

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep keperawatan professional

1. Pengertian Perawat

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Kusnanto, 2003).

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Kusnanto (2003), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Sedangkan perawat menurut Wardhono (1998) adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan professional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran serta fungsinya.

a. Peran utama perawat professional

Peran utama perawat professional adalah memberikan asuhan keperawatan kepada manusia (sebagai objek utama kajian filsafat ilmu keperawatan: ontologism) yang meliputi (Nursalam, 2008) :

- 1) Memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan dan kebutuhan klien.
- 2) Perawat menggunakan proses keperawatan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan, mulai dari pemeriksaan fisik, psikis dan spiritual. Memberikan asuhan keperawatan kepada klien (klien, keluarga, dan masyarakat) mulai dari yang sederhana sampai yang kompleks. Pelayanan yang diberikan oleh perawat harus dapat mengatasi masalah-masalah fisik, psikis dan social spiritual pada klien dengan fokus utama merubah perilaku klien (pengetahuan, sikap dan ketrampilannya) dalam mengatasi masalah kesehatan sehingga klien dapat mandiri (Nursalam, 2008).

b. Proses keperawatan

Model ilmu keperawatan dari adaptasi Roy memberikan pedoman kepada perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi dan evaluasi (Nursalam, 2008).

1. Pengkajian

Pengkajian pertama meliputi pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai suatu system adaptif yang berhubungan dengan masing-masing model adaptasi: adaptasi, fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Oleh karena itu, pengkajian pertama diartikan sebagai pengkajian perilaku, yaitu pengkajian klien terhadap masingmasing model adaptasi secara sistematis dan holistic.

Pelaksanaan pengkajian dan pencatatan pada empat model adaptif akan memberikan gambaran keadaan klien kepada tim kesehatan yang lain.

2. Perumusan diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah respons individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun dari luar. Sifat diagnosis keperawatan adalah berorientasi pada kebutuhan dasar manusia, menggambarkan respons individu terhadap proses kondisi dan situasi sakit dan berubah bila respons individu juga berubah.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Pelaksanaannya juga ditujukan kepada kemampuan klien dalam menggunakan coping secara luas, supaya stimulasi secara keseluruhan dapat terjadi pada klien. Tujuan intervensi keperawatan adalah mencapai kondisi yang optimal dengan menggunakan coping yang konstruktif. Tujuan jangka panjang harus dapat menggambarkan penyelesaian masalah adaptif dan ketersediaan energi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Tujuan jangka pendek mengidentifikasi harapan perilaku klien setelah manipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual.

4. Evaluasi

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan

keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari criteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu.

B. Caring

1. Pengertian

Caring secara umum dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdediksi bagi orang lain, pengawasan dengan waspada, perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi. Dalam keperawatan, *caring* merupakan bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan. Sedangkan Rubenfeld (1999), mendefinisikan *Caring* adalah memberikan asuhan, dukungan emosional pada klien, keluarga dan kerabatnya secara verbal maupun non verbal. Sedangkan menurut Jean Watson (2004) *Caring* merupakan komitmen moral untuk melindungi, mempertahankan dan meningkatkan martabat manusia.

Caring dapat mempengaruhi kehidupan seseorang dalam cara bermakna, dan memicu eksistensi yang lebih memuaskan. *Caring* merupakan suatu proses yang memberikan kesempatan pada seseorang, baik pemberi asuhan maupun penerima asuhan untuk pertumbuhan pribadi (Morrison & Burnard, 2009). Aspek utama *caring* menurut Morrison & Burnard meliputi pengetahuan, pengalaman, kesabaran, kejujuran, rasa percaya, kerendahan hati, harapan dan keberanian.

Watson dengan teori *of human care* mempertegas bahwa *caring* sebagai hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan

penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi klien sebagai manusia. Bentuk hubungan perawat dan klien adalah hubungan yang wajib dipertanggung jawabkan secara profesional (Tomey & Aligod, 2006).

Caring merupakan ilmu tentang manusia, bukan hanya sebagai perilaku namun merupakan suatu cara sehingga sesuatu menjadi berarti dan memberi motivasi untuk berbuat. Watson (dalam Tomey & Aligod, 2006) menyatakan *caring* tidak dapat diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui genetika, melainkan melalui profesi.

Caring merupakan sentral praktik keperawatan. Potter & Perry (2009) menjelaskan bahwa *caring* adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berfikir, merasa, dan mempunyai hubungan dengan sesama. Klien dan keluarga mengharapkan kualitas hubungan individu yang baik dari perawat. Percakapan yang terjadi antara klien dan perawat pada umumnya sangat singkat dan tidak menggambarkan adanya suatu hubungan.

Teori yang mendukung pernyataan bahwa *caring* merupakan sentral praktik keperawatan dan bukan merupakan sesuatu yang unik dalam praktik keperawatan adalah teori yang dikemukakan oleh Swanson. Swanson (1991, dalam Potter & Perry, 2009) mendefinisikan bahwa *caring* adalah suatu cara pemeliharaan hubungan dengan menghargai orang lain, disertai perasaan memiliki, dan tanggung jawab. Teori Swanson berguna dalam memberikan petunjuk bagaimana membangun strategi *caring* yang berguna dan efektif.

Caring merupakan hubungan pemberi layanan yang dapat bersifat terbuka maupun tertutup. Perawat dan klien masuk dalam suatu hubungan yang tidak hanya sekedar seseorang “melakukan tugas untuk” yang lainnya. Ada hubungan memberi dan menerima yang terbentuk sebagai awal dari saling mengenal dan peduli antara perawat dan klien (Banner 2004, dalam Potter & Perry, 2009).

2. Perilaku *caring*

Perilaku *caring* merupakan manifestasi perhatian kepada orang lain, berpusat pada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan. *Caring* mempunyai komitmen untuk mencegah terjadinya sesuatu yang buruk, memberi perhatian, menghormati kehidupan orang lain dan kehidupan manusia. *Caring* juga merupakan ungkapan cinta dan ikatan, otoritas dan keberadaan, selalu bersama, empati, pengetahuan, penghargaan dan menyenangkan (Dwidiyanti, 2007).

Pelaksanaan *caring* dalam praktik keperawatan menurut Larson (1994, dalam Watson 2004) terdiri atas 6 dimensi. Dimensi ini meliputi kesiapan dan kesediaan, kemampuan perawat dalam memberikan penjelasan dan memfasilitasi, kenyamanan, tindakan antisipasi, membina hubungan saling percaya, memonitor dan *follow up* kesehatan klien.

a. Kesiapan dan kesediaan

Tujuan dari sikap ini untuk menciptakan hubungan perawat dan klien yang terbuka saling menghargai perasaan dan pengalaman antar perawat, klien dan keluarga. Perawat harus mematuhi dan menerima

pikiran dan perasaan positif dan negatif yang berbeda pada situasi berbeda (Larson 1994, dalam Watson 2004).

Individu merupakan totalitas dari bagian-bagian yang memiliki harga diri di dalam dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dalam memenuhi kebutuhannya. Lingkungan yang memiliki sifat caring yang selalu bersedia untuk membantu klien dapat meningkatkan dan membangun potensi klien untuk membuat pilihan tindakan baik bagi dirinya (Davis, 2000).

Manifestasi perilaku perawat: memberi kesempatan pada klien untuk mengekspresikan perasaannya, perawat mengungkapkan penerimaannya terhadap klien, mendorong klien untuk mengungkapkan harapannya, menjadi pendengar yang aktif, menyatakan kesediaan untuk selalu membantu dalam mengatasi masalah klien. Sikap ini membutuhkan kesiapan mental dan fisik dari perawat. Tahap ini merupakan tahap pra-interaksi dalam membina hubungan terapeutik keperawatan yang harus dipersiapkan oleh perawat (Stuart & Laraia, 2005).

b. Penjelasan dan fasilitasi

Perawat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan secara sistematis. Pendekatan dan pemecahan masalah harus didasari dengan *explain* dan *fasilitation*. *Explain* dan *fasilitation* yaitu kemampuan perawat untuk memberikan penjelasan yang berkaitan

dengan perawatan klien, pengambilan keputusan dan pendidikan kesehatan bagi klien serta keluarga (Larson 1994 dalam Watson, 2004).

Upaya pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga akan lebih efektif jika dilakukan dengan hubungan interpersonal. Hubungan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan personal dapat memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien. Proses pembelajaran interpersonal dapat memotivasi klien untuk bertanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri (Watson, 2004).

Manifestasi perilaku *caring*: klien bertanggungjawab untuk belajar. Perawat bertanggungjawab mengajarkan klien dengan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pemberian pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan klien. Penjelasan keluhan dan tindakan yang dilakukan secara rasional dan ilmiah, meyakinkan klien tentang kesediaan perawat untuk memberikan informasi, melakukan proses keperawatan sesuai dengan masalah klien, memenuhi kebutuhan klien dan keluarga, membantu keputusan pemecahan masalah secara ilmiah dalam menyelenggarakan pelayanan berfokus pada klien, melindungi klien dari praktik yang merugikan, menjadi mediator antara klien dengan anggota kesehatan lainnya (Stuart & Laraia, 2005).

c. Kenyamanan

Perawat membantu klien mendapat kebutuhan dasar dengan *caring* dengan memperhatikan kenyamanan klien. Larson (1994 dalam Watson 2004) mengemukakan perawat harus mempunyai kemampuan *comfort*

dalam memenuhi kebutuhan dasar klien meliputi fisik, emosional, dengan penuh penghargaan. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar harus tercapai terlebih dahulu sebelum beralih ke tingkat selanjutnya. Kebutuhan klien yang paling mendasar adalah makan, minum, eliminasi. Kebutuhan klien tingkat tinggi adalah psikososial yaitu kemampuan aktifitas dan seksual. Kebutuhan aktualisasi tertinggi adalah kebutuhan intra dan interpersonal (Webster, 2001).⁹

Manifestasi perilaku *caring* perawat: bersedia membantu *kebutuhan activity daily living* (ADL) dengan tulus dan menyatukan perasaan bangga dapat menolong klien, menghargai dan menghormati *privacy* klien, menunjukkan pada klien bahwa klien orang yang pantas dihormati dan dihargai (Stuart & Laraia, 2005).

d. Tindakan antisipasi

Perawat harus memiliki sikap *anticipates* dalam perilaku *caring*. Pelaksanaan *caring* dalam dimensi ini adalah melakukan pencegahan dan mengantisipasi perubahan-perubahan yang tidak diinginkan dari kondisi klien. Perawat dapat menyiapkan sesuatu yang dibutuhkan bila hal itu terjadi (Larson 1994, dalam Watson 2004).

Perawat harus dapat belajar menghargai kesensitifan perasaan klien dan dirinya sendiri. Sensitif terhadap diri sendiri akan menjadikan lebih sensitif terhadap orang lain dan menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain, lebih empati dalam proses interpersonal perawat dan klien (Clark, 2003).

Manifestasi perilaku *caring* perawat: sikap empati, tenang dan sabar, menemani dan mendampingi klien, menempatkan dalam posisi klien, ikut merasakan dan prihatin terhadap ungkapan penderitaan yang diungkapkan oleh klien, memahami perilaku klien baik perilaku positif dan negatif dengan mengidentifikasi kebutuhan psikologis klien. Gangguan biologis dapat disebabkan oleh adanya gangguan psikologis dan biologis itu sendiri (Stuart & Laraia, 2005).

e. Membina hubungan saling percaya

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan harus dapat membina hubungan saling percaya dengan klien. Larson (1994, dalam Watson 2004) mengemukakan perilaku *caring* perawat harus mencerminkan *trusting relationship* yaitu kemampuan perawat membina hubungan interpersonal dengan klien, menunjukkan rasa tanggung jawab terhadap klien, dan selalu memahami klien sesuai kondisinya.

Perawat dalam membina hubungan interpersonal dengan klien harus memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati. Sikap ini merupakan hubungan saling menguntungkan dan sangat penting bagi terbentuknya *transcultural caring*. *transcultural caring* merupakan sikap antara perawat dan klien yang dapat meningkatkan penerimaan, perwujudan perasaan positif dan negatif (Clark, 2003). Pendapat ini didukung oleh Potter & Perry (2009) mengemukakan hubungan saling percaya diawali dengan belajar

membangun dan mendukung pertolongan kepercayaan, hubungan *caring*, melalui komunikasi yang efektif dengan klien.

Manifestasi perilaku *caring* perawat: *congruence*, *emphaty*, *non posesive warmth* dan *effective communication*. *Congruence* berarti hadir secara fisik, jujur, nyata dan alami. *Emphaty* adalah kemampuan untuk merasakan dan memahami persepsi dan perasaan klien. *Non posesive warmth* diperlihatkan dengan volume suara sedang, sikap tenang, postur badan dan wajah yang terbuka.

Komunikasi yang efektif memiliki aspek kognitif, afektif dan respon perilaku. Mengenalkan diri saat kontak, meyakinkan klien tentang kehadirannya bahwa perawat adalah orang yang siap menolong setiap dibutuhkan, mengenali kebiasaan klien, hobi atau kesukaan klien, bersikap hangat, bersahabat, dan menyediakan waktu bagi klien untuk mengekspresikan perasaan dan pengalamannya melalui komunikasi yang efektif, serta menjelaskan setiap tindakan yang dilakukan.

f. Memonitor dan *follow up* kesehatan klien

Pengenalan pengaruh lingkungan non fisik dan fisik perawat harus menjamin kemampuan profesionalnya dan keamanan tindakan keperawatan dalam membimbing dan mengawasi klien. Perilaku ini menurut Larson (1994 dalam Watson, 2004) adalah *monitors* dan *follows*. Perawat membuat pemulihan suasana pada semua tingkatan fisik maupun non fisik yang bersifat suportif, protektif, dan korektif. Perawat juga perlu

mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan/kondisi klien.

Manifestasi perilaku caring perawat: meningkatkan kebersamaan, keindahan, kenyamanan, kepercayaan dan kedamaian dengan cara; menyetujui keinginan klien untuk bertemu dengan pemuka agama dan menghadiri pertemuannya, bersedia mencarikan alamat dan menghubungi keluarga yang ingin ditemui oleh klien. Menyediakan tempat tidur yang selalu rapih dan bersih, menjaga kebersihan dan ketertiban ruang perawatan, melakukan kunjungan rumah saat klien pulang (Stuart & Laraia, 2005).

3. Faktor faktor yang mempengaruhi perilaku *caring*

Caring merupakan aplikasi dari proses keperawatan sebagai bentuk kinerja yang ditampilkan seorang perawat. Gibson, *et al.*, 2000 mengemukakan 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja individu meliputi faktor individu, psikologis, dan organisasi.

a. Faktor individu

Individu dikelompokkan pada kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografis. Sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku individu. Sub variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Karakteristik demografis meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja, status perkawinan, dan status kepegawaian (Gibson, *et al.*, 2000).

Pengukuran kemampuan dan ketrampilan bisa dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subyek penelitian atau responden kedalam kemampuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat tersebut (Notoatmodjo, 2005). Cara mengukur tingkat kemampuan dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah. Kemudian digolongkan menjadi 4 kategori yaitu:

- 1) Baik, bila subyek menjawab dengan benar >75% - 100%
- 2) Cukup baik, bila subyek mampu menjawab dengan benar >55% - 75% seluruh pertanyaan.
- 3) Kurang baik, bila subyek mampu menjawab dengan benar >40% - 55% dari seluruh pertanyaan
- 4) Tidak baik, jika presentase jawaban <40% (Arikunto, 2006).

Usia berkaitan dengan tingkat kedewasaan/ maturitas seseorang. Siagian (2010) menegaskan semakin tinggi usia semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dan semakin dapat berfikir rasional, bijaksana, mampu mengendalikan emosi dan terbuka terhadap pandangan orang lain. Pendapat ini didukung oleh Desslerr (2000) mengemukakan usia produktif adalah usia 25-45 tahun. Tahap ini merupakan penentu seseorang untuk memilih bidang pekerjaan yang sesuai bagi karir individu tersebut.

Pendapat berbeda dikemukakan oleh Robbins (2005) bahwa kinerja merosot dengan semakin meningkatnya umur. Robbins menegaskan perundangan Amerika menyatakan pelanggaran hukum bagi perusahaan yang memperkerjakan pensiun. Zacher & Frese (2001) menyatakan terdapat hubungan antara umur dengan kinerja karyawan. Riset Masitoh (2001) menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara karakteristik demokratis khususnya umur dengan kinerja perawat.

Studi-studi psikologis mendapatkan bahwa tidak ada beda yang signifikan dalam produktifitas kerja pria dan wanita. Siagaan (2010) mengemukakan secara sosial pegawai perempuan yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan. Hal ini menyebabkan kemangkiran yang lebih sering pegawai laki-laki. Pendapat berbeda dikemukakan oleh Masitoh S (2001), Aminuddin (2002), dan Panjaitan (2002) mengatakan tidak ada perbedaan kinerja perawat pria dan wanita.

Latar belakang pendidikan mempengaruhi kinerja. Siagaan (2010) menegaskan bahwa tingkat pendidikan perawat mempengaruhi kinerja perawat yang bersangkutan. Perawat yang berpendidikan tinggi kinerjanya akan lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan lebih rendah. Pangewa (2007) menyatakan bahwa faktor

pendidikan mempengaruhi perilaku kerja. Makin tinggi pendidikan akan berhubungan positif terhadap perilaku kerja seseorang.

b. Faktor psikologis

Psikologis merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Variabel ini terdiri atas sub variabel sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Faktor ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman, dan karakteristik demokrafis Gibson, *et al.*, 2000.

Sikap mencerminkan seseorang merasakan mengenai sesuatu. Sikap adalah pernyataan atau pertimbangan evaluatif (menguntungkan atau tidak menguntungkan) mengenai objek, orang dan peristiwa (Riani, 2011). Pemahaman tentang sikap dalam keperawatan adalah penting, karena sikap mempengaruhi kinerja perawat.

Persepsi merupakan suatu proses mental yang terjadi pada manusia yang ditafsirkan melalui indera. Persepsi merupakan proses individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan-kesan indera mereka agar memberi makna pada lingkungannya (Robbins, 2005). Faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah karakteristik individu meliputi sikap, motif, kepentingan, pengalaman, dan pengharapan.

Setiap orang cenderung mengembangkan pola motivasi tertentu. Motivasi adalah kekuatan yang dimiliki seseorang yang melahirkan intensitas dan ketekunan yang dilakukan secara sukarela (Sopiah, 2009). Motivasi terdiri atas 2 macam, yaitu motivasi intrinsik dan ekstrinsik.

Motivasi intrinsik merupakan keinginan besar yang timbul dari dalam individu untuk mencapai tujuan-tujuan dalam hidupnya. Motivasi ekstrinsik merupakan motivasi yang bersumber dari luar diri menjadi kekuatan bagi individu tersebut untuk meraih tujuan-tujuan hidupnya, seperti pengaruh atasan, teman kerja, keluarga.

c. Faktor organisasi

Organisasi adalah suatu system terbuka yang berinteraksi dengan lingkungannya. Variabel organisasi yang mempengaruhi kinerja karyawan meliputi; sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan (Gibson, *et al.*, 2000).

Sumber daya pada sebuah organisasi meliputi sumber daya manusia dan sumber daya alam. System organisasi rumah sakit sumber daya manusia terdiri dari tenaga profesional, non profesional, staf administrasi, dan klien. Sumber daya alam meliputi uang, metode, peralatan, dan bahan-bahan.

Reward (imbalan), perusahaan menggunakan imbalan sebagai suatu sistem balas jasa atas hasil kerja anggota/karyawan. Perilaku yang diberi imbalan, dihukum, dan dibiarkan akan menentukan sebuah organisasi berevolusi. Perusahaan yang memiliki system *reward* yang didasarkan pada *intangibile performance*, menciptakan organisasi yang berorientasi pada karyawan atau tim. Organisasi akan berorientasi pada hasil jika kriteria balas jasa berorientasi pada target pencapaian (Riani, 2011).

Dimensi ini dilihat dari perilaku apa yang mendapatkan imbalan, tipe imbalan yang digunakan, apakah secara pribadi atau kelompok, apakah semua karyawan mendapat bonus, kriteria apa yang digunakan untuk menilai kemajuan karyawan. Robins & Judge (2008) menekankan jika manajemen menginginkan karyawan memberikan layanan yang bagus, karyawan harus diberikan imbalan yang layak. Zachher & Frese (2011) menyatakan terdapat hubungan antara reward dengan kinerja karyawan.

4. Instrumen yang dipakai dalam mengukur perilaku *caring*

Instrument yang dipakai dalam mengukur perilaku *caring* menurut beberapa ahli adalah sebagai berikut:

a) Daftar dimensi perilaku *caring* (*caring* dimension inventory/CDI).

Daftar dimensi *caring* yang didesain oleh Watson dan Lea dalam Watson (2004) merupakan instrument yang dikembangkan untuk meneliti perilaku *caring* perawat, yang terdiri atas 25 item.

b) *Caring Assesment Inventory* (Care Q)

Larson (1984, Watson 2004) menjelaskan care *Q* merupakan suatu instrument yang digunakan untuk mempersiapkan perilaku *caring* perawat. Penelitian dilakukan pada 2 sampel perawat professional (n=57 dan n=112). Perawat mengidentifikasi perilaku yang penting adalah mendengarkan, sentuhan, kesempatan, mengekspresikan perasaan, komunikasi, dan melibatkan klien dalam perencanaan keperawatannya. Perilaku *caring* yang ditampilkan pada alat ukur ini meliputi 50 dimensi

caring yang dibagi dalam 6 variabel yaitu kesepian dan kesediaan, penjelasan dan peralatan, rasa nyaman, antisipasi, hubungan saling percaya serta bimbingan dan pengawasan.

c) *Caring Behavior Inventory* (CBI)

Dimensi perilaku *caring* yang digambarkan dalam pengukuran ini meliputi 4 kategori yaitu; (1) mengakui keberadaan manusia, (2) menanggapi dengan rasa hormat, (3) pengetahuan dan ketrampilan profesional (4) menciptakan hubungan yang positif. Instrument ini menggunakan skala likert, dengan formasi klien 263, dan perawat 278, (Morrison & Burnard, (2009).

C. Nyeri

a) Definisi nyeri

Secara umum nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007). Menurut International Association for Study of Pain (IASP), nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

b) Dasar pengetahuan ilmiah

Menurut sejarah, nyeri telah menjadi suatu komponen penting dalam pengalaman manusia. Secara tradisional, nyeri hanya merupakan

gejala dari suatu penyakit/ kondisi tertentu. Bagaimanapun, saat ini melihat nyeri sebagai suatu penyakit yang terpisah.

c) Sifat dasar nyeri

Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks, mencakup aspek fisik, emosional dan kognitif. Nyeri adalah suatu hal yang bersifat subyektif dan personal. Stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu yang bersifat fisik dan/ atau mental yang terjadi secara alami. Nyeri merupakan suatu pengalaman yang melelahkan dan membutuhkan energi. Nyeri dapat mengganggu hubungan personal dan mempengaruhi makna hidup (Davis 2002).

d) Fisiologis nyeri

Terdapat empat proses fisiologis dari nyeri nosiseptif (noniseptif: saraf-saraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak): transduksi, transmisi, persepsi, dan modulasi (McCaffery dan Pasero, 1999). klien yang sedang mengalami nyeri tidak dapat membedakan keempat proses tersebut. Bagaimanapun, pemahaman terhadap masing-masing proses akan membantu kita dalam mengenali faktor-faktor yang menyebabkan nyeri, gejala yang menyertai nyeri, dan rasional dari setiap tindakan yang diberikan.

e) Jenis-jenis nyeri

1. Nyeri dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri berlangsung (akut atau kronis), atau dengan kondisi patologis (contoh: kanker atau neuropatik).
2. Nyeri akut/ sementara. Nyeri akut bersifat melindugi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respon emosional. Pada akhirnya, akan ditangani dengan atau tanpa pengobatan setelah jaringan yang rusak sembuh. Itu disebabkan nyeri akut dapat diprediksi waktu penyembuhannya dan penyebabnya dapat diidentifikasi. Hal ini akan membuat anggota para tim medis merasa termotivasi untuk segera menangani nyeri tersebut. Penting untuk menyadari bahwa nyeri akut yang akan terobati dapat berkembang menjadi nyeri kronis (Cousins dan Power, 2003; Kehlet et al., 2006).
3. Nyeri kronis/ menetap. Perbedaan utama antara nyeri kronis dan nyeri akut adalah nyeri kronis bukanlah suatu hal yang bersifat protektif, sehingga menjadi tak bertujuan. Nyeri kronis berlangsung lebih lama dari yang diharapkan, tidak memiliki sebab yang dapat diidentifikasi, dan dapat memicu penderitaan yang amat sangat bagi seseorang. Nyeri kronis bisa merupakan hal yang bersifat kanker atau bukan.

American Society Of Anesthesiologists (1997), mengembangkan “pedoman praktik manajemen nyeri kronis” yang mencakup penggunaan opioid. Seseorang dengan nyeri kronis bukan

kanker yang sering kali ke dokter (*doctor shop*) terkadang dibeli label pencari obat, ketika mereka benar benar mencari penghilang rasa nyeri. Hal ini disebut *pseudokasi* (ketergantungan semu).

Nyeri kronis yang tak teratur (episodik). Nyeri yang sesekali terjadi dalam jangka waktu tertentu disebut nyeri *episodic*. Nyeri berlangsung selama beberapa jam, hari, atau minggu. Sebagai contoh, sakit kepala sebelah/ migraine dan nyeri yang berhubungan dengan penyakit talasemia (Gruener dan Lande, 2006).

Nyeri akibat kanker, tidak semua klien dengan kanker mengalami nyeri. Tetapi bagi mereka yang merasakan nyeri, *Agency For Healthcare Research and Quality* (AHRQ) – yang sebelumnya dikenal sebagai *Agency For Health Care Policy and Research* (AHCPR)- melaporkan bahwa hamper 90% klien dapat mengontrol nyeri dalam arti yang sederhana (Jacok 1994). Beberapa klien dengan penyakit kanker mengalami nyeri akut dan/ kronis, nyeri tersebut terkadang bersifat nosiseptif atau neuropatik.

f) Dasar pengetahuan keperawatan

Pengetahuan keperawatan tentang mekanisme nyeri dan intervensinya terus berkembang melalui riset keperawatan. Bab ini akan membahas tentang faktor- faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri.

g) Pengetahuan, sikap, dan keyakinan

Sikap dari petugas kesehatan mempengaruhi manajemen nyeri dimana McCaffery, *et.,al.* (2005) mempelajari perilaku perawat terhadap

manajemen nyeri dan menemukan bahwa pendapat seorang perawat tentang laporan klien akan adanya nyeri mempengaruhi pengkajian nyeri dan titrasi dosis opioid. Puntillo, *et., al.* (2003), ketika membandingkan skor intensitas nyeri antara perawat dan klien, menemukan adanya persetujuan sebanyak 50% atau kurang terhadap kondisi penyakit yang diuji. Wilson dan McSherry (2006) menemukan bahwa perawat spesialis cenderung berpendapat bahwa nyeri fisik berada dalam tingkat yang lebih rendah, dari pada perawat umum ketika diberikan klien dengan *vignette*. Oleh karena itu, pengkajian perawat terhadap intensitas nyeri pada klien tidak selalu sesuai dengan laporan yang diberikan klien terkait intensitas nyerinya.

h) Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Rasa nyeri merupakan suatu hal yang bersifat kompleks, mencakup pengaruh fisiologis, social, spiritual, psikologis, dan budaya. Oleh karena itu, pengalaman nyeri masing-masing individu adalah berbeda. Mengingat semua faktor mempengaruhi klien yang mengalami nyeri, hal ini penting untuk memastikan pendekatan holistik/ menyeluruh dalam pengkajian dan perawatan klien.

1. Faktor fisiologis

Usia dapat mempengaruhi nyeri, terutama pada bayi dan dewasa akhir. Perbedaan tahap perkembangan yang ditemukan diantara kelompok umur tersebut memengaruhi bagaimana anak-anak dan dewasa akhir berespon terhadap nyeri. Nyeri bukanlah suatu hal yang tidak dapat dielakkan dari proses penuaan. Bagaimanapun, orang dewasa memiliki

kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami untuk berkembangnya kondisi patologis yang disertai oleh nyeri (Herr,2002; Kelly, 2003).

2. Faktor sosial

Perhatian Tingkatan dimana klien memfokuskan perhatiannya terhadap nyeri yang dirasakan memengaruhi persepsi nyeri. Meningkatnya perhatian berhubungan dengan meningkatnya nyeri, sebaliknya distraksi berhubungan dengan kurangnya respon nyeri (Carrol dan Seers, 1998). Konsep ini merupakan salah satu konsep yang diaplikasikan perawat dalam berbagai intervensi dalam penanganan nyeri seperti relaksasi, imajinasi terpimpin (*guided imagery*), dan masase. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien terhadap stimulus lain, kesadaran mereka akan adanya nyeri menjadi menurun.

3. Faktor spiritual

Spiritualitas menjangkau antara agama dan mencakup pencarian secara aktif terhadap makna situasi dimana seseorang menemukan dirinya sendiri. Nyeri secara spiritual berjalan melebihi apa yang kita bisa lihat, aspek spiritual lain yang perlu diperhatikan mencakup kehilangan rasa kemandirian dan menjadi beban bagi keluarga (Otis- green, *et., al* 2006). Komponen pengkajian spiritual seperti FICA (keyakinan dan kepercayaan/ *faith and believe*, kepentingan/ *importance*, komunitas/ *community*, dan fokus/ tindakan perawatan (*Addres/ action in care*) bisa didapatkan (Maxwell, 2005). Penting bagi perawat untuk menunjukkan ekspresi kepada klien bahwa mereka itu penting. Pertimbangan akan

adanya permintaan untuk konsultasi keagamaan dari klien dengan nyeri kronis. Mengingat bahwa nyeri merupakan pengalaman yang memiliki komponen fisik dan emosional.

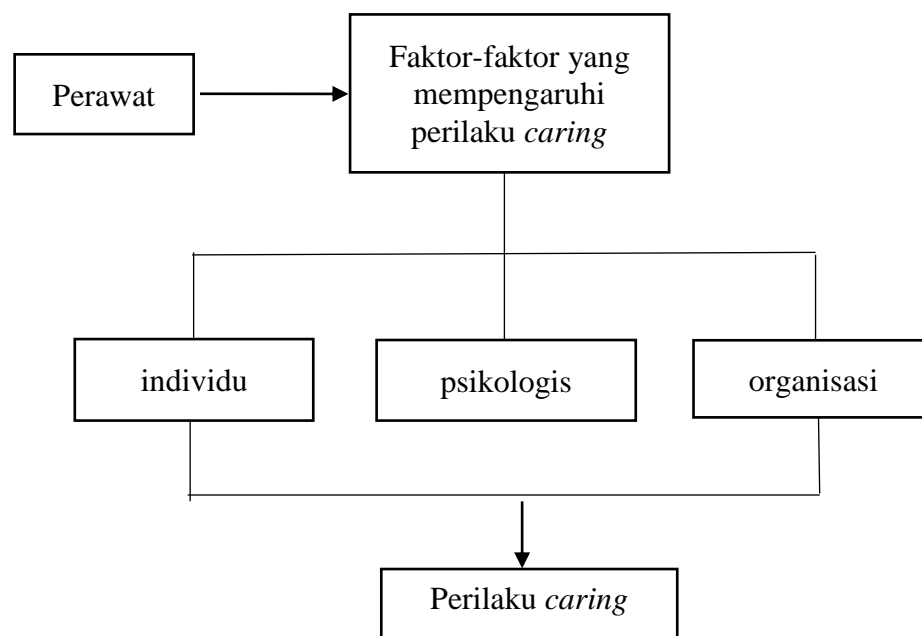
4. Faktor psikologis

Kecemasan . tingkat dan kualitas nyeri yang diterima klien berhubungan dengan arti dari nyeri tersebut. Hubungan nyeri dan kecemasan bersifat kompleks. Kecemasan terkadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Sulit untuk memisahkan dua perasaan tersebut. Wall dan Melzack (2002) melaporkan bahwa stimulus nyeri yang mengaktifasi bagian dari system limbic dipercaya dapat mengontrol emosi, terutama kecemasan. System limbic memproses reaksi emosional terhadap nyeri, apakah dirasa mengganggu atau berusaha untuk mengurangi nyeri tersebut.

Teknik koping mempengaruhi kemampuan untuk mengatasi nyeri. Seseorang yang memiliki kontrol terhadap situasi internal merasa bahwa mereka dapat mengontrol kejadian-kejadian dan akibat yang terjadi dalam hidup mereka, seperti nyeri (Gil, 1990).

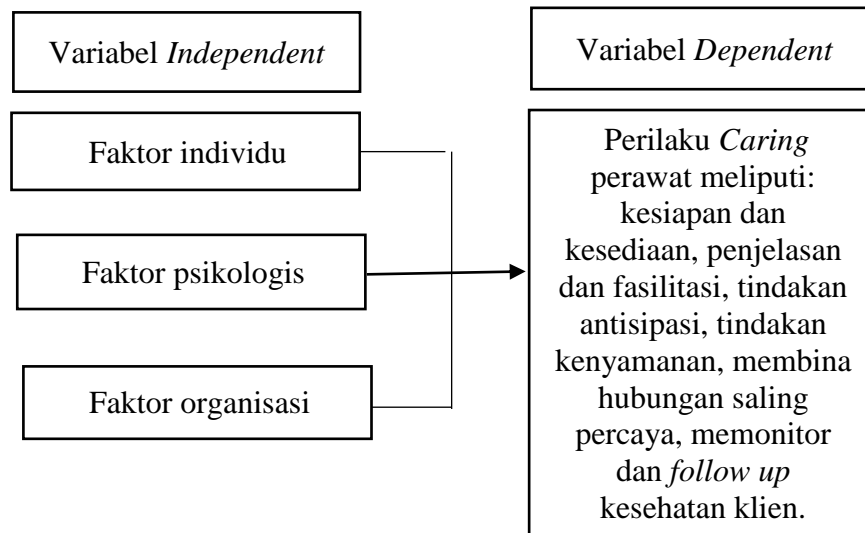
D. Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian merupakan kumpulan teori yang mendasari topik penelitian, yang disusun berdasar pada teori yang sudah ada dalam tinjauan teori dan mengikuti kaedah *input*, proses dan *output* (Saryono, 2011)



Gambar 2.1 Kerangka Teori menurut Potter & Perry (2010), Watson (2004), Stuart & Laraia (2005), dan Gibson, James & John (2000).

E. Kerangka konsep



Gambar 2.2 kerangka konsep menurut Potter & Perry (2010), Watson (2004), Stuart & Laraia (2005), dan Gibson, James & John (2000).

F. Hipotesis

Saryono (2011) mengatakan hipotesis penelitian sebagai terjemah dari tujuan penelitian kedalam dugaan yang jelas. Berdasarkan uraian diatas dapat ditarik hipotesis penelitian meliputi:

1. Ada pengaruh faktor individu terhadap perilaku *caring* perawat pada pasien yang nyeri di RSUD Ajibarang
2. Ada pengaruh faktor psikologis terhadap perilaku *caring* perawat pada pasien nyeri di RSUD Ajibarang
3. Ada pengaruh faktor organisasi terhadap perilaku *caring* perawat pada pasien nyeri di instalasi rawat inap RSUD Ajibarang.