



## TEORI KEPERAWATAN MERLE H MISHEL

### *Merle H Mishel's Nursing Theory*

Wicke Afriza<sup>1</sup>, Irna Nursanti<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Universitas Muhammadiyah Jakarta

<sup>1</sup>Email: wickeafrika8883@gmail.com

<sup>2</sup>Email: irnanursanti@umj.ac.id

#### **Abstract**

*Merle H. Mishel was born in Boston, Massachusetts. Dial graduated from the University of Boston with a B.A. in 1961 and earned an M.S. in psychiatric nursing from the University of California in 1966. Mishel completed her M.A. and Ph.D. D in the area of social psychology at the Claremont Graduate School in Claremont, California in 1976 and 1980. The dissertation research was supported by a Nation Research Service Award to develop and test the Perceived Ambiguity in Illness Scale measuring instrument, which is now known as the Mishel Uncertainly in Illness Scale (MUIS-A). One of the experts in nursing is Merle H. Mishel who has the Middle Range theory with his theory of uncertainty. This theory states that the meaning associated with the situation of illness, occurs when decision makers are unable to carry out their duties and interpret objectively, or the inability to accurately predict the expected outcome (Mishel, 1998. Nursing as a profession is unique because nursing addresses a variety of individual responses , family and community regarding the health problems they face. Nurses have various roles such as care givers, primary nurses, clinical decision makers, advocates, researchers and educators. Nurses often have to carry out more than one role at the same time, so that in carrying out their duties They must have the same frame of mind. It is necessary to believe that the application of quality nursing theory in the implementation of nursing care will have an impact on improving the quality of nursing care. Nursing services as professional services will develop if they are supported by nursing theories and models as well as the development of nursing research and implemented in practice. nursing.*

**Keywords:** *Marle H Mishel's, Nursing Case*

#### **Abstrak**

*Merle H. Mishel lahir di Boston, Massachusetts. Dial lulus dari University of Boston dengan gelar B.A tahun 1961 dan memperoleh gelar M.S di bidang keperawatan psikiatrik dari Universitas California tahun 1966. Mishel menyelesaikan gelar M.A dan Ph. D pada area psikologi social di sekolah Claremont Graduate School di Claremont, California tahun 1976 dan tahun 1980. Penyusunan penelitian desertasi didukung oleh Nation Research Service Award untuk mengembangkan dan menguji alat ukur Perceived Ambiguity in Illnes Scale, yang sekarang dikenal dengan Mishel Uncertainly in Illness Scale (MUIS-A). Salah satu ahli dalam keperawatan adalah Merle H. Mishel yang mempunyai teori Middle Range dengan teorinya ketidakpastian. Teori ini mengatakan bahwa makna yang berkaitan dengan situasi sakit, terjadi Ketika pengambilan keputusan tidak mampu melaksanakan tugasnya dan memaknai secara objektif, atau ketidakmampuan untuk memprediksi secara akurat hasil yang diharapkan ( Mishel, 1998. Keperawatan sebagai profesi adalah unik karena keperawatan ditujukan ke berbagai respon individu, keluarga dan masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya. Perawat memiliki berbagai peran seperti pemberi perawatan, sebagai*

*perawat primer, pengambil keputusan klinik, advokat, peneliti dan pendidik. Perawat seringkali harus melakukan berbagai peran lebih dari satu dalam waktu yang bersamaan, sehingga dalam menjalankan tugas tersebut harus memiliki kerangka berpikir yang sama. Perlu diyakini bahwa penerapan mutu teori keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan berdampak pada peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan professional akan berkembang bila didukung oleh teori dan model keperawatan serta pengembangan riset keperawatan dan diimplementasikan di dalam praktek keperawatan.*

**Kata Kunci:** *Marle H Mishel's, Teori Keperawatan*

## **PENDAHULUAN**

Merle H. Mishel lahir di Boston, Massachusetts. Dial lulus dari University of Boston dengan gelar B.A tahun 1961 dan memperoleh gelar M.S di bidang keperawatan psikiatrik dari Universitas California tahun 1966. Mishel menyelesaikan gelar M.A dan Ph. D pada area psikologi social di sekolah Claremont Graduate School di Claremont, California tahun 1976 dan tahun 1980. Penyusunan penelitian disertasi didukung oleh Nation Research Service Award untuk mengembangkan dan menguji alat ukur Perceived Ambiguity in Illnes Scale, yang sekarang dikenal dengan Mishel Uncertainly in Illness Scale (MUIS-A).

Alat ukur yang aslinya telah digunakan sebagai dasar untuk tiga pengukuran sebagai berikut:

1. Versi komunitas ( MUIS – C ) untuk individu dengan penyakit kronik yang tidak mendapatkan perawatan di rumah sakit atau tidak mendapatkan asuhan medis aktif.
2. Pengukuran persepsi orangtua tentang ketidakpastian atau “ parent’s perceptions of Uncertainly ( PPUS ) terhadap pengalaman anak mereka yang sakit.
3. Sebuah alat ukur ketidakpastian yang dirasakan pasangannya atau anggota keluarga lain Ketika anggota keluarga sakit ( PPUS-FM )

Diawal karier profesionalnya, Mishel bekerja sebagai perawat jiwa di ruang rawat akut dan lingkup komunitas. Saat menyelesaikan studi doktoralnya, Mishel bekerja sebagai asisten professor hingga menjadi professor sepenuhnya di Fakultas Keperawatan California State University di Los Angeles, meningkat dari asisten professor menjadi professor. Sebagai tambahan dia berpraktek sebagai perawat terapis pada lingkup komunitas dan privat dari tahun 1973 hingga 1979. Setelah menyelesaikan sekolah doktoralnya di psikologi social, dia berpindah ke Universitas Arizona Kampus Keperawatan pada tahun 1981 sebagai professor asosiasi dan kemudian dipromosikan menjadi professor pada tahun 1988. Dia mengabdikan sebagai Kepala Divisi Mental Health Nursing dari tahun 1984 sampai 1991. Ketika di Universitas Arizona, Mishel menerima berbagai pendanaan penelitian baik dalam dan di luar sekolah yang membantunya mengembangkan penelitian tentang kerangka teori dari ketidakpastian dalam penyakit. Selama periode ini , dia terus lanjut sebagai perawat terapis, bekerja bersama program transplantasi jantung di Universitas Medical Center.

Mishel kembali ke East Coast pada tahun 1991 dan bergabung Bersama fakultas sebagai professor di Sekolah Keperawatan, Universitas North California di Chapel Hill. Dan diberi penghargaan yang terhormat Profesor Kenan dari



Nursing Chair pada tahun 1994. Teman dari Institusi Nasional Penelitian Keperawatan memperkenalkannya dengan Penghargaan Research Merit pada tahun 1997 dan mengundangnya untuk mempresentasikan hasil kerjanya. Dia adalah direktur dari T-32 Institusi National Research Service Award Training Grant, Intervensi untuk mencegah dan mengelola penyakit kronik. Penghargaan T-32 adalah penghargaan untuk predoctoral dan post-doctoral bagi mereka yang mengembangkan intervensi untuk variasi yang tidak diinginkan dari pasien dengan penyakit kronik. Saat ini, dia bekerja pada direktur untuk Program Doctoral dan Post Doctoral pada sekolah. Mishel juga menjaga program yang menyediakan banyak hasil dari penelitian intervensi keperawatan dengan beberapa populasi penderita kanker. Sebagai catatan bahwa program penelitian Mishel telah didanai secara berkelanjutan oleh NIH sejak tahun 1984, sebagaimana tiap penelitian tersebut telah menemukan studi awal dalam rangka untuk memindahkan secara otomatis terhadap intervensi keperawatan yang diturunkan secara teoritis dan teruji secara scientific.

Sebagai tambahan, terhadap penghargaan yang sebelumnya telah disebutkan, Mishel menerima penghargaan Sigma Theta tau International Sigma Xi Chapter Nurse Research Predoctoral Fellowship dari tahun 1977 hingga 1979 dan menerima Mary Opal Wolanin Research Awards pada tahun 1986. Dia telah mengunjungi banyak sekolah sepanjang Amerika Utara termasuk Universitas Nebraska, Universitas Texas di Houston, Universitas Tennessee di Knoxville, Universitas South Carolina, Universitas Rochester, Universitas Yale dan Universitas McGill. Dia mengabdikan sebagai konsultan program doctoral dari Universitas Cincinnati Fakultas Keperawatan dari tahun 1991 sampai 1992 dan Universitas Rutgers School of Nursing tahun 1993. Pada tahun 2004, selama lebih dari 15 tahun, Mishel telah mempresentasikan lebih dari 80 undangan untuk sekolah keperawatan dari seluruh Amerika dan Canada. Dengan meningkatnya minat internasional terhadap model teori dan model pengukurannya, Mishel mengadakan symposium internasional untuk uncertainty pada Universitas Kyungpook di Daegu, Korea Selatan, menjabat sebagai 'visiting scholar' pada Universitas Mahidol di Bangkok, Thailand dan akhir-akhir ini menerima undangan untuk menjadi pembicara utama pada konvensi tahunan di Japan Society of Nursing Research di Sapporo, Jepang. Mishel adalah anggota dari beberapa organisasi profesional. Termasuk American Academy of Nursing, Sigma Theta Tau International American Psychological Association, American Nurse Association, Society of Behavioral Medicine, Oncology Nursing Society, and The Society for Education and Research in Psychiatric Nursing. Dia juga menjabat sebagai resensi hibah untuk The National Cancer Institute, The National Center for Nursing Research, dan The Institute on Aging dan anggota bagian dari The Study Section on Human Immunodeficiency Virus ( HIV ) di National Institute of Mental Health.

Sumber teoritis keperawatan ini ditemukan saat ayahnya meninggal karena kanker kolon. Mishel menyadari bahwa ayahnya tidak dapat menemukan apa yang terjadi pada dirinya. Waktu itu dokter tidak melakukan komunikasi secara efektif terhadap pasien. Ayah Mishel berusaha untuk mengontrol sebagian aspek ketika sedang berusaha menghadapi ketidakpastian dari sakitnya ini. Mishel tidak menyadari keadaan ini sebagai sebuah ketidakpastian tetapi sebagai suatu yang ambigu. Setelah itu Ketika dia menjalani studi doktoralnya, Mishel Kembali ke

ide ini dan menggunakan untuk disertasi. Mishel membuat sebuah skala untuk menguji ambiguitas yang diterima dalam penyakit. Skala ini kemudian dinamakan menjadi Mishel Uncertainly in Illness Scale. Ketidakpastian merupakan aspek bersama dalam pengalaman terhadap penyakit. Penyakit dapat mengganggu stabilitas kehidupan yang diterima, dan hasil penyakit ini dapat menjadi tidak bisa diprediksi. Banyak aspek yang mempengaruhi perasaan ketidakpastian, dalam hal ini mempengaruhi aspek psikologis terhadap pengalaman. Untuk menjelaskan fenomena inilah Dr. Merle H. Mishel mengembangkan Uncertainly in Illness Theory.

Pada saat Mishel memulai penelitian Uncertainly, konsep belum diterapkan dalam Kesehatan dan konteks illness. Teori Uncertainly in Illness original menggambarkan informasi- pengolahan models ( Warburton, 1979 ) dan penelitian kepribadian ( Budner , 1962 ) dari disiplin psikologi, karakteristik dari Uncertainly merupakan skema kognitif atau representasi internal dari situasi atau kejadian. Mishel attributes yang mendasari stress-coping- kerangka adaptasi dalam teori kerja original Lazarus dan Folman ( 1984 ). Aspek unik adalah aplikasi kerangka Uncertainly sebagai stressor dalam konteks penyakit. Kerangka teori di atas sangat berarti untuk keperawatan Mayor konsep Uncertainly adalah ketidakmampuan untuk menentukan makna atau sakit mengenai peristiwa terkait, hal ini terjadi Ketika pembuat keputusan tidak dapat menetapkan nilai objek tertentu atau peristiwa atau tidak dapat memprediksi hasil yang akurat. Keperawatan sebagai profesi adalah unik karena keperawatan ditujukan ke berbagai respon individu, keluarga dan masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya. Perawat memiliki berbagai peran seperti pemberi perawatan, sebagai perawat primer, pengambil keputusan klinik, advokat, peneliti dan pendidik. Perawat seringkali harus melakukan berbagai peran lebih dari satu dalam waktu yang bersamaan, sehingga dalam menjalankan tugas tersebut harus memiliki kerangka berpikir yang sama.

## **METODE**

Pada penelitian ini menggunakan jenis atau pendekatan penelitian Studi Kepustakaan (Library Research). Menurut Mestika Zed (2003), Studi pustaka atau kepustakaan dapat diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan metode pengumpulan data pustaka, membaca dan mencatat serta mengolah bahan penelitian. Studi kepustakaan juga dapat mempelajari berbagai buku referensi serta hasil penelitian sebelumnya yang sejenis yang berguna untuk mendapatkan landasan teori mengenai masalah yang akan diteliti (Sarwono, 2006). Studi kepustakaan juga berarti teknik pengumpulan data dengan melakukan penelaahan terhadap buku, literatur, catatan, serta berbagai laporan yang berkaitan dengan masalah yang ingin dipecahkan. Pada penelitian ini menggunakan buku, jurnaljurnal, majalah serta biografi tentang Marle H Mishel's

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

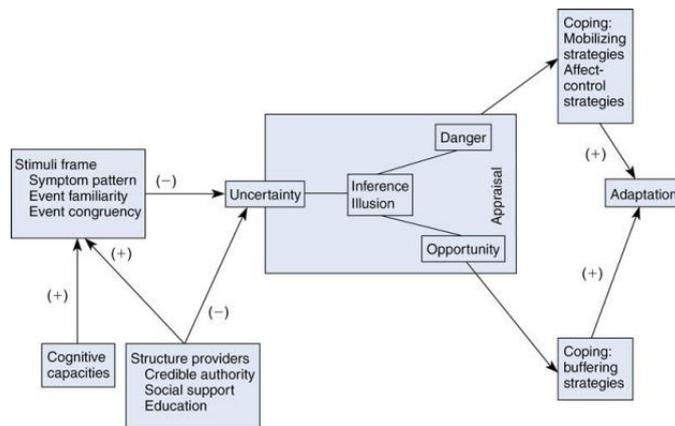
### **Aplikasi Konsep Keperawatan Marle H Mishel's Studi Kasus**

Rosa, seorang ibu berusia 45 tahun dari 3 anak, telah didiagnosis dengan kanker payudara stadium III. Sebuah benjolan terdeteksi di payudara kirinya

ketika pemeriksaan ginekologi tahunan yang ia lakukan, dan dia telah menjalani pemeriksaan diagnostic yang menyeluruh, termasuk mamografi dan biopsy nodus sentinel. Dia dirujuk oleh dokter utamanya untuk program kanker payudara yang menyeluruh di pusat medis regional yang berjarak 2 jam dari rumahnya. Tim multidisiplin telah merekomendasikan Rosa menjalani kemoterapi pra operasi, diikuti mastektomi parsial dan bedah rekonstruksi. Suami Rossa telah menemaninya pada berbagai pertemuan medis, tapi ia tidak dapat menghadiri konferensi akhir, dimana rekomendasi pengobatan dibuat (Sue Moorhead, 2016).

Lily, perawat praktek tingkat lanjut mengkoordinasikan perawat Rosa (Struktur – otoritas kredibel), mengarahkan intervensinya kearah menyikapi berbagai sumber ketidakpastian untuk Rosa dan keluarganya, termasuk kurangnya informasi tentang pilihan pengobatan dan hasil (familiaritas dengan kejadian), ketidaktahuan dengan lingkungan pengobatan (Familiaritas dengan kejadian ), harapan untuk efek samping kemoterapi dan pemulihan pasca operasi ( pola gejala ), dampak pengobatan pada hubungan keluarga, dan prognosis (Sue Moorhead, 2016) .

Secara khusus Lily membahas banyak pertanyaan Rosa tentang mengapa rencana pengobatannya berbeda dari apa yang dokternya akan hadapi (keselarasan kejadian) dan bagaimana ia akan mengelola kehidupan keluarganya saat menjalani perawatan. Lily memberikan rekaman konferensi pengobatan sehingga suami Rossa (penyedia struktur-dukungan sosial) dapat mendengar apa yang terjadi dan dapat mendukung Rosa dengan mengajukan pertanyaan dan memahami informasi yang diberikan . Dukungan Lily untuk Rosa dan keluarganya berlanjut selama regimen pengobatan Rosa, dan dia secara berkala melakukan pengkajian ulang sumber ketidakpastian dan strategi yang Rosa dan keluarga gunakan untuk mengelolanya (Sue Moorhead, 2016).



Gambar 1. Model Teori Keperawatan “ Uncertainly in Illness, The Journal of Nursing Scholarship (Merle H Mishel, 1988)

### Teori yang direkonseptualisasi

Dua tahun setelah diagnosis kanker payudara, Rosa Kembali ke pusat untuk pemeriksaan lanjutan. Lily meminta Rosa untuk merefleksikan pengalaman kankernya. Rosa menjelaskan waktu munculnya diagnosis dan pengobatan kacau dan dominasi oleh ketidakpastian, dan dia bertanya-tanya bagaimana ia dan

keluarganya berhasil melewatinya, tapi ia mengatakan kepada Lily bahwa secara bertahap ia memandang pengalaman kanker memberikan arti baru dalam hidupnya dan membantu ia menentukan prioritas. Dia meninggalkan pekerjaannya yang tidak disukainya dan sekarang mengarahkan energinya ke arah hubungan dia dan anak remajanya. Rosa dan suami baru menikmati perjalanan bulan madu kedua ke Bali yang lama tertunda. Dia mengatakan pada Lily bahwa dia sekarang menyambut setiap harinya sebagai kesempatan untuk menjalani hidup dan membahagiakan anak-anaknya.

Tujuan teori Mishel adalah untuk menjelaskan ketidakpastian sebagai dasar untuk praktik dan penelitian. *Uncertainly In Illness Theory (UIT)* digunakan untuk diagnostic, prediagnostik, tahap pengobatan pada penyakit akut dan kronis, sedangkan *Reconceptualized Uncertainly in Illnes Theory (RUIT)* digunakan untuk ketidakpastian yang terus menerus pada penyakit kronis atau penyakit yang memungkinkan adanya kekambuhan dan manajemen diri adalah focus utama dalam perawatan. Teori-teori focus pada individu dalam konteks penyakit atau kondisi yang dapat disembuhkan, dan kepada keluarga atau orangtua dari individu yang sakit. Penggunaan dengan kelompok atau komunitas tidak konsisten dengan konseptualisasi salah satu teori (Jane Mary & Patricia, 2008). Ketidakpastian dilaporkan sebagai pengalaman umum orang yang mengalami penyakit atau menerima perawatan medis mengarah pada pembentukan *UIT (Mishel, 1988)*

### **Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dirancang berdasarkan komponen yang ada pada teori *Uncertainly in Illnes*, yaitu:

1. Skema Kognitif : Ny. R seorang ibu berusia 45 tahun dari 3 anak, telah didiagnosis dengan kanker payudara stadium III. Sebuah benjolan terdeteksi di payudara kirinya. Tim multidisiplin telah merekomendasikan Ny. R menjalani kemoterapi pra operasi, diikuti mastektomi parsial dan bedah rekonstruksi.
2. Kerangka Stimulus : Ny. R dirujuk oleh dokter utamanya ke pusat medis regional yang berjarak 2 jam dari rumahnya. Suami Ny. R tidak dapat menghadiri konferensi akhir dimana rekomendasi pengobatan dibuat.
  - a) Pola Gejala : Ny. R mendapatkan banyak informasi dari perawat L tentang harapan untuk efek samping kemoterapi dan pemulihan pasca operasi, dampak pengobatan pada hubungan keluarga, dan prognosis.
  - b) Familiaritas kejadian : Ny. R dan keluarga selalu didampingi oleh perawat L untuk mendapatkan informasi tentang pilihan pengobatan dan hasil, ketidaktahuan dengan lingkungan pengobatan,
  - c) Kesesuaian peristiwa : Secara khusus perawat L membahas banyak pertanyaan Ny. R tentang mengapa rencana pengobatan berbeda dari apa yang dokternya yang akan dia hadapi dan bagaimana dia mengelola kehidupan keluarganya saat menjalani perawatan.
3. Penyedia struktur
  - a) Otoritas yang kredible : Tim multidisiplin telah merekomendasikan Ny. R menjalani kemoterapi pra operasi, diikuti mastektomi parsial dan bedah rekonstruksi, mengkoordinasikan perawatan Ny. R.
  - b) Dukungan social : Perawat L memberikan rekaman konferensi pengobatan sehingga suami Ny. R dapat mendengar apa yang terjadi dan dapat

- mendukung Ny. R dengan mengajukan pertanyaan dan memahami informasi yang diberikan. Dukungan perawat L untuk Ny. R dan keluarganya berlanjut selama regimen pengobatan Ny. R, dan dia secara berkala melakukan pengkajian ulang sumber ketidakpastian dan strategi yang Ny. R dan keluarganya gunakan untuk mengelolanya
- c) Pendidikan : Perawat L memberikan informasi yang dibutuhkan Ny. R dan keluarga selama regimen pengobatan .
4. Ketidakpastian : Ny. R menjelaskan waktu munculnya diagnosis kanker payudara , pengobatan kacau dan dominasi oleh ketidakpastian, dan dia bertanya-tanya bagaimana ia dan keluarganya berhasil melewatinya.
  5. Ilusi : Ny. R mengatakan kepada perawat L secara bertahap ia memandang pengalaman kanker memberikan arti baru untuk hidupnya dan membantu dia mengatur prioritas.
  6. Bahaya : Ny. R meninggalkan pekerjaan yang tidak disukainya
  7. Peluang : Ny. R sekarang mengarahkan energinya ke arah hubungan dia dengan anak remajanya.
  8. Penilaian : Ny. R mengembangkan perspektif kehidupan baru yang bersifat probabilistik
  9. Koping strategi penggerakan strategi kendali emosi : Ny. R menerima ketidakpastian sebagai bagian alami dari kehidupan
  10. Koping strategi penyangga : Ny. R dan suaminya baru- baru ini menikmati perjalanan bulan madu kedua ke Bali yang lama tertunda
  11. Adaptasi :Ny. R mengatakan kepada perawat L bahwa sekarang dia menyambut setiap harinya sebagai kesempatan untuk menjalani hidup dan membahagiakan anak-anaknya.

### **Diagnosa keperawatan yang terjadi pada Ny. R :**

1. Keputusan berhubungan dengan stress jangka panjang (D.0088) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

### **Harapan**

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 minggu pasien mempunyai keyakinan positif.

### **Kriteria Hasil :**

- a) Verbalisasi keputusan menurun (5)
- b) Perilaku pasif menurun (5)

### **Intervensi Keperawatan :**

#### **Dukungan emosional**

Observasi :

- 1) Identifikasi fugsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien.
- 2) Identifikasi hal yang telah memicu emosi

Terapeutik :

- 1) Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih.
- 2) Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka.
- 3) Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (merangkul , atau menepuk-nepuk)
- 4) Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas , jika perlu.
- 5) Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah

Edukasi :

- 1) Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah atau malu.

- 2) Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (misal : marah, sedih, ansietas)
- 3) Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan.
2. Ketidakberdayaan berhubungan dengan lingkungan yang tidak mendukung perawatan/ pengobatan (D.0092) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

**Tujuan :**

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 4 minggu keberdayaan meningkat.

**Kriteria Hasil :** (L 09071 ) ( Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

- a) Verbalisasi mampu melakukan aktivitas meningkat (5)
- b) Verbalisasi ketergantungan pada orang lain cukup menurun (5)
- c) Verbalisasi keyakinan tentang kinerja peran meningkat (5)
- d) Berpartisipasi dalam perawatan (5)

**Intervensi Keperawatan :** (I. 09312) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

**Observasi :**

- 1) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
- 2) Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- 3) Identifikasi sumber daya yang tersedia
- 4) Identifikasi pemahaman proses penyakit
- 5) Identifikasi metode penyelesaian masalah
- 6) Identifikasi terhadap peran dan hubungan

**Terapeutik :**

- 1) Diskusikan perubahan peran yang dialami
- 2) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 3) Motivasi kembali kemampuan dalam proses keperawatan
- 4) Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu perawatan
- 5) Motivasi mengidentifikasi system pendukung yang tersedia

**Edukasi**

- 1) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 2) Anjurkan keluarga terlibat
- 3) Ajarkan cara pemecahan masalah yang konstruktif
- 4) Latih penggunaan teknik relaksasi
3. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakpastian ( D. 0096 ) ( Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 )

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 minggu status koping membaik.

**Kriteria hasil :** (L.09086) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

- a) Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat
- b) Perilaku koping adaptif meningkat
- c) Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat
- d) Verbalisasi pengakuan masalah meningkat
- e) Verbalisasi kelemahan diri meningkat
- f) Perilaku asertif meningkat
- g) Partisipasi social meningkat
- h) Tanggung jawab diri meningkat
- i) Orientasi realitas meningkat
- j) Minat mengikuti perawatan/ pengobatan meningkat
- k) Kemampuan membina hubungan meningkat

**Intervensi Keperawatan :** (I.09312) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 201 )

**Observasi :**

- 1) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
- 2) Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- 3) Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- 4) Identifikasi pemahaman proses penyakit
- 5) Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- 6) Identifikasi metode penyelesaian masalah
- 7) Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social

**Terapeutik :**

- 1) Diskusikan perubahan peran yang dialami
- 2) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 3) Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- 4) Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku diri sendiri
- 5) Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- 6) Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- 7) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- 8) Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- 9) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
- 10) Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
- 11) Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan
- 12) Motivasi terlibat dalam kegiatan social
- 13) Motivasi mengidentifikasi system pendukung yang tersedia
- 14) Dampingi saat berduka ( misal : penyakit kronis, kecacatan )
- 15) Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman yang sama
- 16) Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- 17) Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam.

**Edukasi :**

- 1) Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama
- 2) Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
- 3) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 4) Anjurkan keluarga terlibat
- 5) Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
- 6) Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
- 7) Latih penggunaan tehnik relaksasi
- 8) Latih keterampilan social, sesuai kebutuhan
- 9) Latih mengembangkan penilaian obyektif.

**KESIMPULAN**

Dari kasus Ny. R diatas, diperlukan pengkajian data yang meliputi aspek fisiologis, spiritual, psikologis, social dan spiritual yang terjadi. Kondisi yang dialami Ny. R sesuai konsep model yang menggabungkan antara teori asli dan teori yang di rekonseptualisasi sehingga membentuk model keperawatan yang dibuat oleh Mishel, antara lain ketidakpastian, skema kognitif, kerangka stimulus, pola gejala, familiarisasi kejadian , dukungan social, kapasitas kognitif, dan ilusi.

Pada teori asli terdapat data yang mendukung terjadinya kondisi ketidakpastian yaitu skema kognitif, kerangka stimulus, pola gejala, familiarisasi kejadian, dukungan social dan kapasitas kognitif. Pada teori rekonseptualisasi terdapat data tentang pandangan baru, adaptasi dan pemikiran probabilitas Ny. R terhadap kondisinya. Manusia sebagai individu dan makhluk social yang unik tentunya mempunyai pandangan yang berbeda-beda dalam menyikapi masalah yang dihadapinya. Konsep yang awalnya dibentuk menjadi kapasitas kognitif yang dapat berubah menjadi adekuat dengan dukungan banyak factor : antara lain dukungan keluarga, tim penyedia layanan, familiarisasi terhadap kejadian sebelumnya akan dapat merubah sudut pandang pasien, yang sebelumnya berfikir bahwa ketidakpastian dianggap sebagai kondisi yang bahaya, berjalan dengan waktu yang terus menerus dijalani pasien membuat penilaiannya terhadap ketidakpastian berubah menjadi peluang untuk bisa membangun coping yang adaptif. Pembelajaran dari konsep ini adalah perlunya keterampilan dari tim tenaga kesehatan dalam merawat pasien dengan penyakit kronis ( terminal ) dalam mengeksplere kondisi pasien dan keluarga, pendampingan kepada pasien dan keluarga dalam menggali masalah dan mencari solusi bersama pasien dan keluarga, sebagai konsultan yang selalu mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga, membantu menyelesaikan masalah fisiologis, psikologis, social dan spiritual pasien. Tentunya dukungan keluarga juga akan berperan penting untuk mengembalikan realitas pasien menjadi positif terhadap kenyataan saat ini.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Alligood. Raile Martha, Editor Edisi Indonesia : Hamid. S. Yani Achir, Ibrahim. Kusman (2017), Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka, Elsevier, Singapore
- Books.google.co.id, (2021), JR. Bailey. E Donald, Zhang Yingzi, Merle Mishel: Uncertainly in Illness, Nursing Theorists and Their Work E Book, 445. Diakses Tanggal 10 November 2023.
- sovaeie.wordpress.com, (10 Desember 2014), Sains keperawatan Middle Theory, Diakses tanggal 30 November 2023.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (Desember 2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi I, Cetakan II, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (September 2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi I, Cetakan II, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (Maret 2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Edisi I, Cetakan II, Penerbit Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- www.legacy.com, Courant. Hartford. (Apr. 28.2020), Merle H. Mishel 1939-2020, Diakses tanggal 30 November 2023

