - 2) Selalu cuci tangan sebelum menyentuh tali pusat untuk mengurangi risiko infeksi
 - 3) Pastikan popok tidak bergesekan dengan tunggul tali pusat - lipatlah popok di bagian depan jika perlu
 - 4) Carilah masukan lebih lanjut jika tali pusat masih utuh setelah 3 minggu sejak kelahiran - biasanya jatuh setelah 1-2 minggu
 - 5) Jangan pernah mencoba menarik atau melepaskan tunggulnya; biarkan tunggulnya jatuh secara spontan
 - 6) Waspada tanda-tanda infeksi - kemerahan, bengkak, nanah atau darah, demam, sulit menyusu, menangis saat tunggul disentuh - dan mencari pemeriksaan kesehatan dini (King, 2020). Pada Penelitian tentang program edukasi bahwa terdapat pengaruh edukasi terhadap pengetahuan orang tua tentang asuhan neonatus di wilayah kerja Puskesmas Minanga Kota Manado (Sarimin, Ransun, Ponidjan, Awuy, 2018)
4. Menyusui Bayi dengan Benar
- Mengamati proses menyusui. Lakukan pengecekan antara lain:
- a. Apakah pelekatan bayi baik?
Bayi melekat dengan baik pada payudara jika
 - 1) Lebih banyak areola yang terlihat di atas daripada di bawah mulut bayi
 - 2) Mulut bayi terbuka lebar
 - 3) Bibir bawah mengarah ke luar; dan
 - 4) Daggu menyentuh payudara



Perlekatan Baik Perlekatan Tidak baik

Gambar 1. Perlekatan Bayi Saat Menyusui

- b. Apakah bayi menyusui secara efektif?

Bayi menyusui secara efektif jika

- 1) Bayi menghisap dengan lambat dan dalam, terkadang berhenti sejenak di tengah-tengahnya
- 2) Anda dapat melihat bayi menelan

- c. Bagaimana membantu ibu untuk meningkatkan pelekatan?

Jika pelekatan tidak baik atau proses menyusui tidak efektif, kader Kesehatan harus mencoba untuk membantu ibu untuk meningkatkan pelekatan. Penting untuk terlebih dahulu mengamati proses menyusui dengan cermat sebelum mulai membantu ibu. Penyebab umum pelekatan yang kurang baik adalah Posisi bayi yang kurang baik pada payudara.

Jelaskan kepada ibu bahwa meningkatkan pelekatan bayi akan membuatnya lebih baik untuk menyusui bayinya. Tanyakan apakah ibu ingin Anda menunjukkannya. Jika dia setuju:

- 1) Pastikan ibu dalam keadaan rileks dan nyaman
Ibu dapat menyusui dalam posisi duduk, berbaring atau berbaring. Hal ini sangat penting sangat penting untuk memastikan bahwa ibu merasa rileks dan nyaman. Seperti yang telah Anda pelajari sebelumnya, jika ibu merasa khawatir atau khawatir atau merasa sakit, ASI mungkin tidak akan keluar dengan mudah.
- 2) Pastikan posisi bayi baik
Bayi dalam posisi yang baik untuk menyusui jika:
 - a) Kepala dan tubuh bayi sejajar (yang berarti lehernya tidak tertekuk);

- b) Bayi digendong dekat dengan tubuh ibu, menghadap ke payudara; dan
- c) Seluruh tubuh bayi ditopang



Posisi Benar :
Kepala dan Badan dalam satu garis, Badan bayi melekat ke perut ibu, seluruh tubuh bayi di topang



Posisi Tidak Benar :
leher terpelintir, tubuh menjauh dari ibu, hanya tubuh bagian atas yang ditopang

Gambar 2. Posisi Bayi Saat Menyusui

5. Pantau Berat Badan Bayi

Mengapa berat badan bayi baru lahir harus diukur?

Sulit untuk mengetahui apakah seorang bayi berukuran kecil atau normal hanya dengan melihatnya; cara terbaik untuk mengetahui apakah bayi kecil adalah dengan menimbang berat badan bayi. Jika bayi dilahirkan di fasilitas kesehatan, berat badan diambil segera setelah lahir dan biasanya dicatat pada kertas yang diberikan kepada keluarga. Jika anda Jika Anda memiliki catatan berat badan bayi baru lahir yang diambil di fasilitas kesehatan, Anda tidak perlu menimbang ulang berat badan bayi.

Bayi harus ditimbang pada hari persalinan - bayi kecil paling rentan selama hari-hari pertama dan perawatan khusus mereka harus dimulai sesegera mungkin. Jika Anda menemukan tanda bahaya tanda bahaya selama penilaian Anda pada hari pertama kehidupan, Anda tidak boleh

membuang waktu untuk mengukur berat badannya, tetapi segera atur rujukan. Jika Anda tidak dapat menimbang bayi pada hari persalinan, timbanglah sesegera mungkin.

Bayi yang kecil mungkin lahir lebih awal atau mungkin tidak tumbuh cukup baik di dalam rahim. Ini berarti bahwa bayi kecil mungkin tidak sepenuhnya siap untuk hidup di luar rahim dan dapat memiliki banyak masalah. Bayi kecil lebih mungkin menjadi sakit parah atau meninggal daripada bayi normal.

Bayi kecil membutuhkan perawatan khusus untuk mencegah mereka jatuh sakit dan meninggal. Di bawah ini menjelaskan masalah umum yang dihadapi oleh bayi kecil yaitu

- a. Suhu rendah: Bayi kecil memiliki sedikit lemak pada tubuh mereka dan sering kali tidak mampu mempertahankan suhu tubuh mereka. Ini berarti bahwa mereka dapat dengan mudah kedinginan dan sakit dan perlu dijaga agar tetap hangat.
- b. Masalah pemberian makan: Bayi kecil membutuhkan ASI untuk bertahan hidup dan tumbuh, tetapi mereka memiliki kecil, mudah lelah karena tidak memiliki cukup energi untuk menyusu, dan mungkin tidak melekat dengan baik ke payudara. Ini berarti bayi kecil berisiko tidak mendapatkan ASI yang cukup dan harus sering disusui untuk memastikan mereka mendapat cukup ASI.
- c. Infeksi: Bayi kecil mungkin tidak memiliki kekuatan yang cukup untuk melawan penyakit sehingga dapat terkena infeksi dan penyakit dengan mudah. Ini berarti bahwa lebih penting lagi untuk melakukan hal-hal yang membantu mencegah infeksi, seperti mencuci tangan, bagi mereka daripada bayi ukuran normal.
- d. Pernapasan: Bayi yang sangat kecil mungkin mengalami kesulitan bernapas karena paru-parunya belum belum matang.

Interpretasikan berat badan, Jika berat badan lahir berada di:

- a. Zona merah (kurang dari 2,0 kg): Bayi sangat kecil dan dapat mengalami masalah berat dengan tetap hangat, menyusu dan bernapas. Bayi ini harus dirujuk ke fasilitas Kesehatan segera.
 - b. Zona kuning (2,0 hingga 2,4 kg): Bayi kecil dan membutuhkan perawatan khusus karena mereka dapat mudah sakit. Anda akan belajar tentang perawatan untuk bayi kecil di rumah pada sesi selanjutnya.
 - c. Zona hijau (2,5 kg atau lebih): Ini adalah bayi ukuran normal dan membutuhkan perawatan normal. Anda akan belajar tentang perawatan untuk bayi normal di sesi selanjutnya. Namun, ingatlah bahwa jika bayi memiliki tanda bahaya, meskipun berat badannya berada di zona kuning atau hijau, Anda harus merujuk bayi ke fasilitas kesehatan.
6. Lengkapi Imunisasi di 3 Bulan Pertama

Imunisasi menjadi sangat penting pada awal kehidupan bayi karena anak-anak terpapar ribuan kuman penyebab penyakit setiap hari. Ini bisa terjadi melalui makanan yang dimakan, udara yang mereka hirup, dan benda-benda yang mereka masukkan ke dalam mulut mereka.

Imunisasi adalah proses pembentukan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit menular yang terjadi setelah pemberian vaksin.

Berdasarkan anjuran IDAI terbaru (2023), berikut daftar urutan imunisasi dasar lengkap bayi usia 0–9 bulan.

- a. Bayi baru lahir (usia kurang dari 24 jam): imunisasi hepatitis B (HB-1).
- b. Usia 0–1 bulan: Polio 0 dan BCG.
- c. Usia 2 bulan: DP-HiB 1, polio 1, hepatitis B 2, rotavirus, PCV.
- d. Usia 3 bulan: DPT-HiB 2, polio 2, hepatitis B 3.
- e. Usia 4 bulan: DPT-HiB 3, polio 3 (IPV atau polio suntik), hepatitis B 4, dan rotavirus 2.

- f. Usia 6 bulan: PCV 3, influenza 1, rotavirus 3 (pentavalen).
 - g. Umur 9 bulan: Campak atau MR dan japanese encephalitis 1.
7. Kenali Tanda bahaya pada Bayi

Mengapa penting untuk menilai tanda bahaya pada bayi baru lahir?

Bayi baru lahir dapat jatuh sakit dengan mudah pada hari-hari pertama setelah lahir dan penyakitnya bisa menjadi serius dengan cepat. Keterlambatan dalam menerima perawatan dapat mengancam nyawa bayi.

Tanda-tanda penyakit pada bayi baru lahir dapat sulit dikenali oleh keluarga, tetapi kader Kesehatan terlatih dapat menilai dan mengidentifikasi bayi yang membutuhkan perawatan segera. Oleh karena itu, dukung bayi harus menilai semua bayi untuk mengetahui tanda-tanda penyakit (tanda "bahaya") pada saat kunjungan rumah.

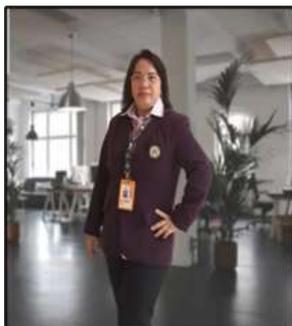
Adapun Tanda bahaya pada Bayi seperti :

- a. Tidak dapat menyusu sejak lahir, atau berhenti menyusu dengan baik
- b. Kejang-kejang atau tidak bisa bergerak sejak lahir
- c. Pernapasan cepat: Dua kali hitungan 60 kali napas atau lebih dalam satu menit
- d. Dada tidak bisa digerakkan
- e. Suhu tinggi: $37,5^{\circ}\text{C}$ atau lebih
- f. Suhu sangat rendah: $35,4^{\circ}\text{C}$ atau kurang
- g. Telapak kaki berwarna kuning
- h. Gerakan hanya saat dirangsang, atau tidak ada gerakan bahkan saat dirangsang
- i. Tanda-tanda infeksi lokal: pusar merah atau mengeluarkan nanah, bisul pada kulit, atau mata berair nanah

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia A, 2020. 10 Cara merawat bayi baru lahir Nutriclub. www.Nutriclub.co.id.
- Caudill-Slosberg. M.A, (2019) Maternal and Child Health <https://humanjourney.us/health-and-education-in-the-modern-world-section/maternal-and-child-health/>
- King E. (2020) Cord Care The Welfare of Women, London UK <https://www.glowm.com/pdf/CMT%20Cord%20Care.pdf>
- Miltone Keynes University Hospital (2022) : Care of the Umbilical cord <https://www.mkuh.nhs.uk>
- Sarimin D,S, Ransun D, Ponidjan T. S, Awuy J (2018). Pengaruh Program Edukasi Pada Orang Tua Terhadap engetahuan Dan Sikap Tentang Asuhan Neonatus Di Wilayah Kerja Puskesmas Minanga. PROSIDING Seminar Nasional Tahun 2018 ISBN: 2549-0931 Vol 1 No 3
- Unicef (2015) *Caring for newborns and children in the community: a training course for community health workers: caring for the newborn at home*. Buku. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 978 92 4 154929 5 Geneva, Switzerland

BIODATA PENULIS



Dorce Sisfiani Sarimin, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An lahir di Kalawara 13 April 1975. Lulusan Magister Keperawatan dan Ners Spesialis Keperawatan Anak Universitas Indonesia Jakarta, tahun 2013. Bekerja di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Manado Jurusan Keperawatan. Sebagai dosen sejak tahun 2000 dan pada tahun 2014 - 2018 menjabat sebagai Kaprodi D-III Keperawatan, 2018- sampai sekarang menjabat sebagai Kaprodi Sarjana terapan Keperawatan Ners. Adapun Buku yang pernah diterbitkan adalah Dukungan keluarga pada Imunisasi Anak, Konsep Keperawatan Anak dan Buku Ajar keperawatan anak 1, pengalaman publikasi internasional dan nasional dalam area keperawatan anak baik pada jurnal bereputasi dan jurnal nasional terkakreditasi sinta. Pengalaman organisasi sebagai anggota perinasia sejak tahun 2012, organisasi IPANI : sebagai bendahara Tahun 2014 - 2017, Sebagai Koordinator pendidikan dan pelatihan 2017-2022 dan 2023 sampai sekarang sebagai Wakil Ketua bidang organisasi, Hukum dan Sistem Informasi. Pengurus AIPNI regional 8 sebagai anggota bidang pendayagunaan lulusan dan Uji Kompetensi tahun 2022 sampai sekarang.

BAB 14

Praktik Komplementer Berbasis Home Care Pada Ibu Menyusui

Nurdahlia, S.K.M., M.Kes., CHE

A. Pendahuluan

Ibu atau wanita yang dalam masa menyusui atau meneteki sering mengalami kendala saat proses pemberian ASI. Ibu sering mengeluh ASI kurang lancar dan keluar sedikit, terutama pada masa pertama kelahiran bayi. Hal ini dapat disebabkan oleh masih adanya sedikit hormon progesteron, esterogen, Human Placental Lactogen (HPL) dan Prolactin Inhibiting Factor (PIF) didalam tubuh ibu, sehingga Produksi ASI masih terhambat terlebih di hari 2-3 setelah persalinan

Upaya untuk meningkatkan kelancaran ASI dapat dengan melakukan pijat oksitosin (stimulasi hormon oksitosin) yang dilakukan dengan pemijatan mulai dari tonjolan tulang tengkuk atau leher pada bagian sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang *costae* kelima/keenam (Rahayu,. 2016).

B. Komplementer berbasis Home Care

Di Indonesia menggunakan istilah pelayanan Kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer, dimana pelayanan kesehatan tradisional merupakan seluruh pelayanan yang ada di masyarakat, terbagi dalam 2 kelompok besar yaitu pelayanan kesehatan tradisional ramuan dan pelayanan kesehatan tradisional keterampilan. Hal yang berkembang saat ini adalah pelayanan kesehatan alternatif dan komplementer dimaksudkan sebagai pelayanan yang sudah dinyatakan aman dan bermanfaat serta dapat diintegrasikan dalam fasilitas pelayanan Kesehatan (Onyapat, 2011).

Penelitian Frass (2012) dalam Ayuningtyas menyatakan bahwa saat ini di seluruh dunia 80% telah menggunakan metode terapi komplementer khususnya untuk mengobati penyakit kronis. Sementara itu di Indonesia yang merupakan negara penghasil tanaman herbal telah menggunakan beberapa terapi komplementer dalam kebidanan pada ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita.

Banyak bidan telah menggunakan terapi komplementer dalam profesi kebidanan dibandingkan dengan profesi lainnya. Bidan biasanya akan menggunakan satu atau lebih jenis pelayanan komplementer dan alternatif kepada pasiennya, seperti terapi pijat, terapi herbal, teknik relaksasi, aromaterapi, homeopati, akupunktur, dll (Hall, 2010).

Setelah ibu bersalin pulang ke rumah maka pelayanan asuhan pada ibu berlanjut di rumah seperti perawatan luka heating, perawatan payudara, persiapan menyusui dan sebagainya. Arti *home care* adalah layanan perawatan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional kepada individu atau keluarga di rumah. Walaupun dilakukan di rumah, pelayanan perawatan tetap sesuai dengan standar yang berlaku layaknya di rumah sakit. *Home care* berfokus terhadap perawatan, pengasuhan, dan pendampingan kepada pasien anak-anak atau bayi, orang dewasa, dan orang tua atau lansia.

Pelayanan kebidanan baik yang dilaksanakan secara konvensional maupun komplementer harus dilaksanakan dengan memperhatikan mutu pelayanan yang berorientasi pada penerapan kode etik dan standar pelayanan serta kepuasan yang mengacu pada penerapan persyaratan minimal pelayanan kebidanan. Pelayanan yang bermutu dan kepuasan menjadi tolak ukur pencapaian pelayanan yang berkualitas yang diberikan oleh bidan.

Kementerian kesehatan mengatur dasar hukum tentang praktik terapi komplementer dan alternatif secara, terdapat aturan yang khusus mengatur tentang terapi komplementer

yang dapat diterapkan dalam pelayanan kebidanan (Artikel Menteri Kesehatan RI , 2010)

C. Pelayanan home care pada ibu menyusui (buteki)

Pelayanan di rumah (home care) yang dilakukan oleh tenaga medis yaitu bidan pada ibu setelah bersalin dan masuk dalam periode masa nifas atau menyusui dapat memberikan asuhan secara langsung tanpa intervensi dengan obat-obatan.

Dalam buku “Mengenal terapi komplementer dalam kebidanan pada ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita” karya Nisa (2021) menyebutkan implementasi pelayanan kebidanan komplementer pada ibu saat nifas ada beberapa diantaranya yaitu :

1. Pijat refleksi pada ibu nifas bertujuan untuk memberikan relaksasi pada ibu sehingga ibu dapat menjalani masa nifasnya dengan nyaman dan meningkatkan produksi ASI.

Setelah melahirkan bayinya seorang ibu akan mengalami gejala-gejala pasca melahirkan karena kadar hormone dalam tubuh melakukan penyesuaian kembali pada diri sendiri setelah berbulan-bulan hamil. Tubuh seorang ibu harus melalui beberapa perubahan emosional dan fisik yang sangat besar untuk kembali ke keadaan sebelum hamil. Gejala yang mungkin timbul mencakup rasa lelah, depresi masa nifas, infeksi saluran kemih, rasa tidak enak pada payudara atau kesulitan waktu menyusui.

Penyesuaian atas perubahan peran ibu menjadi orang tua dengan rutinitas baru seperti kurang tidur, kelelahan dan waktu makan yang tidak menentu, serta masalah pengasuhan anak secara umum akan dialami oleh ibu pada masa nifas. Saat 6-8 minggu pasca persalinan adalah waktu yang paling menuntut dan melelahkan bagi seorang ibu baru. Saat inilah waktu yang tepat bagi ibu pada masa nifas untuk mendapatkan terapi refleksiologi.

2. Pijat oksitosin/oxytocyn massage berfungsi untuk memberikan stimulasi hormon oksitosin pada ibu sehingga jumlah ASI dapat meningkat produksinya.

Bidan dapat juga menyertakan suami dan anggota keluarga untuk memberikan asuhan pada ibu selama menyusui bayi. Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan terbaik untuk bayi sampai usia 6 bulan tanpa disertakan oleh makanan lain seperti bubur bayi atau susu formula. Menyusui merupakan salah satu investasi terbaik untuk kelangsungan hidup dan meningkatkan kesehatan, perkembangan sosial, serta ekonomi individu. Angka kematian bayi menjadi salah satu indikator penting untuk mengetahui derajat kesehatan di suatu negara, dan bahkan untuk mengukur tingkat kemajuan suatu bangsa. Salah satu cara untuk menekan angka kematian bayi adalah dengan memberikan makanan terbaik, yaitu air susu ibu (ASI). Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dapat mengurangi hingga 13 % angka kematian balita.

Pijat pada punggung ibu nifas dalam masa menyusui sangat membantu melancarkan produksi ASI. Banyak ibu mengeluh tidak dapat memberi ASI Eksklusif karena tidak keluar ASI maka harus dibantu dengan susu formula. Untuk atasi masalah tersebut Bidan atau suami dapat membantu dengan pijat atau menstimulasi hormon oksitosin supaya ASI jadi lancar. Juga membantu ibu dari rasa kelelahan mengasuh bayi, pijat oksitosin dapat juga membuat ibu nyaman dan rileks.

D. Pelayanan Stimulasi Hormon Oksitosin (Pijat Oksitosin)

1. Stimulasi Hormon Oksitosin (Pijat Oksitosin)

Kebutuhan nutrisi pada bayi sudah tercukupi melalui pemberian ASI terutama ASI eksklusif, karena ASI merupakan makanan pertama yang paling baik bagi awal kehidupan bayi, ASI mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan dengan jumlah dan kandungan yang tepat (Rahayu,. 2016).

Oksitosin merupakan suatu hormon yang dikenal mempunyai kemampuan untuk menstimulasi pengeluaran air susu ibu (ASI) dan kontraksi uterus. Hormon oksitosin

juga berperan dalam kecemasan, pola makan, perilaku social dan respon stress (Hashimoto, 2014).

Kristiyanasari (2009) dalam Nurdahlia (2018) menyebutkan Pijat oksitosin adalah tindakan yang dilakukan oleh suami pada ibu menyusui yang berupa *back massage* pada punggung ibu untuk meningkatkan pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin yang dilakukan oleh suami akan memberikan kenyamanan pada ibu, sehingga akan memberikan kenyamanan pada bayi yang disusui. Oksitosin diproduksi oleh kelenjar *pituitari posterior (neurohipofisis)*. Saat bayi menghisap *areola* akan mengirim stimulasi ke neurohipofisis untuk memproduksi dan melepaskan oksitosin secara intermiten. Oksitosin akan masuk ke aliran darah ibu dan merangsang sel otot di sekeliling *alveoli* berkontraksi membuat ASI yang telah terkumpul di dalamnya mengalir ke saluran-saluran *duktus*.

Pengeluaran ASI dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu produksi dan pengeluaran. Produksi ASI dipengaruhi oleh hormon prolaktin sedangkan pengeluaran dipengaruhi oleh hormon oksitosin. Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI (Riadi, 2016)

Peranan bidan sangat dibutuhkan untuk asuhan ibu memperlancarkan produksi ASI. Bidan dapat melibatkan suami untuk melakukan pijat Oksitosin pada punggung ibu. Suami diajarkan tehnik pijat dan langsung dibimbing saat kunjungan nifas (KN) setelah pulang dari rumah sakit atau klinik bersalin.

Ada beberapa indikator untuk mengetahui ASI lancar, yaitu sebagai berikut:

- a. ASI yang banyak dapat merembes melalui puting susu.
- b. Sebelum menyusui payudara terasa tegang.
- c. Berat badan bayi naik dengan memuaskan sesuai usia.
- d. Jika ASI cukup setelah menyusui maka bayi akan tertidur selama 3-4 jam.
- e. Bayi lebih sering kencing, sekitar 8 kali sehari.

- f. Bayi paling sedikit menyusu 10 kali dalam 24 jam.
 - g. Bayi sering BAB berwarna kekuningan.
 - h. Payudara terasa kosong pada saat selesai menyusui.
 - i. Roesli (2009) dalam Mardiansyih, dkk (2011) menyebutkan pemijatan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) merupakan usaha untuk merangsang hormon oksitosin setelah melahirkan bayi supaya lancar produksi ASI.
2. Manfaat Pijat Oksitosin
- a. Membantu ibu secara psikologis, menenangkan dan tidak stres
 - b. Membangkitkan rasa percaya diri
 - c. Membantu ibu agar mempunyai pikiran dan perasaan baik tentang bayinya
 - d. Meningkatkan ASI
 - e. Memperlancar ASI
 - f. Ekonomis dan praktis
3. Langkah-langkah pelaksanaan Pijat Oksitosin
- Adapun langkah-langkah untuk melakukan pijat Oksitosin mengadopsi dari Depkes RI (2007) dalam Nurdahlia (2018) adalah sebagai berikut :
- a. Menyapa ibu dengan ramah
 - b. Memberi tahu tujuan dan tehnik pemijatan
 - c. Menyiapkan bahan-bahan
 - d. Melepaskan baju ibu bagian atas
 - e. Ibu lalu telungkup di tepi meja sambil memeluk bantal atau bisa juga dengan posisi duduk di kursi
 - f. Mencuci tangan
 - g. Memasang handuk
 - h. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil
 - i. Kemudian carilah tulang yang paling menonjol pada tengkuk dan leher bagian belakang atau disebut servikal vertebra 7.



Gambar 1. Pijat oksitosin pada ibu

- j. Dari titik tonjolan tulang tadi turun ke bawah kurang lebih 2 cm dan ke kiri kanan kurang lebih 2 cm, posisi jari diletakkan untuk memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepala tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan.
- k. Untuk ibu yang gemuk bisa dengan cara posisi tangan dikepal lalu gunakan tulang-tulang di sekitar punggung tangan
 - l. Menekan kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya.
- m. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang ke arah bawah, dari leher ke arah tulang belikat, selama 2-3 menit atau 3-5 menit.
- n. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
- o. Membersihkan punggung ibu dengan washlap air hangat dan dingin secara bergantian, lanjut dengan handuk kering
- p. Membantu ibu untuk merapikan pakaian
- q. Mencuci tangan

E. Daftar Tilik Pelaksanaan Pijat Oksitosin

No	Langkah Kegiatan
I	<i>Informed Consent</i>
II	Pelaksanaan
	1 Persiapan Ibu
	2 Persiapan Alat
	3 Persiapan petugas

	4 Pelaksanaan Tindakan
	a. Menyapa ibu dengan ramah
	b. Memberi tahu tujuan dan tehnik pemijatan
	c. Melepaskan baju ibu bagian atas
	d. Ibu miring ke kanan maupun ke kiri, lalu memeluk bantal atau bisa juga dengan posisi duduk
	e. Mencuci tangan
	f. Memasang handuk
	g. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil
	h. Kemudian carilah tulang yang paling menonjol pada tengkuk dan leher bagian belakang atau disebut <i>servikal vertebra 7</i>
	i. Dari titik tonjolan tulang tadi turun ke bawah kurang lebih 2 cm dan ke kiri kanan kurang lebih 2 cm, posisi jari diletakkan untuk memijat
	j. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan jempol tangan kiri dan kanan atau punggung telunjuk kiri dan kanan
	k. Untuk ibu yang gemuk bisa dengan cara posisi tangan dikepal lalu gunakan tulang-tulang di sekitar punggung tangan
	l. Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya
	m. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang ke arah bawah, dari leher ke arah tulang belikat, selama 2-3 menit atau 3-5 menit
	n. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
	o. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian
	p. Membantu ibu untuk merapikan pakaian Kembali
	q. Membereskan alat-alat
	r. Mencuci tangan

DAFTAR PUSTAKA

- Rahayu., 2016. *Panduan Pratikum Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Onyapat et al. 2011. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults in Enugu, Nigeria. *Journal of Nursing: Department of Nursing Sciences College of Medicine University of Nigeria*
- Ayuningtyas, Ika Fitria. 2019. *Asuhan Komplementer Terapi Komplementer dalam Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru.
- Nisa, H., 2021. *Mengenal terapi komplementer dalam kebidanan pada ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita*. <http://e-repository.stikesmedistraindonesia.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/434>.
- Artikel Menteri Kesehatan RI, 2010. PERMENKES Nomor 1109/Menkes/Per.IX/2007 tentang Penyelenggaraan pengobatan komplementer-alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan. <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/handle/123456789/1100>
- Riadi, M., 2016. ASI dan Laktasi. <https://www.kajianpustaka.com>.
- WHO., 2015. ASI Eksklusif. <http://www.ejurnal.poltekkesjakarta.ac.id>
- Hashimoto H, Matsuura T, Ueta Y., 2014. Fluorescent Visualization of Oxytocin in the Hypothalamo-neurohypophysial System.
- Nurdahlia dan Syafie., 2018. *Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi Asi Pada Ibu Pasca Melahirkan Di Wilayah Kerja Puskesmas Ingin Jaya Kabupaten Aceh Besar*. <http://www.journal.umuslim.ac.id>
- Mardiansyah dkk., 2011. *Efektifitas Kombinasi Teknik Marmet dan Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Ibu Post Sectio Cesarea di RS Wilayah Jawa Tengah*. <http://lontar.ui.ac.id>

BIODATA PENULIS



Nurdahlia, S.K.M., M.Kes., CHE. lahir di Banda Aceh, pada 07 September 1969. Pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh.



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

