
Non Maleffice pada Pasien Hipertensi: Analisis Konsep

Ani Kuswati^{1*}, Sidik Awaludin²

^{1*} Mahasiswa Magister Keperawatan, Universitas Jenderal Soedirman, Indonesia

² Asisten Profesor, Departemen Keperawatan, Universitas Jenderal Soedirman, Indonesia

* Corresponding author: aniwahyu74@gmail.com

ABSTRACT

Background: The principle of nonmaleficence (no harm) means not causing physical and psychological harm/injury to the patient. The principle of nonmaleficence means that health workers in providing health services must always have the intention of helping patients overcome their health problems. Nonmaleficence in hypertensive patients depends on how the nurse or health worker provides assistance or nursing care so as not to cause harm/danger to the patient. **Objective:** the concept analysis aimed to explore Non-Maleffice pada Pasien Hipertensi. **Methods:** This concept analysis was carried out with the help of literature about non-maleficence obtained through the Google Scholar and Preplexity databases. The keywords used are "non-maleficence concept" and "hypertension sufferers". The years of publication of books and articles start from 1989 to 2021. **Results:** An estimated 1.13 billion people worldwide suffer from hypertension, the majority (two-thirds) living in low- and middle-income countries. In 2015, 1 in 4 men and 1 in 5 women suffered from hypertension. Less than 1 in 5 people with hypertension have the problem under control. **Conclusion:** This concept analysis was carried out using the methods and steps proposed by Walker and Avant. Method of identifying attributes, antecedents and consequences of non-maleficence. This gives rise to the operational definition of mal noneficence, namely a person's moral principles in making decisions to provide treatment/action/therapy with appropriate benefits without causing physical or mental harm, harm or danger.

Keywords: Hypertension sufferers, concept analysis, non-maleficence.

PENDAHULUAN

Konsep non maleficence merupakan prinsip etik dalam bidang keperawatan. Konsep ini seringkali digunakan dalam pelayanan pada pasien untuk mendapatkan tindakan keperawatan. Non maleficence pada penderita hipertensi mengacu pada tindakan yang tidak menimbulkan bahaya ataupun kerugian bagi pasien.

Non maleficence pada penderita hipertensi memerlukan definisi yang spesifik. Terdapat beberapa pendapat para ahli mengenai konsep non maleficence, diantaranya: Non

maleficence (tidak merugikan) adalah sebuah prinsip yang mempunyai arti bahwa setiap tindakan yang dilakukan pada seseorang tidak menimbulkan secara fisik maupun mental (Nasrullah, 2014).

Definisi tersebut merupakan salah satu definisi dari para ahli, masih banyak pendapat para ahli mengenai non maleficence ini. Namun hingga saat ini belum ada kesepakatan mengenai definisi konsep non maleficence yang tepat dan spesifik, selain itu belum ada kesepakatan mengenai instrumen yang digunakan untuk menilai non maleficence pada seseorang. Oleh sebab itu konsep non maleficence masih dapat dikatakan ambigu.

Penelitian mengenai non maleficence terutama pada penderita hipertensi masih terbatas sehingga sampai saat ini belum didapatkan definisi yang jelas mengenai konsep non maleficence terutama di kalangan penderita hipertensi. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menemukan definisi konsep non maleficence yang lebih tepat dan lebih spesifik sehingga konsep ini tidak disebut sebagai konsep yang masih ambigu.

TUJUAN

Analisis konsep ini bertujuan untuk mengeksplorasi Non-Maleficence pada Pasien Hipertensi.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan pendekatan analisis konsep Walker & Avant 2011. Dengan melakukan analisis konsep maka peneliti dapat menemukan atau memperjelas suatu konsep yang masih ambigu. Analisis ini dilakukan berdasarkan literatur yang telah didapatkan sebelumnya melalui database untuk mendapatkan artikel.

Analisis konsep ini menggunakan literatur yang didapatkan melalui database internet Google Scholar dan Preplexity dengan kata kunci “Konsep non maleficence” dan “Penderita Hipertensi”. Kemudian Untuk tahun penerbitan buku dan artikel dimulai dari tahun 1989 hingga 2023.

HASIL

Fenomena: Diperkirakan 1,13 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun 2015, 1 dari 4 pria dan 1 dari 5 wanita menderita hipertensi. Kurang dari 1 dari 5 orang dengan hipertensi memiliki masalah terkendali.

Secara nasional hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk dengan tekanan darah tinggi sebesar 34,11%. Prevalensi tekanan darah tinggi pada perempuan 36,85% lebih tinggi dibanding dengan laki-laki 31,34%. 2 Prevalensi di perkotaan sedikit lebih tinggi 34,43% dibandingkan dengan perdesaan 33,72% (Tim Riskesdas 2018, 2018).

Data Riskesdas 2018 pada penduduk usia 15 tahun keatas didapatkan data faktor risiko seperti proporsi masyarakat yang kurang makan sayur dan buah sebesar 95,5%, proporsi kurang aktifitas fisik 35,5%, proporsi merokok 29,3%, proporsi obesitas sentral 31% dan proporsi obesitas umum 21,8%.

PEMBAHASAN

Hipertensi adalah penyebab utama kematian dini di seluruh dunia. Salah satu target global untuk penyakit tidak menular adalah untuk mengurangi prevalensi hipertensi sebesar 25% pada tahun 2025 (Kemenkes, 2019).

Upaya pemerintah Indonesia untuk mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.01.07/MENKES/4634/2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa.

Pola hidup sehat dapat mencegah ataupun memperlambat awitan hipertensi dan dapat mengurangi risiko kardiovaskular. Pola hidup sehat juga dapat memperlambat ataupun mencegah kebutuhan terapi obat pada hipertensi derajat 1, namun sebaiknya tidak menunda inisiasi terapi obat pada pasien dengan HMOD atau risiko tinggi kardiovaskular.

Pola hidup sehat telah terbukti menurunkan tekanan darah yaitu pembatasan konsumsi garam dan alkohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah, penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal (IMT 18,5 – 22,9 kg/m²), aktivitas fisik teratur ringan sampai sedang (minimal 30 menit sehari, contohnya: mengepel lantai, menyapu lantai, dan mencuci mobil), serta menghindari rokok (jdih.kemkes.go.id, 2021).

Program tersebut sudah diaplikasikan di masing - masing Puskesmas juga melalui Posyandu Lansia. Dari sini sudah terlihat jelas kerjasama antara tenaga kesehatan juga masyarakat dalam hal ini kader kesehatan untuk memberikan pelayanan terhadap penderita hipertensi.

Hipertensi dapat dicegah dengan mengendalikan perilaku berisiko seperti merokok, diet yang tidak sehat seperti kurang konsumsi sayur dan buah serta konsumsi gula, garam dan lemak berlebih, obesitas, kurang aktifitas fisik, konsumsi alkohol berlebihan dan stres.

Menentukan tujuan analisis: tujuan menganalisis konsep non maleficence yaitu Menyempurnakan konsep yang masih ambigu, Mendapatkan definisi operasional non maleficence pada penderita hipertensi, Mengevaluasi instrumen yang sudah ada sebelumnya atau mendapatkan instrumen non maleficence yang tepat dan baru pada penderita hipertensi.

Menentukan atribut penentu: karakteristik atribut atau konsep yang didapatkan yaitu Seorang , Tidak menimbulkan kejahatan atau kerugian, Memberikan perawatan, Manfaat yang tepat, Prinsip moral, Tidak akan menimbulkan mudharat, Tidak menimbulkan bahaya secara fisik maupun mental, Melindungi seseorang yang tidak mampu, Tindakan atau terapi dan Pengambilan keputusan.

Dari karakteristik atribut yang didapat maka dapat dirumuskan Definisi Operasional dari non maleficence yaitu prinsip moral seseorang dalam pengambilan keputusan untuk memberikan perawatan/tindakan/terapi dengan manfaat yang tepat tanpa menimbulkan kerugian, kemudharatan serta bahaya secara fisik maupun mental.

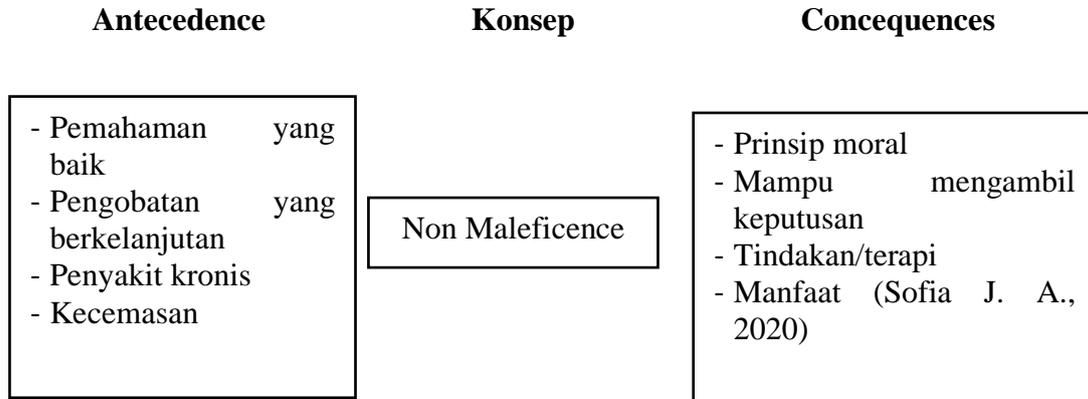
Identifikasi contoh kasus: Seorang laki-laki usia 54 tahun Bernama Tn. X saat ini sedang berada sendirian di rumah karena sang istri sedang ke pasar. Karena merasa

sendiri Tn. X pergi jalan-jalan. Namun tiba-tiba ia merasa pusing, jantung berdebar-debar, pandangan kabur, bahu dan leher terasa kaku. Saat itu ada tetangganya sebut saja Tn. Y yang kebetulan menyaksikan kejadian itu. Tanpa pikir panjang Tn. X dibawa ke Puskesmas terdekat oleh Tn. Y. setelah diperiksa oleh dokter ternyata Tn. X mengalami hipertensi yang mengharuskan dirawat di Puskesmas. Dokter menyampaikan kondisi Tn. X kepada Tn. Y yang harus secepatnya mendapatkan penanganan dan dokter membutuhkan persetujuan Tn. Y ataupun keluarganya. Tn. Y buru-buru mencari telepon genggam di sakunya untuk memberitahu istri Tn. X, namun barang yang dicari tidak ada karena ternyata tidak dibawa. berhubung harus mengambil keputusan saat itu juga akhirnya Tn. Y menyetujui untuk tindakan lanjut dari Tn. X. setelah kondisi Tn. X stabil, Tn. Y pamit pulang untuk memberitahu keluarga Tn. x yaitu istrinya.

Identifikasi kasus borderline: Seorang perawat komunitas melakukan kunjungan ke masyarakat, ia menemukan seorang pasien bernama Tn. X berusia 40 tahun seorang buruh bangunan dan sudah terdiagnosa hipertensi sejak setengah bulan yang lalu. Tn. X sudah memiliki istri dan 3 orang anak yang duduk di bangku SMA, SMP dan SD. Tn. X mengatakan pernah berkunjung ke puskesmas karena kepala merasa pusing dan kaku pada leher. Setelah mengetahui terdiagnosa hipertensi ia kaget dan merasa takut jika penyakitnya bertambah parah dan tidak bisa menafkahi keluarganya. Tn. X mengakui bahwa ia perokok aktif, jarang beristirahat, jarang olahraga, pola makan juga tidak sehat. Saat ini Tn. X juga mengeluh sudah beberapa hari kepala terasa pusing, namun karena harus bekerja ia tidak begitu menghiraukannya. Setelah diperiksa ternyata tekanan darah Tn. X 160/90 mmHg. Kemudian perawat menyampaikan agar Tn. X melanjutkan minum obat yang didapatkan dari Puskesmas. Perawat juga memberikan penyuluhan kesehatan mengenai hipertensi, dampak buruk merokok serta menganjurkan kepada Tn. X supaya rajin kontrol ke layanan kesehatan.

Identifikasi contrary cases: Perawat komunitas melakukan kunjungan kerja ke masyarakat dan ditemukan pasien atas nama Tn. Y umur 70 tahun memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun lalu. Tn. Y mengatakan sangat menyukai sayur bersantan, ikan asin, telur asin, jeroan dan durian. Tn. Y tidak suka berolahraga dengan alasan cepat capai dan masih suka minum kopi serta merokok. Saat disarankan untuk kontrol ke puskesmas, Tn. Y mengatakan untuk saat ini sudah tidak ingin minum obat karena tidak ada perubahan yang dirasakan dan memilih mengkonsumsi minuman herbal dan sering melakukan pijat jika badan terasa tidak enak. Tn. Y juga mengatakan dirinya sudah tua dan sudah menerima penyakitnya sebagai takdir dari Tuhan. Ia mengatakan saat ini hanya bisa berdoa dan berusaha untuk mengurangi gejala yang timbul. Tn. Y sangat kooperatif dan semangat dalam menjalani hidup karena ia yakin hidup dan mati adalah takdir Tuhan. Keluarga Tn. Y pun selalu mendukung keinginannya.

Identifikasi anteseden dan konsekuensi:



Identifikasi definisi empiris: Empirical referent adalah kelas atau kategori dari fenomena aktual yang melalui keberadaannya menunjukkan terjadinya konsep itu sendiri. Empirical referent bukan alat untuk mengukur konsep. Empirical referent adalah sarana di mana anda dapat mengenali atau mengukur karakteristik atau atribut yang mendefinisikan, Sehingga empirical referent berhubungan langsung untuk atribut yang menentukan, bukan keseluruhan konsep itu sendiri. *Empirical referent*, setelah diidentifikasi, sangat berguna dalam pengembangan instrumen karena secara jelas terkait dengan dasar teoritis dari konsep, sehingga berkontribusi terhadap konten dan membangun validitas instrumen baru apa pun (Walker & Avant, 2011).

Hasil identifikasi dari atribut dan konsep non maleficence maka empirical referentnya yaitu: Prinsip moral, Pengambilan keputusan, Tindakan/terapi dan Tidak membahayakan fisik maupun mental. Setelah memperoleh empirical referent maka instrumen yang sesuai digunakan untuk non maleficence yaitu HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety*), MaPSaF (*Manchester Patient Safety Culture Assessment Framework*) dan SAQ (*Safety Attitude Questionnaire*). Menurut *The Health Foundation* dan ESQH, HSOPSC, MaPSaF dan SAQ adalah tiga instrumen pengukuran yang sering digunakan dan direkomendasikan untuk melakukan keselamatan pasien survei budaya (EUNFP, 2010) dalam (Hanifa & Dhamanti, 2021).

HSOPSC adalah instrumen pengukuran utama yang digunakan oleh fasilitas kesehatan di Amerika Serikat (Malone et al., 2014). Kuesioner HSOPSC terdiri dari 40 item penilaian yang dikategorikan menjadi 12 dimensi pengukuran. Namun pada tahun 2019, AHRQ kembali merilis HSOPSC versi 2.0 instrumen dengan penambahan 10 dimensi pengukuran. Sementara itu, MaPSaF adalah instrumen yang dikembangkan untuk membantu tim layanan kesehatan dalam merefleksikan organisasi mereka aspek pengembangan budaya keselamatan pasien (Mayeng & Wolvaardt, 2015) dalam (Hanifa & Dhamanti, 2021) yang terdiri dari 10 dimensi pengukuran dan 24 aspek pelaksanaan pengukuran kualitatif. Instrumen ini dapat mengetahui dan mengeksplorasi tingkat kematangan budaya keselamatan pasien salah satu keunggulan instrumen MaPSaF. Instrumen MaPSaF menggambarkan 4 tingkat kematangan budaya keselamatan pasien yaitu patologis, reaktif, birokratis, proaktif dan generatif. SAQ merupakan instrumen yang fokus pada iklim keselamatan, dalam instrumen ini tim-tim

yang ada di dalamnya organisasi diminta untuk menggambarkan sikap mereka mengenai enam dimensi SAQ (Hanifa & Dhamanti, 2021).

KESIMPULAN

Dari hasil analisis konsep maka didapatkan definisi non maleficence adalah prinsip moral seseorang dalam pengambilan keputusan untuk memberikan perawatan/tindakan/terapi dengan manfaat yang tepat tanpa menimbulkan kerugian, kemudharatan serta bahaya secara fisik maupun mental. Hasil identifikasi dari atribut dan konsep autonomy maka empirical references yaitu : Prinsip moral, Pengambilan keputusan, Tindakan/terapi dan Tidak membahayakan fisik maupun mental. Maka instrumen yang sesuai yang akan digunakan untuk mengukur non maleficence adalah menggunakan 3 (tiga) instrumen yaitu HSOPSC, MaPSaF dan SAQ. Instrument tersebut yang sering digunakan dan direkomendasikan untuk melakukan pengukuran survei budaya keselamatan pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan banyak terimakasih disampaikan kepada semua pihak yang telah membantu sehingga kegiatan dapat terselesaikan.

REFERENSI

- Afandi Dedi, (2017). *Kaidah Dasar Bioetika Dalam Pengambilan Keputusan Klinis Yang Etis*. Riau: Majalah Kedokteran Andalas.
- Al-Bar MA and Chamsi-Pasha H. (2015). *Contemporary Bioethics: Non-maleficence*. Springer, 119-28. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-18428-9_7
- Beauchamp TL and Childress JF. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, L, T, Childress, F, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bufacchi, V. (2020). Justice as nonmaleficence. *Theoria*, 67(162), 1–27.
- Hanifa, Y. N. M., & Dhamanti, I. (2021). Instrument for Measuring Patient Safety Culture: Literature Review. *JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)*, 10(2), 158–176. <https://doi.org/10.18196/jmmr.v10i2.11253> jdih.kemkes.go.id. (2021). 1–85.
- Jonsen A. (1989). *Do no harm*. In: *Beauchamp T and Childress J (Eds.). Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Kemendes. (2019). *Hipertensi penyakit paling banyak diidap masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI, 1. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20190517/5130282/hipertensi-penyakit-paling-banyak-diidap-masyarakat/%0Ahttps://www.kemkes.go.id/article/view/19051700002/hipertensi-penyakit-paling-banyak-diidap-masyarakat.html>

- Kozier, Erb, Berman, Snyder. (2015). *Fundamental's of Nursing (3rd Ed)*. Melbourne : Pearson Australia
- Nasrullah, D. (2014). *Etika dan Hukum Keperawatan untuk Mahasiswa dan Praktisi Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI
- Sebastian Ivan D. (2021). *Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan yang Ada di Indonesia* [Internet]. Available from: <https://mhomecare.co.id/blog/jenis-pelayanan-kesehatan/>
- Sofia J. A. (2020). Kajian Penerapan Etika Dokter Pada Pemberian Pelayanan Kesehatan Di Era Pandemi Covid-19. *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*. Surakarta.
- Taufik Suryadi. (2009). *Prinsip-Prinsip Etika Dan Hukum Dalam Profesi Kedokteran. Disampaikan pada Pertemuan Nasional V JBHKI dan Workshop III Pendidikan Bioetika dan Medikolegal di Medan, 14-17 Desember 2009*.
- Thomasma D and Graber G. (1990). *Euthanasia: Towards an Ethical Policy*. New York: Continuum Publishers; 284-185, 292
- Tim Riskesdas 2018. (2018). *Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf*. In Lembaga Penerbit Balitbangkes. [http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf](http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf)
- Walker, LO, & Avant, KC (2011). *Strategi konstruksi teori dalam keperawatan (edisi ke-5)*. Boston: Dewan Prentice.
- WHO. 2019. *Hypertension*. Geneva.
- Young A. (2009). The legal duty of care for nurses and other health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3071-8.