

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ditelaah untuk mendukung dan merancang suatu pengembangan protokol pemenuhan hak pasien. Pokok bahasan dalam bab ini meliputi:

2.1 Pemenuhan Hak Pasien dalam Pelayanan di Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian hak

2.1.2 Peranan hak

2.1.3 Hak pasien

2.1.4 Pernyataan hak pasien

2.2 Aspek Hukum Praktik Keperawatan Profesional

2.2.1 Fungsi hukum dalam praktik keperawatan

2.2.2 Standar praktik keperawatan

2.3 Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*)

2.3.1 Pengertian persetujuan tindakan medik (*informed consent*)

2.3.2 Dasar hukum persetujuan tindakan medik (*informed consent*)

2.4 Konsep *Action Research*

2.4.1 Definisi *action research*

2.4.2 Siklus *action research*

2.4.3 Proses *action research*

2.4.4 Tingkat keabsahan data.

2.5 Landasan Teori

2.6 Kerangka Konsep.

2.1 Pemenuhan Hak Pasien dalam Pelayanan di Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian hak

Hak adalah tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang merupakan kebutuhan pribadi sesuai dengan keadilan, moralitas, dan legalitas. Hak dimiliki oleh semua manusia, yaitu hak asasi untuk berbuat, menyatakan pendapat, memberikan sesuatu kepada orang lain, dan menerima sesuatu dari orang lain atau lembaga tertentu. Tanggung jawab moral sangat diperlukan dalam menuntut suatu hak, agar dapat terjalin suatu ikatan yang merupakan kontrak sosial, baik tersurat maupun tersirat, sehingga segala sesuatunya dapat memberi dampak positif. Pemahaman tentang hak-hak dalam hidup seseorang atau masyarakat sangat diperlukan, agar terbentuk sikap saling menghargai hak-hak orang lain dan terciptanya kehidupan yang damai dan tenteram (Dalami, Rochimah, & Suryani, 2010).

Hak adalah sesuatu yang diterima oleh pasien, pasien memiliki hak (*klaim*) terhadap pelayanan yang diterima (Rismalinda, 2011). Perwujudan dalam masyarakat adalah hak, hak merupakan apa yang harus diperoleh dari pihak lain. Hak-hak warga Negara adalah apa yang diperoleh dari Negara. Hak menurut Notoadmodjo (2010), adalah "*claim*" yang dibuat oleh orang yang satu terhadap yang lain atau masyarakat, atau kelompok yang mempunyai hak, seseorang atau kelompok tersebut dapat menuntut bila orang atau kelompok lain meng "*claim*" atau mengusik hak seseorang.

Hak dapat dipandang dari sudut hukum dan pribadi. Hak dari sudut pandang hukum adalah: mempunyai atau memberi kekuasaan tertentu untuk

mengendalikan situasi. Hak dari sudut pandang pribadi adalah hak yang sudah disesuaikan dengan perkembangan etis, antara lain mengatur kehidupan seseorang berdasarkan konsep benar atau salah, baik buruk yang ada dilingkungan tempat ia hidup dan tinggal dalam kurun waktu tertentu. Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan konsep pribadi dari hak-hak seseorang adalah: 1) hubungan sosial dengan keluarga, antar keluarga, maupun dengan lingkungan, 2) pendidikan dari orang tua, 3) kebudayaan, dan 4) informasi yang diperoleh (Dalami, Rochimah, & Suryani, 2010).

2.1.2 Peranan hak

Peranan hak yang pertama adalah hak dapat digunakan sebagai pengekspresian kekuasaan dalam konflik antara seseorang dengan kelompok. Contohnya, seorang dokter mengatakan pada perawat bahwa ia mempunyai hak untuk menginstruksikan pengobatan yang dokter inginkan untuk pasien. Dokter tersebut telah mengekspresikan kekuasaannya untuk menginstruksikan pengobatan kepada pasien. Hal ini merupakan hak dokter selaku penanggung jawab medis (Dalami, Rochimah, & Suryani, 2010).

Peranan hak yang kedua adalah hak dapat digunakan untuk memberikan pembenaran pada suatu tindakan. Contohnya, seorang perawat, dalam melaksanakan asuhan keperawatan, mendapat kritikan karena terlalu lama menghabiskan waktu bersama pasien. Perawat dapat mengatakan bahwa perawat mempunyai hak untuk memberikan asuhan keperawatan yang terbaik untuk pasien sesuai dengan pengetahuan yang perawat miliki. Dalam hal ini, perawat tersebut

mempunyai hak melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien (Dalami, Rochimah, & Suryani, 2010).

Peranan hak yang ketiga adalah hak dapat digunakan untuk menyelesaikan perselisihan. Seseorang dapat menyelesaikan suatu perselisihan dengan menuntut hak yang juga dapat diakui oleh orang lain. Contohnya adalah, seorang perawat menyarankan kepada pasien agar tidak keluar ruangan selama dihospitalisasi. Pada situasi tersebut, pasien marah karena tidak setuju dengan saran perawat dan pasien tersebut mengatakan pada perawat bahwa pasien juga punya hak untuk keluar ruangan jika pasien menginginkan. Dalam hal ini, perawat dapat menerima tindakan pasien, sepanjang tidak merugikan kesehatan pasien. Bila tidak tercapai kesepakatan karena membatasi pasien, artinya perawat mengingkari kebebasan pasien (Dalami, Rochimah, & Suryani, 2010)

2.1.3 Hak pasien

Pemenuhan hak pasien merupakan sesuatu hal yang sangat mendasar di rumah sakit. Perkembangan sosial, ekonomi, kultural dan politik memberikan dukungan untuk mengelaborasi dan memenuhi hak pasien (WHO, 1994). Pembukaan Undang-Undang Dasar R.I. 1945 yaitu pada sila ke dua kemanusiaan yang adil dan beradab dengan tegas menjelaskan tentang hak asasi manusia (Hanafiah & Amir, 2014).

Hak pasien adalah hak-hak pribadi yang dimiliki manusia sebagai pasien (Rismalinda, 2011). Deklarasi universal hak asasi manusia (*the universal declaration of human rights*) yang di rumuskan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 1948 mengakui bahwa semua manusia memiliki hak-hak asasi

manusia yang sama, antara lain adalah sebagai berikut: 1) setiap orang dilahirkan merdeka dan mempunyai hak-hak yang sama, 2) manusia dihormati sebagai manusia tanpa memperhatikan wilayah asal dan keturunannya, 3) setiap orang tidak boleh diperlakukan secara kejam, 4) setiap orang diperlakukan sama didepan hukum dan tidak boleh dianggap bersalah, kecuali pengadilan telah menyalahkan orang tersebut, 5) setiap orang berhak mendapat pendidikan, pekerjaan, dan jaminan sosial, 6) setiap orang berhak memberikan pendapat, dan 7) setiap orang berhak mendapat pelayanan dan perawatan kesehatan bagi dirinya dan keluarganya, juga jaminan ketika menganggur, sakit, cacat, menjadi janda, usia lanjut atau kekurangan nafkah yang disebabkan oleh hal-hal diluar kekuasaan orang tersebut (Hanafiah & Amir, 2014).

Pengaplikasian konsep hak asasi manusia dalam asuhan pasien merujuk pada teori dan praktik dari konteks prinsip umum hak asasi manusia, yaitu interaksi yang terjalin antara pasien dan pemberi pelayanan. issue hak asasi manusia menolak diskriminasi dan eksklusi sosial yang sering terjadi pada pasien, seperti pasien yang hidup dengan HIV, etnis minoritas, jenis kelamin minoritas, pengguna narkotika (obat), dan orang dengan kecacatan (Cohen & Ezer, 2013).

Konsep dari hak asasi manusia dalam asuhan pasien harus diketahui oleh pemberi pelayanan yang berperan sebagai aktor penting, dikarenakan hubungan pasien dan pemberi pelayanan merupakan hubungan yang kritis. Pemberi pelayanan akan memberi asuhan yang baik jika hak pemberi pelayanan di hormati dan juga diberikan lingkungan kerja professional serta kemandirian dalam bertindak. Pasien juga menginginkan hak asasinya terpenuhi, oleh karena itu

pasien dan pemberi pelayanan harus mengetahui hak masing-masing (Cohen & Ezer, 2013).

Pemenuhan dan implementasi hak pasien dalam pelayanan kesehatan, membutuhkan kesadaran dari pemberi pelayanan yaitu dokter, perawat, dan bidan mengenai hak yang dibutuhkan oleh pasien. Peningkatan kesadaran terhadap pemenuhan hak pasien, dan juga perhatian terhadap permintaan dari pasien yang terkadang terlupakan oleh pemberi pelayanan di rumah sakit dapat memfasilitasi peningkatan kepuasan pasien. Pemberi pelayanan yaitu dokter, perawat, dan bidan mempunyai tanggung jawab yang besar dalam pemenuhan hak pasien (Heidari, Ahmadpour, & Boughlou, 2014).

Terkait tentang tanggung jawab dalam pemenuhan hak pasien, pemberi pelayanan yang mempunyai tanggung jawab yang lebih besar adalah perawat dibandingkan dengan dokter dan bidan. Hal tersebut dikarenakan perawat bertugas memberi pelayanan kepada pasien selama 24 jam penuh, sehingga hubungan antara pasien dan perawat menjadi lebih dekat. Oleh karena itu, perawat dalam bertugas harus dapat memenuhi dan mengimplementasikan hak pasien (Ozdemir, et. al, 2009).

Prinsip pelayanan pemenuhan hak pasien adalah dipenuhinya standard baik standard internasional, nasional, dan regional serta norma dan kesepakatan tentang pemenuhan hak pasien yang berlaku di suatu rumah sakit. Hak yang harus dipenuhi rumah sakit menurut persepsi pasien adalah 1) hak atas kebebasan dan keamanan pribadi, 2) hak atas privasi dan kerahasiaan, 3) hak atas informasi, 4) hak integritas tubuh, 5) hak untuk hidup, 6) hak atas standar tertinggi kesehatan,

7) hak untuk bebas dari penyiksaan dan perlakuan kejam, tidak manusiawi dan merendahkan, 8) hak untuk berpartisipasi dalam kebijakan publik, 9) hak non diskriminasi dan kesamaan, dan 10) hak untuk pengobatan. Menurut persepsi pemberi pelayanan, hak yang harus dipenuhi jika mereka memberi pelayanan kepada pasien adalah: 1) hak untuk kondisi kerja yang layak, 2) hak untuk kebebasan berserikat, dan 3) hak untuk proses hukum (Cohen & Ezer, 2013).

Studi fenomenologi penerapan model hak pasien yang dikembangkan oleh Kaufmman, Kuring, dan Janson yang diteliti oleh Abedi, et. al (2012) di rumah sakit umum Negara Iran menemukan beberapa tema. Partisipan yang terlibat dalam penelitian tersebut berjumlah 68 yaitu pasien (12), keluarga pasien (12), perawat (18), dokter (12), dan *senior middle-manager* dan *operational managers* (14).

Tema yang ditemukan dari penerapan model hak pasien tersebut ada 11 kategori, yaitu: 1) perawatan yang tepat dengan kualitas yang tinggi, 2) hak untuk mendapat informasi, 3) hak atas kerahasiaan terhadap informasi, 4) hak untuk menandatangani *informed consent*, 5) mengamati privasi pasien, 6) hak atas kebebasan berfikir, 7) hak untuk kedamaian, 8) hak untuk mengekspresikan keberatan dan keluhan, 9) hak atas kompensasi, 10) hak untuk menikmati sumber daya yang ada, dan 11) hak untuk berperilaku sebagai individu (Abedi, et. al, 2012).

Penerapan pemenuhan hak pasien di rumah sakit di Indonesia merujuk pada tuntutan dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi tahun 2012 dan *Joint Commission International (JCI)*. Kebijakan atau regulasi rumah sakit di

Indonesia tentang hak pasien dan keluarga mengacu pada Undang-Undang No. 44/2009 tentang rumah sakit. Dalam memberikan pelayanan, rumah sakit bertanggung jawab untuk memberikan proses yang mendukung hak pasien dan keluarga pasien (KARS, 2012).

Pimpinan utama yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit adalah pimpinan rumah sakit atau direktur. Oleh karena itu, pimpinan harus mengetahui dan mengerti hak pasien dan keluarga pasien, tanggung jawab rumah sakit dalam pemenuhan hak pasien dan keluarganya sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku. Pimpinan harus dapat mengarahkan untuk memastikan agar seluruh staf bertanggung jawab melindungi hak pasien. Pimpinan bekerja sama dan berusaha memahami tanggung jawabnya dalam hubungan dengan komunitas yang dilayani rumah sakit, melalui perlindungan secara efektif dan mengedepankan hak pasien. Hak pasien dan keluarga merupakan elemen dasar dari semua kontak di rumah sakit, oleh karena itu kebijakan dan prosedur ditetapkan dan dilaksanakan untuk menjamin bahwa semua staf mengetahui dan memberi respon ketika mereka melayani pasien terhadap isu hak pasien dan keluarga. Rumah sakit dapat mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam proses menyusun kebijakan dan prosedur pemenuhan hak pasien dengan menggunakan pola kerjasama (KARS, 2012).

Hak pasien dalam pelayanan kesehatan secara umum adalah sebagai berikut: 1) hak pasien atas perawatan, 2) hak untuk menolak cara perawatan, 3) hak untuk memilih tenaga kesehatan dan rumah sakit yang akan merawat pasien, 4) hak atas informasi, 5) hak untuk menolak perawatan tanpa izin, 6) hak atas rasa

aman, 7) hak atas pembatasan terhadap pengaturan kebebasan perawatan, 8) hak untuk mengakhiri perjanjian perawatan, 9) hak atas *twenty-for-a-day-visitors-rights*, 10) hak pasien menggugat atau menuntut, 11) hak pasien mengenai bantuan hukum, dan 12) hak pasien untuk menasihatkan mengenai percobaan oleh tenaga kesehatan atau ahlinya (Nasution, 2013).

2.1.4 Pernyataan hak pasien

Pernyataan hak-hak pasien (*patient's bill of rights*) dikeluarkan oleh *The American Hospital Association* pada tahun 1973 dengan tujuan meningkatkan kesadaran tentang pentingnya pemahaman hak-hak pasien yang akan dirawat di rumah sakit. Pernyataan tentang hak-hak pasien tersebut adalah: 1) pasien mempunyai hak untuk mempertimbangkan dan menghargai asuhan kesehatan atau keperawatan yang akan diterima pasien, 2) pasien berhak memperoleh informasi lengkap dari dokter yang memeriksa pasien berkaitan dengan diagnosis, pengobatan, dalam arti pasien layak untuk mengerti masalah yang dihadapi oleh pasien, 3) pasien berhak untuk menerima informasi penting dan memberikan suatu persetujuan tentang dimulainya suatu prosedur pengobatan, serta risiko penting yang kemungkinan akan dialami pasien, kecuali dalam situasi darurat, 4) pasien berhak untuk menolak pengobatan sejauh diizinkan oleh hukum dan diinformasikan tentang konsekuensi tindakan yang akan diterimanya, 5) pasien berhak mengetahui setiap pertimbangan dari privasi pasien yang menyangkut program asuhan medis, konsultasi, dan pengobatan yang dilakukan dengan cermat dan dirahasiakan, 6) pasien berhak atas kerahasiaan semua bentuk komunikasi dan catatan tentang asuhan kesehatan yang diberikan kepada pasien, 7) pasien berhak

untuk mengerti bila diperlukan rujukan ketempat lain yang lebih lengkap dan memperoleh informasi yang lengkap tentang alasan rujukan tersebut, dan rumah sakit yang ditunjuk dapat menerima pasien, 8) pasien berhak untuk memperoleh informasi tentang hubungan rumah sakit dengan instansi lain, seperti instansi pendidikan atau instansi terkait lainnya sehubungan dengan asuhan yang diterima pasien, 9) pasien berhak untuk memberi pendapat atau menolak bila diikutsertakan sebagai suatu eksperimen yang berhubungan dengan asuhan atau pengobatan pasien, 10) pasien berhak untuk memperoleh informasi tentang pemberian delegasi dari dokter kepada dokter lain, bila dibutuhkan dalam rangka asuhan pasien, 11) pasien berhak untuk mengetahui dan menerima penjelasan tentang biaya yang diperlukan untuk asuhan kesehatan pasien, dan 12) pasien berhak untuk mengetahui peraturan atau ketentuan rumah sakit yang harus dipatuhinya sebagai pasien selama pasien dirawat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pernyataan hak-hak pasien adalah: 1) meningkatnya kesadaran para konsumen terhadap asuhan kesehatan dan lebih besarnya partisipasi pasien dalam perencanaan asuhan, 2) meningkatnya jumlah malpraktik yang terjadi di masyarakat, 3) adanya legislasi yang diterapkan untuk melindungi hak-hak asasi pasien, 4) konsumen menyadari tentang peningkatan jumlah pendidikan dalam bidang kesehatan dan penggunaan pasien sebagai objek atau tujuan pendidikan, dan bila pasien tidak berpartisipasi akan mempengaruhi mutu asuhan kesehatan atau tidak (*The American Hospital Association, 1973*).

Pasien memiliki harapan yang sangat tinggi terhadap penghargaan hak pasien di rumah sakit, terutama hak pasien untuk mendapatkan informasi, hak

untuk memilih pemberi layanan kesehatan, dan memutuskan untuk memilih rencana *treatment* (Parsapoor, Mohammad, Malek, Ala'eddini, & Larijani, 2012a). Hak pasien menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 pasal 32 adalah:

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit,
- 2) memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien,
- 3) memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi,
- 4) memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar prosedur dan standar prosedur operasional,
- 5) memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi,
- 6) mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan,
- 7) memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginan dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit,
- 8) meminta konsultasi tentang penyakit yang diderita pasien kepada dokter lain (*second opinion*) yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik didalam maupun di luar Rumah Sakit,
- 9) mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medis pasien,
- 10) mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan,
- 11) memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang diderita pasien,
- 12) didampingi keluarga dalam keadaan kritis,
- 13) menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianut selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya,
- 14) memperoleh keamanan dan keselamatan diri pasien selama dalam perawatan di Rumah Sakit,
- 15) mengajukan usul, saran,

perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap diri pasien, 16) menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut pasien, 17) menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan 18) mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Hak yang harus diketahui oleh pemberi pelayanan terkait pemenuhan hak pasien di rumah sakit menurut KARS (2012) yang merujuk pada Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah hak pasien, *informed consent*, penelitian yang menjadikan pasien sebagai objek, dan donasi organ. Pengaplikasian hak pasien dan keluarga dalam standar akreditasi versi komisi akreditasi rumah sakit (KARS, 2012) adalah termasuk dalam kelompok standar pelayanan yang berfokus pada pasien. Pelayanan yang berfokus pada pasien adalah: 1) skrining/registrasi, 2) general consent, 3) edukasi hak pasien dan keluarga, 4) perlindungan keamanan dan keselamatan pasien dan barang milik pasien, 5) asesmen awal (laboratorium, dan radiologi), 6) perlindungan privasi dan rahasia pasien, 7) rencana asuhan, 8) penjelasan pelayanan termasuk hasil yang tidak diharapkan, 9) tindakan/ prosedur risiko tinggi, 10) *informed consent*, 11) *second opinion*, 12) complain, 13) edukasi, 14) pulang atas permintaan sendiri, 15) *do not resuscitated (DNR)*, 16) *end of life*, 17) hak pasien dan keluarga (*clinical trial*), 18) donasi organ/transplantasi, dan 19) rencana pulang/ ringkasan pulang.

2.2 Aspek Hukum Praktik Keperawatan Profesional

2.2.1 Fungsi hukum dalam praktik keperawatan

Undang-undang yang dikeluarkan oleh Presiden Republik Indonesia, yaitu UU RI Nomor 8 tahun 2004 tentang perubahan atas UU Nomor 2 tahun 1986, menyebutkan bahwa Negara kesatuan RI merupakan Negara hukum yang berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Tahun 1945, bertujuan mewujudkan tata kehidupan bangsa, Negara, dan masyarakat, yang tertib, bersih, makmur, dan berkeadilan (Priharjo, 2008). Penyimpangan antara globalisasi hukum dan globalisasi pemenuhan hak pasien merupakan tugas dari pemerintah, yaitu dengan cara meregulasi hukum dan melaksanakan perlindungan terhadap individu dari penyalahgunaan kekuasaan (Brysk & Jimenez, 2012).

Undang-undang dan berbagai undang-undang lainnya yang terkait dengan hukum yang dikeluarkan oleh Sekretariat Kabinet Republik Indonesia membantu masyarakat memahami fungsi hukum bagi kehidupan manusia secara umum dan bagi praktik keperawatan professional. Perawat harus mengetahui tentang hukum yang mengatur praktik keperawatan, untuk memberi kepastian bahwa keputusan maupun tindakan perawat yang dilakukan telah konsisten dengan prinsip-prinsip hukum sehingga melindungi perawat dari pertanggungjawaban/ gugatan (Priharjo, 2008).

Keperawatan sebagai suatu profesi harus memiliki landasan dan perlindungan hukum yang jelas. Perawat harus mengetahui berbagai konsep hukum yang berkaitan dengan praktik keperawatan, karena perawat bertanggung jawab terhadap keputusan dan tindakan professional yang perawat lakukan.

Perlindungan hukum bagi perawat hanya akan diberikan bila perawat terbukti telah melakukan tugas sesuai dengan kewenangan dan standar profesi. Hal ini sesuai dengan peraturan pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan (Priharjo, 2008).

Praktik yang aman memerlukan pemahaman tentang batasan legal yang ada dalam praktik. Perawat harus memahami hukum untuk melindungi hak pasien dan diri sendiri dari masalah. Hukum di masyarakat selalu berubah-ubah, seiring perkembangan teknologi. Dengan perkembangan pelayanan kesehatan, maka implikasi hukum juga semakin berkembang (Potter & Perry, 2009).

Pemberi pelayanan yang paling banyak dan 24 jam selalu dengan pasien di rumah sakit adalah perawat. Aspek hukum praktik keperawatan adalah merupakan perangkat hukum yang secara khusus menentukan hal-hal yang seharusnya dilakukan atau tidak serta larangan melakukan suatu perbuatan bagi profesi perawat dalam menjalankan profesinya (Sudrajat, Irawaty, & Mustikasari, 2013).

Aspek hukum yang terkait langsung dengan praktik keperawatan adalah:

- 1) UU No. 23/1992 tentang kesehatan,
- 2) PP No. 32/1996 tentang tenaga kesehatan,
- 3) PPNI tahun 2000 tentang kode etik keperawatan,
- 4) UU RI No: 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran,
- 5) UU RI No: 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik,
- 6) UU RI No: 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan,
- 7) UU RI No: 49 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit,
- 8) Permenkes RI. No.HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Registrasi dan Praktik Perawat,
- 9) Kep. Dir. Yan. Med. No. Y.M.00.03.2.6.956 tentang hak dan kewajiban perawat,

10) Permenpan RB No. 25 tahun 2014 tentang jabatan fungsional perawat dan angka kreditnya, dan 11) UU Keperawatan No. 38 tahun 2014.

Pasal 53 ayat (2) UU No. 23/1992 jo. Pasal 21 ayat (1) PP No. 32/1996 menyatakan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas diwajibkan memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Profesi pemberi pelayanan dikatakan akuntabel secara hukum bila benar-benar kompeten dan melaksanakan profesinya sesuai dengan etika dan standar profesinya. Pelaksanaan tugas tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesi sekaligus memberikan perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan maupun pasien, sebagaimana ketentuan pada pasal 53 ayat (1) UU No. 23/1992 jo. Pasal 24 ayat (1) PP No. 32/1996 (Sudrajat, Irawaty, & Mustikasari, 2013).

Perlindungan hukum bagi pasien diatur dalam pasal 55 ayat (1) UU No. 23/1992. Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan diatur dalam pasal 23 ayat (1) PP No. 32/1996 yang menentukan pemberian perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan yang melaksanakan tugas sesuai standar profesinya. Tenaga kesehatan yang sudah menjalankan tugasnya sesuai standar profesinya tidak dapat digugat oleh pasien atas kegagalan upaya pelayanan kesehatan yang dilakukannya (Sudrajat, Irawaty, & Mustikasari, 2013).

2.2.2 Standar praktik keperawatan

Standar praktik merupakan salah satu perangkat yang diperlukan setiap tenaga profesional. Standar praktik keperawatan mengidentifikasi harapan-harapan minimal bagi para perawat profesional dalam memberi asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis (Priharjo, 2008). Standar praktik

merupakan pedoman legal dalam praktik, dan memberikan batasan minimum pelayanan yang dapat diterima oleh pasien. Cermin nilai-nilai dan prioritas profesi terlihat dari pengaplikasian standar tersebut pada pasien. Standar menguraikan cakupan, fungsi, dan peran perawat dalam praktik (Potter & Perry, 2009).

Model standar praktik keperawatan pada tiap-tiap Negara cukup bervariasi. Komponen yang dapat dimasukkan dalam standar praktik keperawatan secara umum menurut College of Nurses of Ontario (1990) adalah: 1) pernyataan tentang pengetahuan keperawatan yang harus dipahami dan dianalisis oleh perawat professional seperti konsep dasar keperawatan, peran perawat, hubungan interpersonal, proses keperawatan, prinsip intervensi dan masalah kesehatan yang lazim, situasi pasien, upaya kesehatan, masalah kesehatan/ keperawatan, metodologi penelitian, kepemimpinan, manajemen, dan sistem kesehatan, 2) akuntabilitas professional baik independen maupun interdependen, dan 3) tahap demi tahap proses keperawatan.

Komisi akreditasi rumah sakit (KARS), mensyaratkan rumah sakit terakreditasi harus memiliki kebijakan dan prosedur tertulis. Standar pelayanan internal di rumah sakit sangat spesifik dan harus dapat diakses oleh semua pemberi pelayanan yang ada di rumah sakit tersebut. Kebijakan atau prosedur tersebut menguraikan langkah-langkah yang harus dilakukan saat perawat melakukan tindakan kepada pasien. Kebijakan, prosedur, dan protokol dari rumah sakit menjadi standar yang sama dan akan diikuti oleh seluruh perawat yang ada di rumah sakit tersebut (Potter & Perry, 2009).

Istilah baku yang digunakan untuk prosedur tertulis yang ada di rumah sakit menurut Undang-Undang No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran dan undang-undang No. 24 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah standar prosedur operasional (SPO). Standar prosedur operasional (SPO) adalah: suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu (KARS, 2012).

Tujuan penyusunan standar prosedur operasional (SPO) adalah: agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Manfaat SPO adalah: 1) memenuhi persyaratan standar pelayanan rumah sakit/ akreditasi rumah sakit, 2) mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan, dan 3) memastikan perawat rumah sakit memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya (KARS, 2012).

Format SPO yang berlaku di suatu rumah sakit harus sesuai dengan lampiran surat edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik Nomor YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, tentang perihal bentuk SPO. Format tersebut mulai diberlakukan 1 Januari 2002. Edaran tersebut menjelaskan tentang penulisan SPO, format yang harus tetap berada dalam tabel/ kotak adalah: nama rumah sakit, logo, judul SPO, SPO, nomor dokumen, nomor revisi, tanggal terbit, dan tanda tangan Direktur rumah sakit, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur, dan unit terkait boleh tidak diberi label/ kotak (KARS, 2012).

2.3. Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*)

2.3.1 Pengertian persetujuan tindakan medik (*informed consent*).

Pengertian *informed consent* secara etimologis berasal dari kata *informed* yang artinya sudah diberikan informasi atau sudah dijelaskan atau sudah diuraikan dan kata “*consent*” yang artinya persetujuan atau izin. Persetujuan tindakan medik atau *informed consent* adalah persetujuan dari pasien atau keluarganya terhadap tindakan medik yang akan dilakukan terhadap diri pasien atau keluarganya setelah mendapat penjelasan yang adekuat (Nasrullah, 2014).

Pemerintah yaitu kementerian kesehatan telah menerbitkan peraturan mengenai persetujuan tindakan medik (*informed consent*) melalui Permenkes No. 589 tahun 1989. Pada Permenkes tersebut yang dimaksud dengan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut (Hanafiah & Amir, 2014).

Pemberian informasi tentang jenis penyakit yang diderita pasien, tindakan yang dilakukan untuk menyelamatkan jiwa pasien serta risiko-risiko yang mungkin timbul dari tindakan medik yang akan dilakukan pada pasien, wajib dilakukan sebelum operasi medis (Dalami, Rochimah, & Suryani, 2010). Persetujuan tindakan medik (*informed consent*) merupakan perjanjian untuk melakukan tindakan operasi medik, oleh karena itu keberadaan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) di suatu rumah sakit sangat penting (Nasrullah, 2014). Tindakan medis memiliki risiko dan akibat yang tidak menyenangkan, risiko baik ataupun buruk akan ditanggung oleh pasien. Oleh

karena itu persetujuan tindakan medik mutlak diperlukan pada setiap tindakan medis, pasien harus diberi informasi terlebih dahulu mengenai hal-hal yang berkaitan dengan tindakan medis yang akan dilakukan (Ta'adi, 2013).

Perkembangan pelayanan kesehatan tidak terlepas dari berbagai masalah hukum. Perkembangan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) saling terkait dengan perkembangan masalah persetujuan tindakan medik (*informed consent*) di Negara lain. *Declaration of Lisbon* (1981) dan *patients's bill of right* (*American Hospital Association, 1973*) intinya menyatakan bahwa pasien mempunyai hak menerima dan menolak pengobatan, dan hak untuk menerima informasi dari dokternya sebelum memberikan persetujuan tindakan medik (*informed consent*). Hal ini berkaitan dengan hak menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*) yang menjadi dasar hak asasi manusia, dan hak atas informasi yang dimiliki pasien tentang penyakitnya dan tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut (Hanafiah & Amir, 2014).

Informasi yang dijelaskan pemberi pelayanan dalam persetujuan tindakan medik (*informed consent*) menggambarkan alternatif pengobatan, dan risiko terkait dalam semua pilihan pengobatan. Tuntutan keras dari pasien dapat disebabkan oleh kegagalan pemberi pelayanan mendapatkan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) ketika pasien dalam keadaan gawat darurat. Pasien dapat mengajukan tuntutan terhadap pemberi pelayanan, karena kegagalan pemberi pelayanan memperoleh persetujuan tindakan medik (*informed consent*) secara tertulis (Potter & Perry, 2009).

Persetujuan tindakan medik (*informed consent*) merupakan bagian dari hubungan yang terjalin antara pasien dan pemberi pelayanan. Pada saat memberikan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) pasien tidak boleh berada dalam pengaruh obat seperti narkotik. Pemberi pelayanan yang bertugas menginformasikan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah dokter, bukan pemberi pelayanan kesehatan yang lain khususnya perawat, karena perawat tidak melakukan operasi atau prosedur medis langsung (Potter & Perry, 2009).

Pemberi pelayan harus bertanya terlebih dahulu sebelum memberikan formulir persetujuan tindakan medik (*informed consent*), dan memastikan pasien telah memahami prosedur yang akan dijalani oleh pasien tersebut. Jika pasien menyangkal atau pemberi pelayanan meragukan kepastian pasien, pemberi pelayanan harus memberitahukan dokter, pemberi pelayanan kesehatan lain, atau pengawas keperawatan. Pemberi pelayanan harus menjelaskan konsekuensi jika pasien menolak prosedur yang akan dilakukan, dan hal tersebut harus didokumentasikan secara tertulis, ditandatangani, dan disaksikan oleh pihak lain. Mahasiswa tidak boleh dan tidak bertanggung jawab atas persetujuan tindakan medik (*informed consent*) tersebut karena mahasiswa tidak memiliki kekuatan hukum (Potter & Perry, 2009). Pemberi pelayanan kesehatan, terutama dokter harus lebih baik lagi dibandingkan dengan petugas lain yang ada di rumah sakit, dalam menginformasikan hak pasien untuk memperoleh informasi seperti persetujuan tindakan medik (*informed consent*) dan hak untuk memilih dan memutuskan sesuatu yang pasien inginkan (Parsapoor, et. al., 2012b).

2.3.2 Dasar hukum persetujuan tindakan medik (*informed consent*)

Dasar hukum pertama yang berkaitan dengan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 8 dan pasal 56 yaitu: 1) pasal 8: setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan, dan 2) pasal 58: setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami tindakan tersebut secara lengkap (Nasrullah, 2014).

Dasar hukum kedua yang berkaitan dengan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menjelaskan tentang hak pasien terhadap persetujuan tindakan medik (*informed consent*) yang diatur pada pasal 32 dan pasal 37. Pasal 32 yaitu: 1) mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan, dan 2) memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang diderita pasien. Pasal 37 yaitu: 1) setiap tindakan kedokteran yang dilakukan di rumah sakit harus mendapat persetujuan pasien dan keluarga, dan 2) ketentuan mengenai persetujuan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Nasrullah, 2014).

Dasar hukum ketiga tentang persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah Peraturan Menteri Kesehatan RI yaitu Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 mengatur tentang persetujuan tindakan medik (*informed consent*). Penjelasan tentang tindakan medik mencakup: 1) diagnosa dan tata cara tindakan, 2) tujuan yang dilakukan, 3) alternatif tindakan lain dan risikonya, 4) prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan 5) perkiraan pembiayaan (Nasrullah, 2014).

Dasar hukum keempat tentang persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah Undang-undang No. 49 tahun 2004 tentang praktik kedokteran, pasal 45 yaitu: 1) setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan, 2) persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberi setelah pasien mendapat penjelasan yang lengkap, 3) penjelasan sebagaimana di maksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup: diagnosa dan tata cara tindakan medik, alternatif tindakan lain dan risikonya, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, 4) persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan, 5) setiap tindakan kedokteran aau kedokteran gigi yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan, dan 6) ketentuan mengenai tata cara persetujuan tata cara persetujuan tindakan kedokteran dan kedokteran gigi sebagaimana di maksud pada ayat (1), (2), (3), (4), dan (5) diatur dengan peraturan menteri (Nasrullah, 2014).

Dasar hukum kelima tentang persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. HK.00.06.3.5.1866 tanggal 21 April 1999 tentang pedoman persetujuan tindakan medis (*informed consent*), yang berhak menerima informasi adalah: 1) pasien dewasa, pengampunan (*curatelle*)/wali, dan 2) pasien dewasa yang telah menikah, orang tua (lanjut usia) (Nasrullah, 2014).

Dasar hukum keenam tentang persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor: YH.02.04.3.5.2504 tanggal 10 Juli 1997 tentang pedoman hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit (Nasrullah, 2014).

Dasar hukum ketujuh tentang persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI) tentang kewajiban rumah sakit terhadap pasien pasal 10 dan pasal 11. Pasal 10 adalah: rumah sakit member penjelasan apa yang diderita pasien dan tindakan apa yang hendak dilakukan. Pasal 11 adalah sebagai berikut: rumah sakit meminta persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan medis (Nasrullah, 2014).

Petunjuk persetujuan tindakan medik (*informed consent*) diatur oleh hukum suatu Negara, dan secara umum dapat ditelaah sebagai berikut: 1) dewasa yaitu: individu yang berusia 18 tahun atau lebih yang dapat bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri, orang tua dari anak yang dianggap belum dewasa, kepala ruangan perawatan, individu dewasa yang merupakan kakak kandung dari anak di bawah umur (jika merupakan keadaan gawat darurat dan orang tua sedang tidak ada), dan kakek/nenek dari anak di bawah umur (jika merupakan keadaan gawat

darurat dan orang tua tidak ada), 2) anak di bawah umur yaitu: anak kandung ataupun anak yang berada di bawah asuhan orang tua secara hukum, bagi diri sendiri dalam situasi sebagai berikut: telah menikah secara hukum atau menjadi orang tua, kehamilan (tidak termasuk aborsi), penyakit menular seksual, dan penyalahgunaan obat atau substansi, dan 3) anak yang dianggap belum dewasa secara hukum tidak boleh memberikan persetujuan terhadap aborsi tanpa hal berikut: persetujuan salah satu orang tua, hak memberikan persetujuan yang diberikan oleh pengadilan, dan persetujuan yang diberikan oleh pengadilan (Potter & Perry, 2009).

Pengambilan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) secara tertulis sulit dilakukan pada beberapa situasi, seperti pada pasien dengan penurunan kesadaran. Pemberi pelayanan harus memperoleh persetujuan dari pihak yang berwenang secara hukum. Pemberi pelayanan kesehatan dapat melakukan prosedur demi kepentingan penyelamatan jiwa pasien tanpa persetujuan tindakan medik (*informed consent*) pada kondisi pasien gawat darurat. Pemberi pelayanan tidak dapat dituntut karena pengadilan berasumsi bahwa pasien ingin ditangani. Pasien psikiatri juga harus memberikan persetujuan tindakan medik (*informed consent*), pasien psikiatri berhak untuk menolak terapi sampai pengadilan memutuskan bahwa mereka tidak mampu mengambil keputusan sendiri (Potter & Perry, 2009).

2.4 Konsep *Action Research*

2.4.1 Definisi *action research*

Kemmis dan Mc Taggart (1988) dalam bukunya yang berjudul “*The Action Research Planner*” membuat suatu panduan bagi para guru, dosen maupun administrator yang tertarik untuk membuat suatu perubahan dan peningkatan dalam institusi pendidikan. *Action research* atau penelitian tindakan menurut Kemmis dan McTanggart (1988) adalah suatu bentuk penelitian reflektif diri secara kolektif dilakukan peneliti bersama partisipan dalam situasi sosial untuk meningkatkan penalaran praktek sosial dan pendidikan peneliti dan partisipan serta pemahaman peneliti dan partisipan tentang perilaku dan situasi dimana praktek-praktek tersebut akan dilakukan.

Kemmis dan McTaggart (2000, dalam Denzin & Lincoln, 2009) menyebutkan *action research* sebagai penelitian tindakan berdasarkan partisipatif (*participatory action research*). Terdapat 7 ciri utama *participatory action research (PAR)* yaitu 1) *participatory action research* adalah sebuah proses sosial, 2) *participatory action research* berciri partisipatoris, 3) *participatory action research* berciri parktis dan kolaboratif, 4) *participatory action research* berciri emansipatoris, 5) *participatory action research* berciri kritis, 6) *participatory action research* berciri *recursif* (refleksi dialektis), dan 7) *participatory action research* bertujuan untuk mengubah teori dan praktik.

Participatory Action Research adalah Sebuah Proses Sosial

PAR secara sadar mengkaji *hubungan antara ranah individu dengan ranah sosial*. *PAR* menyadari bahwa “mustahil terjadi individuasi tanpa

sosialisasi, dan sosialisasi pun tidak mungkin tanpa individuasi”, dan bahwa proses individuasi dan sosialisasi terus menerus membentuk individu-individu dan hubungan sosial di segenap *setting* tempat kita berada. *PAR* merupakan sebuah proses yang ditempuh dalam penelitian yang di *setting*, seperti *setting* pendidikan dan pembangunan masyarakat, ketika manusia secara individu dan kolektif, berusaha untuk memahami bagaimana diri mereka dibentuk dan dibentuk ulang sebagai individu-individu dan dalam hubungannya dengan satu sama lain diberbagai *setting*.

Participatory Action Research berciri Partisipatoris

PAR mengajak manusia untuk mengkaji *ilmu pengetahuan* (pemahaman, kecakapan, dan nilai-nilai) dan kategori-kategori interpretif manusia (yaitu cara mereka menafsirkan diri sendiri dan tindakannya dalam dunia sosial dan material). *PAR* merupakan sebuah proses yang menjadi sarana bagi masing-masing individu dalam sebuah kelompok berupaya untuk menangani cara-cara ilmu pengetahuan membentuk kepekaan akan rasa identitas dan keberfungsian diri serta merefleksikan secara kritis bagaimana ilmu pengetahuan saat ini membingkai dan membatasi tindakan manusia.

Participatory Action Research berciri Praktis dan Kolaboratif

PAR mengajak manusia untuk mengkaji *praktik-praktik sosial* yang menghubungkan diri individu dengan orang-orang lain dalam interaksi sosial. *PAR* merupakan sebuah proses yang menjadi sarana bagi manusia untuk mengeksplorasi praktik-praktik komunikasi, produksi, dan pengorganisasian sosial, serta berupaya mengeksplorasi cara untuk meningkatkan interaksi-interaksi

manusia dengan mengubah tindakan-tindakan yang membentuk interaksi tersebut yaitu, mengurangi aspek-aspek interaksi yang dialami oleh partisipan yang irasional, tidak produktif (atau tidak efisien), tidak adil, dan/atau tidak memuaskan (menimbulkan alienasi). Para peneliti *PAR* berupaya untuk menjalin kerjasama dalam merekonstruksi interaksi-interaksi sosial dengan merekonstruksi tindakan-tindakan yang membentuk interaksi tersebut.

Participatory Action Research berciri Emansipatoris

PAR bertujuan untuk membantu manusia agar pulih dan melepaskan diri dari tekanan-tekanan *struktur sosial* yang irasional, tidak produktif, tidak adil dan tidak memuaskan yang membatasi perkembangan diri dan kemandirian diri. *PAR* merupakan sebuah proses yang menjadi sarana bagi manusia untuk mengeksplorasi cara-cara praktik yang dibentuk dan ditentukan oleh struktur-struktur sosial (kultural, ekonomi, dan politik) yang lebih luas dan mengkaji apakah diri manusia dapat ikut campur tangan untuk melepaskan diri dari hambatan-hambatan tersebut. Artinya, jika manusia tidak dapat melepaskan diri dari hambatan-hambatan tersebut, maka apakah cara terbaik untuk ikut terlibat di dalamnya dalam upaya untuk meminimalkan tingkat hambatan-hambatan tersebut dan untuk mengurangi munculnya irasionalitas, kurangnya produktivitas (ketidakefisienan), ketidakadilan, dan ketidakpuasan (alienasi) di kalangan manusia untuk membentuk kehidupan sosial bersama.

Participatory Action Research berciri Kritis

PAR bertujuan untuk membantu manusia agar pulih dan melepaskan diri sendiri dari hambatan-hambatan yang lekat dengan *media sosial* yang menjadi

wahana interaksi manusia: bahasa (wacana), pola kerja, dan relasi sosial kekuasaan manusia (yang menjadi sarana bagi manusia untuk mengalami aviliasi perbedaan, baik secara inklusi dan eksklusif yaitu, adanya hubungan-hubungan yang secara gramatis menjadi sarana bagi manusia untuk berinteraksi dengan orang lain dalam pola orang ketiga, kedua atau pertama). *PAR* merupakan sebuah proses ketika manusia secara sadar berketetapan hati untuk memperjuangkan dan membentuk ulang cara-cara irasional, tidak produktif (atau tidak efisien), tidak adil, dan/atau tidak memuaskan (menimbulkan alienasi) dalam menafsirkan dan mendeskripsikan dunia manusia, cara-cara kerja (pekerjaan), dan cara-cara menghubungkan diri dengan orang-orang lain (kekuasaan).

Participatory Action Research berciri Recursif (Refleksi dan Dialektis)

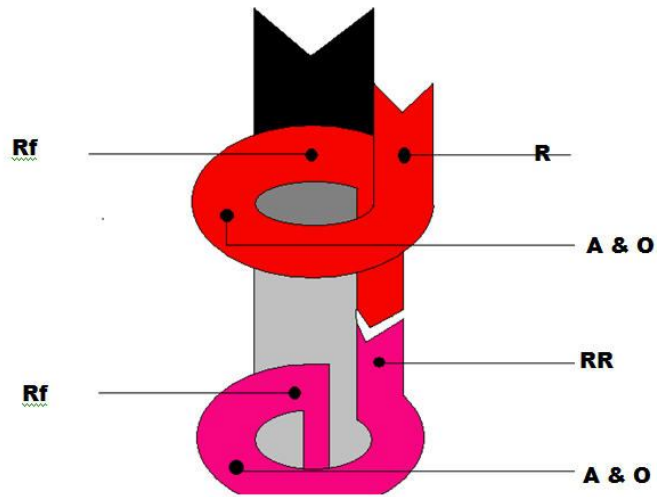
PAR bertujuan untuk membantu manusia dalam mengkaji realita agar mampu mengubah dan mengkaji dengan cara mengubah praktik-praktik manusia melalui siklus spiral aksi dan pengkajian kritis diri sebagai sebuah proses sosial dan yang dirancang untuk membantu manusia agar dapat lebih banyak belajar dan menyusun teori tentang praktik-praktik, ilmu pengetahuan tentang praktik dan aneka struktur sosial yang membentuk dan membatasi praktik-praktik manusia. *PAR* merupakan sebuah proses pembelajaran, bersama-sama orang lain dengan melakukan, mengubah cara-cara berinteraksi di dalam dunia sosial bersama demi hal yang lebih baik maupun lebih buruk, menjadi tempat untuk menerima dan menanggung konsekuensi dari tindakan individu dan tindakan orang-orang lain.

Participatory Action Research bertujuan untuk Mengubah Teori dan Praktik

PAR tidak mementingkan hubungan salah satunya antara teori dan praktik. *PAR* bertujuan untuk mengartikulasikan dan mengembangkan keduanya dalam hubungan satu sama lain melalui penalaran kritis tentang teori dan praktik berikut konsekuensi keduanya. *PAR* tidak bertujuan untuk mengembangkan bentuk-bentuk teori yang mampu berdiri terpisah dan lepas dari praktik, seolah-olah praktik dapat dikendalikan dan ditentukan tanpa mempertimbangkan aspek-aspek partikular dari situasi praktis yang dihadapi oleh para praktisi dalam kehidupan dan pekerjaan masing-masing. *PAR* juga tidak bertujuan untuk mengembangkan bentuk-bentuk praktik yang dapat dipandang menjustifikasikan dirinya sendiri.

2.4.2 Siklus *action research*

Kemmis dan McTaggart (1988) menyatakan bahwa secara umum *action research* mencakup sebuah spiral siklus reflektif diri berupa merencanakan sebuah perubahan, mempelajari dan mengamati proses dan konsekuensi tersebut, merencanakan ulang, mempelajari dan mengamati, mengkaji lagi dan seterusnya. Siklus *action research* terdiri dari *planning*, *action and observation* dan *reflection*. Bentuk siklus *action research* dapat dilihat pada gambar 1.



Keterangan :

- R : Rencana tindakan
- A & O : Aplikasi tindakan dan observasi
- Rf : Refleksi
- RR : Revisi Rencana

Gambar 1: Siklus *action research* (Kemmis & McTaggart, 1988)

Planning

Planning direncanakan untuk tindakan positif dan berorientasi ke masa depan yang bersifat fleksibel. Segala faktor resiko dianalisa dalam fase ini dan dipersiapkan untuk evaluasi sebelum dipilih tindakan yang akan dilakukan. Pada fase ini diperlukan kolaborasi antara peneliti dan partisipan untuk memahami teori dan praktik (Kemmis & McTaggart, 1988).

Action

Action merupakan tindakan yang disengaja dan dikontrol secara hati-hati dan teliti serta memberikan informasi penting. *Action* di pandu oleh rencana yang telah dibuat, tetapi tidak seluruhnya berpedoman pada *planning* karena hal ini

sangat beresiko. Rencana untuk *action* harus fleksibel, memiliki sifat sementara dan terbuka terhadap perubahan. Implementasi dan *action* mengasumsikan material, sosial, dan politik untuk ditingkatkan lebih baik lagi. Salah satu cara dari *action* adalah observasi dengan tujuan mengumpulkan supaya bisa di evaluasi (Kemmis & McTaggart, 1988).

Observation

Observation berfungsi sebagai dokumentasi efek yang penting dari tindakan. Observasi harus direncanakan dengan baik dan akan menjadi dokumen yang penting untuk melakukan refleksi. Rencana observasi harus fleksibel dan terbuka terhadap pencatatan yang mungkin tidak diprediksi sebelumnya (Kemmis & McTaggart, 1988).

Reflection

Reflection disebut juga *action* yang sudah dicatat dalam *observation*. Refleksi memperlihatkan bagaimana proses berlangsung, masalah, issue dan manifestasi dalam tindakan strategis. Refleksi dibantu dengan cara berdiskusi dengan partisipan. Refleksi memiliki aspek evaluasi yang merupakan pertanyaan peneliti dalam menilai pengalaman mereka, menetapkan efek yang diinginkan dan menyarankan apa yang akan dilakukan kemudian. Tahap refleksi berusaha mendapatkan kekurangan yang terjadi supaya bisa dibuat suatu usulan pemecahan masalah (Kemmis & McTaggart, 1988).

2.4.3 Proses *action research*

Kemmis dan McTaggart (1988) menjelaskan bahwa dalam melaksanakan *action research* memerlukan beberapa langkah tindakan yaitu *reconnaissance*,

planning, melaksanakan rencana (*action*) dan observasi (*observation*), serta *reflection*.

Reconnaissance

Reconnaissance, merupakan tahap awal dalam mencari permasalahan yang ada. Tahap ini dapat di sebut juga tahap *preliminary study*, yaitu mempelajari masalah yang ada dan menentukan tema yang penting. Tahap ini menggambarkan apa yang terjadi sekarang dan apa yang kita lakukan sekarang. Pernyataan-pernyataan tentang masalah yang ada mulai dimunculkan pada tahap ini (Kemmis & McTaggart, 1988).

Planning

Planning merupakan perencanaan yang bersifat untuk perbaikan. Tahap ini beorientasi pada peneliti tentang bagaimana kolaborasi dengan partisipan. Perencanaan meliputi rencana untuk merubah dengan menggunakan bahasa, aktivitas dan praktik, hubungan antara manusia dan organisasi, dan merencanakan hasil yang di inginkan (Kemmis & McTaggart, 1988).

Action dan Observation

action dan *observation* adalah mengimplementasikan rencana dan mengobservasi pekerjaan yang dilakukan. Tahap ini adalah melaksanakan rencana yang sudah di tetapkan, meliputi melaksanakan rencana untuk berubah dengan menggunakan bahasa, aktivitas dan praktik, hubungan antara manusia dan organisasi, dan mengobservasi hasil dari implementasi yang telah di lakukan (Kemmis & McTaggart, 1988).

Reflection

Reflection merupakan waktu untuk memberikan analisa, sintesis, interpretasi dan menyimpulkan hal yang penting. Pada tahap ini refleksi berfokus pada hasil yang telah di capai kemudian di buat analisa untuk perbaikan pada *cycle* berikutnya (Kemmis & McTaggart, 1988).

2.4.4 Tingkat keabsahan data (*trustworthiness of data*)

Lincoln dan Guba (1994 dalam Polit & Beck, 2012), mengemukakan bahwa tingkat Keabsahan Data (*trustworthiness of data*) hasil penelitian dapat dipercaya dengan memvalidasi data menurut beberapa kriteria, yaitu *credibility*, *transferability*, *dependability*, *confirmability*, dan *authenticity*.

Credibility

Credibility mengacu pada keyakinan kebenaran data dan interpretasi data. Peneliti kualitatif harus berusaha untuk membangun kepercayaan dalam kebenaran temuan bagi peserta dan konteks penelitian. Kredibilitas melibatkan dua aspek: pertama, melakukan penelitian dengan cara yang dapat meningkatkan kepercayaan dari temuan, dan kedua, mengambil langkah-langkah untuk menunjukkan kredibilitas dalam laporan penelitian. Beberapa teknik yang dapat dilakukan peneliti untuk mempertahankan *credibility* antara lain teknik *prolonged engagement* dan *member check* .

Transferability

Transferability mengacu pada sejauh mana hasil temuan dapat ditransfer atau diterapkan pada kelompok atau populasi yang lain. Hal ini bergantung pada pengetahuan seorang peneliti tentang konteks pengirim dan konteks penerima.

Peneliti akan menguraikan secara rinci tentang data terkait dengan latarbelakang dan fenomena yang terjadi serta temuan di tempat penelitian untuk memungkinkan perbandingan yang akan dibuat tentang temuan yang akan didapat. Semua data tersebut dibuat dalam satu deskripsi tebal (*thick description*) untuk memungkinkan seseorang tertarik dalam membuat transfer untuk mencapai kesimpulan apakah transfer dapat dipikirkan sebagai kemungkinan.

Dependability

Dependability mengacu pada stabilitas (*reliability*) data dari waktu ke waktu dan kondisi. Artinya bahwa jika pekerjaan itu diulang dalam konteks yang sama, dengan metode yang sama dan dengan peserta yang sama maka hasil yang sama akan diperoleh. Peneliti melaporkan secara detail setiap proses penelitian kepada pembimbing untuk menilai apakah proses dan hasil yang diperoleh sudah sesuai sehingga data yang diperoleh dari hasil penelitian dapat lebih objektif.

Confirmability

Confirmability mengacu pada objektivitas atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data. *Confirmability* tercapai jika peneliti dapat meyakinkan orang lain bahwa data yang dikumpulkan adalah data yang objektif, seperti apa adanya di lapangan. Peneliti melakukan teknik triangulasi dan “*audit trail*”. Triangulasi data dilakukan dengan melakukan pengambilan data dengan cara *focus group discussion (FGD)*, *in-depth interview* dan *self report*. *Audit trail* dilakukan dengan cara membuat tabel atau diagram yang berisi tentang alur kegiatan secara rinci yang meliputi jenis kegiatan, tujuan, sasaran, partisipan dan waktu pelaksanaan kegiatan.

Authenticity

Authenticity mengacu pada sejauh mana peneliti dengan adil dan dengan tepat menunjukkan kenyataan yang terjadi. Keaslian muncul dalam laporan ketika laporan tersebut dapat menyampaikan perasaan partisipan sebagaimana mereka hidup. Sebuah teks memiliki keaslian jika dapat mengajak pembaca merasakan sebuah pengalaman kehidupan yang digambarkan, dan memungkinkan pembaca untuk mengembangkan kepekaan yang meningkat dengan masalah yang digambarkan. Ketika teks mencapai keaslian, pembaca lebih mampu memahami kehidupan yang digambarkan ‘*in the round*’ dengan berbagai suasana hati, perasaan, pengalaman, bahasa, dan konteks hidup.

2.5 Landasan Teori

2.5.1 Teori *caring* Swanson

Landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori *caring* yang di kembangkan oleh Swanson. Kontribusi Swanson sangat berharga untuk mengembangkan strategi *caring* yang bermanfaat dan efektif. Setiap proses *caring* memiliki definisi melayani sebagai dasar untuk melakukan intervensi. Asuhan pasien dan *caring* sangat penting dalam membuat perbedaan positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan pasien (Swanson, 1991). Dimensi *caring* menurut Swanson (1991) ada lima, yaitu: 1) *maintaining belief*, 2) *knowing*, 3) *being with*, 4) *doing for*, dan 5) *enabling*.

Maintaining Belief

Maintaining belief yaitu menumbuhkan keyakinan pasien dalam melalui setiap peristiwa hidup dan masa-masa transisi dalam hidup pasien serta menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, meyakini kemampuan pasien, menumbuhkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa, dan selalu ada untuk pasien dalam situasi apa pun. Tujuannya adalah untuk memungkinkan pasien terbantu dalam batas-batas kehidupan sehingga mampu menemukan makna dan mempertahankan sikap yang penuh harapan. Memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup pasien adalah dasar dari *caring* dalam praktik pelayanan kesehatan.

Knowing

Knowing yang bermakna berjuang untuk memahami peristiwa yang memiliki makna dalam kehidupan pasien. Mempertahankan kepercayaan adalah dasar dari *caring*, *knowing* adalah memahami pengalaman hidup pasien dengan mengesampingkan asumsi pemberi pelayanan khususnya perawat mengetahui kebutuhan pasien, menggali/menyelami informasi pasien secara detail, sensitif terhadap petunjuk verbal dan non verbal, fokus kepada satu tujuan asuhan pasien, serta melibatkan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dan menyamakan persepsi antara pemberi pelayanan dan pasien. *Knowing* adalah penghubung dari keyakinan pemberi pelayanan terhadap realita kehidupan (Swanson, 1991).

Being with

Being with maksudnya tidak hanya hadir secara fisik, tetapi juga komunikasi, berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama-sama pasien dengan maksud menawarkan kepada pasien dukungan, kenyamanan, pemantauan dan mengurangi intensitas perasaan yang tidak diinginkan (Swanson, 1991).

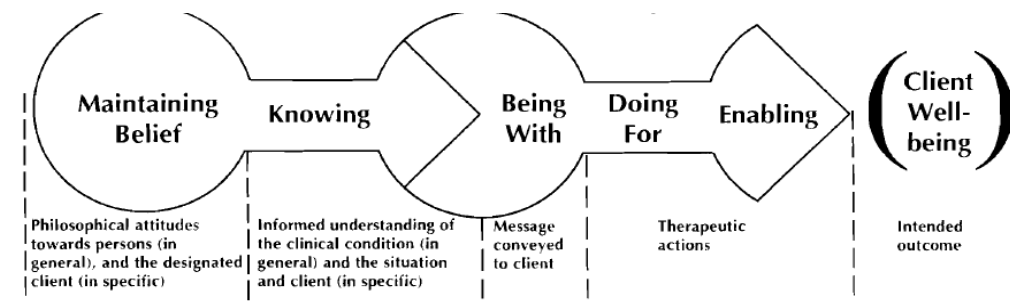
Doing for

Doing for yang berarti berarti bersama-sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat pasien (Swanson, 1991).

Enabling

Enabling yang bermakna memampukan atau memberdayakan pasien, memfasilitasi pasien untuk melewati masa transisi dalam hidupnya dan melewati setiap peristiwa dalam hidupnya yang belum pernah dialami dengan memberi informasi, menjelaskan, mendukung dengan fokus masalah yang relevan, berfikir melalui masalah dan menghasilkan alternatif pemecahan masalah sehingga meningkatkan penyembuhan pasien atau pasien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dia lakukan dengan cara memberikan dukungan, memvalidasi perasaan dan memberikan umpan balik/*feedback* (Swanson, 1991).

Lima dimensi *caring* menurut Swanson dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2: Dimensi caring Swanson (Swanson, 1991)

Teori *caring* Swanson tepat digunakan dalam mengembangkan protokol pemenuhan hak pasien di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Aceh Tamiang. Kegiatan yang dilakukan pada setiap dimensi sangat terarah dan jelas. Misalnya pada dimensi *maintaining belief* hal-hal yang dapat dilakukan adalah menanggapi apa yang pasien rasakan dan percaya bahwa perasaan-perasaan tersebut bisa terjadi dan wajar terjadi pada siapapun yang sedang dalam masa transisi, menunjukkan perilaku bahwa perawat sepenuhnya peduli terhadap masalah yang dialami dengan sikap tubuh, kontak mata dan intonasi bicara perawat, menjaga dan menunjukkan optimisme perawat dan harapan terhadap apa yang menimpa pasien secara realistis dan berusaha mempengaruhi agar pasien mempunyai optimisme dan harapan yang sama, membantu pasien menemukan makna akan masalah yang terjadi sehingga pasien perlahan-lahan menerima bahwa setiap orang dapat mengalami apa yang dialami pasien, menjalin/menyelami hubungan dengan tetap menjaga hubungan sebagai perawat-pasien yang tujuan akhir dalam tahap ini adalah kepercayaan pasien sepenuhnya terhadap pemberi pelayanan dan *responsibility* serta *caring* secara total oleh pemberi pelayanan kepada pasien (Potter & Perry, 2009).

Dimensi *knowing* dapat dilakukan dengan cara menghindari asumsi-asumsi, melakukan pengkajian yang menyeluruh, menggali informasi-informasi yang mendalam, pemberi pelayanan berfokus pada pasien dalam memberikan asuhan, melibatkan diri sebagai pemberi pelayanan secara utuh dan bekerja sama dengan pasien dalam melakukan asuhan yang efektif (Potter & Perry, 2009).

Dimensi *being with* dapat diaplikasikan dengan cara pemberi pelayanan bekerjasama dengan pasien tanpa memaksa kehendak kepada pasien dalam melakukan tindakan, menunjukkan kesediaan pemberi pelayanan dalam membantu pasien dan memfasilitasi pasien untuk mencapai tahap kesejahteraan/*well being*, bersama-sama berkomitmen dengan pasien berusaha dalam meningkatkan kesehatan pasien, berbagi pengalaman bersama pasien yang berkaitan dengan usaha peningkatan kesehatan pasien. *Being with*, pemberi pelayanan dapat menunjukkan cara kontak mata, bahasa tubuh, nada suara, mendengarkan serta memiliki sikap positif dan bersemangat, akan membentuk suatu suasana keterbukaan dan saling mengerti (Potter & Perry, 2009).

Dimensi *doing for* dapat dilaksanakan seiring melakukan tindakan pada pasien dengan memberikan kenyamanan pada pasien dan menjaga privasi pasien, pemberi pelayanan menunjukkan kompetensi atau skill sebagai seorang pemberi pelayanan yang profesional, menjaga martabat pasien sebagai individu atau memanusiakan manusia, pemberi pelayanan dalam melakukan tindakan selalu meminta persetujuan pasien dan keluarga, melindungi hak-hak pasien dalam memberikan asuhan (Potter & Perry, 2009).

Kegiatan yang dapat dilakukan pada dimensi *enabling* adalah memvalidasi semua tindakan yang telah dilakukan, memberikan informasi yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan pasien dalam rangka memberdayakan pasien dan keluarga pasien, memberikan dukungan kepada pasien dalam mencapai kesejahteraan/*well being* sesuai kapasitas sebagai pemberi pelayanan, memberikan umpan balik terhadap apa yang dilakukan oleh pasien dalam usahanya mencapai kesembuhan/*well being*, menolong pasien untuk selalu fokus dan terlibat dalam program peningkatan kesehatannya baik tindakan keperawatan maupun tindakan medis (Potter & Perry, 2009).

2.5.2 Teori *caring* Watson

Model Caring

Watson (2008), menyatakan bahwa gambaran terhadap manusia menunjukkan bahwa dia menganggap orang tersebut sebagai suatu kesatuan antara pikiran, tubuh dan jiwa/ alam. Watson menggambarkan kehidupan manusia didasarkan pada defenisi jiwanya. Konsep jiwa menurut Watson mengacu pada spirit, *inner self*, atau esensi seseorang, yang terkait dengan rasa yang lebih besar seperti kesadaran diri, tingkat kesadaran diri yang lebih tinggi, kekuatan batin dan kekuasaan yang dapat memperluas kapasitas manusia dan memungkinkan seseorang untuk melampauinya atau dirinya yang biasanya.

Watson mendefenisikan *caring* lebih dari sebuah *exisestensial philosophy*, ia memandang sebagai dasar spiritual, baginya *caring* adalah ideal moral dari keperawatan. Manusia akan eksistensi bila dimensi spritualnya meningkat ditunjukkan dengan penerimaan diri, tingkat kesadaran diri yang tinggi, kekuatan

dari dalam diri, dan intuitif. *Caring* sebagai esensi dari keperawatan berarti juga pertanggung jawaban hubungan antara perawat-klien, dimana perawat membantu memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan (Watson, 2008).

“*Theory of Human Caring*” Watson, mempertegas jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia yang mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Watson mengemukakan bahwa *caring* merupakan inti dari keperawatan. *Caring* merupakan perwujudan dari semua faktor yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan pada klien. *Caring* juga menekankan harga diri individu, artinya dalam melakukan praktik keperawatan, perawat senantiasa selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan maupun kekurangan klien. Watson juga mengemukakan bahwa respon setiap individu terhadap suatu masalah kesehatan unik, artinya dalam praktik keperawatan, seorang perawat harus mampu memahami setiap respon yang berbeda dari klien terhadap penderitaan yang dialaminya dan memberikan pelayanan kesehatan yang tepat dalam setiap respon yang berbeda baik yang sedang maupun akan terjadi (Watson, 2008).

Caring hanya dapat ditunjukkan dalam hubungan interpersonal yaitu hubungan yang terjadi antara perawat dengan klien, dimana perawat menunjukkan *caring* melalui perhatian, intervensi untuk mempertahankan kesehatan klien dan energi positif yang diberikan pada klien. Watson juga berpendapat bahwa *caring* meliputi komitmen untuk memberikan pelayanan keperawatan yang didasarkan pada ilmu pengetahuan. Pada praktiknya, perawat di tantang untuk tidak ragu

dalam menggunakan pengetahuan yang dimilikinya dalam praktik keperawatan (Watson, 2008).

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan *Human Caring Theory*. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan. Jean Watson, membagi kebutuhan dasar manusia dalam dua peringkat utama, yaitu kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah (*lower order needs*) dan kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi (*higher order needs*). Pemenuhan kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah tidak selalu membantu upaya kompleks manusia untuk mencapai aktualisasi diri. Tiap kebutuhan dipandang dalam konteksnya terhadap kebutuhan lain dan semuanya dianggap penting. Kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi, kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksualitas; kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan intrapersonal dan interpersonal (kebutuhan aktualisasi diri) (Watson, 2008).

Jean Watson memahami berdasarkan kebutuhan tersebut bahwa manusia adalah makhluk yang sempurna yang memiliki berbagai macam ragam perbedaan, sehingga dalam upaya mencapai kesehatan, manusia seharusnya dalam keadaan sejahtera baik fisik, mental, dan spiritual karena sejahtera merupakan keharmonisan antara pikiran, badan dan jiwa sehingga untuk mencapai keadaan tersebut keperawatan harus berperan dalam meningkatkan status kesehatan,

mencegah terjadinya penyakit, mengobati berbagai penyakit dan penyembuhan kesehatan (Watson, 2008).

Faktor Carative Watson

Untuk memandu tujuan keperawatan, faktor *carative* dan proses *caritas* dikembangkan sebagai inti *caring* dalam penilaiannya. Sepuluh faktor *carative* Watson yang menunjuk sebagai intervensi teori (Watson, 2008). Faktor tersebut meliputi: 1) Pembentukan sistem nilai humanistik. Nilai ini merupakan faktor dasar *caring* yang meliputi bersahabat, empati, fokus, dan mencintai diri sendiri dan orang lain, 2) Kepercayaan dan harapan. Kepercayaan dan harapan adalah faktor penting pada kesehatan. Perawat sebaiknya menjaga, mendorong, dan menghormati keyakinan dan harapan dan percaya kepada pasien. 3) Pengembangan sensitivitas pada diri sendiri dan orang lain. Sensitivitas kepada diri sendiri dan lainnya, mengembangkan dan mengenal perasaan. Perawat sebaiknya peduli pada kenyamanan, pemulihan, kesejahteraan, dan lebih sensitif pada kebutuhan lain, 4) Pengembangan rasa saling percaya dan hubungan *caring*. Untuk menjamin martabat manusia dan menjaga humanitas, perawat sebaiknya membentuk kesatuan dengan jiwa pasien. 5) Promosi dan penerimaan ekspresi pada perasaan positif dan negatif. Mempromosikan dan menerima ekspresi positif dan negatif sebagai pemulihan. Melalui mendengar dan menjadi pasien, pikirannya, perilaku, dan pengalaman adalah pengakuan, 6) Menggunakan suatu pemecahan masalah yang kreatif. Untuk membantu pasien membuat keputusan efisien dan efektif serta kreatif, proses *caring* pemecahan masalah individu dipertimbangkan sebagai komponen penting dalam ilmu keperawatan. Perawat

sebaiknya menggunakan semua pengetahuan, keterampilan, empirisme, insting, dan intuisinya, 7) Melakukan pengajaran transpersonal. Selanjutnya, faktor *carative* pembelajaran transpersonal yang melibatkan hubungan *caring* sebagai peran pelatihan, lebih dari peran pemberian informasi, perawat mencari pekerjaan dari informasi pasien dan memahami dan signifikan informasi yang sediakan untuk pasien, 8) Memberikan suatu lingkungan yang mendukung, melindungi, dan perbaikan mental, fisik, sosial, dan spiritual. Untuk mempromosikan kualitas pelayanan dan pemulihan, dukungan, perlindungan, dan mental korektif, fisik, sosial, dan lingkungan spiritual yang diakui sebagai dukungan konvensional dengan melibatkan kenyamanan, privasi, keamanan, kebersihan, dan lingkungan estetika. 9) Membantu memenuhi kebutuhan dasar dengan kepuasan. Selain itu, untuk memberikan perawatan holistik membantu dengan kepuasan, tidak hanya kebutuhan fisik tetapi juga kebutuhan psikologis-spiritual ketika menjaga martabat manusia dikenal sebagai kebutuhan. 10) Mengizinkan kekuatan eksistensial-fenomenologi-spiritual. Faktor *carative* terakhir mengizinkan fenomena yang tidak dikenal, mitos, filosofi, kepercayaan budaya, aspek metafisik perawat, pasien, dan keluarganya menyesuaikan dalam makna spiritual dalam mengizinkan pengobatan dan pemulihan (Watson, 2008).

Aplikasi Faktor Carative (Caritas Processes)

Watson menerjemahkan faktor *carative*, melalui pembuatan *Caritas Processes* berdasarkan 10 (sepuluh) faktor *carative* tersebut, diantaranya adalah 1) Mempraktikkan cinta-kebaikan, ketenangan diri dan lainnya. Ini menghadirkan sentuhan, latihan, dan meditasi. Misalnya mengetahui bahwa pasien sebagai

individu, menghormati keinginan pasien, mementingkan kepentingan pasien, sopan pada pasien dan keluarga, jujur kepada pasien, dan memahami apa yang dirasakan pasien, 2) Hadir, mempertahankan dan menghormati kepercayaan dan harapan pasien. Perawat tidak bisa mengabaikan pentingnya harapan dan kepercayaan berperan dalam kehidupan manusia terutama dihadapkan dengan krisis penyakit, sakit, kehilangan, stres, putus asa, kesedihan, trauma, kematian, dan sebagainya. Misalnya perawat mengklarifikasi keraguan, memberikan dukungan emosional, melakukan perawatan lanjutan, dan menghormati pasien yang lebih tua, 3) Sensitif pada diri dan orang lain. Jika perawat tidak peka terhadap dirinya akan sulit peka terhadap orang lain. Ketika perawat menutup hati pada orang lain akan membuatnya tidak peka terhadap pasien yang membutuhkan perhatian, kasih sayang, dan sensitivitas. Misalnya perawat mengetahui apa yang penting, dapat mengantisipasi kebutuhan pasien, menjelaskan prosedur, tidak membicarakan masalah pribadi bersama pasien, mendengarkan pasien, memberikan kenyamanan pasien, dan sabar menghadapi pasien, 4) Membantu dan mengembangkan hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya menjadi salah satu faktor internal dalam pemulihan. Misalnya menjawab panggilan pasien dengan segera, menurunkan kecemasan pasien, tetap sabar menghadapi pasien, memanggil nama pasien dengan namanya, menghargai apa yang diceritakan pasien, berbicara dengan jelas, dan suara yang bersahabat, 5) Ada bersama pasien, mendukung ekspresi perasaan positif, dan negatif. Ini akan meningkatkan kepercayaan dan peduli. Misalnya menghargai apa yang diceritakan pasien, memahami apa yang dialami pasien, dan mengenal kebutuhan pasien, 6) Perawat

menggunakan proses pemecahan masalah yang kreatif. Keperawatan professional melibatkan logika yang sistematis, imajinasi, dan kreativitas. Misalnya fleksibel saat perawatan pasien, membantu pasien beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, mengetahui cara pemberian injeksi, dan melibatkan pasien dalam rencana perawatan, 7) Memberikan pengajaran dan pendidikan transpersonal. Pengajaran lebih dari menerima informasi, fakta, dan data. Ini melibatkan penuh makna, hubungan saling percaya, dan pengajaran yang mempengaruhi proses *caring*. Misalnya perawat menjelaskan istilah yang sederhana, menjelaskan perawatan di rumah, menjawab pertanyaan dengan jelas, dan menjelaskan pasien memahami penyakit dan pengobatan, 8) Perawat menciptakan lingkungan pemulihan di rumah sakit. Kenyamanan dapat mengukur lingkungan internal dan eksternal pasien. Misalnya melakukan tugas keperawatan dengan baik, memantau perawatan yang diberikan, memungkinkan pasien untuk mandiri, membantu pasien merasa seperti di rumah, dan mengutamakan kepentingan pasien, 9) Perawat membantu dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien. Misalnya sabar memberikan makan pada pasien, memberikan kenyamanan, *gentle* terhadap pasien, memberikan dukungan dengan aktivitas fisik, memantau keamanan pada pasien, memantau pasien secara berkelanjutan, dan menyesuaikan dengan keterbatasan pasien, 10) Perawat meningkatkan kebutuhan spiritual pada pasien. Proses ini memberikan kekuatan spiritual berdasarkan pengalaman yang tidak dapat dijelaskan. Misalnya mengizinkan pasien membawa peralatan ibadah, mengizinkan pasien untuk berdoa, membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan spiritual, dan menghargai pasien sebagai individu yang unik (Watson, 2008).

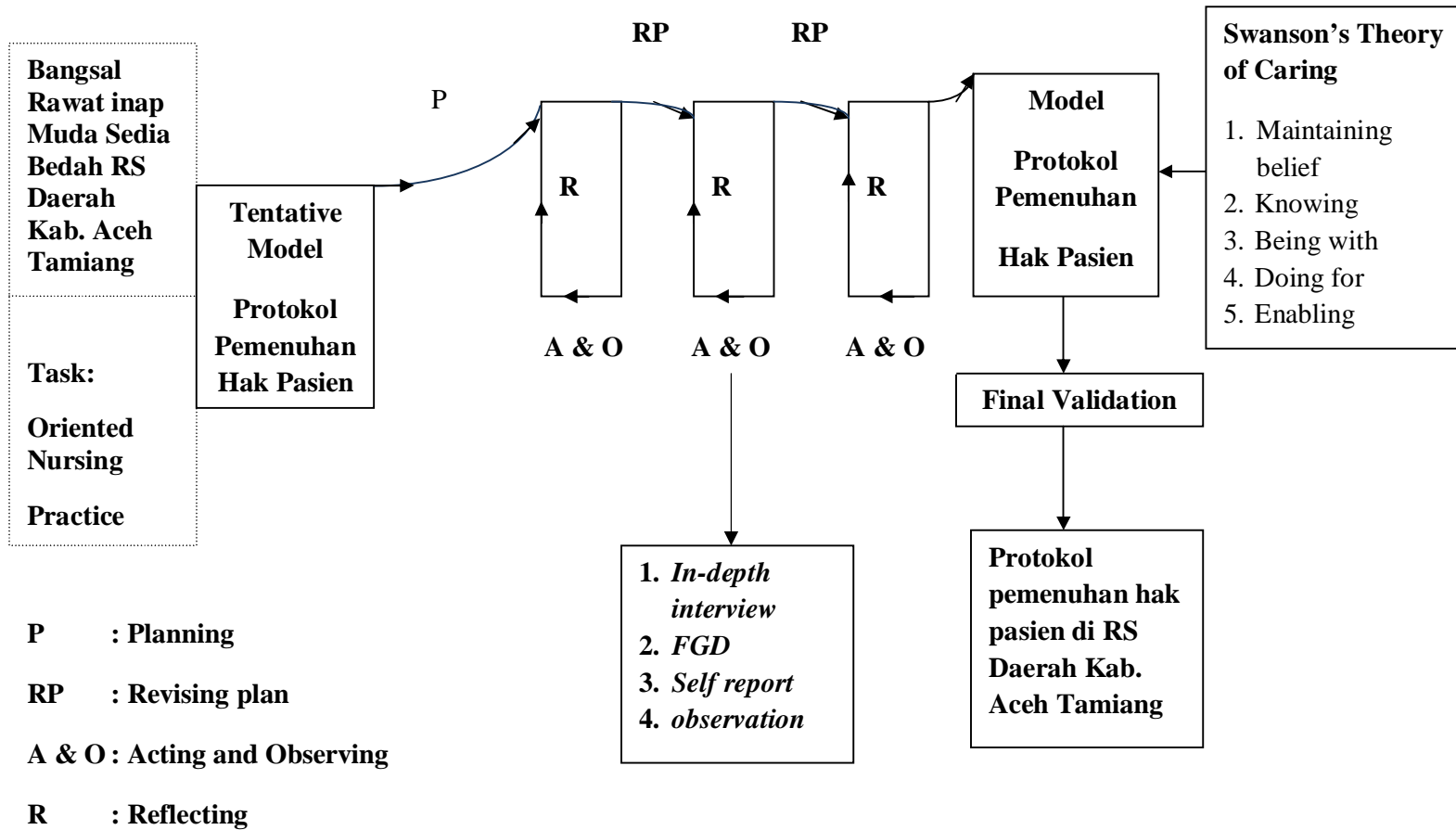
Perilaku Caring Perawat

Caring menjadi suatu kebutuhan yang bermakna berdasarkan kesesuaian bersama antara perawat dan pasien pada perilaku *caring* perawat (Zamanzadeh, Azimzadeh, Rahmani, & Valizadeh, 2010). Penelitian terkait dengan *caring* menegaskan ada 2 (dua) aspek *caring*, perilaku yang ekspresif dan aktivitas keperawatan. Aspek ekspresif dalam perawatan melibatkan pemberian dukungan emosional pada pasien dengan menawarkan kepedulian, kepercayaan, harapan, dan kehangatan emosional. Aspek aktivitas pada perawatan merujuk pada aktivitas inti, seperti memandikan pasien di tempat tidur dan memberikan informasi medis dan keperawatan yang akan meningkatkan kenyamanan fisik dan koping kognitif (Watson, 2008).

Landasan teori dari 2 teori *caring* yaitu Swanson dan Watson menjadi dasar untuk peneliti memilih salah satu teori yang tepat untuk digunakan sebagai acuan dalam melakukan penelitian. Penjelasan dari masing-masing teori tersebut, menjadi acuan bagi peneliti untuk memilih salah satu teori yang mendukung peneliti untuk melaksanakan penelitian. Teori *caring* Swanson yang akan digunakan peneliti untuk menjadi acuan dalam penelitian, hal ini dikarenakan untuk pengembangan suatu protokol atau standar prosedur operasional, pernyataan dari lima dimensi *caring* Swanson sangat mewakili untuk diterapkan menjadi suatu kerangka dalam pembuatan protokol.

2.6 Kerangka Konsep

Penyusunan kerangka konsep dilakukan berdasarkan landasan teori *caring* Swanson yang dikaitkan dengan pelaksanaan protokol pemenuhan hak pasien di rumah sakit sesuai dengan siklus penelitian *action research*. Kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3: Kerangka Konsep Penelitian