



**MODUL HOSPICE HOME CARE
(NSA 637)**

**MODUL SESI PERTAMA (1)
TOPIK KONSEP HOSPICE & HOME CARE**

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

Universitas
Esa Unggul

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
TAHUN 2020**

KONSEP *HOSPICE HOME CARE*

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami konsep *hospice homcare*
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi konsep *home care* menurut pakar teori keperawatan
3. Mahasiswa mampu menganalisa konsep *home care* menurut pakar teori keperawatan

B. Uraian Konsep *Hospice Care*

1. Pengertian *Hospice Care*

Hospice care yaitu memberikan perawatan suportif kepada orang-orang ditahap akhir penyakit terminal dan fokus pada kenyamanan dan kualitas hidup, bukan pada penyembuhan. Di Indonesia penatalaksanaan *hospice care* masih belum terfokus, karena masih banyak dikaitkan bahwa antara *palliative care*, *hospice care* dan *homecare* adalah sama dan masih belum adanya rumah sakit di Indonesia yang menyediakan program perawatan *hospice care* yang dilakukan di Rumah Sakit (Ngakili and Mulyanto, 2016). *Hospice care* adalah pelayanan perawatan untuk meringankan penyakit lanjutan atau penyakit terminal dari klien di rumah sakit dan kemudian melanjutkan pelayanan perawatan di rumah dibawah pengawasan *medicare*. Pelayanan *hospice* tersebut mempertimbangkan kebutuhan khusus dari klien dengan penyakit terminal atau yang akan meninggal dunia, sehingga klien memiliki kesempatan untuk meninggal di rumah sesuai dengan keinginan mereka dengan dukungan keluarga sepenuhnya. Prinsip tentang *hospice care* yaitu memberikan perawatan suportif kepada orang-orang ditahap akhir penyakit terminal dan fokus pada kenyamanan dan kualitas hidup, bukan pada penyembuhan (Connor, 2009).

Hospice merupakan suatu tempat perawatan yang ditujukan untuk pasien yang menderita penyakit-penyakit kronis seperti kanker, jantung, AIDS, stroke, dan lain-lain. Dimana harapan hidup penderitaan sangat tipis, sehingga kemudian fasilitas kesehatan ini lebih ditujukan pada perawatan daripada pengobatan. *Hospice care* merupakan pelayanan terpadu yang memberikan dukungan kepada pasien supaya merasa hidup lebih nyaman dan damai diakhir kehidupan. *Hospice* adalah model perawatan paliatif bagi pasien yang diperkirakan akan meninggal dalam waktu kurang dari 6 bulan. Bila hospis dilakukan di rumah sakit dengan model layanannya sesuai prinsip paliatif disebut Hospital-based Hospice. Hospis dapat dilakukan di suatu bangunan tersendiri, dengan memberikan suasana rumah dan prinsip paliatif (Yennurajalingam and Bruera, 2016)

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

Kebutuhan pasien pada stadium lanjut tidak hanya dalam pemenuhan/ pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif dan perawatan hospis (hospice care). Perawatan hospis sering kali dianggap merupakan bagian dari perawatan paliatif, namun sesungguhnya mengandung makna yang berbeda (Kelley and Morrison, 2015). Perawatan hospis belum begitu dikenal dan diaplikasikan dalam manajemen kesehatan di Indonesia. Hospice care merupakan pelayanan terpadu yang memberikan dukungan kepada pasien supaya merasa hidup lebih nyaman dan damai diakhir kehidupan.

2. Konsep Home Care

Bentuk pelayanan kesehatan yang dikenal masyarakat dalam sistem pelayanan kesehatan adalah pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pada sisi lain banyak anggota masyarakat yang menderita sakit karena berbagai pertimbangan terpaksa dirawat di rumah dan tidak dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan. Praktek perawatan bagi perawat di Indonesia merupakan hak sekaligus kewajiban profesi perawat. Sebagai seorang profesi yang mandiri, perawat dituntut dapat memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas kepada masyarakat. Berbagai jalan dapat dilakukan perawat untuk dapat menunjukkan hasil kerja dan kemampuannya kepada masyarakat. Praktek keperawatan dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas tetapi juga dapat dilakukan di rumah klien yang disebut dengan home care. (Hidayat, 2009). Home care (HC) merupakan bagian praktek mandiri perawat dan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat di rumah pasien. Perawat melanjutkan perawatan yang pernah diterima klien dari rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya atau mungkin pasien tidak ada indikasi masuk rumah sakit sehingga hanya membutuhkan pelayanan keperawatan di rumah.

Home Care sebagai model pelayanan yang mampu menjawab kebutuhan masyarakat saat ini mulai dilirik di Indonesia. Berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan Home Care yang diselenggarakan oleh Direktorat Pelayanan Keperawatan tahun 2000 di wilayah DKI Jakarta dengan responden pengelola program kesehatan dan konsumen, diperoleh hasil: 100% responden kelompok pengelola program dan 2 responden konsumen dan 96.7% pengelola pelayanan di RS, Puskesmas, dan Yayasan menyatakan perlu dikembangkan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah; 91.9% menyatakan pengelola Keperawatan Kesehatan di Rumah memerlukan izin operasional dan 87.3% responden menyatakan bahwa perlu standarisasi tenaga, sarana, dan pelayanan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2006)

Home care atau perawatan kesehatan merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang diterapkan di beberapa kota-kota besar di Indonesia. Pelayanan ini bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan dan memaksimalkan tingkat kemandirian serta meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga di rumah. Perawatan di rumah menjadikan lingkungan rumah terasa menjadi lebih nyaman bagi sebagian pasien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit. Hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan pasien yang cenderung akan lebih cepat masa penyembuhannya jika mereka merasa nyaman dan bahagia. Selain alasan di atas, home care juga membantu masyarakat yang mengalami keterbatasan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan khusus pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama (Kemenkes, 2014). Konsep *home care* sudah seharusnya menjadi first option dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan konsep homecare maka pasien yang sakit dengan kriteria tertentu (terutama yang tidak memerlukan peralatan rumah sakit) tidak lagi harus ke rumah sakit, tetapi tenaga kesehatan yang mendatangi rumah pasien dengan fokus utama pada kemandirian pasien dan keluarganya (Tribowo, 2012). Seperti halnya dengan perawatan paliatif, perawatan hospis juga tidak hanya dilakukan di rumah sakit.

Perawatan hospis dan home care diberikan oleh tim multi disiplin kesehatan dimana seorang perawat menjadi koordinatornya. Rumah adalah tempat yang paling banyak dipilih oleh pasien bila mereka mengetahui bahwa penyakitnya tidak dapat disembuhkan. Perawatan di rumah bagi pasien stadium terminal ini disebut Hospice Homecare. Hospice home care merupakan pelayanan/perawatan pasien kanker terminal (stadium akhir) yang dilakukan di rumah pasien setelah dirawat di rumah sakit dan kembali kerumah. . Namun demikian, perawatan stadium terminal tidak dapat dilakukan di rumah pasien bila gejala fisik berat dan

memerlukan pengawasan medis atau paramedis (fase tidak stabil dan perburukan) untuk mencapai kenyamanan di akhir kehidupan (fase menjelang ajal).

3. Konsep Home Care Menurut Pakar Keperawatan

3.1 Teori Self Care (Dorothea Orem)

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

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

Tiga jenis kebutuhan tersebut didasarkan oleh beberapa asumsi, yaitu:

- a. Human being (Kehidupan manusia): oleh alam, memiliki kebutuhan umum akan pemenuhan beberapa zat (udara, air, dan makanan) dan untuk mengelola kondisi kehidupan yang menyokong proses hidup, pembentukan dan pemeliharaan integritas structural, serta pemeliharaan dan peningkatan integritas fungsional.
- b. Perkembangan manusia: dari kehidupan di dalam rahim hingga pematangan ke dewasa memerlukan pembentukan dan pemeliharaan kondisi yang meningkatkan proses pertumbuhan dan perkembangan di setiap periode dalam daur hidup. Kerusakan genetik maupun perkembangan dan penyimpangan dari struktur normal dan integritas fungsional serta

kesehatan menimbulkan beberapa persyaratan/permintaan untuk pencegahan, tindakan pengaturan untuk mengontrol perluasan dan mengurangi dampaknya.

Ada 3 tingkatan dalam asuhan keperawatan mandiri, yaitu:

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

3.2 Teori Lingkungan (Florence Nightingale)

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

3.3 Manusia Sebagai Unit (Rogers)

Berdasarkan teori Rogers sakit timbul akibat ketidakseimbangan energi penanganan dengan metode terapi modalitas/ komplementer. Rogers mengungkapkan bahwa aktivitas yang di dasari prinsip – prinsip kreativitas, seni dan imajinasi. Aktivitas keperawatan dinyatakan Rogers merupakan aktivitas yang berakar pada dasar ilmu pengetahuan abstrak, pemikiran intelektual, dan hati nurani. Rogers menekankan bahwa keperawatan adalah disiplin ilmu yang dalam aktifitasnya mengedepankan aplikasi keterampilan, dan teknologi. Aktivitas keperawatan meliputi pengkajian, intervensi, dan pelayanan rehabilitatif senantiasa berdasar pada konsep pemahaman manusia / individu seutuhnya.

Dasar teori Rogers adalah ilmu tentang asal usul manusia dan alam semesta seperti antropologi, sosiologi, agama, filosofi, perkembangan sejarah dan mitologi. Teori Rogers

berfokus pada proses kehidupan manusia secara utuh. Ilmu keperawatan adalah ilmu yang mempelajari manusia, alam dan perkembangan manusia secara langsung. Berdasarkan pada kerangka konsep yang dikembangkan oleh Roger ada 5 asumsi mengenai manusia, yaitu :

- a) Manusia merupakan makhluk yang memiliki kepribadian unik, antara satu dan lainnya berbeda di beberapa bagian. Secara signifikan mempunyai sifat-sifat yang khusus jika semuanya jika dilihat secara bagian perbagian ilmu pengetahuan dari suatu subsistem tidak efektif bila seseorang memperhatikan sifat-sifat dari sistem kehidupan manusia. Manusia akan terlihat saat bagiannya tidak dijumpai.
- b) Berasumsi bahwa individu dan lingkungan saling tukar-menukar energi dan material satu sama lain. Beberapa individu mendefinisikan lingkungan sebagai faktor eksternal pada seorang individu dan merupakan satu kesatuan yang utuh dari semua hal.
- c) Bahwa proses kehidupan manusia merupakan hal yang tetap dan saling bergantung dalam satu kesatuan ruang waktu secara terus menerus. Akibatnya seorang individu tidak akan pernah kembali atau menjadi seperti yang diharapkan semula. Perilaku pada individu merupakan suatu bentuk kesatuan yang inovatif.
- d) d. Manusia bercirikan mempunyai kemampuan untuk abstrak, membayangkan, bertutur bahasa dan berfikir, sensasi dan emosi. Dari seluruh bentuk kehidupan di dunia hanya manusia yang mampu berfikir dan menerima dan mempertimbangkan luasnya dunia.

Martha E. Roger mengemukakan empat konsep besar. Beliau menghadirkan lima asumsi tentang manusia.

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

3.4 Teori Adaptasi *Chalista Roy*

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

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

1. Manusia

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

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif yang meliputi : (Roy & Andrew, 1999 dalam toney & Alligood, 2010)

- Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang berinteraksi dengan lingkungan secara terus menerus.
- Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan- perubahan biopsikososial. Manusia sebagai sistem adaptif, dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai masukan (input), kontrol, keluaran (output) dan proses umpan balik (feedback).

- Input

Menurut Roy input adalah sebagai stimulus yang merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Selain itu sebagai suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan menerima masukan dari lingkungan dalam individu itu sendiri, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan stimulus residual.

Stimulus fokal merupakan stimulus internal maupun eksternal yang secara langsung dapat menyebabkan ketidakseimbangan atau keadaan sakit yang dialami saat ini. Misalnya: penyakit ginjal kronik yang menyebabkan pasien mengalami kelebihan volume cairan. Stimulus kontekstual merupakan semua rangasangan yang lain yang datang dalam situasi yang memberikan efek dari stimulus fokal. Dengan kata lain, stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (faktor pencetus)/ keadaan tidak sehat. Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini. Misalnya ketidakpatuhan pelaksanaan terapi hemodialisis pada pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir.

Stimulus residual adalah faktor internal maupun eksternal manusia dengan efek pada situasi saat ini yang tidak jelas. Merupakan keyakinan dan pemahaman individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat atau disebut dengan faktor predisposisi sehingga terjadi kondisi fokal. Misalnya persepsi klien tentang penyakit, gaya hidup, peran dan fungsi.

- Kontrol

Menurut Roy proses kontrol seseorang adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan untuk melakukan kontrol yang terdiri dari subsistem regulator dan kognator. Subsistem regulator mempunyai komponen : input-proses, dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator system adalah kimia, neural atau endokrin. Terjadinya refleks otonom merupakan output perilaku yang dihasilkan dari regulator sistem, banyak sistem fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku subsistem regulator. Subsistem kognator merupakan stimulus yang berupa eksternal maupun internal. Output perilaku dari subsistem regulator dapat menjadi stimulus umpan balik untuk subsistem kognator. Proses kontrol subsistem kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian, dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih perhatian, mencatat dan mengingat.

- Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subjektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik dari sistem. Roy mengidentifikasi output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang mal adaptif. Respon adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang mampu

memenuhi tujuan hidup, berupa kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi, dan menjadi manusia yang berkualitas. Sedangkan respon yang mal adaptif merupakan perilaku yang tidak mendukung tujuan seseorang.

1. Efektor

Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yang memiliki empat mode adaptasi yang meliputi : 1) fungsi fisiologis, 2) konsep diri, 3) penampilan peran, 4) interdependensi. Fungsi fisiologis yang berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas dan bagaimana proses adaptasi dilakukan untuk mengatur sembilan kebutuhan fisiologis tersebut, yaitu oksigenasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, fungsi sistem endokrin, integritas kulit, sensori/indra dan fungsi neurologis.

Konsep diri, berupa seluruh keyakinan dan perasaan yang dianut individu dalam satu waktu tertentu, berupa persepsi dan partisipasi terhadap reaksi orang lain dan tingkah laku langsung. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu the physical self dan the personal self. The physical self, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Sedangkan The personal self, berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral – etik, spiritual dan perasaan cemas diri orang tersebut. Penampilan peran, yaitu penampilan fungsi peran yang berhubungan dengan tugas individu dilingkungan sosial/ mode fungsi peran yang mengenal pola - pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

Interdependensi, adalah hubungan individu dengan orang lain dan sebagai support sistem. Fokus interdependensi adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta dan kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Model fungsi interdependensi juga melihat keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima

2. Lingkungan.

Roy menyatakan bahwa lingkungan merupakan semua kondisi, keadaan dan pengaruh sekitarnya yang mempengaruhi perkembangan serta perilaku manusia sebagai individu atau kelompok, dengan suatu pertimbangan khusus dari mutualitas sumber daya manusia dan sumber daya alam yang mencakup stimulus fokal, kontekstual dan residual. Lingkungan merupakan masukan (input) bagi manusia sebagai sistem yang adaptif sama halnya lingkungan sebagai stimulus internal dan eksternal. Faktor lingkungan dapat mempengaruhi seseorang dan dapat dikategorikan dalam stimulus fokal, kontekstual dan residual Roy & Andrew, 1999; Tomey & Alligood, 2010).

3. Kesehatan

Kesehatan dipandang sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan integrasi secara keseluruhan. Sehat merupakan cermin dari adaptasi, yang merupakan interaksi manusia dengan lingkungan. Definsi kesehatan menurut Roy lebih dari tidak adanya sakit tapi termasuk penekanan pada kondisi baik. Sehat bukan berarti tidak terhindarkan dari kematian, penyakit, ketidakbahagiaan dan stress akan tetapi merupakan kemampuan untuk mengatasi masalah tersebut dengan baik (Andrew & Roy, 1991; Tomey & Alligood, 2010).

Proses adaptasi termasuk fungsi holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) untuk mempengaruhi kesehatan secara positif dan itu meningkatkan integritas. Proses adaptasi termasuk semua interaksi manusia dan lingkungan dua bagian proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respon. Perubahan-perubahan tersebut adalah stresor-stresor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh faktor-faktor kontekstual dan residual. Bagian-bagian stresor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress, bagian kedua dari stress adalah mekanisme koping yang merangsang menghasilkan respon adaptif dan inefektif. Melalui adaptasi energi individu dibebaskan dari upaya-upaya koping yang tidak efektif dan dapat digunakan untuk meningkatkan integritas, penyembuhan dan meningkatkan kesehatan. Integritas menunjukkan hal-hal yang masuk akal yang mengarah pada kesempurnaan atau keutuhan (Andrew & Roy, 1991; Tomey & Alligood, 2010).

4. Keperawatan.

Roy (1983) secara spesifik menggambarkan keperawatan sebagai ilmu dan praktek dari peningkatan adaptasi untuk meningkatkan kesehatan sebagai tujuan untuk mempengaruhi kmeningkatkan adaptasi agar individu dan kelompok dapat berfungsi secara holistik melalui aplikasi proses keperawatan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif. Model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih spesifik perkembangan ilmu keperawatan dan praktek keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan yang terdiri dari tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan.

Tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptif individu dengan lingkungan dengan menggunakan empat cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Dorongan terhadap peningkatan integritas adaptasi dan berkontribusi terhadap kesehatan manusia, kualitas hidup dan kematian dengan damai. Proses keperawatan terkait model adaptasi Roy dapat diterapkan dalam lima langkah, yaitu : (Roy & Andrews, 1999 dalam Alligood & Tomey, 2006).

Pengkajian yang terdiri dari dua tahap yaitu :

1. Pengkajian perilaku (behavior)

Perilaku didefinisikan sebagai aksi dan reaksi manusia dalam tertentu. Pengkajian perilaku (behavior) merupakan langkah proses keperawatan menurut model adaptasi Roy. Pengkajian bertujuan untuk mengumpulkan data dan menganalisis apakah pasien adaptif atau maladaptif. Hasil dari pengkajian perilaku merupakan respon perilaku adaptif maupun perilaku inefektif. Apabila ditemukan sesuatu yang tidak sesuai dengan kondisi normal maka hal ini keadaan pertama perilaku perilaku mengindikasikan adanya kesulitan adaptasi. Keadaan itu dapat disebabkan oleh tidak efektifnya aktifitas regulator dan kognator. Data perilaku meliputi empat mode adaptif, yaitu : 1) fisiologis, yang terdiri dari pengkajian kebutuhan oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, proteksi, sensori/ pengindraan, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, fungsi endokrin; 2) konsep diri, meliputi fisik diri dan pribadi; 3) fungsi peran, meliputi proses transisi peran, perilaku peran, integrasi peran, pola penguasaan peran, dan proses koping; 4) Interdependen, meliputi pola memberi dan menerima, dan strategi koping perpisahan dan kesendirian.

2. Pengkajian stimulus

Pengkajian stimulus didefinisikan sebagai kondisi yang memprovokasi sebuah respon. Stimulus dapat bersifat internal dan eksternal yang mencakup semua kondisi, keadaan yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku seseorang. Stimulus umum yang mempengaruhi adaptasi antara lain budaya (status sosial ekonomi, etnis, dan sistem keyakinan), keluarga (struktur dan tugas perkembangan keluarga), tahap perkembangan (faktor usia, jenis, tugas, keturunan, dan genetik), integritas mode adaptif (fisiologis yang mencakup patologi penyakit, fisik (sumber daya), identitas diri, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi), level adaptasi, efektivitas kognator (persepsi, pengetahuan, ketrampilan), pertimbangan lingkungan (perubahan lingkungan internal atau eksternal, pengelolaan medis, menggunakan obat-obat, alkohol, tembakau). Pengkajian stimulus diarahkan pada stimulus fokal, kontekstual, dan residual (Roy & Andrews, 1999 dalam Alligood & Tomey, 2006).

3. Diagnosa Keperawatan

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

4. Penetapan tujuan keperawatan.

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

5. intervensi dan implementasi

Intervensi merupakan proses seleksi dari pendekatan keperawatan untuk meningkatkan adaptasi dengan merubah stimuli atau penguatan dari proses adaptif. Tujuan intervensi keperawatan adalah mempertahankan dan mempertinggi perilaku adaptif serta merubah perilaku tidak efektif menjadi perilaku adaptif. Fokus intervensi adalah mengarah pada suatu stimulus yang mempengaruhi suatu perilaku. Langkah dalam menyusun intervensi keperawatan meliputi penetapan atas empat hal yaitu : a) apa pendekatan alternatif yang akan dilakukan, b) apa konsekuensi yang akan terjadi, c) apakah mungkin tujuan tercapai oleh alternatif tersebut, d) nilai alternatif itu diterima atau tidak. Intervensi keperawatan ini dilakukan melalui kerjasama dengan orang lain (pasien, keluarga, dan tim kesehatan) (Roy & Andrews, 1999 dalam Alligood & Tomey, 2006)

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

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian keefektifan dari intervensi keperawatan dalam hubungannya dengan perilaku dari sistem manusia yang menjadi refleksi dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Untuk dapat menetapkan suatu intervensi keperawatan efektif atau tidak maka perawat harus melakukan pengkajian perilaku berkaitan dengan manajemen stimulus pada intervensi keperawatan tersebut (Roy & Andrews, 1999 dalam Alligood & Tomey, 2006)

C. Latihan

1. Jelaskan apa yang saudara ketahui tentang *hospice care*!
2. Apa yang saudara ketahui tentang *home care*?
3. Jelaskan pendapat teori "Roger" tentang manusia ?

D. Kunci Jawaban

1. *Hospice care* yaitu memberikan perawatan suportif kepada orang-orang ditahap akhir penyakit terminal dan fokus pada kenyamanan dan kualitas hidup, bukan pada penyembuhan.
2. *Home care* (HC) merupakan bagian praktek mandiri perawat dan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat di rumah pasien. Perawat melanjutkan perawatan yang pernah diterima klien dari rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya atau mungkin pasien tidak ada indikasi masuk rumah sakit sehingga hanya membutuhkan pelayanan keperawatan di rumah.
3. Roger mengemukakan lima asumsi tentang manusia ;
 - Tiap orang dikatakan sebagai suatu yang individu utuh.
 - Manusia dan lingkungan selalu saling bertukar energi.
 - Proses yang terjadi dalam kehidupan seseorang tidak dapat diubah dan berhubungan satu sama lain pada dimensi ruang dan waktu. Hal tersebut merupakan pola kehidupan.
 - Pada akhirnya seseorang mampu berbicara, berfikir, merasakan, emosi, membayangkan dan memisahkan.
 - Manusia mempunyai empat dimensi, medan energi negentropik dapat diketahui dari kebiasaan dan ditunjukkan dengan ciri-ciri dan tingkah laku yang berbeda satu sama lain dan tidak dapat diduga dengan ilmu pengetahuan yaitu lingkungan, keperawatan dan kesehatan.

Universitas
Esa Unggul

Daftar Pustaka

- Becker, R.(2015). *Fundamental Aspects of Paliatif care Nursung: An Evidence-Based Ahndbook for Student Nurses 2nd Edition*. Andrewa UK Limited
- Carr & Johnson. 2005. *Prosedur Perawatan Di Rumah*. Jakarta : EGC.
- Connor. (2009). *Hospice and Palliative Care*. Oxford University Press: New York
- Depkes, RI. 2002. *Pengembangan Model Praktek Pelayanan Mandiri keperawatan*. Pusgunakes. Jakarta
- Departemen Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007tentang Kebijakan Perawatan Paliatif.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan, RI. 2007. *Home Care : Bukti Kemandirian Perawat*. Makalah dipresentasikan pada Seminar Nasional Craven, R.F., & Hirnle
- Kementerian Kesehatan R. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Kemenkes RI, Jakarta; 2014.
- Ngakili, O. R. and Mulyanto, P. M. (2016) 'Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Pentingnya Keberadaan *Hospice Care* Untuk Pasien Kanker Stadium Terminal di RSUP Fatmawati Jakarta'.
- Oliver, D.P., Demiris, G., WittenbergLyles, E., Washington, K., & Porock, D. (2010). *Recruitment challenges and strategies in a home based telehealth study*. *Telemedicine and e-Health*, 16(7), 839-843. doi: 10.1089/tmj.2010.0017
- Tribowo. (2012). *Metodologi penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Williams & wilkins Crisp, J., & Taylor, C. (2001). *Potter & perry's fundamentals of nursing*. Australia: Harcourt Health Sciences.