



**MODUL MATA KULIAH
HOSPICE HOME CARE**

(NSA 632)



**Disusun Oleh
Yuliati, SKp.MM., M.Kep**



UNIVERSITAS ESA UNGGUL

Tahun 2018



TOPIK/ MATERI PEMBELAJARAN

A. Pendahuluan

Pelayanan keperawatan yang berkualitas mempunyai arti bahwa pelayanan yang diberikan kepada individu, keluarga ataupun masyarakat haruslah baik (bersifat etis) dan benar (berdasarkan ilmu dan hukum yang berlaku). Hukum yang mengatur praktik keperawatan telah tersedia dengan lengkap, baik dalam bentuk undang-undang kesehatan, maupun surat keputusan Menkes tentang praktik keperawatan. Dengan demikian melakukan praktik keperawatan bagi perawat di Indonesia adalah merupakan hak sekaligus kewajiban profesi untuk mencapai visi Indonesia sehat tahun 2010.

Implementasi praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat sebenarnya tidak harus dilakukan di rumah sakit, klinik, ataupun di gedung puskesmas tetapi dapat juga dilaksanakan dimasyarakat maupun dirumah pasien. Pelayanan keperawatan yang dilakukan dirumah pasien disebut Home Care.

Home care adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit (Depkes, 2002). Sedangkan menurut Neis dan Mc Ewen (2001) dalam Avicenna (2008) menyatakan home health care adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang yang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya. Tidak berbeda dengan kedua definisi di atas, Warola (1980) mendefinisikan home care sebagai pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individu dan keluarga, direncanakan, dikoordinasikan dan disediakan oleh pemberi pelayanan yang diorganisir untuk memberi pelayanan di rumah melalui staf atau pengaturan berdasarkan perjanjian kerja (kontrak).

Menurut American of Nurses Association (ANA) tahun 1992 pelayanan kesehatan di rumah (home care) adalah perpaduan perawatan kesehatan masyarakat dan ketrampilan teknis yang terpilih dari perawat spesialis yang terdiri dari perawat komunitas, perawat gerontologi, perawat psikiatri, perawat Maternitas dan perawat medikal bedah. Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan perawatan kesehatan di rumah adalah : Suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif bertujuan memandirikan klien dan keluarganya. Pelayanan kesehatan diberikan di tempat tinggal klien dengan melibatkan klien dan keluarganya sebagai subyek yang ikut berpartisipasi merencanakan kegiatan pelayanan.

B. Kompetensi Dasar

Setelah mempelajari kegiatan praktikum, mahasiswa mampu menerapkan konsep dan prinsip pelayanan home care dan hospice care.

C. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Mahasiswa diharapkan dapat mempraktekkan ketrampilan :

- Menerapkan prinsip pelayanan home care
- Menerapkan tehnik komunikasi dalam pelayanan home care
- Menerapkan Metoda pelayanan dalam home care
- Menerapkan Strategi pemberian asuhan pada pelayanan home care

D. Materi pembelajaran

Home care

1. Pengertian

Home Care (HC) menurut Habbs dan Perrin, 1985 adalah merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien (Lerman D. & Eric B.L, 1993), Sehingga home care dalam keperawatan merupakan layanan keperawatan di rumah pasien yang telah melalui sejarah yang panjang.

2. Sejarah perkembangan home care

2.1. DI LUAR NEGERI

Di Amerika, Home Care (HC) yang terorganisasikan dimulai sejak sekitar tahun 1880- an, dimana saat itu banyak sekali penderita penyakit infeksi dengan angka kematian yang tinggi. Meskipun pada saat itu telah banyak didirikan rumah sakit modern, namun pemanfaatannya masih sangat rendah, hal ini dikarenakan masyarakat lebih menyukai perawatan di rumah. Kondisi ini berkembang secara profesional, sehingga pada tahun 1900 terdapat 12.000 perawat terlatih di seluruh USA (Visiting Nurses / VN ; memberikan asuhan keperawatan di rumah pada keluarga miskin, Public Health Nurses, melakukan upaya promosi dan prevensi untuk melindungi kesehatan masyarakat, serta Perawat Praktik Mandiri yang melakukan asuhan keperawatan pasien di rumah sesuai kebutuhannya). (Lerman D. & Eric B.L, 1993).

Sejak tahun 1990-an institusi yang memberikan layanan Home Care terus meningkat sekitar 10% per tahun dari semula layanan hanya diberikan oleh organisasi perawat pengunjung rumah (VNA = Visiting Nurse Association) dan pemerintah, kemudian berkembang layanan yang berorientasi profit (Proprietary Agencies) dan yang berbasis RS (Hospital Based Agencies) Kondisi ini terjadi seiring dengan perubahan system pembayaran jasa layanan Home Care (dapat dibayar melalui pihak ke tiga / asuransi) dan perkembangan spesialisasi di berbagai layanan kesehatan termasuk berkembangnya Home Health Nursing yang merupakan spesialisasi dari Community Health Nursing (Allender & Spradley, 2001)

Di UK, Home Care berkembang secara profesional selama pertengahan abad 19, dengan mulai berkembangnya District Nursing, yang pada awalnya dimulai oleh para Biarawati yang merawat orang miskin yang sakit di rumah. Kemudian mereka mulai melatih wanita dari kalangan menengah ke bawah untuk merawat orang miskin yang sakit, dibawah pengawasan Biarawati tersebut (Walliamson, 1996 dalam Lawwton, Cantrell & Harris, 2000). Kondisi ini terus berkembang sehingga pada tahun 1992 ditetapkan peran District Nurse (DN) adalah :

- a. merawat orang sakit di rumah, sampai klien mampu mandiri
- b. merawat orang sakaratul maut di rumah agar meninggal dengan nyaman dan damai
- c. mengajarkan ketrampilan keperawatan dasar kepada klien dan keluarga, agar dapat digunakan pada saat kunjungan perawat telah berlalu.

Selain District Nurse (DN), di UK juga muncul perawat Health Visitor (HV) yang berperan sebagai District Nurse (DN) ditambah dengan peran lain ialah :

- a. melakukan penyuluhan dan konseling pada klien, keluarga maupun masyarakat luas dalam upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan

- b. memberikan saran dan pandangan bagaimana mengelola kesehatan dan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi setempat.

2.2. DI DALAM NEGERI

Di Indonesia, layanan Home Care (HC) sebenarnya bukan merupakan hal yang baru, karena merawat pasien di rumah baik yang dilakukan oleh anggota keluarga yang dilatih dan atau oleh tenaga keperawatan melalui kunjungan rumah secara perorangan, adalah merupakan hal biasa sejak dahulu kala. Sebagai contoh dapat dikemukakan dalam perawatan maternitas, dimana RS Budi Kemulyaan di Jakarta yang merupakan RS pendidikan Bidan tertua di Indonesia, sejak berdirinya sampai sekitar tahun 1975 telah melakukan program Home Care (HC) yang disebut dengan "Partus Luar". Dalam layanan "Partus Luar", bidan dan siswa bidan RS Budi Kemulyaan melakukan pertolongan persalinan normal di rumah pasien, kemudian diikuti dengan perawatan nifas dan neonatal oleh siswa bidan senior (kandidat) sampai tali pusat bayi puput (lepas). Baik bidan maupun siswa bidan yang melaksanakan tugas "Partus Luar" dan tindak lanjutnya, harus membuat laporan tertulis kepada RS tentang kondisi ibu dan bayi serta tindakan yang telah dilakukan. Kondisi ini terhenti seiring dengan perubahan kebijakan Depkes yang memisahkan organisasi pendidikan dengan pelayanan.

3. Mengapa home care (HC) diperlukan ?

3.1. Bagi Klien dan Keluarga

- Program Home Care (HC) dapat membantu meringankan biaya rawat inap yang makin mahal, karena dapat mengurangi biaya akomodasi pasien, transportasi dan konsumsi keluarga
- Mempererat ikatan keluarga, karena dapat selalu berdekatan pada saat anggota keluarga ada yang sakit
- Merasa lebih nyaman karena berada di rumah sendiri
- Makin banyaknya wanita yang bekerja diluar rumah, sehingga tugas merawat orang sakit yang biasanya dilakukan ibu terhambat oleh karena itu kehadiran perawat untuk menggantikannya

3.2. Bagi Perawat

- Memberikan variasi lingkungan kerja, sehingga tidak jenuh dengan lingkungan yang tetap sama
- Dapat mengenal klien dan lingkungannya dengan baik, sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan sesuai dengan situasi dan kondisi rumah klien, dengan begitu kepuasan kerja perawat akan meningkat.
- Berbagai alasan tersebut membuat program layanan Home Care (HC) mulai diminati baik oleh pihak klien dan keluarganya, oleh perawat maupun pihak rumah sakit.

4. Jenis institusi pemberi layanan home care (HC)

Ada beberapa jenis institusi yang dapat memberikan layanan Home Care (HC), antara lain:

4.1. Institusi Pemerintah

Di Indonesia pelayanan Home Care (HC) yang telah lama berlangsung dilakukan adalah dalam bentuk perawatan kasus/keluarga resiko tinggi (baik ibu, bayi, balita maupun lansia) yang akan

dilaksanakan oleh tenaga keperawatan puskesmas (digaji oleh pemerintah). Klien yang dilayani oleh puskesmas biasanya adalah kalangan menengah ke bawah. Di Amerika hal ini dilakukan oleh Visiting Nurse (VN)

4.2. Institusi Sosial

Institusi ini melaksanakan pelayanan Home Care (HC) dengan sukarela dan tidak memungut biaya. Biasanya dilakukan oleh LSM atau organisasi keagamaan dengan penyandang dananya dari donatur, misalnya Bala Keselamatan yang melakukan kunjungan rumah kepada keluarga yang membutuhkan sebagai wujud pengabdian kepada Tuhan.

4.3. Institusi Swasta

Institusi ini melaksanakan pelayanan Home Care (HC) dalam bentuk praktik mandiri baik perorangan maupun kelompok yang menyelenggarakan pelayanan HC dengan menerima imbalan jasa baik secara langsung dari klien maupun pembayaran melalui pihak ketiga (asuransi). Sebagaimana layaknya layanan kesehatan swasta, tentu tidak berorientasi "not for profit service"

4.4. Home Care (HC) Berbasis Rumah Sakit (Hospital Home Care)

Merupakan perawatan lanjutan pada klien yang telah dirawat di rumah sakit, karena masih memerlukan bantuan layanan keperawatan, maka dilanjutkan di rumah. Alasan munculnya jenis program ini selain apa yang telah dikemukakan dalam alasan Home Care (HC) di atas, adalah :

- Ambulasi dini dengan resiko memendeknya hari rawat, sehingga kesempatan untuk melakukan pendidikan kesehatan sangat kurang (misalnya ibu post partum normal hanya dirawat 1-3 hari, sehingga untuk mengajarkan bagaimana cara menyusui yang baik, cara merawat tali pusat bayi, memandikan bayi, merawat luka perineum ibu, senam post partum, dll) belum dilaksanakan secara optimum sehingga kemandirian ibu masih kurang.
- Menghindari resiko infeksi nosokomial yang dapat terjadi pada klien yang dirawat di rumah sakit.
- Makin banyaknya penyakit kronis, yang bila dirawat di RS tentu memerlukan biaya yang besar
- Perlunya kesinambungan perawatan klien dari rumah sakit ke rumah, sehingga akan meningkatkan kepuasan klien maupun perawat.

5. Populasi, jenis dan pemberi layanan home care (HC)

5.1. Populasi layanan

Populasi layanan Home Care (HC) di Amerika didominasi oleh wanita (66,8%). Meskipun program Home Care (HC) diperuntukkan untuk semua umur, tetapi mayoritas klien berusia 65 tahun atau lebih (Allender & Spradley, 2001). Pengalaman Home Health Care (HHC) oleh "Suharyati" staf dosen keperawatan komunitas PSIK Univ. Padjajaran Bandung di RS Al-Islam Bandung (yang dimulai sejak 1995) juga menunjukkan kondisi yang sama, dimana pada triwulan I tahun 2002 klien wanita lebih banyak dari pria dan kelompok usia lanjut juga mendominasi layanan HHC di RS Al-Islam Bandung (Maya H, 2002). Hal ini mungkin disebabkan karena populasi wanita lebih banyak dan umur harapan hidup wanita lebih panjang dari pria serta para lansia yang cenderung untuk lebih mudah terserang penyakit.

5.2. Jenis layanan

Mengingat HC dalam keperawatan merupakan spesialisasi dari keperawatan komunitas (Blackie, 1998), maka jenis layanan yang diberikan meliputi layanan keperawatan (diagnosa dan

perlakuan terhadap respon manusia yang menghadapi masalah kesehatan baik potensial maupun actual dalam memenuhi kebutuhan dasarnya) dan layanan kesehatan masyarakat (prevensi primer, sekunder dan tersier). Di Amerika jenis kasus yang dirawat di rumah menurut Allender & Spradley 2001 adalah :

- a. Penyakit jantung
- b. Penyakit/gangguan system muskuloskeletal dan jaringan pengikat
- c. Penyakit Diabetes Mellitus
- d. Penyakit system pernafasan
- e. Luka
- f. Keracunan
- g. Kanker (hanya sebagian kecil), karena kebanyakan kasus palliative dirawat di Hospice

5.3. Pemberi layanan

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

- Tenaga informal

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

- Tenaga formal

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

6. Standar praktik home health nursing (HHN)

Asosiasi perawat Amerika (1999) telah menetapkan lingkungan dan standar Home Health Nursing yang meliputi standar asuhan keperawatan dan standar kinerja professional (Allender & Spradley, 2001)

6.1. Standard Asuhan Keperawatan

- Standard – I, Perawat mengumpulkan data kesehatan klien
- Standard – II, Dalam menetapkan diagnosa keperawatan, perawat melakukan analisa terhadap data yang telah terkumpul
- Standard – III, Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan baik dari klien maupun lingkungannya
- Standard – IV, Perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan dengan menetapkan intervensi yang akan dilakukan untuk mencapai hasil yang diharapkan
- Standard – V, Perawat melaksanakan rencana intervensi yang telah di tetapkan dalam perencanaan
- Standard – VI, Perawat melakukan evaluasi terhadap kemajuan klien yang mengarah ke pencapaian hasil yang diharapkan.

6.2. Standard Kinerja Profesional (professional performance)

- Standard – I, Kualitas asuhan keperawatan, perawat melakukan evaluasi terhadap kualitas dan efektifitas praktik keperawatan secara sistematis
- Standard – II, Performance Appraisal, perawat melakukan evaluasi diri sendiri terhadap praktik keperawatan yang dilakukannya dihubungkan dengan standar praktik professional, hasil penelitian ilmiah dan peraturan yang berlaku
- Standard – III, Pendidikan, perawat berupaya untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dirinya dalam praktik keperawatan
- Standard – IV, Kesejawatan, perawat berinteraksi dan berperan aktif dalam pengembangan professionalism sesama perawat dan praktisi kesehatan lainnya sebagai sejawat
- Standard – V, Etika, putusan dan tindakan perawat terhadap klien berdasarkan pada landasan etika profesi
- Standar VI, Kolaborasi, dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat berkolaborasi dengan klien, keluarga dan praktisi kesehatan lain.
- Standar VII, Penelitian, dalam praktiknya, perawat menerapkan hasil penelitian
- Standard – VIII, Pemanfaatan sumber, perawat membantu klien atau keluarga untuk memahami resiko, keuntungan dan biaya perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan .

7. Bagaimana merencanakan institusi home care (HC) swasta ?

Institusi HC swasta dapat didirikan baik secara individu maupun kelompok, baik untuk satu jenis layanan maupun layanan yang bervariasi. Untuk itu diperlukan perencanaan yang berdasarkan kebutuhan pasar. Perencanaan berdasarkan kebutuhan pasar mengharuskan kita untuk melakukan analisa eksternal dan internal.

Analisa eksternal, memperhitungkan kecenderungan kebutuhan pasar baik jenis maupun jumlahnya. Misalnya bila kita berada di daerah yang penduduknya kebanyakan berusia produktif, maka sudah dapat diperkirakan bahwa pasar membutuhkan layanan keperawatan yang berhubungan persoalan reproduksi, bayi serta balita. Analisa eksternal juga melihat pesaing yang ada disekitar daerah tersebut, baik dalam jumlah, jenis maupun kondisinya.

Analisa internal, melihat pada ketersediaan sumber (alam, manusia dan dana) baik yang actual maupun potensial. Selain ketersediaan dana juga perlu dianalisa komitmen personil yang ada terhadap rencana pembentukan institusi HC. Komitmen personil merupakan persyaratan mutlak yang harus di miliki untuk mengawali suatu bisnis yang baru .

Agar pelanggan loyal terhadap suatu institusi HC, maka HC harus memperhatikan hal-hal berikut :

- Kemudahan (untuk dihubungi , untuk mendapatkan informasi, untuk membuat janji)
- Selalu tepat janji, penting untuk membina kepercayaan masyarakat pada institusi HC
- Sesuai dengan standar yang telah di ditetapkan, hal ini merupakan ciri professional
- Bersifat responsive terhadap keluhan, kebutuhan dan harapan klien
- Mengembangkan hubungan kerja sama secara internal dan eksternal untuk memperbaiki kualitas layanan

Untuk keseragaman dokumentasi HC di Amerika telah dirumuskan Home Health Care Classification (HHCC) toksonomi (Saba, August, 2002) yang merupakan hasil penelitian berdasarkan diagnosa dan intervensi keperawatan. Untuk masa yang akan datang dapat

digunakan untuk dokumentasi, pelacakan elektronik, evaluasi hasil dan analisa HHC setiap saat baik yang berhubungan dengan setting, kelompok populasi maupun letak geografis.

Taksonomi tersebut terdiri dari 20 komponen asuhan keperawatan antara lain :

- Komponen perilaku kesehatan
 - 1) medication
 - 2) safety
 - 3) health behavior
- Komponen fungsional
 - 1) activity
 - 2) fluid volume
 - 3) nutritional
 - 4) self-care
 - 5) sensory
- Komponen fisiologis
 - 1) cardiac
 - 2) respiratory
 - 3) metabolic
 - 4) physical regulation
 - 5) skin integrity
 - 6) tissue perfusion
 - 7) bowel elimination
 - 8) urinary elimination
- Komponen psikologis
 - 1) cognitive
 - 2) coping
 - 3) role relationship
 - 4) self concept

8. Model/ Teori Keperawatan yang Mendukung Home Care

Terdapat beberapa model/ teori keperawatan yang mendukung Home care diantaranya:

8.1. Transkultural nursing (Leininger)

Model/ teori keperawatan transkultural nursing memfokuskan pada penanganan harus memperhatikan budaya pasien. Adapun konsep model/ teori keperawatan ini berorientasi pada culture, cultural care diversity, cultural care universality, nursing, worldview, dimensi struktur budaya dan social, konteks lingkungan, ethnohistory, generic (folk or lay) care system, sistem perawatan profesional, kesehatan, care/caring, culture care preservation, accomodation dan repatterning. Teori Leininger dan paradigma keperawatan Leininger mengkritisi empat konsep keperawatan yaitu manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Definisi konseptual menurut asumsi dan teori dari Madeleine Leininger yaitu:

- Manusia seseorang yang diberi perawatan dan harus diperhatikan kebutuhannya.
- Kesehatan yaitu konsep yang penting dalam perawatan transkultural.
- Lingkungan tidak didefinisikan secara khusus, namun jika dilihat bahwa telah terwakili dalam kebudayaan, maka lingkungan adalah inti utama dari teori M. Leininger.
- Keperawatan menyajikan 3 tindakan yang sebangun dengan kebudayaan klien yaitu cultural care preservation, accomodation dan repatterning.

8.2. 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).

8.3. Teori Lingkungan (Florence Nightingale)

Teori / model konsep Florence Nightingale memosisikan 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 insipis 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.

8.4. 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 :

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

8. 5. Human Caring (Watson)

Perawat harus memperhatikan sisi humanistik sebagai moral ideal ke pasien dan keluarga. Keperawatan sebagai sains tentang human care didasarkan pada asumsi bahwa human science and human care merupakan domain utama dan menyatukan tujuan keperawatan. Sebagai human science keperawatan berupaya mengintegrasikan pengetahuan empiris dengan estetika, humanities, dan kiat/art (Watson, 1985). Sebagai pengetahuan tentang human care fokusnya untuk mengembangkan pengetahuan yang menjadi inti keperawatan, seperti yang dinyatakan oleh Watson (1985) "human care is the heart of nursing". Pandangan tentang keperawatan sebagai science tentang human care adalah komprehensif.

Nilai-nilai yang mendasari konsep caring menurut Jean Watson meliputi konsep tentang manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Adapun keempat konsep tersebut adalah sebagai berikut:

- Konsep tentang manusia

Manusia merupakan suatu fungsi yang utuh dari diri yang terintegrasi (ingin dirawat, dihormati, mendapatkan asuhan, dipahami dan dibantu). Manusia pada dasarnya ingin merasa dimiliki oleh lingkungan sekitarnya merasa dimiliki dan merasa menjadi bagian dari kelompok atau masyarakat, dan merasa dicintai dan merasa mencintai.

- Konsep tentang kesehatan

Kesehatan merupakan keutuhan dan keharmonisan pikiran fungsi fisik dan fungsi sosial. Menekankan pada fungsi pemeliharaan dan adaptasi untuk meningkatkan fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Kesehatan merupakan keadaan terbebas dari keadaan penyakit, dan Jean Watson menekankan pada usaha-usaha yang dilakukan untuk mencapai hal tersebut.

- Konsep tentang lingkungan

Berdasarkan teori Jean Watson, caring dan nursing merupakan konstanta dalam setiap keadaan di masyarakat. Perilaku caring tidak diwariskan dari generasi ke generasi berikutnya, akan tetapi hal tersebut diwariskan dengan pengaruh budaya sebagai strategi untuk melakukan mekanisme coping terhadap lingkungan tertentu.

- Konsep tentang keperawatan

Keperawatan berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan caring ditujukan untuk klien baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

8. 6. Model Konsep Adaptasi Roy

Model konsep adaptasi pertama kali dikemukakan oleh Suster Callista Roy (1969). Konsep ini dikembangkan dari konsep individu dan proses adaptasi seperti diuraikan di bawah ini. Asumsi dasar model adaptasi Roy adalah :

- Manusia adalah keseluruhan dari biopsikologi dan sosial yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan.

- Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial.

- Setiap orang memahami bagaimana individu mempunyai batas kemampuan untuk beradaptasi. Pada dasarnya manusia memberikan respon terhadap semua rangsangan baik positif maupun negatif.
- Kemampuan adaptasi manusia berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya, jika seseorang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan maka ia mempunyai kemampuan untuk menghadapi rangsangan baik positif maupun negatif.
- Sehat dan sakit merupakan adalah suatu hal yang tidak dapat dihindari dari kehidupan manusia.

Empat elemen penting yang termasuk dalam Model Adaptasi Keperawatan adalah :

- 1) manusia;
- 2) lingkungan;
- 3) sehat;
- 4) keperawatan.

Unsur keperawatan terdiri dari dua bagian yaitu tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan. Juga termasuk dalam elemen penting pada konsep adaptasi.

Roy → 1. Manusia

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, manusia dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, out put dan proses umpan balik. Proses kontrol adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara- cara adaptasi.

Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem adaptif dengan aktivitas kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara adaptasi yaitu :

- fungsi fisiologis,
- konsep diri,
- fungsi peran dan
- Interdependensi.

Dalam model adaptasi keperawatan, manusia dijelaskan sebagai suatu sistem yang hidup, terbuka dan adaptif yang dapat mengalami kekuatan dan zat dengan perubahan lingkungan. Sebagai sistem adaptif manusia dapat digambarkan dalam istilah karakteristik sistem, jadi manusia dilihat sebagai satu-kesatuan yang saling berhubungan antara unit fungsional secara keseluruhan atau beberapa unit fungsional untuk beberapa tujuan. Input pada manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu itu sendiri. Input atau stimulus termasuk variabel standar yang berlawanan yang umpan baliknya dapat dibandingkan. Variabel standar ini adalah stimulus internal yang mempunyai tingkat adaptasi dan mewakili dari rentang stimulus manusia yang dapat ditoleransi dengan usaha-usaha yang biasa dilakukan. Proses kontrol manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah mekanisme koping. Dua mekanisme koping yang telah diidentifikasi yaitu : subsistem regulator dan subsistem kognator. Regulator dan kognator digambarkan sebagai aksi dalam hubungannya terhadap empat efektor atau cara-cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependen.

Roy → 2. Lingkungan

Lingkungan digambarkan sebagai dunia di dalam dan di luar manusia. Lingkungan merupakan masukan (input) bagi manusia sebagai sistem yang adaptif sama halnya lingkungan sebagai

stimulus internal dan eksternal. Lebih lanjut stimulus itu dikelompokkan menjadi tiga jenis stimulus yaitu : fokal, kontekstual dan residual.

Stimulus fokal yaitu rangsangan yang berhubungan langsung dengan perubahan lingkungan misalnya polusi udara dapat menyebabkan infeksi paru, kehilangan suhu pada bayi yang baru lahir.

Stimulus kontekstual yaitu : stimulus yang menunjang terjadinya sakit (faktor presipitasi) keadaan tidak sehat. Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini. Misalnya : daya tahan tubuh yang menurun, lingkungan yang tidak sehat.

Stimulus residual yaitu : sikap, keyakinan dan pemahaman individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat atau disebut dengan faktor presdiposisi sehingga terjadi kondisi fokal. Misalnya : persepsi klien tentang penyakit, gaya hidup dan fungsi peran.

Lebih luas lagi lingkungan didefinisikan sebagai segala kondisi, keadaan di sekitar yang mempengaruhi keadaan, perkembangan dan perilaku manusia sebagai individu atau kelompok.

Roy → 3. Sehat

Menurut Roy, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan terintegrasi secara keseluruhan. Integritas atau keutuhan manusia menyatakan secara tidak langsung bahwa kesehatan atau kondisi tidak terganggu mengacu kelengkapan atau kesatuan dan kemungkinan tertinggi dari pemenuhan potensi manusia. Jadi integrasi adalah sehat, sebaliknya kondisi yang tidak ada integrasi adalah kurang sehat. Definisi kesehatan ini lebih dari tidak adanya sakit tapi termasuk penekanan pada kondisi sehat sejahtera. Dalam model adaptasi keperawatan, konsep sehat dihubungkan dengan konsep adaptasi. Adaptasi yang bebas energi dari koping yang inefektif dan mengizinkan manusia berespons terhadap stimulus yang lain. Adaptasi adalah komponen pusat dalam model adaptasi keperawatan. Di dalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif. Proses adaptasi termasuk semua interaksi manusia dan lingkungan terdiri dari dua proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respons. Perubahan-perubahan itu adalah stresor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh faktor-faktor kontekstual dan residual. Bagian kedua adalah mekanisme koping yang merangsang untuk menghasilkan respons adaptif atau inefektif. Produk adaptasi adalah hasil dari proses adaptasi dan digambarkan dalam istilah kondisi yang meningkatkan tujuan-tujuan manusia yang meliputi : kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi dan penguasaan yang disebut integritas. Kondisi akhir ini adalah kondisi keseimbangan dinamik equilibrium yang meliputi peningkatan dan penurunan respons. Setiap kondisi adaptasi baru dipengaruhi oleh tingkat adaptasi, sehingga dinamik equilibrium manusia berada pada tingkat yang lebih tinggi. Jarak yang besar dari stimulus dapat disepakati dengan suksesnya manusia sebagai sistem adaptif. Jadi peningkatan adaptasi mengarah pada tingkat-tingkat yang lebih tinggi pada keadaan sejahtera atau sehat.

9. Landasan Hukum Home Care

Unit home care yang merupakan bagian dari institusi pelayanan pemerintah dan swasta, tidak perlu izin khusus, hanya melapor dan melakukan pelaporan kasus yang ditangani Fungsi hukum dalam praktik perawat antara lain adalah sebagai berikut :

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

Landasan Hukum Home Care diantaranya adalah sebagai berikut:

- UU Kes.No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan.
- PP No. 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah.
- UU No. 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah.
- UU No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran.
- Kepmenkes No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat.
- Kepmenkes No. 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas.
- Kepmenkes No. 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan Perkesmas.
- SK Menpan No. 94/KEP/M. PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat.
- PP No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan.
- Permenkes No. 920 tahun 1986 tentang pelayan medik swasta.
- Permenkes RI No. HK.02.02/MENKES/148/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.

10. Lingkup Pelayanan Home Care

Lingkup praktik keperawatan mandiri meliputi asuhan keperawatan perinatal, asuhan keperawatan neonatal, asuhan keperawatan anak, asuhan keperawatan dewasa, dan asuhan keperawatan maternitas, asuhan keperawatan jiwa dilaksanakan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawabnya.

Keperawatan yang dapat dilakukan dengan :

- Melakukan keperawatan langsung (direct care) yang meliputi pengkajian bio- psiko- sosio-spiritual dengan pemeriksaan fisik secara langsung, melakukan observasi, dan wawancara langsung, menentukan masalah keperawatan, membuat perencanaan, dan melaksanakan tindakan keperawatan yang memerlukan ketrampilan tertentu untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang menyimpang, baik tindakan-tindakan keperawatan atau tindakan-tindakan pelimpahan wewenang (terapi medis), memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan dan melakukan evaluasi.
- Mendokumentasikan setiap tindakan pelayanan yang di berikan kepada klien, dokumentasi ini diperlukan sebagai pertanggung jawaban dan tanggung gugat untuk perkara hukum dan sebagai bukti untuk jasa pelayanan keperawatan yang diberikan.
- Melakukan koordinasi dengan tim yang lain kalau praktik dilakukan secara berkelompok.
- Sebagai pembela/pendukung(advokat) klien dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan klien dirumah dan bila diperlukan untuk tindak lanjut kerumah sakit dan memastikan terapi yang klien dapatkan sesuai dengan standart dan pembiayaan terhadap klien sesuai dengan pelayanan /asuhan yang diterima oleh klien.
- Menentukan frekwensi dan lamanya keperawatan kesehatan di rumah dilakukan, mencangkup berapa sering dan berapa lama kunjungan harus di lakukan.

Secara umum lingkup pelayanan dalam perawatan kesehatan di rumah (home care) dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
- Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan terapeutik

- Pelayanan rehabilitasi medik dan keterampilan fisik
- Pelayanan informasi dan rujukan
- Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan
- Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
- Pelayanan perbantuan untuk kegiatan sosial

E. Skill Dasar yang Harus dikuasai Perawat

Berdasarkan SK Dirjen Dirjen YAN MED NO HK. 00.06.5.1.311 terdapat 23 tindakan keperawatan mandiri yang bisa dilakukan oleh perawat home care antara lain :

- Vital sign
- Memasang nasogastric tube
- Memasang selang susu besar
- Memasang cateter
- Penggantian tube pernafasan
- Merawat luka dekubitus
- Suction
- Memasang peralatan O2
- Penyuntikan (IV,IM, IC,SC)
- Pemasangan infus maupun obat
- Pengambilan preparat
- Pemberian huknah/laksatif
- Kebersihan diri
- Latihan dalam rangka rehabilitasi medis
- Tranpostasi klien untuk pelaksanaan pemeriksaan diagnostik
- Pendidikan kesehatan
- Konseling kasus terminal
- Konsultasi/telepon
- Fasilitasi ke dokter rujukan
- Menyiapkan menu makanan
- Membersihkan tempat tidur pasien
- Fasilitasi kegiatan sosial pasien
- Fasilitasi perbaikan sarana klien.

Sedangkan kompetensi dasar yang harus dimiliki dalam melaksanakan tindakan home care antara lain:

- Memahami dasar-dasar anatomi, fisiologi, patologi tubuh secara umum.
- Menjelaskan anatomi, fisiologi, patologi sebagai sistem tubuh secara umum .
- Menjelaskan konsep dasar homeostasis, dan patogenesis.
- Melaksanakan pemberian obat kepada klien/pasien
- Menjelaskan cara-cara pemberian obat kepada pasien.
- Melakukan pemberian obat kepada pasien sesuai resep dokter.
- Memahami jenis pemeriksaan laboratorium dasar yang diperlukan oleh klien/pasien
- Menjelaskan jenis pemeriksaan laboratorium dasar yang diperlukan oleh klien/pasien.
- Menjelaskan persiapan klien/pasien yang akan diperiksa di laboratorium.
- Mengantarkan klien/pasien untuk periksa di laboratorium.
- Menunjukkan kemampuan melakukan komunikasi terapeutik
- Menjelaskan definisi komunikasi terapeutik .

- Menjelaskan fungsi, dan manfaat komunikasi terapeutik.
- Melaksanakan setiap tindakan keperawatan menggunakan komunikasi terapeutik.
- Menunjukkan kemampuan mengasuh bayi, balita, anak, dan lansia sesuai tingkat perkembangan
- Membangun hubungan antar manusia
- Mengoptimalkan komunikasi terapeutik
- Mengidentifikasi kebutuhan dasar manusia
- Merencanakan kebutuhan dasar manusia
- Menunjukkan kemampuan melayani klien/pasien berpenyakit ringan
- Membangun hubungan antar manusia
- Mengoptimalkan komunikasi terapeutik
- Mengidentifikasi kebutuhan dasar klien/pasien
- Merencanakan kebutuhan dasar klien/pasien
- Melaksanakan kebutuhan dasar klien/ pasien
- Mendokumentasikan hasil pelaksanaan kebutuhan pasien/klien yang penyakit ringan.
- Menerapkan Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Lingkungan Hidup (K3LH)
- Mendeskripsikan keselamatan dan kesehatan kerja (K3)
- Melaksanakan prosedur K3
- Menerapkan konsep lingkungan hidup
- Menerapkan ketentuan pertolongan pertama pada kecelakaan
- Memahami kontinum sehat- sakit
- Menjelaskan keseimbangan tubuh manusia normal
- Menjelaskan definisi sehat-sakit
- Menjelaskan model-model sehat dan sakit
- Menjelaskan nilai-nilai yang mempengaruhi kesehatan
- Menjelaskan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
- Menjelaskan faktor-faktor resiko dalam kehidupan manusia
- Menjelaskan dampak sakit pada klien/pasien dan keluarga.
- Memahami dasar-dasar penyakit sederhana yang umum di masyarakat
- Menjelaskan penyakit–penyakit sistem integumen sederhana yang umum di masyarakat.
- Menjelaskan penyakit–penyakit sistem gastro intestinal sederhana yang umum di masyarakat.
- Menjelaskan penyakit-penyakit sistem genito urinaria sederhana yang umum di masyarakat .
- Menjelaskan penyakit–penyakit sistem respiratori sederhana yang umum di masyarakat.
- Menjelaskan penyakit–penyakit sistem kardio vaskuler sederhana yang umum di masyarakat.
- Menjelaskan penyakit–penyakit sistem persarafan sederhana yang umum di masyarakat.
- Menjelaskan penyakit–penyakit sistem reproduksi sederhana yang umum di masyarakat.
- Memahami peningkatan kesehatan dan pelayanan kesehatan utama
- Menjelaskan tindakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
- Menjelaskan tindakan pelayanan kesehatan utama
- Menjelaskan peran asisten perawat dalam pemberian perawatan utama.
- Memahami pemberian obat
- Menjelaskan nomenklatur dan bentuk obat oral
- Menjelaskan faktor yang mempengaruhi kerja obat
- Menjelaskan kemampuan memberikan obat oral.
- Memahami kemampuan interpersonal dan massa
- Menjelaskan berbagai tingkatan komunikasi

- Menjelaskan proses komunikasi
- Menjelaskan bentuk-bentuk komunikasi
- Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi
- Mendiskusikan komunikasi terapeutik
- Menjelaskan bantuan dalam berkomunikasi.
- Prinsip-prinsip perkembangan manusia
- Menjelaskan teori pertumbuhan dan perkembangan manusia
- Menjelaskan tahap pertumbuhan dan perkembangan manusia
- Menjelaskan tentang konsepsi
 - Menjelaskan proses kelahiran.
 - Memahami tahap-tahap perkembangan manusia
 - Menjelaskan perkembangan masa bayi
 - Menjelaskan perkembangan masa balita
 - Menjelaskan perkembangan anak masa usia sekolah
 - Menjelaskan perkembangan masa remaja
 - Menjelaskan perkembangan masa Dewasa muda
 - Menjelaskan perkembangan masa dewasa
 - Menjelaskan perkembangan masa lansia.
 - Memahami sikap pelayanan perawat sesuai dengan tahapan perkembangan
 - Menjelaskan sikap perawat terhadap klien/pasien sesuai dengan tahap perkembangan
 - Menjelaskan pelayanan perawatan kesehatan komunitas dan panti.
 - Memahami tentang stres
 - Menjelaskan konsep stres
 - Menjelaskan adaptasi terhadap stres
 - Menjelaskan respon terhadap stres
 - Menjelaskan proses keperawatan dan adaptasi terhadap stres.
 - Memahami kebutuhan dasar manusia
 - Menjelaskan kebutuhan fisiologis manusia
 - Menjelaskan kebutuhan keselamatan dan rasa aman
 - Menjelaskan kebutuhan cinta dan rasa memiliki
 - Menjelaskan kebutuhan penghargaan dan harga diri
 - Menjelaskan kebutuhan aktualisasi diri.
 - Memahami tentang kesehatan reproduksi
 - Menjelaskan konsep kesehatan reproduksi
 - Menjelaskan anatomi dan fisiologi alat reproduksi
 - Menjelaskan masalah yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi.
 - Memahami perilaku empatik 12.1 Menjelaskan sikap empatik terhadap kehilangan, kematian, duka cita saat melakukan tindakan keperawatan
 - Menjelaskan bantuan yang diberikan sesuai dengan agama, dan kebutuhan spiritual klien tersebut.
 - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
 - Menjelaskan pedoman untuk mengukur tanda vital
 - Menjelaskan tentang pengukuran suhu tubuh
 - Melaksanakan pengukuran nafas
 - Melaksanakan pengukuran nadi.
 - Melakukan mobilisasi pasif terhadap klien/pasien
 - Menjelaskan tentang mobilisasi dan pengaturan gerak

- Menjelaskan gangguan mobilisasi
- Menjelaskan latihan mobilisasi
- Menunjukkan kemampuan melakukan mobilisasi pasif dan aktif
- Menjelaskan gangguan mobilisasi.
- Melakukan pemberian nutrisi 15.1 Menjelaskan nutrisi seimbang
- Menunjukkan kemampuan memberikan makan peroral pada pasien/klien.
- Melaksanakan dokumentasi tindakan keperawatan
- Menjelaskan komunikasi multidisiplin dalam tim
- Membuat dokumentasi sesuai dengan pedoman.
- Melaksanakan tugas sesuai dengan etika keperawatan, dan kaidah hukum
- Menjelaskan pentingnya etika dan hukum keperawatan dalam
- melaksanakan tugas

11. Issue Dasar dan Legal Praktik Keperawatan

Secara legal perawat dapat melakukan aktivitas keperawatan mandiri berdasarkan pendidikan dan pengalaman yang di miliki. Perawat dapat mengevaluasi klien untuk mendapatkan pelayanan perawatan di rumah tanpa program medis tetapi perawatan tersebut harus diberikan di bawah petunjuk rencana tindakan tertulis yang ditandatangani oleh dokter. Perawat yang memberi pelayanan di rumah membuat rencana perawatan dan kemudian bekerja sama dengan dokter untuk menentukan rencana tindakan medis. Issue legal yang paling kontroversial dalam praktik perawatan di rumah antara lain mencakup hal-hal sebagai berikut:

- Resiko yang berhubungan dengan pelaksanaan prosedur dengan teknik yang tinggi, seperti pemberian pengobatan dan transfusi darah melalui IV di rumah.
- Aspek legal dari pendidikan yang diberikan pada klien seperti pertanggungjawaban terhadap kesalahan yang dilakukan oleh anggota keluarga karena kesalahan informasi dari perawat.
- Pelaksanaan peraturan medicare atau peraturan pemerintah lainnya tentang perawatan di rumah.
- Alasan biaya yang sangat terpisah dan terbatas untuk perawatan di rumah, maka perawat yang memberi perawatan di rumah harus menentukan apakah pelayanan akan diberikan jika ada resiko penggantian biaya yang tidak adekuat. Seringkali, tunjangan dari medicare telah habis masa berlakunya sedangkan klien membutuhkan perawatan yang terus-menerus tetapi tidak ingin atau tidak mampu membayar biayanya. Beberapa perawat akan menghadapi dilema etis bila mereka harus memilih antara menaati peraturan atau memenuhi kebutuhan untuk klien lansia, miskin dan klien yang menderita penyakit kronik. Perawat harus mengetahui kebijakan tentang perawatan di rumah untuk melengkapi dokumentasi klinis yang akan memberikan penggantian biaya yang optimal untuk klien.

Pasal krusial dalam Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) 1239/2001 tentang praktik keperawatan anantara lain:

- Melakukan asuhan keperawatan meliputi Pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan dan evaluasi.
- Pelayanan tindakan medik hanya dapat dilakukan atas permintaan tertulis dokter
- Dalam melaksanakan kewenangan perawat berkewajiban :
 - Menghormati hak pasien
 - Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani
- Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku

- Memberikan informasi
- Meminta persetujuan tindakan yang dilakukan
- Melakukan catatan perawatan dengan baik

Dalam keadaan darurat yang mengancam jiwa seseorang, perawat berwenang melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan yang ditujukan untuk penyelamatan jiwa. Perawat yang menjalankan praktik perorangan harus mencantumkan SIPP di ruang praktiknya. Perawat yang menjalankan praktik perorangan tidak diperbolehkan memasang papan praktik (sedang dalam proses amandemen). Perawat yang memiliki SIPP dapat melakukan asuhan dalam bentuk kunjungan rumah

Persyaratan praktik perorangan sekurang-kurangnya memenuhi :

- Tempat praktik memenuhi syarat
- Memiliki perlengkapan peralatan dan administrasi termasuk formulir /buku kunjungan, catatan tindakan dan formulir rujukan.

Larangan

- Perawat dilarang menjalankan praktik selain yang tercantum dalam izin dan melakukan perbuatan yang bertentangan dengan standar profesi
- Bagi perawat yang memberikan pertolongan dalam keadaan darurat atau menjalankan tugas di daerah terpencil yang tidak ada tenaga kesehatan lain, dikecualikan dari larangan ini
- Kepala dinas atau organisasi profesi dapat memberikan peringatan lisan atau tertulis kepada perawat yang melakukan pelanggaran
- Peringatan tertulis diberikan paling banyak 3 kali, apabila tidak diindahkan SIK dan SIPP dapat dicabut.
- Sebelum SIK atau SIPP di cabut kepala dinas kesehatan terlebih dahulu mendengar pertimbangan dari MDTK atau MP2EM.

Sanksi

- Pelanggaran ringan, pencabutan izin selama-lamanya 3 bulan.
- Pelanggaran sedang, pencabutan izin selama-lamanya 6 bulan.
- Pelanggaran berat, pencabutan izin selama-lamanya 1 tahun.
- Penetapan pelanggaran didasarkan pada motif pelanggaran serta situasi setempat.

12. Mekanisme Pelayanan Home Care

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

- Pasien / klien pasca rawat inap atau rawat jalan harus diperiksa terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk dirawat di rumah atau tidak.
- Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa klien layak dirawat di rumah, maka dilakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan staf dari pengelola atau agensi perawatan kesehatan di rumah, kemudian bersama-sama klien dan keluarga, akan menentukan masalahnya, dan membuat perencanaan, membuat keputusan, membuat kesepakatan mengenai pelayanan apa yang akan diterima oleh klien, kesepakatan juga

mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan, dan jenis sistem pembayaran, serta jangka waktu pelayanan.

- Selanjutnya klien akan menerima pelayanan dari pelaksana pelayanan keperawatan dirumah baik dari pelaksana pelayanan yang dikontrak atau pelaksana yang direkrut oleh pengelola perawatan dirumah. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh koordinator kasus, setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh koordinator kasus.
- Secara periodic koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan.

13. Unsur Pelayanan Home Care

Unsur pelayanan home care ada 4, yaitu:

1. Pengelola adalah agensi atau unit yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan di rumah yang bisa merupakan bagian dari Puskesmas, Rumah Sakit, klinik atau mandiri.
2. Pelaksana terdiri dari tenaga keperawatan dan tenaga profesional lain dan non profesional yang terdiri koordinator kasus dan pelaksana pelayanan.
3. Klien adalah penerima pelayanan kesehatan dan keluarga yg bertanggung jawab atau care giver yang disuruh memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien.
4. Koordinator kasus adalah seorang perawat dengan kriteria tertentu baik yang masih aktif maupun yang sudah memasuki masa pensiun. Mereka bisa berasal dari Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Petugas Kesehatan Swasta dan lain-lain. Seorang Koordinator Kasus dapat mengkoordinir 10-20 orang pelaksana perawatan yang bekerja baik secara sukarela maupun yang menerima imbalan dari Lembaga Swadaya Masyarakat atau masyarakat.

1. Pengelola

Persyaratan Pengelola

- Merupakan bagian institusi pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta atau unit mandiri yg berbadan hukum.
- Mendapat izin mengelola dari Pemda dengan rekomendasi dari Dinkes.
- Memiliki kantor dengan alamat jelas.
- Memiliki sarana komunikasi.
- Memiliki peralatan pelayanan kesehatan.
- Mampu menyediakan transportasi yang dibutuhkan klien.
- Memiliki tenaga (pimpinan, administrasi dan perawat minimal D3 yg purna waktu)
- Mampu menyediakan tenaga profesional atau non yg bersertifikat pelatihan home care.
- Punya kerjasama dengan Rumah Sakit rujukan.

Hak Pengelola

- Mengelola home care sesuai standar.
- Menerima hak imbalan jasa .
- Punya akses dg pemerintah yg mengendalikan home care.
- Mendapat dukungan dari pelaksana dan klien atas pengelolaan yg menjadi tanggung jawabnya.
- Menetapkan tenaga pelaksana pelayanan home care.
- Menetapkan mitra kerja yang mendukung home care.

Kewajiban Pengelola

- Menjamin pelayanan profesional dan bermutu.
- Mematuhi kontrak .
- Memberikan perlakuan yang baik kepada pelaksana dan klien.
- Meningkatkan pengetahuan pelaksana pelayanan.
- Menyediakan sarana administrasi .
- Mematuhi peraturan yg berlaku terkait home care .
- Menerapkan sistem reward dan punishment
- Melaksanakan pengawasan, pengendalian thd kinerja pelaksana
- Melaksanakan kewajiban yg harus diberikan kepada pelaksana dan klien.

2. Koordinator Kasus

- Syarat Koordinator Kasus
- Minimal berumur 21 tahun.
- Minimal pendidikan D3 Keperawatan.
- Koordinator kasus harus punya sertifikat pelatihan home care.
- Mampu melakukan pengkajian awal dan melakukan analisis terhadap kasus
- Mampu memimpin bekerjasama dalam tim.
- Mampu memberikan yan sesuai etika.
- Mampu melaksanakan bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi.

Hak Koordinator Kasus

- Mengetahui hak dan kewajiban secara tertulis.
- Berhak atas imbalan jasa sesuai perjanjian.
- Berhak mendapat perlakuan sesuai norma yang ada.
- Berhak menolak tugas, prosedur atau tindakan medis di luar job diskripsinya.
- Memperoleh informasi terkait perubahan pelayanan.
- Mempunyai akses kepada pemerintah yg mengendalikan home care.
- Berhak mengemukakan pendapat dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.
- Mendapat perlindungan hukum atas tindakan yang dilakukan, diterima dan dirasakan merugikan .
- Mendapat dukungan dari pengelola dan klien .

3. Pelaksana

- Syarat Pelaksana
- Usia minimal 21 tahun.
- Punya ijazah formal.
- Punya sertifikat pelatihan home care.
- Mampu memberikan yan sec mandiri dan bertanggung jawab.
- Mampu bekerja sesuai SOP yang ada .
- Mampu melaksanakan tindakan sesuai etika.

Hak Pelaksana

- Mengetahui hak & kewajiban sec tertulis
- Berhak atas imbalan jasa sesuai perjanjian
- Berhak mendapat perlakuan sesuai norm yang ada
- Berhak menolak tugas, prosedur atau tindakan medis di luar job diskripsion

- Memperoleh informasi terkait perubahan pelayanan.
- Mempunyai akses kepada pemerintah yg mengendalikan homecare
- Berhak mengemukakan pendapat dlm upaya peningkatan mutu yan
- Mendapat perlindungan hukum atas tindakan yg dilakukan, diterima dan dirasakan merugikan
- Mendapat dukungan dari pengelola dan klien .

Kewajiban Pelaksana

- Mentaati peraturan dan disiplin kerja
- Memberikan pelayanan yg bermutu sesuai standar yg ditetapkan
- Merahasiakan segala hal terkait kondisi klien
- Melaksanakan tugas sesuai rencana yan yang telah disepakati
- Bekerjasama dan saling mendukung dg tenaga pelaksana lain
- Mematuhi perjanjian kerja yang sudah dibuat
- Menghargai hak hak klien
- Membuat laporan rutin kepada penanggung jawab pelayanan .

4. Un Pasien/ Klien

Persyaratan pasien / klien

- Mempunyai keluarga atau pihak lain yang bertanggungjawab atau menjadi pendamping bagi klien dalam berinteraksi dengan pengelola
- Bersedia menandatangani persetujuan setelah diberikan informasi (Informed consent).
- Bersedia melakukan perjanjian kerja dengan pengelola perawatan kesehatan dirumah untuk memenuhi kewajiban, tanggung jawab, dan haknya dalam menerima pelayanan.

Hak Klien

- Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban.
- Mendapat pelayanan profesional.
- Ikut berpartisipasi dalam rencana dan pelaksanaan pelayanan.
- Memperoleh perlakuan yang layak.
- Memperoleh seluruh catatan klinis.
- Mendapat pelayanan yang layak.
- Mendapat informasi terkait perubahan yang ada.
- Mendapat perlindungan hukum atas tindakan yang diterima .
- Memperoleh akses ke pemerintah yang mengendalikan home care.
- Menolak tindakan setelah mendapat informasi lengkap .

Kewajiban Klien

- Mematuhi perjanjian .
- Mentaati rencana yang telah dibuat .
- Membayar jasa pelayanan.
- Bekerjasama dengan pelaksana .
- Menghargai hak pelaksana .

14. TIPE RUJUKAN DAN TUJUAN PERAWATAN DIRUMAH

Lama perawatan di rumah sakit telah menurun secara dramatis dalam era peningkatan biaya perawatan kesehatan, potongan anggaran yang besar, managed care, perkembangan teknologi yang cepat, dan pemberian pelayanan yang maju. Karena penyebab langsung atau efek langsung variabel ini, industri perawatan kesehatan-di-rumah menjadi alat untuk menurunkan biaya dan lama perawatan. Akibatnya, industri perawatan-di-rumah berkembang menjadi masalah yang kompleks dan harus diatasi dengan perhatian yang besar bila salah satu tujuannya adalah memberi hasil yang terbaik pada setiap individu.

Peran Perencana Perawatan Dirumah.

Perencana perawatan-di-rumah harus memiliki kemampuan untuk mengantisipasi dan memenuhi kebutuhan perawatan klien yang kompleks. Perawat tidak hanya harus sangat terlatih dalam praktik keperawatan, tetapi juga harus mengetahui dengan baik tentang pembiayaan perawatan kesehatan, regulasi yang mendasari praktik, dan sumber di komunitas serta teknologi yang tersedia.

Tanggung jawab perencana perawatan-di-rumah adalah menjamin semua kebutuhan klien di rumah terpenuhi dengan aman dan dengan pembiayaan yang efektif. Peranan ini melibatkan kolaborasi dengan profesional kesehatan lain saat pertemuan tentang rencana pemulangan klien, guna memastikan keberhasilan transisi ke rumah. Perawat perencana perawatan-di-rumah menyediakan informasi tentang sumber komunitas yang akan membantu dokter dan klien dalam membuat rencana pulang yang tepat. Perawat juga harus menggunakan keterampilan klinis untuk mengkaji kerusakan fisik klien, status psikologis, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang sederhana, dan prosedur perawatan terampil.

Pengkajian di Rumah Sakit

Pengkajian di rumah sakit merupakan langkah penting yang membawa klien sepanjang proses perawatan dan rumah sakit ke rumah sampai akhirnya ia mencapai tingkat kemandirian yang optimal. Keberhasilan proses perencanaan bergantung kepada koordinasi antara rumah sakit dan pemberi perawatan kesehatan di rumah. Setelah klien dirujuk ke lembaga perawatan-di-rumah, perencana perawatan-di-rumah harus mengkaji kebutuhan medis, kebutuhan sosial, kebutuhan keperawatan, dan kebutuhan rehabilitasi klien untuk menetapkan apakah klien memenuhi syarat atau layak untuk menerima pelayanan.

Kriteria persyaratan ditentukan, baik oleh tipe program maupun oleh tanggungan asuransi. Jika klien ternyata memenuhi syarat untuk program yang dirujuk, perencana perawatan-di-rumah harus memulai pengkajian dan harus menggabungkan hal-hal berikut ini untuk mencapai kontinuitas perawatan dan hasil yang positif:

- Tinjauan Ulang Catatan Rumah sakit, memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi diagnosis primer dan Sekunder, riwayat medis klien, nilai-nilai laboratorium terkait, program pengobatan, penyuluhan yang diberikan, peralatan yang dibutuhkan, dan modalitas terapi.
- Wawancara dengan Klien/Keluarga, Saatnya untuk mendiskusikan aspek sosial dan lingkungan perawatan klien di rumah. Selama wawancara, perawat diharapkan mampu mengevaluasi keadekuatan sistem pendukung klien, dinamika keluarga, pemahaman mereka

tentang penyakit, dan kemampuan mereka dalam mempelajari dan melaksanakan perawatan atau terapi yang dibutuhkan.

Bagian yang penting dalam wawancara adalah membahas tujuan program. Klien harus diberi kesempatan untuk mengemukakan harapan tentang transisinya ke rumah dan tujuan sasaran program. Perencana juga harus membahas sifat program dan pentingnya partisipasi klien dalam perencanaan asuhan. Klien harus setuju bahwa program tersebut dapat memenuhi kebutuhannya secara efektif.

Pengkajian Fisik. Pengkajian fisik merupakan langkah kunci dalam proses pengkajian. Pengkajian fisik ini menetapkan data dasar, yang berkaitan dengan tinjauan catatan rumah sakit dan wawancara klien, untuk mempertahankan kontinuitas asuhan. Konferensi Kasus Setelah melengkapi pengkajian, perencana perawatan di-rumah harus berkolaborasi dengan dokter, perencana pemulangan, atau pekerja sosial untuk mengembangkan rencana perawatan. Kontinuitas perawatan bergantung pada komunikasi di antara semua staf yang terlibat didalamnya.

Rujukan di Komunitas

Proses rujukan mencakup hal-hal berikut:

- Demografik terkait dan informasi asuransi diperoleh dari sumber rujukan.
- Diagnosis dan riwayat medis klien diperoleh melalui diskusi dengan dokter. Dokter harus memberi program secara verbal tentang obat, diet, aktivitas, dan terapi.
- Dokter dan perawat membahas sasaran program dan hasil yang dicapai. Dokter harus setuju bahwa kebutuhan klien dapat dipenuhi dengan aman di rumah. Konfirmasi tertulis program dokter dapat dikirim melalui surat.
- Kontak dengan klien dan keluarga dimulai untuk menguraikan program perawatan-di-rumah dan pelayanan yang akan diberikan serta untuk mendapatkan persetujuan verbal tentang pelayanan. Informasi keuangan dari tanggungan asuransi harus diuraikan.
- Klien didaftarkan untuk mengikuti program setelah melakukan pengkajian pada saat kunjungan rumah. Pada kesempatan ini, format pendaftaran dan persetujuan ditandatangani klien.

Rujukan berasal dari rumah sakit atau dibuat saat klien di komunitas dan keputusan untuk menerima klien dalam program perawatan-di-rumah disusun berdasarkan kasus per kasus melalui kolaborasi dengan perawat, dokter, perencana pemulangan, dan anggota tim kesehatan yang lain.

Rencana Pulang

Evaluasi di Rumah

Alat pengkajian memberi informasi tentang tipe struktur tempat tinggal klien. Perawat yang melengkapi formulir tersebut harus menetapkan apakah tempat tinggal klien merupakan rumah pribadi atau rumah yang ditinggali bersama. Informasi mengenai jalan masuk ke rumah harus jelas. Misalnya, apakah terdapat bel listnik? Apakah memerlukan sebuah kunci? Apakah terdapat pintu masuk yang terbuka? Apakah klien harus menaiki tangga, atau apakah tempat tinggal

merupakan bangunan bertingkat? Jika terdapat tangga, jumlah tangga sebaiknya didokumentasikan, karena semua itu akan terhadap proses perawatan klien selanjutnya.

Tinjauan Ulang Klien Rujukan Instrumen

Instrumen Tinjauan Ulang Klien (Patient Review Instrument / PRI) dan skrining. PRI mengkaji kondisi medis dan kapabilitas klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang mendasar seperti makan, pindah posisi, toileting, dan mobilisasi. Tingkat keparahan masing-masing gangguan tersebut terhadap setiap pola kapabilitas dan pola perilaku dalam melakukan ADL ditetapkan berdasarkan kriteria yang didefinisikan secara khusus dalam pengkajian. Bagian kedua pengkajian, yakni "Skrining," mempunyai dua tujuan. Pertama, mengkaji kemungkinan klien mengalami penyakit mental, retardasi mental, atau ketidakmampuan untuk berkembang. Tujuan yang kedua adalah mengevaluasi kemungkinan bagi klien untuk dirawat dalam lingkungan komunitas.

15. Home Health Care Provider (HCCP) / Pemberi Perawatan Kesehatan di Rumah

Ada tiga cara utama pemberian pelayanan perawatan kesehatan di rumah:

1. Lembaga Kesehatan di Rumah Bersertifikat (CHHA)

Dasar pemikiran CHHA adalah untuk memberikan kesempatan bagi individu yang mengalami penyakit akut untuk menerima perawatan terampil yang dibutuhkan di rumah mereka sendiri. CHHA memenuhi kebutuhan individu dengan memberi berbagai jenis pelayanan, termasuk pelayanan keperawatan terampil, terapi wicara, terapi fisik dan terapi okupasi, pelayanan sosial medis, asisten perawatan kesehatan di rumah (HHA), konseling nutrisi, transportasi, peralatan, dan terapi pernapasan. Selain itu, CHHA memiliki program khusus, seperti pelayanan kesehatan mental, pelayanan pediatrik, program untuk anak dan ibu, dan program AIDS, terdapat juga pelayanan berteknologi tinggi seperti terapi intravena, kemoterapi-di-rumah, dan penatalaksanaan nyeri. CHHA juga dikenal sebagai program jangka-pendek karena pelayanan yang diberikan biasanya singkat.

2. Program Perawatan Kesehatan di-Rumah Jangka Panjang (LTHHCP)

Program Perawatan Kesehatan-di-Rumah Jangka-Panjang atau "rumah perawatan tanpa dinding," dibentuk untuk memenuhi kebutuhan individu yang menderita penyakit kronis di rumah. Program Perawatan Kesehatan di-Rumah Jangka Panjang adalah suatu program yang memberikan pelayanan sosial dan kesehatan kepada masyarakat yang membutuhkan perawatan kesehatan-di-rumah dalam waktu yang lama. Biaya pelayanan kesehatan klien tidak boleh lebih dari 75% dan biaya rata-rata perawatan institusional jangka panjang di wilayah setempat. Program Perawatan Kesehatan-di-Rumah Jangka-Panjang memberikan pelayanan keperawatan terampil minimal dua minggu sekali, meliputi terapi fisik, okupasi, dan wicara, pelayanan sosial medis, dukungan nutrisi serta pelayanan perawatan personal.

3. Lembaga Berlisensi

Lembaga perawatan-di-rumah berlisensi menawarkan berbagai pelayanan yang mencerminkan pelayanan yang diberikan oleh CHHA. Kriteria pendaftaran, pembagian pelayanan terampil, dan proses rujukan pada hakikatnya sama. Namun, ada juga perbedaan yang nyata. Lembaga

berlisensi bukan merupakan lembaga Medicare bersertifikat. Lembaga berlisensi dapat memiliki komponen pelayanan profesional yang menyediakan pelayanan terampil yang diberikan CHHA. Lembaga ini juga dapat meniru banyak program khusus CHHA. Bagian perawatan terbesar yang diberikan berasal dari pelayanan perawatan personal. Lembaga berlisensi menyediakan pelayanan profesional, termasuk pengaturan rumah, ibu rumah tangga, pegawai perawatan personal (Personal Care Workers /PCW), dan perawatan seperti yang diberikan HHA.

4. Pendaftaran untuk Mengikuti Sistem Perawatan-di Rumah

Kriteria Pendaftaran Perawatan di Rumah

Di suatu lembaga bersertifikat, terdapat beberapa kualitas kriteria yang menentukan apakah klien cocok untuk menerima pelayanan perawatan di rumah. Kriteria penerimaan yang unik di setiap lembaga dan setiap manual kebijakan lembaga menentukan kriteria yang spesifik. Kriteria yang umum digunakan adalah:

- Homebound, yaitu Klien harus berada di rumahnya sendiri (homebound). Klien sebaiknya berada di luar rumah dalam waktu yang singkat, tidak sering, dan berhubungan dengan keperluan medis.
- Kebutuhan akan Pelayanan Terampil, Perawat harus menetapkan jenis pelayanan yang memenuhi kualifikasi kebutuhan klien. Kebutuhan klien harus didasarkan pada diagnosis dan kondisi klien. Klien membutuhkan minimal satu pelayanan terampil yang disediakan oleh lembaga penyelenggara perawatan-di-rumah.

Pelayanan profesional yang terampil membutuhkan pelatihan dan keahlian profesi masing-masing sehingga pelayanan yang diberikan aman dan efektif.

Contoh keperawatan terampil meliputi:

- Observasi dan pengkajian
- Penyuluhan klien
- Administrasi medikasi
- Perawatan ostomi baru
- Perawatan rehabilitasi
- Pungsi vena
- Terapi dan evaluasi psikiatrik

Terapi fisik terampil dapat mencakup:

- o Pengkajian
- o Latihan terapeutik
- o Pelatihan cara berjalan
- o Rentang pergerakan sendi (Range of Motion /ROM)
- o Hot packs
- o Mandi parafin
- o Berendam untuk klien yang mengalami komplikasi

Terapi wicara yang terampil mencakup:

- o Pengkajian
- o Bicara dan produksi suara
- o Perbaiki aktivitas sehari-hari yang komunikatif

- o Bantuan afasia
- o Terapi disfasia

Rencana Penanganan.

Klien harus berada di bawah penanganan seorang dokter yang bersedia mempersiapkan program pengobatan. Perawat dan dokter bekerja sama dengan klien, mengembangkan suatu rencana perawatan yang berhubungan dengan diagnosis primer klien dan kebutuhan perawatan kesehatan yang prioritas. Rencana keperawatan meliputi semua diagnosis, pelayanan, dan peralatan yang dibutuhkan klien. Rencana perawatan juga mencakup pengobatan dan terapi, aktivitas klien yang diperbolehkan, frekuensi kunjungan, tindakan keamanan untuk melindungi klien dan cedera, sasaran perawatan yang spesifik dan dapat diukur, potensial rehabilitasi, dan rencana pulang. Penerimaan klien untuk mengikuti program perawatan-di-rumah didasarkan pada suatu harapan yang masuk akal bahwa kebutuhan klien dapat dipenuhi oleh lembaga di lingkungan tempat tinggalnya. Saat pertama kali perawat melakukan kunjungan untuk memulai pengkajian, ia bertanggung jawab untuk menentukan mampu/tidaknya staf perawatan di lingkungan rumah merawat klien dengan aman dan adekuat.

3. PENATALAKSANAAN WAKTU

Penetapan Frekwensi Kunjungan.

Frekuensi kunjungan ditetapkan lebih banyak dalam minggu- minggu awal dan menurun seiring dengan peningkatan keterampilan pemberi perawatan atau klien dalam menangani kondisi kliennya. Perubahan jumlah kunjungan ini disebut penurunan (tapering). Sebagai contoh, jadwal berikut mengilustrasikan penurunan: kunjungan harian selama seminggu, tiga kali seminggu (TKS) selama tiga minggu, dua kali seminggu (DKS) dan satu kali seminggu (SKS) selama seminggu. Frekwensi kunjungan dapat juga ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klien.

Waktu yang Diluangkan Klien Saat Kunjungan dan Prioritas Kebutuhan

Waktu yang diluangkan selama kunjungan ditetapkan berdasarkan prioritas kebutuhan yang ditemukan. Untuk itu, diharapkan perawat memiliki kemampuan komunikasi yang terampil. Sikap perawat saat berkomunikasi dengan klien atau keluarga juga mempengaruhi durasi kunjungan. Perawat sebaiknya menyampaikan lama kunjungan pada klien. Dengan demikian, klien diberi kesempatan untuk memikirkan dan memastikan, mereka mengungkapkan masalahnya yang terpenting. Perawat dapat mengusulkan kepada klien untuk menuliskan setiap pertanyaan yang muncul di setiap kunjungan. Perawat juga harus mengetahui kapan pertanyaan terbuka dan pertanyaan tertutup diajukan. Pertanyaan tertutup sangat tepat digunakan untuk memperoleh informasi dengan cepat.

4. Hak Legal Klien dan Kerahasiaan

- Hak dan Tanggung Jawab Klien
- Hak klien yang dilindungi oleh hukum meliputi beberapa hal berikut ini :
- Klien berhak atas perawatan yang lengkap, dilakukan dengan kompeten, dan memiliki kualitas tertinggi. Klien harus mendapat respons yang cepat saat membutuhkan bantuan.
- Klien harus diperlakukan sama dan tanpa membedakan ras, keyakinan, jenis kelamin, umur, suku, kebangsaan, ketidakmampuan, atau sumber asuransi.
- Klien memiliki hak untuk mengetahui masalah, rencana perawatan, dan pengobatannya.
- Klien memiliki hak supaya property/perabotan-nya di rumah diperlakukan dengan hormat.

- Klien memiliki hak supaya informasi medisnya dirahasiakan.
- Klien memiliki hak untuk mengungkapkan duka cita atau keberatan tanpa suatu rasa takut bahwa ia akan dibalas.
- Klien berhak mendapat informasi dari perawat jika ia akan dipulangkan.
- Klien berhak untuk memformulasikan dokumen tertulis (advance directive)

Tanggung jawab yang klien miliki dikomunikasikan oleh perawat pada saat kunjungan pertama.

Tanggung jawab ini meliputi:

- Memberi tahu perawat atau dokter jika klien mengalami perubahan status fungsi, sosial atau fisik
- Memberi tahu perawat atau dokter jika terdapat masalah atau perubahan yang akan mempengaruhi rencana perawatan
- Bekerja sama seluas mungkin dengan perawat pelaksana perawatan di rumah, ahli terapi, asisten, dan pemberi perawatan yang lain.
- Mengikuti rencana perawatan yang disusun berdasarkan pemahaman, perselubungan, dan kerja samanya sendiri.

Kerahasiaan Klien.

- Ada beberapa langkah yang sangat mendasar yang harus diikuti perawat dalam melindungi kerahasiaan klien, diantaranya:
- Perawat tidak boleh meninggalkan catatan medis klien sembarangan, seperti di dalam mobil atau di dalam tas.
- Perawat tidak boleh menulis catatan klinis di tempat umum yang memungkinkan orang lain memperoleh akses untuk mendapatkan informasi medis klien.
- Jika seorang perawat menggunakan pelayanan pengetikan untuk mengetik catatan diktatnya, identitas klien harus dihapus. Gunakan inisial klien atau nomor registrasi untuk mengidentifikasi klien.

Selalu lindungi catatan klinis dan akses yang tidak memiliki wewenang, misalnya dengan menutup catatan klinis atau membalik catatan saat meninggalkan ruangan atau meja tulis seseorang untuk sementara.

Kerahasiaan didalam Rumah Klien.

Pada perawatan di rumah, anggota keluarga sangat sering dilibatkan dengan perawatan klien. Terkadang, klien mungkin membagi informasi dengan perawat, sedangkan anggota keluarga tidak diberitahu. Perawat, sebagai advokat klien, harus melindungi dan menghormati hak klien untuk merahasiakannya. Akibatnya, perawat tidak boleh secara terbuka membagi rahasia pribadi klien dengan anggota keluarga tanpa diketahui atau tanpa persetujuan klien. Hal ini khususnya berlaku pada kerahasiaan kasus HIV, atau diskusi tentang faktor gaya hidup, seperti perilaku seksual, penggunaan obat-obatan intravena. Kerahasiaan adalah isu yang sangat penting dalam peninjauan terhadap kunjungan rumah. Perawat tidak boleh membahas klien di luar lingkungan rumah, dan harus membatasi diskusi dengan anggota keluarga di lokasi yang sepi.

5. Tindakan Pencegahan Universal dari Penularan Penyakit

Karena prevalensi penyakit infeksi terus meningkat, perawat harus memiliki pengetahuan tentang cara yang dibutuhkan untuk melindungi dirinya dan pemberi perawatan-di-rumah.

- Mencuci Tangan ; Mencuci tangan ditetapkan sebagai metode yang paling efektif untuk mencegah penyebaran penyakit.
- Instrument ; Sedapat mungkin, gunakan peralatan milik klien. Instrumen, seperti gunting dan jepitan dan tas keperawatan harus dibersihkan dengan saksama setelah dipakai.
- Peralatan untuk Proteksi. Saat memberikan resusitasi mulut-ke-mulut, sedapat mungkin gunakan pelindung wajah sekali pakai. Pelindung wajah dapat disediakan oleh lembaga penyelenggara perawatan kesehatan-di-rumah. Namun, kantong resusitasi yang dilengkapi dengan katup satu-arah adalah peralatan kedaruratan jenis lain yang digunakan untuk tujuan proteksi yang dapat disediakan perawat di dalam tasnya. Umumnya, katup dan filter harus dibuang setiap kali selesai digunakan pada klien.
- Linen/Alat Tenun ; Linen yang terkontaminasi harus dijaga supaya tidak bersentuhan dengan linen yang bersih dan pakaian lain atau dengan permukaan benda-benda lain. Linen harus diganti setiap hari dan sesering mungkin atau sesuai kebutuhan.
- Alat-alat Tajam ; Pada beberapa kasus, klien membeli dan menyediakan sendiri di rumah, wadah alat-alat tajam anti bocor yang akan dipakai sebagai tempat pembuangan jarum, spuit, dan alat-alat tajam lain yang sekali pakai, seperti lanset dan silet. Alat-alat ini harus dibuang segera setelah digunakan.
- Tumpahan Darah atau Cairan Tubuh ; Tumpahan darah atau bahan lain yang memiliki potensi untuk terinfeksi harus dibersihkan segera dengan menggunakan larutan pemutih dengan perbandingan 1:10. Area yang terkena harus dibersihkan dengan saksama. Tumpahan yang mengenai kulit harus segera dibersihkan dengan sabun cair dan air yang mengalir.
- Pembuangan sampah Infeksius ; Sarung tangan sekali pakai harus dikenakan saat membuang sampah. Tangan harus dicuci segera setelah memegang sampah.
- Tindakan pencegahan lain. ; Lebih baik menggunakan sabun cair daripada menggunakan sabun batangan untuk mandi klien. Klien dan keluarga/pemberi perawatan harus diinstruksikan untuk mengganti handuk dan pakaian setiap hari.

6. Peran Perawat

Perawat adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dan proses lahirnya penyelenggaraan perawatan kesehatan di rumah dan keberhasilan proses tersebut. Perawat mengkaji kebutuhan klien di rumah dan mengintegrasikan klien serta sistem pendukungnya ke dalam rencana perawatan. Pengomunikasian temuan hasil kunjungan rumah meningkatkan proses perawatan di-rumah dan meningkatkan kemampuan semua anggota tim dalam menyusuri rencana yang efektif untuk dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan yang dapat diberikan secara keseluruhan mencakup terapi medis, terapi keperawatan, terapi fisik, terapi wicara, dan terapi okupasi, pekerja sosial, nutrisi, asisten keperawatan-di-rumah, laboratorium, suplai medis, dan peralatan medis yang tahan lama. Pendekatan kolaboratif perawatan kesehatan ini menjamin penanganan klien secara holistik/keseluruhan.

- Dokumentasi.

Dokumentasi yang jelas dan komprehensif pada pengkajian awal perawat dan rencana perawatan, diperlukan untuk memformulasikan tujuan dan kerangka waktu yang realistis. Kunjungan ulang pada klien akan memfokuskan pada masalah yang teridentifikasi sejak awal, penyuluhan yang dibutuhkan, dan beberapa perubahan signifikan yang muncul selama kunjungan keperawatan. Semua dokumentasi perawat harus menginformasikan tentang tindakan klinis klien dan respons Klien terhadap rencana perawatan dan program medis. Faktor ini akan menetapkan frekuensi kunjungan keperawatan yang sesuai dengan durasinya.

7. Kunjungan pertama

Persiapan Untuk Kunjungan Pertama.

Sebelum bertemu klien, penting untuk membawa semua formulir pengkajian awal yang harus diisi atau dilengkapi. Tipe format-format ini diperlukan di pelbagai lembaga. Format kunjungan awal tambahan harus selalu tersedia bila terjadi kesalahan dalam penulisannya. Kunjungan awal adalah pertemuan antara perawat dan klien pertama kali. Klien mungkin telah mengikuti program sebelumnya, tetapi jika klien kembali menjalani

perawatan di rumah sakit untuk beberapa waktu tertentu maka diperlukan rujukan yang baru. Saat Anda bertemu klien, kenalkan diri Anda dan lembaga yang Anda wakili. Hal yang penting adalah mengetahui siapa yang membuka pintu dan siapa yang berada di rumah. Cara ini membantu Anda untuk mengetahui bagaimana keterlibatan individu pada saat kunjungan dan keterlibatannya di dalam rencana perawatan, termasuk privasi dan kerahasiaan klien.

Pelaksanaan Kunjungan.

Pada kunjungan pertama, perawat melakukan pengkajian fisik secara lengkap dan menggali riwayat klien secara rinci. Pemeriksaan fisik biasanya dilakukan di ruang tidur klien. Praktik pengontrolan infeksi diterapkan setiap saat. Tanyakan pada klien tempat yang dapat Anda gunakan untuk meletakkan tas keperawatan dan tempatkan tas tersebut di atas sebuah alas. Tanyakan pada klien tempat mencuci tangan dan gunakan sabun serta lap kertas yang Anda miliki. Keluarkan semua peralatan yang dibutuhkan dalam kunjungan tersebut dan letakkan di atas alas yang telah disiapkan. Pada pengkajian fisik, kaji setiap sistem tubuh dan bagaimana setiap sistem tersebut mempengaruhi kondisi klien.

8. Pengkajian fisik.

Walaupun keterampilan pengkajian fisik yang baik sangat dibutuhkan dalam menetapkan diagnosis, namun hal ini tidak dilakukan tanpa pengkajian riwayat klien yang teliti. Perawat perlu menanyakan masalah atau kekhawatiran utama yang klien alami saat ini. Hal ini mungkin tidak berhubungan dengan diagnosis. Dengan mengetahui masalah utama klien, anda dapat berfokus untuk mempersiapkan keterampilan yang diperlukan dalam melakukan pengkajian. Pengkajian fisik meliputi beberapa pemeriksaan:

- Penampilan umum
- Tanda Vital
- Jantung
- System saraf
- Status mental dan wicara
- Penglihatan
- Pendengaran
- System peredaran darah perifer
- Kulit
- System Muskuloskeletal
- Eliminasi
- System pencernaan dan nutrisi

9. Kunjungan ulang

Kunjungan ulang ini merupakan tindak lanjut kunjungan pertama atau tindak lanjut kunjungan ulang yang lain. Kunjungan ulang dilakukan oleh perawat yang mengoordinasi atau menangani kasus tersebut, tetapi terkadang kunjungan ulang dilakukan oleh perawat lepas yang kebetulan diminta untuk menangani klien pada kunjungan tersebut. Bagian ini berfokus pada hal-hal yang berkenaan dengan kunjungan ulang tersebut dan contoh catatan kunjungan yang termasuk ke dalam dokumentasi yang benar.

Penggunaan Temuan Pada Kunjungan Pertama

Sebelum mempersiapkan kunjungan ulang, perawat harus memahami format pengkajian pertama yang telah dilengkapi. Format ini membantu perawat untuk mengetahui riwayat klien, tanda-tanda vital, dan data lain yang bermakna. Format ini juga mengarahkan perawat dalam merencanakan pencapaian tujuan.

Pelaksanaan Kunjungan Ulang.

Perawat yang telah bertemu klien sebelumnya, juga akan merasa lebih nyaman karena ia telah mengenal baik klien dan lingkungannya. Selama kunjungan pertama, perawat telah mampu menggali riwayat klien dan melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap. Perawat telah mampu memeriksa setiap sistem, memperoleh tanda vital dasar, dan mencatat kelainan yang ditemukan pada klien. Fokus kunjungan ulang ialah mengkaji cara klien berespons terhadap terapi, cara klien berfungsi di rumah, dan apakah tujuan perawatan yang direncanakan pada kunjungan pertama realistis dan dapat dicapai.

10. Penghentian Perawatan di Rumah

Penghentian pelayanan perawatan-di-rumah sangat berbeda dalam beberapa hal. Walaupun terdapat aspek tertentu yang berhubungan dengan penghentian perawatan yang fundamental terhadap proses penghentian itu sendiri, tanpa memperhatikan lingkungan perawatan klien. Perencanaan Penghentian Perawatan. Rencana penghentian perawatan harus dilakukan melalui diskusi dengan klien dan keluarga. Ajukan pertanyaan dan perhatikan ide mereka dalam melakukan perawatan, hasil akhir perawatan yang diharapkan, dan akan atau telah terjadi sesuatu yang merintangai partisipasi mereka, memungkinkan perawat menyusun rencana perawatan yang dapat diterima dan mengunturangkan kedua belah pihak

- Kriteria Penghentian Perawatan.

Secara ideal, perawatan klien dihentikan saat tujuan atau hasil akhir perawatan dicapai. Ada saat perawatan klien-di-rumah dihentikan jika tujuan atau hasil akhir tersebut tidak tercapai. Beberapa alasan dapat melatarbelakangi hal ini, alasan yang tidak berhubungan dengan kemampuan perawat dalam mengembangkan atau mengimplementasikan rencana perawatan. Misalnya, klien menolak perawatan atau pindah ke lokasi lain, atau dokter yang menangani klien tidak setuju kalau pelayanan perawatan dirumah klien dilanjutkan.

- Klien yang Stabil Secara Medis

Kestabilan kondisi medis klien merupakan alasan yang sangat sering muncul dalam penghentian perawatan klien-di-rumah dan merupakan hasil akhir yang diharapkan dan diinginkan untuk semua klien. Sebagai hasil akhir yang diharapkan, hal ini berarti bahwa jika klien stabil dan tidak membutuhkan asuhan keperawatan lebih jauh maka alasan penghentian perawatan tidak perlu dipertanyakan lagi.

- Keluarga Klien dapat Melakukan Perawatan

Kriteria ini dapat merupakan alasan dan sekaligus solusi yang mungkin supaya perawatan klien-di-rumah dihentikan. Seorang klien mungkin tidak mampu melakukan seluruh perawatannya di rumah. Keluarga mungkin memutuskan untuk berpartisipasi dalam perawatan sehingga klien dapat tetap tinggal di rumah. Perawat kemudian akan mengajar anggota keluarga atau orang terdekat lain untuk membantu memenuhi kebutuhan klien. Perawatan dapat dihentikan jika keluarga klien atau orang terdekat lainnya dapat melakukan perawatan klien.

- Klien tidak Bersedia untuk Berpartisipasi dalam Rencana Perawatan

Hal ini dapat diketahui melalui beberapa bentuk penolakan yang aktif, seperti klien secara terbuka menyatakan tidak ingri mempelajari atau melakukan tindakan tertentu. Penolakan ini juga dapat dinyatakan secara pasif, seperti klien mengatakan setuju dengan rencana perawatan yang ditetapkan, tetapi tidak mengikuti terapi yang telah direncanakan, lupa meminum obatnya, atau tidak mau terlibat dalam penyusunan rencana perawatan medis. Perawat tidak perlu frustrasi karena klien tidak bersedia berpartisipasi dalam perawatannya. Akan tetapi, hal ini harus menjadi alasan dasar penghentian perawatan. Kegagalan untuk menggali alasan partisipasi klien dan kegagalan dalam menerapkan metode pengganti dalam memotivasi kerja sama klien, dapat dianggap sebagai kelalaian perawat. Jika semua usaha untuk membuat klien terlibat tidak berhasil, perawat harus mengomunikasikan pada klien tentang kemungkinan penghentian perawatan. Klien harus diberitahu tentang konsekuensi terhadap kesehatannya bila perawatannya tidak adekuat. Perawat juga harus menawarkan bantuan kepada klien jika klien menginginkan perawat untuk mengatur penghentian perawatan klien di-rumah.

- Alasan Penghentian Perawatan yang Lain

Contoh alasan di atas meliputi: klien tidak stabil (dirawat), klien menolak pelayanan lebih lanjut, klien pindah ke tingkat perawatan lain (panti jompo/hospice care/pusat rehabilitasi), klien pindah (tidak dapat ditemukan), dokter tidak mau menandatangani surat persetujuan, atau klien meninggal. Seperti yang telah dicatat sebelumnya, lembaga penyelenggara perawatan di-rumah memiliki kebijakan dan prosedur yang berbeda-beda sehubungan dengan alasan penghentian perawatan klien atau pemindahan posisi klien pada saat penghentian tersebut. Perawat harus mengetahui masalah khusus dalam lembaga penyelenggara perawatan-di-rumah tempat ia bekerja.

- Pendokumentasian Penghentian Perawatan

Setelah perawatan klien dihentikan, perawatan tidaklah lengkap sebelum pendokumentasian yang tepat selesai. Isi dokumentasi penghentian perawatan klien diperiksa oleh badan berwenang yang menilik penyelenggaraan perawatan di-rumah, juga oleh kebijakan serta prosedur lembaga penyelenggara perawatan-di-rumah yang khusus. Pada dasarnya, surat kerja terdiri dan ringkasan penghentian perawatan dan dokumentasi tujuan atau hasil akhir perawatan yang dicapai klien sebagai hasil klien mendapat perawatan-di-rumah.

11. Penyuluhan dan Pembelajaran Klien

Prioritas penyuluhan harus berfokus pada pengkajian klien sebagai individu yang sedang belajar, perencanaan dan pengimplementasian penyuluhan, cara untuk melakukan intervensi saat berbagai tipe masalah pembelajaran muncul, dan pengevaluasian keberhasilan klien dalam pembelajaran.

Penyuluhan dan Pembelajaran

Dalam merencanakan penyuluhan untuk klien di rumah, sangat penting untuk mempertimbangkan diagnosis klien yang terbaru, riwayat medis, obat yang sedang diminum klien saat ini, tingkat orientasi klien, dan dukungan keluarga. Akan tetapi, pertama-tama kita perlu menetapkan peran penyuluh dan individu yang belajar. Salah satu aspek yang paling penting dalam kunjungan keperawatan adalah menetapkan topik apa yang perlu disuluhkan dan dipelajari klien, klien, dan kebutuhan klien untuk mempelajari topik ini. Perawat perlu mengevaluasi klien dengan melakukan pengkajian mental dan pengkajian fisik secara keseluruhan, untuk melihat seberapa jauh klien mampu terlibat dalam perencanaan perawatan. Apabila perawat menilai bahwa tidak ada seorang pun yang mampu mempelajari prosedur atau teknik dalam perawatan klien, ia perlu melakukan kunjungan sampai semua kebutuhan klien akan perawatan yang terampil dipenuhi. Penyuluhan harus tetap mencakup klien dan anggota keluarga dalam setiap aspek perencanaan perawatan.

Lingkungan merupakan faktor lain yang sangat penting untuk keberhasilan penyuluhan. Klien perlu dilibatkan dalam memutuskan tempat terbaik untuk menyelenggarakan proses penyuluhan. Tempat yang terang dengan lantai yang bersih dan sebuah meja sebagai tempat untuk meletakkan bahan yang akan didemonstrasikan, akan sangat membantu proses pembelajaran. Keterampilan khusus, seperti perawatan luka, pemberian insulin, dan penyuluhan tentang medikasi, menuntut lingkungan yang menawarkan kenyamanan bagi klien dan perawat sehingga mereka dapat bekerja sama dengan baik.

Kolaborasi antara Perawat dengan Klien.

Apabila proses kolaborasi berlangsung dengan baik, baik bagi klien maupun bagi perawat pada kunjungan pertama, kemungkinan penyuluhan dan proses pembelajaran dapat dicapai. Akan sangat membantu jika anggota keluarga dilibatkan, yakni jika mereka memiliki komitmen untuk terlibat dalam perawatan kesehatan klien. Sementara itu, Anda juga perlu memberi tahu bahwa kadang-kadang jadwal keluarga atau pekerjaan menghambat keikutsertaan mereka dalam perawatan klien. Penggunaan alat tulis merupakan salah satu cara untuk berkomunikasi dengan anggota keluarga yang mempunyai komitmen untuk turut berpartisipasi, tetapi tidak dapat hadir selama pelaksanaan kunjungan rumah. Kunjungan rumah yang pertama memungkinkan perawat untuk melakukan pengkajian keluarga sambil mulai mengoordinasi penyuluhan klien. Evaluasi dinamika keluarga, ketersediaan sumber di komunitas dan di rumah, dan kebutuhan penyuluhan di antara anggota keluarga sangat penting untuk mencapai keberhasilan penyuluhan di rumah.

Penetapan Tujuan dalam Penyuluhan Klien

Setelah kunjungan pertama, perawat, klien, dan setiap anggota keluarga yang terlibat harus menyetujui tujuan pembelajaran yang ditetapkan disertai dengan langkah yang dapat dicapai dan dapat diukur (sasaran perilaku) pada kunjungan rumah berikutnya. Apabila klien, perawat, dan keluarga tidak menyetujuinya dibutuhkan diskusi tambahan yang diselenggarakan oleh perawat untuk mengklarifikasi harapan dan fokus pada tujuan. Negosiasi dengan semua orang yang terlibat (perawat, klien, dan keluarga) sangat penting dalam upaya untuk mencapai tujuan.

Penetapan Tujuan dalam Penyuluhan dan Pembelajaran

Pada akhir kunjungan pertama, perawat, klien, dan anggota keluarga harus mencapai kesepakatan tentang tujuan pembelajaran dan tujuan yang disertai langkah yang dapat dicapai secara spesifik dan dapat diukur pada kunjungan rumah berikutnya. Sering kali kontrak pembelajaran dipersiapkan oleh perawat dan klien, yakni berupa kontrak tertulis yang berisi langkah spesifik untuk mencapai tujuan. Walaupun kontrak pembelajaran tidak perlu ditulis, sering kali formulir tertulis sangat membantu untuk mengidentifikasi tujuan spesifik dan pencapaian tujuan. Kerangka waktu yang spesifik untuk pencapaian tujuan juga dapat ditulis sehingga terbentuk suatu kesadaran kapan tujuan akan dicapai.

tersebut harus dirinci. Perawat dan klien harus membuat suatu kesepakatan tentang tanggal target pencapaian sasaran dan tujuan perawatan. Setiap intervensi khusus yang harus dicapai perawat dan klien, harus dituliskan secara garis besar di dalam kontrak. Perawat dan klien harus menandatangani kontrak pembelajaran kemudian menyiapkan suatu media supaya perawat dan klien dapat merencanakan setiap kunjungan, dapat mengkaji langkah untuk mencapai tujuan, dan dapat mengevaluasi kemajuan upaya pencapaian tujuan tersebut. Kontrak tersebut berfokus pada setiap kunjungan dan disertai langkah yang dapat diukur untuk mencapai tujuan akhir perawatan. Langkah terakhir ialah mengidentifikasi kerangka waktu yang realistis dalam mencapai tujuan.

F. Evaluasi dan Umpan Balik

Evaluasi

1. Setiap Mahasiswa diharapkan mampu melakukan pengelolaan pasien yang akan dirawat dengan pelayanan home care
2. Mahasiswa melakukan role play menerapkan proses komunikasi efektif dan terapeutik pada pasien home care

Umpan Balik

1. Materi yang diajarkan telah dikuasai oleh siswa
2. Mahasiswa mampu menilai kemajuan belajar sendiri
3. Mahasiswa mampu belajar berkelompok (klasikal) maupun perorangan mengenai kemampuan bagaimana melakukan pelayanan home care
4. Memberikan suatu keahlian atau keterampilan tertentu pada semua mahasiswa tentang manajemen home care.