

Bahan Ajar

Home Care



**Alkhusari, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.
Ns. Selamat Parmin, S.Kep., M.Kep.**



Bahan Ajar

HOME CARE

Bahan Ajar
HOME CARE

Alkhusari, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.
Ns. Selamat Parmin, S.Kep., M.Kep.



Bahan Ajar

HOME CARE

© Penerbit Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia (PRCI)

Penulis:

Alkhusari, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.
Ns. Selamat Parmin, S.Kep., M.Kep.

Editor:

Rusli

Cetakan Pertama: April 2022

Cover: Rusli

Tata Letak: Tim Kreatif PRCI

Hak Cipta 2022, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website: www.rcipress.rcipublisher.org
E-mail: rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2022 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I –: Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2022
; 14,8 x 21 cm
ISBN: 978-623-448-060-3

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang
Hak Cipta Pasal 72

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta
Pasal 72

Barang siapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta terkait sebagai dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kami sehingga modul *home care* ini dapat tersusun. Modul ini berisi konsep untuk aplikasi mata kuliah *home care* yang diperuntukkan bagi mahasiswa program studi S1 Keperawatan Universitas Kader Bangsa Palembang.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan modul ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang sifatnya membangun untuk meningkatkan mutu dari penulisan ini sangat kami harapkan.

Pada kesempatan ini kami menghanturkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang membantu proses penyusunan modul ini.

Semoga dengan adanya modul *home care* ini dapat membantu proses belajar mengajar mata kuliah *home care* dengan lebih baik lagi.

Akhirul kalam, kami selaku penulis senantiasa berdoa semoga bantuan dan bimbingan ibu serta saudara-saudara mendapat imbalan yang berlipat ganda dari Allah SWT. "Aamiin....."

Palembang, Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I KONSEP PENGANTAR <i>HOME CARE</i>	1
A. Sejarah <i>Home Care</i>	1
B. Perspektif <i>Home Care</i>	2
C. Definisi <i>Home Care</i>	4
D. Tujuan <i>Home Care</i>	6
E. Manfaat <i>Home Care</i>	7
F. Ruang Lingkup Pelayanan <i>Home Care</i>	8
G. Keuntungan yang dirasakan dengan pelayanan <i>home care</i>	9
H. Kekurangan yang dirasakan dari pelayanan <i>Home Care</i>	11
I. Faktor Pendorong Perkembangan <i>Home Care</i>	12
J. Model dan Teori-teori <i>Home Care</i>	13
K. <i>Trand dan Issue Home Care</i> di Indonesia.....	24
 BAB II PERSYARATAN DAN SUMBER DAYA DALAM MEMBANGUN PELAYANAN KEPERAWATAN <i>HOME CARE</i>	27
A. Peran Perawat dalam Pelayanan <i>Home Care</i>	27
B. Keterampilan Dasar yang Harus Dimiliki dalam Pelayanan <i>Home care</i>	32
C. Standar Praktik <i>home care</i>	37
 BAB III ASPEK LEGAL, ETIK, DAN ASPEK SOSIAL BUDAYA DALAM <i>HOME CARE</i>	41
A. Pengertian Dasar dalam Hukum	41
B. Aspek Legal dan Etik <i>Home Care</i>	44
C. Fungsi Hukum dalam Praktik Keperawatan	55
D. Ruang Lingkup <i>Home Care</i>	55

E. Prinsip-prinsip dalam Pelayanan <i>Home Care</i>	63
F. Perizinan <i>Home care</i>	64
G. Kebijakan <i>Home Care</i> di Indonesia	65
H. Kepercayaan dan Budaya dalam <i>Home Care</i>	66
I. Malpraktik.....	67
BAB IV PELUANG DARI JASA PELAYANAN KEPERAWATAN DENGAN <i>SETTING HOME CARE</i>	74
A. Jenis Pelayanan <i>Home Care</i>	74
B. Gambaran Aplikasi <i>Home Care</i> di Indonesia.....	79
BAB V GAMBARAN NYATA PELAYANAN KEPERAWATAN DALAM <i>SETTING HOME CARE</i>	82
A. Lingkup Praktik Keperawatan Di Rumah	82
BAB VI PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS DALAM <i>SETTING HOME CARE</i>	84
A. Isu Dan Legal Aspek	84
BAB VII MANAJEMEN KASUS PADA PRAKTIK <i>HOME CARE NURSING</i>	87
A. Managemen Kasus dalam Pelayanan <i>Home Care</i>	87
B. Pengorganisasian dalam Pelayanan <i>Home Care</i>	87
C. Manajemen dalam Pelayanan <i>Home Care</i>	91
D. Mekanisme Pelayanan <i>Home Care</i>	92
E. Tahapan Mekanisme Pelayanan <i>Home Care</i>	93
F. Mekanisme Penyelesaian Administrasi <i>Home Care</i>	94
BAB VIII KONSEP DASAR DOKUMENTASI DAN ASPEK LEGAL ETIK DALAM PELAYANAN <i>HOME CARE</i>	96
A. Definisi.....	97
B. Tujuan Dokumentasi dalam pelayanan <i>home Care</i>	98

C. Manfaat Dokumentasi dalam pelayanan <i>home Care</i>	101
D. Prinsip-Prinsip dalam Dokumentasi Keperawatan..	105
E. Implikasi Hukum dan Aspek Legal Dokumentasi	107
F. Implikasi Etik Dokumentasi Keperawatan	110
G. Standar Dokumentasi dalam Pelayanan <i>Home Care</i>	111
H. Jenis Dokumentasi dalam Pelayanan <i>Home Care</i>	118

BAB IX PELAYANAN KOLABORASI INTERPROFESIONAL

DALAM <i>SETTING HOME CARE</i>	122
A. Pengertian	122
B. Manfaat Kolaborasi Interprofesional	123
C. Indikator Praktik Kolaborasi	124
D. Kompetensi Dasar dalam Praktik Kolaborasi	125
E. Elemen Kolaborasi dalam Praktik <i>Home Care</i>	127
F. Pentingnya Momerandum of Understanding (MOU) dalam Praktik <i>Home Care</i>	127
DAFTAR PUSTAKA	129
TENTANG PENULIS	131

BAB I

KONSEP PENGANTAR *HOME CARE*

A. Sejarah *Home Care*

Home Care Nursing mulai berkembang sejak tahun 1700-an dengan pelayanan *home visit* pada keluarga yang kurang mampu. Boston Dispensary merupakan lembaga yang pertama kali memberikan pelayanan dengan konsep *home* di Amerika Serikat pada tahun 1796. *Home Care* berkembang dari konsep *Nursing Home Visit* yang dikenal dengan istilah *district Nurse* yang didedikasikan kepada Florence Nightingale yang ditujukan kepada para presiden yang dirawat di rumah (Rice, 2006).

Pada tahun 1877 *The Women's Branch* yang ada di New York yang memulai memperkerjakan lulusan perawat untuk merawat orang sakit di rumah, sedangkan di Boston sejak tahun 1886 telah berdiri kumpulan kelompok relawan yang selanjutnya menjadi cikal bakal dari terbentuknya *Visiting Nurse Associations* (VNAs).

Sejak tahun 1893, Lillian Wald dan Mary Brewster mengembangkan *home care* yang bekerja untuk memenuhi kebutuhan kesehatan di wilayah New York City. Sampai tahun 1909, di New York sudah hampir 565 lembaga pelayanan *home care* yang menyerap hampir 1416 perawat *home care*. Sejak berakhirnya perang dunia II, *home care* berkembang dengan sangat pesat sebagai bentuk refleksi kebutuhan masyarakat (Rice, 2006 dalam Parellangi 2017).

Home Care di Indonesia telah diperkenalkan sejak tahun 1974 oleh ibu Jendral A.H. Nasution yang ketika itu lebih berfokus pada pemberian makanan bergizi kepada lanjut usia. “Pendampingan dan Perawatn Sosial Lanjut Usia di Rumah” atau yang dikenal dengan program *Home Care* kini telah berkembang pesat di tengah-tengah masyarakat Indonesia dalam beberapa tahun terakhir (Direktorat Pelayanan Sosial Lanut Usia, 2014).

Lahirnya Permenkes 148 tahun 2010 tentang registrasi dan praktik keperawatan telah memberikan petunjuk yang jelas tentang kewenangan praktik perawat di rumah yang bisa dilakukan oleh perawat. Permenkes No 28 tahun 2011 secara eksplisit menyebutkan bahwa *home care* menjadi bagian pelayanan terintegrasi dari klinik. Dengan demikian, *home care* merupakan bagian yang sangat penting dalam pengembangan pelayanan keperawatan yang bermutu dan menjadi salah satu pilihan dalam pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama yang dilaksanakan dalam bentuk pelayanan *home care*.

B. Perspektif *Home Care*

1. Perspektif Sosial

Sebelum tahun 1960-an perawatan di rumah dipandang sebagai pelayanan masyarakat. Meskipun keperawatan kesehatan masyarakat berfokus pada promosi kesehatan, *home care nursing* khusus berfokus pada pemulihan kesehatan dan perawatan pasien yang sakit. Salah satu lembaga seperti *Visiting Nurse Associations* (VNAs) memiliki misi yang penting yaitu memberikan perawatan di rumah yang berkualitas kepada semua pasien tanpa memperhatikan

kemampuan pasien dalam membayar jasa layanan (Rice, 2006).

Home care menjadi sebuah pilihan yang cukup baik bagi salah satu model dalam pemberian pelayanan kesehatan yang cepat, terjangkau yang akan memberikan dampak luas dalam peningkatan pelayanan sehingga dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Sebelum tahun 1960-an, *home care* masih digolongkan sebagai pelayanan sosial pemerintah yang berbasis komunitas yang lebih fokus pada upaya pencegahan untuk keluarga miskin serta rentan. Namun, saat ini *home care* merupakan model pelayanan yang lebih banyak mengarah ke *private service* yang diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan sebagai dampak dari perubahan demografi dan epidemiologi. Semakin banyaknya lansia, meningkatnya penyakit degeneratif kronis, serta semakin terbatasnya kesempatan keluarga untuk mendampingi anggota keluarganya yang sakit akibat pergeseran sosial dan budaya (seperti tuntutan pekerjaan, tuntutan jarak tinggal dan keterbatasan waktu), menyebabkan tenaga perawat sangat dibutuhkan untuk menggantikan posisi keluarga tersebut (Suardana, 2013a).

2. Perspektif Teknologi dalam Home Care

Kemajuan teknologi yang sangat pesat sangat menunjang dalam pelayanan *home care*. Kemajuan teknologi memudahkan seorang perawat *home care* dalam mencari artikel dan jurnal terkait dengan pelayanan *home care*, sehingga meningkatkan pengetahuan dan wawasan perawat *home care* dalam memberikan pelayanan (Parellangi, 2015c).

Kemajuan teknologi komunikasi dan teknologi pelayanan kesehatan memungkinkan pelayanan *home care* semakin berkembang. Perkembangan teknologi komunikasi memungkinkan pasien, keluarga, dan perawat dapat melakukan aktifitas pelayanan dengan semakin baik. Penggunaan *personal Digital Assistance* sangat membantu dalam melakukan telemonitoring, konsultasi dan dokumentasi perawatan yang dilakukan (Rice, 2006).

Dampak positif dari kemajuan teknologi dalam pelayanan *home care*, yaitu:

- a. Meningkatkan kualitas tingkat layanan pada pasien dengan penyakit kronis di rumah, contoh *peritoneal hemodialisis*
- b. Kemajuan teknologi dapat membantu dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan keterbatasan fisik dan finansial, contoh penggunaan berbagai *bed* pasien.
- c. Mengurangi kerugian sosial dan ekonomi akibat pelayanan kesehatan, contoh keluarga tidak perlu kehilangan pekerjaan karena harus menjaga pasien di rumah sakit.
- d. Melakukan manajemen pemenuhan berbagai kebutuhan pasien di rumah, contoh seluruh kebutuhan dasar pasien bisa dipenuhi secara profesional.
- e. Melakukan tuntutan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan terhadap pelayanan *home* secara personal, contoh pasien bisa memilih perawat yang berkualitas sesuai dengan standar yang dibutuhkan pasien.

C. Definisi Home Care

Home care adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang

cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Nies, M.A & Ewen, 2001). Menurut Departemen Kesehatan (2002) *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 memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Rice (2006) menyatakan bahwa *home care nursing* adalah pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien di rumah yang diberikan secara *intermittent* atau *part time*. Menurut Habbs dan Perrin, 1985 (dalam Lerman D. & Eric B.L, 1993) *Home Care* merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien, sehingga *home care* dalam keperawatan merupakan layanan keperawatan di rumah pasien yang telah melalui sejarah yang panjang.

Home Care merupakan layanan kesehatan yang dilakukan oleh profesional di tempat tinggal pasien (di rumah) dengan tujuan membantu memenuhi kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dilaksanakan oleh tim kesehatan profesional dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung di dalam proses perawatan dan penyembuhan pasien sehingga keluarga bisa mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya (Parellangi, 2015c). Perawatan kesehatan di rumah merupakan salah satu jenis dari perawatan jangka panjang (*Long term care*) yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan (Helwiah, 2004).

Di beberapa negara maju," *home care* " (perawatan di rumah), bukan merupakan konsep yang baru, tapi telah dikembangkan oleh William Rathbon sejak tahun 1859 yang dia namakan perawatan di rumah dalam bentuk kunjungan tenaga keperawatan ke rumah untuk mengobati klien yang sakit dan tidak bersedia dirawat di rumah sakit.

D. Tujuan *Home Care*

Tujuan dari pelayanan *home care* adalah untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian, serta meminimalkan dampak dari penyakit untuk mencapai kemampuan individu secara optimal dalam jangka waktu yang lama secara komprehensif dan berkesinambungan (Triwibowo, 2012). Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Depertemen Kesehatan RI (2007) menyatakan bahwa tujuan umum dari pelayanan kesehatan di rumah adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Secara khusus pelayanan *home care* bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar bagi pasien secara bio-psiko-sosio-spritual, meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan, dan memenuhi kebutuhan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah sesuai kebutuhan pasien. Selanjutnya, menurut Parellangi (2015b), tujuan dari pelayanan *home care (nursing)* adalah:

1. Umum

Meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara komprehensif dan berkesinambungan.

2. Khusus

- a. Meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan

- b. Mengoptimalkan tingkat kemandirian klien dan keluarganya
- c. Meminimalkan akibat yang ditimbulkan dari masalah kesehatan yang dialami klien.
- d. Meningkatkan peluang kerja bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat untuk memberikan perawatan kesehatan di rumah terhadap individu dalam konteks keluarga secara mandiri dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

E. Manfaat *Home Care*

Tribowo (2012) menjelaskan manfaat *home care* bagi pasien adalah sebagai berikut:

- 1. Pelayanan akan lebih sempurna, holistik, dan komprehensif
- 2. Pelayanan lebih profesional
- 3. Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik keperawatan
- 4. Kebutuhan pasien akan terpenuhi sehingga pasien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional

F. Ruang Lingkup Pelayanan *Home Care*

Ruang lingkup *home care* adalah masalah-masalah yang menjadi cakupan pelayanan *home care*. Ruang lingkup pelayanan *Home Care* menurut Terricone & Tsourus (2008) dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Klasifikasi kasus	Jenis Kasus
Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit	Klien dengan penyakit obstruktif paru kronis Klien dengan penyakit gagal jantung Klien dengan gangguan oksigenasi Klien dengan perlukaan kronis Klien dengan diabetes Klien dengan gangguan fungsi perkemihan Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi Klien dengan terapi cairan infus di rumah Klien dengan gangguan fungsi persyarafan Klien dengan HIV/AIDS
Kasus dengan kondisi khusus	Klien dengan post partum Klien dengan gangguan kesehatan mental Klien dengan kondisi lanjut usia Klien dengan kondisi terminal

Sumber : Terricone & Tsourus (2008)



Sumber: Komunitas utama matahari *home care*



Sumber; keimedika.com

G. Keuntungan yang dirasakan dengan pelayanan *home care*

Pelayanan kesehatan di rumah merupakan program yang sudah ada dan perlu dikembangkan, karena telah menjadi 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*. Berikut ini adalah

keuntungan yang dirasakan dengan adanya pelayanan *home care* :

1. *Home care* merupakan satu cara dimana perawatan 24 jam dapat diberikan secara fokus pada satu klien, sedangkan dirumah sakit perawatan terbagi pada beberapa pasien.
2. *Home care* memberi keyakinan akan mutu pelayanan keperawatan bagi klien, dimana pelayanan keperawatan dapat diberikan secara komprehensif (biopsikososiospiritual).
3. *Home care* menjaga privacy klien dan keluarga dimana semua tindakan yang berikan hanya keluarga dan tim kesehatan yang tahu.
4. *Home care* memberikan pelayanan keperawatan dengan biaya relatif lebih rendah daripada biaya pelayanan kesehatan dirumah sakit.
5. *Home care* memberikan kemudahan kepada keluarga dan *care giver* dalam memonitor kebiasaan klien seperti makan, minum, dan pola tidur dimana berguna memahami perubahan pola dan perawatan klien.
6. *Home care* memberikan perasaan tenang dalam pikiran, dimana keluarga dapat sambil melakukan kegiatan lain dengan tidak meninggalkan klien.
7. *Home care* memberikan pelayanan yang lebih efisien dibandingkan dengan pelayanan dirumah sakit, dimana pasien dengan komplikasi dapat diberikan pelayanan sekaligus dalam home care.
8. Pelayanan *home care* lebih memastikan keberhasilan pendidikan kesehatan yang diberikan, perawat dapat memberi penguatan atau perbaikan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan keluarga.

H. Kekurangan yang dirasakan dari pelayanan *Home Care*

Berikut ini adalah beberapa kekurangan dari pelayanan *home care* :

1. *Home care* tidak termanaged dengan baik jika menggunakan agency yang belum ada hubungannya dengan tim kesehatan lain seperti :
 - a. dokter spesialis.
 - b. Petugas laboratorium.
 - c. Petugas ahli gizi.
 - d. Petugas fisioterapi.
 - e. Psikolog dan lain-lain.
2. Klien *home care* membutuhkan waktu yang relatif lebih banyak untuk mencapai unit-unit yang terdapat dirumah sakit, misalnya :
 - a. Unit diagnostik rontgen
 - b. Unit diagnostik CT scan.
 - c. Unit diagnostik MRI.
 - d. Laboratorium dan lain-lain.
3. Pelayanan *home care* tidak dapat diberikan pada klien dengan tingkat ketergantungan total, misalnya: klien dengan koma.
4. Jika pendidikan kesehatan yang dilakukan petugas kesehatan kurang berhasil maka tingkat keterlibatan anggota keluarga rendah dalam kegiatan perawatan, dimana keluarga merasa bahwa semua kebutuhan klien sudah dapat terlayani dengan adanya *home care*.

5. Pelayanan *home care* memiliki keterbatasan fasilitas *emergency*, misalnya :
 - a. Fasilitas resusitasi
 - b. Fasilitas defibrillator

I. Faktor Pendorong Perkembangan *Home Care*

Depkes (2002) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang menjadi faktor pendorong, perkembangan *home care*. Faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Kasus-kasus penyakit terminal dianggap tidak efektif dan tidak efisien lagi apabila dirawat di institusi pelayanan kesehatan. Misalnya pasien kanker stadium akhir yang secara medis belum ada upaya yang dapat dilakukan untuk mencapai kesembuhan.
2. Keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama. Dengan demikian berdampak pada makin meningkatnya kasus-kasus yang memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah. Misalnya pasien pasca stroke yang mengalami komplikasi kelumpuhan dan memerlukan pelayanan rehabilitasi yang membutuhkan waktu relatif lama.
3. Manajemen rumah sakit yang berorientasi pada profit, merasakan bahwa perawatan klien yang sangat lama (lebih 1 minggu) tidak menguntungkan bahkan menjadi beban bagi manajemen.
4. Banyak orang merasakan bahwa dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan membatasi kehidupan manusia, karena seseorang tidak dapat menikmati kehidupan secara optimal karena terikat dengan aturan-aturan yang ditetapkan.

5. Lingkungan di rumah ternyata dirasakan lebih nyaman bagi sebagian klien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit, karena berada dilingkungan yang dikenal oleh klien dan keluarga, sehingga dapat mempercepat kesembuhan sedangkan bila di rumah sakit klien akan merasa asing dan perlu adaptasi.

J. Model dan Teori-teori *Home Care*

Teori dikembangkan dari refleksi terhadap hidup dan pengalaman kerja yang diperoleh dari riset. Model disusun dalam bentuk konsep batasan kerja, sistem, model, yang menggambarkan fenomena yang diamati yang menggambarkan satu proses sistematis, generalisasi hipotesis, proses, dan evaluasi. Teori penting untuk dipahami untuk mengarahkan batasan praktik profesional, menggambarkan hubungan antara pasien dan perawat, mengarahkan cara berfikir sesuai dengan pengalaman yang dimiliki oleh pasien dan perawat, sebagai pemicu dalam pelaksanaan penelitian keperawatan, dan memberi petunjuk tentang peran yang harus dilakukan dalam pelayanan kesehatan (Rice, 2006).

Adapun model/teori-teori yang mendukung *home care* yaitu sebagai berikut :

1. Teori Lingkungan (Florence Nightingale)

Florence Nightingale sebagai peletak dasar keperawatan modern menjelaskan bahwa sakit merupakan proses perbaikan (*reparative*) yang tidak selalu diikuti oleh suatu proses ketakutan. Nightingale menjelaskan dalam teori *environment*-nya, bahwa penyakit merupakan suatu proses ujian alam sebagai bentuk kerusakan yang sebelumnya akan ditunjukkan dalam bentuk tanda-tanda penurunan, bukan penyakit semata.

Lingkungan menurut Nightingale merujuk pada lingkungan fisik eksternal yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan yang meliputi lima komponen lingkungan terpenting dalam mempertahankan kesehatan individu yang meliputi

- a. Udara yang alami
- b. Air yang bersih
- c. Drainase yang baik
- d. Kebersihan lingkungan
- e. Penerangan/pencahayaan yang cukup

Nightingale lebih menekankan pada lingkungan fisik dari pada lingkungan sosial dan psikologis yang dieksplor secara lebih terperinci dalam tulisannya. Penekanannya terhadap lingkungan sangat jelas melalui pernyataannya bahwa jika ingin meramalkan masalah kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik/tubuhnya.

Contoh aplikasi dari teori Nightingale dalam pelayanan *home care* yaitu sebagai dasar dalam pengendalian penyakit dan menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien seperti :

- a. Memilih dan mengatur ruangan perawatan di rumah
- b. Menjaga kebersihan tempat tidur
- c. Menjaga kebersihan lingkungan tempat perawatan pasien
- d. Mengatur ventilasi
- e. Mengatur pencahayaan ruangan
- f. Memonitor kelancaran drainase rumah
- g. Mengurangi resiko penularan penyakit

2. Teori konsep manusia sebagai unit/*Science of Unitary Human Beings* (Martha E. Rogers)

Dalam memahami konsep model dan teori ini, Rogers berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda-beda. Dalam proses kehidupan manusia yang dinamis, manusia dalam proses kehidupan manusia setiap individu akan berbeda satu dengan yang lain dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri. Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah yaitu keutuhan manusia dan lingkungan, kemudian system ketersediaan sebagai satu kesatuan yang utuh serta proses kehidupan manusia berdasarkan konsep homeodinamik yang terdiri dari integritas, resonansi dan helicy. Integritas berarti individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan, dan saling mempengaruhi satu dengan yang lain. Resonansi mengandung arti bahwa proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi dan helicy merupakan proses terjadinya interaksi antara manusia dengan lingkungan akan terjadi perubahan baik perlahan – lahan maupun berlangsung dengan cepat.

Menurut Rogers (1970), tujuan keperawatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah kesakitan, dan merawat serta merehabilitasi klien yang sakit dan tidak mampu dengan pendekatan humanistik keperawatan. Menurut Rogers, 1979 Kerangka Kerja Praktik: “Manusia utuh” meliputi proses sepanjang hidup. Klien secara terus menerus berubah dan menyelaraskan dengan lingkungannya.

Contoh aplikasi teori *Science of Unitary Human Beings* dalam pelayanan *home care nursing*, yaitu:

- a. Terapi komplementer alternatif berbasis biologis (herbal dan suplemen)
- b. Terapi komplementer alternatif berbasis energi (prana, reiki, gi-gong, infrared)
- c. Terapi komplementer alternatif berbasis *body* manipulasi (*massage*, shiatsu, refleksi, akupresur, bekam, dan akupunktur).
- d. Terapi komplementer alternatif berbasis *Mind and Body* (meditasi, terapi tertawa, yoga, dan *story telling*).
- e. Sistem terapi seperti ayur werdha atau obat tradisional cina.

3. *Transkultural nursing* (Leininger)

Teori ini berasal dari disiplin ilmu antropologi dan dikembangkan dalam konteks keperawatan. Teori ini menjabarkan konsep keperawatan yang didasari oleh pemahaman tentang adanya perbedaan nilai-nilai kultural yang melekat dalam masyarakat. Teori ini menekankan betapa pentingnya pemahaman pasien dan keluarga ketika melakukan pelayanan keperawatan. Terkadang perawat dihadapkan pada dilema antara tetap fokus menggunakan pendekatan konvensional dan mengabaikan atau menolak konsep budaya pasien tentang penyakit. Perawat sering memaksakan konsep konvensional dan mengabaikan paradigma budaya pasien. Melalui teori ini, perawat diharapkan senantiasa mampu berfikir luas dalam mengatasi permasalahan kesehatan pasien, baik dengan pendekatan konvensional maupun modern.

Leininger beranggapan bahwa perawat harus bekerja dengan prinsip "care" dan pemahaman yang dalam mengenai "care" sehingga *culture's care*, nilai-nilai, keyakinan, dan pola hidup memberikan landasan yang reliabel dan akurat untuk perencanaan dan implementasi yang efektif terhadap pelayanan pada kultur tertentu. Dalam menangani pasien jangan pernah melakukan dikotomi antara metode konvensional dan tradisional, tetapi hendaknya menggunakan secara bijaksana karena pasien adalah manusia yang unik sehingga penanganan harus dilakukan secara holistik guna mencegah terjadinya *cultural shock*. *cultural shock* akan dialami oleh klien ketika perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan. Hal ini menyebabkan munculnya rasa ketidaknyamanan, ketidakberdayaan, dan dapat menyebabkan disorientasi.

Leininger meyakini bahwa seorang perawat tidak dapat memisahkan cara pandangan dunia, struktur sosial dan keyakinan kultur (orang biasa dan profesional) terhadap kesehatan, kesejahteraan, sakit, atau pelayanan saat bekerja dalam suatu kelompok masyarakat tertentu, karena faktor-faktor ini saling berhubungan satu sama lain. Struktur sosial seperti kepercayaan, politik, ekonomi dan kekeluargaan adalah kekuatan signifikan yang berdampak pada "care" dan mempengaruhi kesejahteraan dan kondisi sakit.

Aplikasi teori *transcultural nursing* dalam pelayanan *home care* pada pasien harus memperhatikan aspek budaya yang diyakini pasien, yakni:

- a. Filosofi dan keyakinan pasien
- b. Pandangan hidup pasien
- c. Pendidikan

- d. Pekerjaan
- e. Kekerabatan
- f. Teknologi
- g. Regulasi

4. *Theory of Human Caring (Watson, 1979)*

Perawat merupakan profesi yang dalam melakukan pelayanan senantiasa mengedepankan kepedulian, moralitas, dan kasih sayang. Perawat dalam memberikan pelayanan hendaknya mengedepankan nilai-nilai kemanusiaan dengan selalu memberikan perlindungan, membantu penyembuhan, dan mengedepankan nilai kemanusiaan dalam membantu pasien menghadapi penyakitnya.

Teori ini mempertegas bahwa caring sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya kebutuhan dasar biofisikial (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.

5. Teori *Self-Care* (Dorothea Orem)

Orem,,s Self-Care Deficit Nursing Theory (SCDNT) dijelaskan dalam tiga teori keperawatan yaitu *theory of self-care*, *theory of self-care deficit*, dan *theory of nursing system*. Pandangan teori *Orem,,s Self-Care Deficit Nursing Theory* (SCDNT) dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya, teori ini tidak hanya berfokus pada satu fenomena yang berkaitan dengan perawatan diri, namun juga melihat kompleksitas variabel seperti faktor lingkungan dan pribadi yang mempengaruhi perawatan diri (Orem, Taylor, Renpenning, 2001). Individu harus memiliki kemampuan untuk mengenali kebutuhannya, mengevaluasi kemampuan diri dan lingkungan untuk menentukan serta melakukan tindakan keperawatan mandiri demi mencapai hasil yang diinginkan (Thi, Chinh, Thanasilp, & Preechawong, 2017). Tiga teori umum dari *Orem,,s Self-Care Deficit Nursing Theory* (SCDNT) adalah:

a. *The Theory of self-care* (perawatan diri)

Perawatan diri (*self care*) adalah pelaksanaan aktifitas individu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dan mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan. Jika perawatan diri dapat dilakukan dengan efektif, maka akan dapat membantu individu dalam mengembangkan potensi dirinya.

Kemampuan perawatan diri (*Self-Care Agency*) merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri. Faktor yang dapat mempengaruhi perawatan diri (*basic conditioning factor*) adalah faktor usia, perkembangan, sosiokultural, status kesehatan, faktor ekonomi, dan lain-lain.

Terapi kebutuhan perawatan diri (*Theurapetic Self-Care Demand*) yaitu 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 sebagai bantuan untuk memenuhi syarat perawatan diri.

Self-Care Requisites yaitu 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*

Teori ini merupakan inti dari teori keperawatan Orem. Teori ini menggambarkan kapan keperawatan dibutuhkan. *Self-care deficit* adalah istilah yang menggambarkan hubungan antara kemampuan individu dan tuntutan kebutuhan terhadap perawatan diri, dimana defisit perawatan diri terjadi ketika tuntutan lebih besar daripada kemampuan untuk melakukan perawatan diri. *Self-care deficit* merupakan bagian dari perawatan secara umum, dimana perencanaan keperawatan diberikan ketika perawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *self-care* nya

secara terus menerus. Hal ini akan memberikan pedoman pada profesional kesehatan dalam memilih metode yang akan dilakukan dalam upaya membantu pemenuhan perawatan diri pasien (Kaur, Behera, Gupta, & Verma, 2009).

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. Inti dari teori ini menggambarkan manusia sebagai penerima perawatan yang tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya dan memiliki berbagai keterbatasan dalam mencapai taraf kesehatannya.

c. *The Theory of Nursing system*

Nursing system adalah bagian dari pertimbangan praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan koordinasi untuk mencapai kebutuhan perawatan diri (*Self-care demand*), dan untuk mengontrol pengembangan kemampuan perawatan diri pasien (*self-care agency*) (Orem, Taylor, Renpenning, 2001). Melalui *Nursing system* perawat mengkaji keterbatasan individu dalam melakukan perawatan diri, menyusun perencanaan,