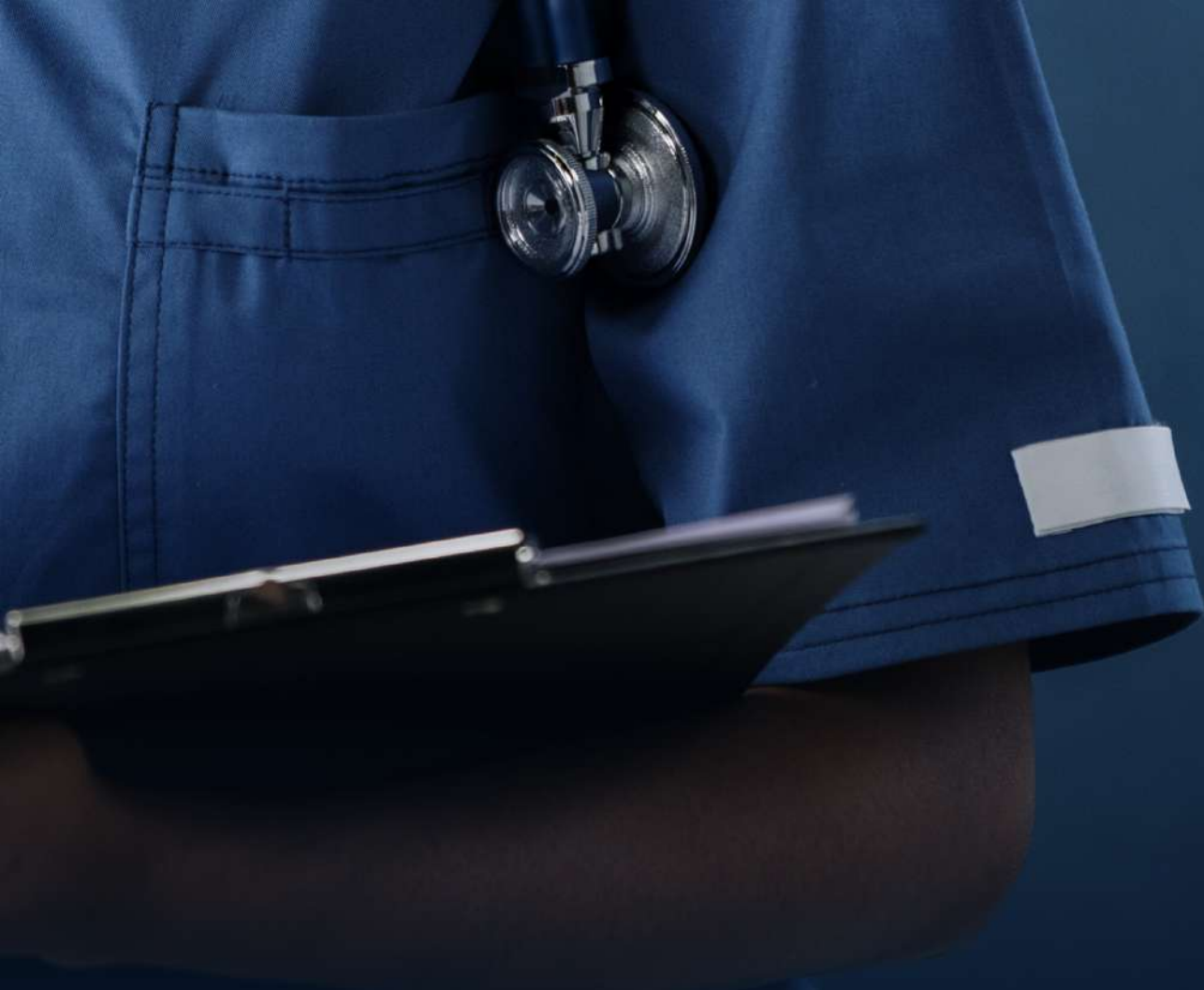




PENGANTAR KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Samsinar Butar butar • Mayer Derold Panjaitan • Darmayanti
Martalina Limbong • Melva E.M. Manurung • Rini Rahmasari
Sedia Simbolon • Abigail Asfas Tandilangi • Sri Yulianti
Dadang Darmawan • Dwi Kartika Rukmi



PENGANTAR KONSEP DASAR KEPERAWATAN

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pengantar Konsep Dasar Keperawatan

Samsinar Butar butar, Mayer Derold Panjaitan, Darmayanti
Martalina Limbong, Melva E.M. Manurung, Rini Rahmasari
Sedia Simbolon, Abigail Asfas Tandilangi, Sri Yulianti
Dadang Darmawan, Dwi Kartika Rukmi



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pengantar Konsep Dasar Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Samsinar Butar butar, Mayer Derold Panjaitan, Darmayanti
Martalina Limbong, Melva E.M. Manurung, Rini Rahmasari
Sedia Simbolon, Abigail Asfas Tandilangi, Sri Yulianti
Dadang Darmawan, Dwi Kartika Rukmi

Editor: Janner Simarmata

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Samsinar Butar butar., dkk.

Pengantar Konsep Dasar Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 180 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-550-6

Cetakan 1, Agustus 2022

- I. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji dan syukur yang tidak terhingga penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat karunia-Nya lah, sehingga dapat tersusun buku Pengantar Konsep Dasar Keperawatan ini. Buku Pengantar Konsep Dasar Keperawatan ini memuat pengetahuan tentang Pengertian falsafah dan paradigma keperawatan, Sejarah keperawatan di dunia, Sejarah keperawatan di Indonesia, Konsep profesi dalam lingkup keperawatan, Proses keperawatan sebagai sebuah konsep dasar keperawatan, Landasan keilmuan profesi keperawatan, Perubahan konsep dalam keperawatan, Model konsep dan teori keperawatan, Pengembangan ilmu keperawatan, Konsep stress dan adaptasi, Konsep sehat sakit, Sistem pelayanan kesehatan nasional, Dinamika kelompok dalam keperawatan dan Aspek legal dan etik dalam pelayanan.

Penyusunan buku Pengantar Konsep Dasar Keperawatan ini bertujuan untuk menginformasikan kepada perawat, pendidik dan mahasiswa keperawatan tentang teori keperawatan yang dapat dijadikan sebagai acuan/landasan dalam memberikan asuhan keperawatan dan melakukan penelitian. Harapan dengan adanya buku ini dapat menambah wawasan dan penguasaan pembaca dalam melakukan asuhan keperawatan yang holistic dan asuhan yang diberikan mampu meningkatkan kualitas mutu asuhan keperawatan di Indonesia secara khusus.

Buku Pengantar Konsep Dasar Keperawatan ini tentunya memiliki banyak kekurangan. Oleh sebab itu diharapkan dapat dilakukan pengembangan ilmu pengetahuan tentang Konsep Dasar Keperawatan kedepannya yang lebih baik. Terimakasih penulis ucapkan kepada semua

pihak yang telah membantu dan mendukung penyusunan buku ajar Pengantar Konsep Dasar Keperawatan ini.

Jakarta, 10 Juli 2022

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Falsafah dan Paradigma Keperawatan

1.1 Falsafah Keperawatan	1
1.2 Paradigma Keperawatan	4

Bab 2 Sejarah Keperawatan di Dunia

2.1 Pendahuluan.....	11
2.1.1 Zaman Purba	12
2.1.2 Zaman Keagamaan.....	15
2.1.3 Abad Pertengahan.....	17
2.1.4 Periode Tahun 1950.....	21
2.2 Tokoh-Tokoh Penting Keperawatan.....	21

Bab 3 Proses Keperawatan Sebagai Konsep Dasar Keperawatan

3.1 Pendahuluan.....	25
3.2 Pengertian Proses Keperawatan	26
3.3 Tahap -Tahap Proses Keperawatan.....	27
3.3.1 Pengkajian Langkah Pertama dalam Memberikan Asuhan Keperawatan....	27
3.3.2 Diagnosis Keperawatan	32
3.3.4 Perencanaan/Intervensi	35
3.3.5 Implementasi	36
3.3.6 Evaluasi.....	37

Bab 4 Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan

4.1 Pendahuluan.....	39
4.2 Ilmu.....	40
4.2.1 Pengertian Ilmu.....	40
4.2.2 Pengertian Landasan	41
4.2.3 Landasan Keilmuan.....	42
4.2.4 Keperawatan Sebagai Ilmu	43

4.3 Profesi Keperawatan	46
4.3.1 Definisi Keperawatan.....	46
4.3.2 Pengertian Profesi.....	47
4.3.3 Karakteristik Profesi.....	48
4.3.4 Keperawatan Sebagai Profesi.....	49
4.3.5 Perkembangan Profesionalisme Keperawatan.....	52
4.3.6 Pengendalian Kebijakan Profesional, Aktivitas Profesional, dan Otonomi....	53
4.3.7 Kode Etik Keperawatan.....	54
4.3.8 Pohon Ilmu (Body of Knowledge).....	55
4.3.9 Cerminan Perawat Profesional.....	55

Bab 5 Perubahan dalam Konsep Keperawatan

5.1 Pendahuluan.....	57
5.2 Definisi Konsep Perubahan dalam Keperawatan.....	58
5.3 Teori-teori Perubahan.....	58
5.3.1 Teori Kurt Lewin	59
5.3.2 Teori Lippit.....	60
5.3.3 Teori Havelock.....	62
5.3.4 Teori Rogers.....	62
5.3.5 Teori Reddin.....	63
5.3.6 Teori Spradley.....	63
5.4 Motivasi dalam Melakukan Perubahan	64
5.5 Strategi dalam Perubahan	65
5.6 Model dalam Perubahan	66
5.7 Hambatan dalam Perubahan.....	67
5.8 Perubahan dalam Keperawatan	69

Bab 6 Peran Fungsi dan Tugas Keperawatan

6.1 Pendahuluan.....	71
6.2 Peran Perawat Berdasarkan Konsorsium Ilmu Keperawatan 1989.....	72
6.3 Fungsi Perawat.....	74
6.4 Tugas & Tanggung Jawab Perawat Berdasarkan Lokakarya 1983.....	75
6.4.1 Tugas Perawat.....	75
6.4.2 Tanggung Jawab Perawat.....	76

Bab 7 Model Konsep dan Teori Keperawatan

7.1 Pendahuluan.....	79
7.2 Pengantar Analisis Teori Keperawatan.....	80
7.3 Pembagian Teori Keperawatan Sesuai dengan Manfaatnya.....	82

7.3.1 Seni dan Ilmu Keperawatan Humanistik.....	82
7.3.2 Interpersonal Relationship.....	94
7.3.3 Systems.....	101
7.3.4 Energy Fields.....	104
7.3.5 Teori Keperawatan lain yang dapat dipelajari adalah:	109

Bab 8 Konsep Stres dan Adaptasi

8.1 Pendahuluan.....	111
8.2 Konsep Stres	112
8.2.1 Stressor.....	112
8.2.2 Mekanisme terjadinya stress	112
8.2.3 Jenis Stress.....	114
8.3 Konsep Adaptasi.....	115
8.3.1 Local Adaptation Syndrome	115
8.3.2 General Adaptation Syndrome.....	116
8.3.3 Model Adaptasi Callista Roy	117
8.3.4 Tingkat Adaptasi	120

Bab 9 Konsep Sehat dan Sakit

9.1 Konsep Sehat	123
9.2 Persepsi Sehat	124
9.3 Konsep Kesehatan	124
9.4 Model Teori Kesehatan Menurut Smith	125
9.5 Strategi Mempromosikan Perilaku Hidup Sehat.....	127
9.5.1 Dukungan Manajemen diri	127
9.5.2 Memecahkan Masalah.....	128
9.5.3 Membuat Keputusan.....	129
9.5.4 Penggunaan Sumber Daya	129
9.5.5 Memberdayakan Peran Klien: Sadar Sehat	129
9.5.6 Promosi Kesehatan	129
9.6 Faktor yang Memengaruhi Kesehatan	130
9.7 Konsep Penyakit dan Sakit	132
9.7.1 Penyakit	132
9.7.2 Sakit	133
9.7.3 Sakit Akut.....	133
9.7.4 Sakit Kronis.....	135
9.7.5 Pencegahan sakit.....	137
9.8 Kontinum Sehat- Sakit dan Kesejahteraan Tingkat Tinggi.....	138
9.9 Hubungan antara Penyakit, Sakit, Sehat dan Kesehatan	139

Bab 10 Dinamika Kelompok dalam Keperawatan

10.1 Konsep Dasar Kelompok.....	141
10.1.1 Pengertian Kelompok	141
10.1.2 Ciri-ciri Kelompok	142
10.1.3 Jenis Kelompok.....	142
10.2 Dinamika Kelompok	145
10.2.1 Fungsi Dinamika Kelompok	145
10.2.2 Dinamika Kelompok dalam Keperawatan.....	148
10.2.3 Pentingnya Dinamika Kelompok dalam Keperawatan.....	150

Bab 11 Aspek Legal dan Etik dalam Pelayanan Keperawatan

11.1 Pendahuluan.....	151
11.2 Konsep Dasar Etik Keperawatan	152
11.3 Prinsip Etik dalam Keperawatan.....	154
11.4 Hak dan Kewajiban Perawat dan Pasien	158
11.5 Kode Etik Keperawatan Indonesia.....	162
Daftar Pustaka	165
Biodata Penulis	175

Daftar Gambar

Gambar 1.1: nilai-nilai dan Prasangka kunci konsep Keperawatan.....	5
Gambar 1.2: Kebutuhan Manusia menurut Abraham Maslow	6
Gambar 8.1: Fisiologi dan patofisiologi stress	114
Gambar 8.2: Diagram Model GAS	117
Gambar 8.3: Skema Adaptasi Callista Roy	118
Gambar 9.1: Kontinum Sehat-Sakit	139

Daftar Tabel

Tabel 1.1: Kerangka Konsep Falsafah Sebagai Konten, Metode Dan Pandangan Hidup.....	2
Tabel 1.2: Kebutuhan manusia menurut maslow	7

Bab 1

Falsafah dan Paradigma Keperawatan

1.1 Falsafah Keperawatan

Filosofi keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan nilai, etika dan keyakinan perawat serta motivasi mereka untuk menjadi bagian dari profesi. Ini mencakup perspektif perawat mengenai pendidikan, praktik dan etika perawatan pasien mereka. Menurut Fhirawati et al (2020) falsafah keperawatan berfokus pada konsep manusia, setiap manusia dipahami sebagai makhluk hidup dengan nilai-nilai instrinsik yang unik. Masalah terpenting dari falsafah keperawatan terkait dengan kesehatan dan penyakit.

Falsafah juga memengaruhi karakteristik perawat perilaku, sudut pandang, tindakan dan gagasan yang dibentuk dari pemahaman tentang keperawatan. Keperawatan dipengaruhi oleh aliran filsafat dan falsafah individu itu sendiri. Aliran filsafat yang paling umum memengaruhi pandangan dan konsep di antaranya adalah idealisme, materialisme, humanisme, holism dan rasionalisme.

Tabel 1.1: Kerangka Konsep Falsafah Sebagai Konten, Metode Dan Pandangan Hidup (Risnah & Irwan, 2021)

Kerangka Konsep	Falsafah Sebagai Konten Dalam Keperawatan	Falsafah Sebagai Metode	Falsafah Sebagai Pandangan Hidup
Bagaimana falsafah dibentuk?	Konten (isi): falsafah digunakan untuk mengidentifikasi fenomena yang menarik bagi disiplin ilmu	Metode: perawat menggunakan falsafah untuk mengakses beragam interpretasi dan pengalaman realitas	Pandangan hidup: falsafah mengarah pada transformasi menuju hikmat atau kearifan
Contoh	Ontology keperawatan meneliti keperawatan, kepribadian, lingkungan, kesehatan dan penyakit, epistemology keperawatan memperhatikan pengembangan, identifikasi, validasi pengetahuan keperawatan; dan etika keperawatan: memeriksa fenomena moral dan sifat praktik keperawatan yang baik	Sebagai metode, metode ini digunakan untuk membuka kemungkinan, menganalisis, mengkritik, menantang, dan memperdebatkan situasi klinis yang mempertanyakan asumsi, nilai, dan keyakinan yang mendasari.	Pendekatan falsafah terhadap kehidupan adalah pendekatan yang menerapkan nilai-nilai keperawatan di dunia perawat. teori dan praktik, pribadi dan professional, pengetahuan dan tindakan dipisahkan dengan tegas.

Falsafah sebagai konten dalam keperawatan berkaitan dengan fenomena yang menarik bagi profesi dan disiplin ilmu: pertanyaan yang berkaitan dengan orang, lingkungan, dan kesehatan. Sebagai konten perawat secara ontologis memeriksa sifat keperawatan, kepribadian, lingkungan, kesehatan dan penyakit. *Epistemology* keperawatan memperhatikan pengembangan, identifikasi, dan validasi pengetahuan dan etika keperawatan mengacu pada fenomena moral yang dihadapi dalam praktik keperawatan, elemen dasar hak dan nilai, dan sifat praktik keperawatan yang baik. Praktik keperawatan sering kali menjadi pusat pemikiran falsafah: apakah keperawatan itu, apa pengetahuan keperawatan dan apa keperawatan yang baik? Perawat terus bergulat dengan ide-ide falsafah ini dalam membuat keputusan terkait praktik keperawatan.

Falsafah sebagai metode. Sebagai metode, perawat menggunakan falsafah untuk menganalisis, mengkritik, menantang dan memperdebatkan situasi klinis

yang membahayakan keselamatan pasien dan asuhan keperawatan. Falsafah mempersiapkan perawat dengan alat untuk bertindak sebagai agen moral dalam pengaturan praktek dan mengembangkan bahasa untuk meningkatkan kesadaran tentang asumsi yang mengarah pada praktik keperawatan. Hal ini mendorong perawat melakukan penyelidikan atau refleksi lebih lanjut, dan analisis yang kritis terhadap konsep dan norma yang mendukung model praktik keperawatan. Falsafah juga memungkinkan perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan non ilmiah yang mungkin penting dalam disiplin ilmu keperawatan. Misalnya, dengan menggunakan pertanyaan falsafah, perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti: Apakah prinsip praktik keperawatan? Apakah batasan pengetahuan keperawatan? Apakah pengetahuan itu? Apakah perawat terlalu sibuk untuk mengembangkan hubungan perawat-klien? Dalam memikirkan jenis pertanyaan ini, perawat dapat menggunakan refleksi dan penalaran kritis untuk mendefinisikan dan mengembangkan ilmu keperawatan.

Falsafah sebagai pandangan hidup. Perawat memberlakukan falsafah dalam sistem nilai kepercayaan sehari-hari meskipun perawat mungkin tidak mengidentifikasinya dengan jelas. Misalnya, perilaku caring dianggap sebagai nilai sentral yang dimiliki perawat. Falsafah memberikan perawat kesempatan untuk menyadari bagaimana nilai-nilai dan keyakinan individu memengaruhi praktik keperawatan. Hakikat kebenaran dan realitas serta asal mula pengetahuan membentuk cara kita memandang dunia dan diri kita sendiri serta memengaruhi definisi kita tentang diri kita sendiri, cara kita berinteraksi dengan orang lain, kepribadian pribadi kita, rasa kendali kita atas peristiwa kehidupan, pandangan kita tentang pengajaran dan pembelajaran dan konsepsi kita tentang moralitas. Falsafah sebagai ontology, epistemology dan etika mendukung nilai, keyakinan, dan perilaku seseorang. Hal ini berguna dalam mengidentifikasi factor-faktor yang memengaruhi praktik keperawatan secara holistik.

Perawat mewujudkan falsafah dalam tindakannya Ketika menerapkan pengetahuan, etika, dan seluruh keberadaan perawat dalam merawat orang lain. Contoh falsafah sebagai pandangan hidup dengan pernyataan “ filosofi pribadi saya adalah peduli dan menghormati orang lain. Sebagai seorang perawat, kepedulian dan rasa hormat mendasari keputusan yang saya buat dalam karir pribadi dan professional saya dan saya berharap orang lain juga peduli dan hormat” Falsafah sebagai pandangan hidup termasuk: perawat menanggapi ketidakadilan dengan secara aktif terlibat untuk memastikan akses

yang sama ke pelayanan kesehatan untuk semua orang, mengadvokasi kesetaraan dan keadilan di semua tingkat perawatan dan perawatan yang berpusat pada manusia (person-centered) dimotivasi oleh pribadi/nilai profesional yang keadilan sosial. (Risnah & Irwan, 2021)

1.2 Paradigma Keperawatan

Paradigma berasal dari bahasa Yunani yang diturunkan dari kata kerja *paradeiknumi* berarti menampilkan atau paradigma yang berarti contoh atau model, *Para* artinya berdampingan dan dekat sedangkan *deiknumi* artinya menunjukkan. Paradigma telah digunakan oleh Plato dalam teks Yunani sebagai model atau pola yang digunakan oleh Demiurge (Tuhan) untuk menciptakan alam semesta dan kosmos. Dalam Oxford English Dictionary, paradigma diartikan sebagai pola, model dan contoh.

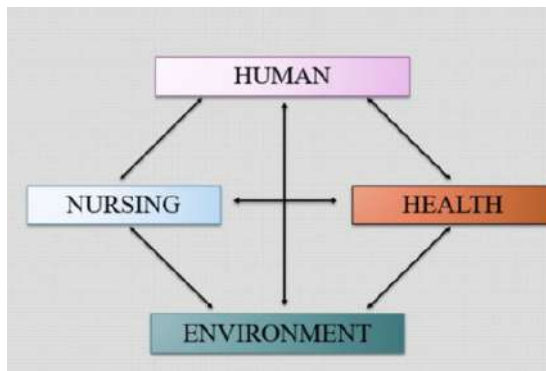
Menurut Masterman dalam (Febriana, 2018) dikatakan bahwa paradigma keperawatan adalah pandangan yang fundamental mengenai persoalan dalam suatu cabang ilmu pengetahuan. Gaffar dalam (Febriana, 2018) pun mengungkapkan bahwa paradigma keperawatan adalah cara dasar dalam memandang, melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap suatu fenomena yang ada. Paradigma yang berlaku dalam suatu disiplin ilmu mewakili sudut pandang dominan dari konsep-konsep tertentu. Sudut pandang ini didukung oleh teori dan penelitian yang untuk saat ini secara memadai membahas masalah disiplin ilmu.

Klasifikasi paradigma dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Paradigma empiris (empirical paradigm) berakar pada asumsi bahwa ada satu realitas. Dunia terpisah dari pengetahuan manusia. Paradigma empiris berkontribusi pada penelitian keperawatan karena memfasilitasi pengembangan dan pengujian hipotesis, membandingkan intervensi dan mencari hubungan antar variable.
2. Paradigma interpretif (interpretive paradigm) menyatakan tidak ada realitas tunggal yang digunakan untuk mengukur pengetahuan. Pengetahuan dimediasi melalui asumsi atau fenomena melalui mata individu yang mengalaminya. Paradigma empiris mengendalikan keberadaan satu realitas, untuk ditemukan dan dipahami melalui

penelitian. Sebaliknya, paradigma interpretative menyatakan bahwa realitas didasarkan sepenuhnya pada persepsi; dengan demikian, realitas obyektif tunggal tidak ada. Paradigma ini berkontribusi besar pada keperawatan *holistic*, karena perawat sangat memperhatikan implikasi suatu peristiwa bagi pasien, bukan hanya peristiwa itu sendiri. Paradigma interpretatif juga menghargai cara mengetahui estetis, personal dan etis, yang merupakan bagian integral dari pengetahuan keperawatan. (Risnah & Irwan, 2021)

Febriana (2018), menyatakan bahwa dalam dunia keperawatan, paradigma didasarkan pada berbagai nilai-nilai dan prasangka kunci konsep, seperti manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Batas-batas untuk konsep-konsep kunci tercermin dari budaya keperawatan atau pelatihan, pengalaman dan nilai-nilai kerja yang memengaruhi pengamatan kita tentang peristiwa dan situasi.



Gambar 1.1: nilai-nilai dan Prasangka kunci konsep Keperawatan

1. Manusia (Human)

Manusia adalah karya Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan satu kesatuan yang utuh dan unik yang tidak bisa dipisahkan serta mencerminkan tiga komponen yaitu body, mind, dan spirit yang saling berpengaruh. Kebutuhan manusia harus terpenuhi secara seimbang untuk dapat melangsungkan kehidupannya. Pradigma keperawatan memandang manusia sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk *holistic*) yang terdiri dari bio-psiko-sosio-spiritual. Manusia selalu mencoba mempertahankan kebutuhannya melalui

serangkaian peristiwa antara lain belajar, menggali serta menggunakan sumber-sumber yang diperlukan sesuai dengan potensi, keterbatasannya, untuk terlibat secara aktif dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya. Dengan demikian manusia dalam keperawatan menjadi sasaran pelayanan keperawatan yang disebut klien mencakup individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang selalu dapat berubah untuk mencapai keseimbangan terhadap lingkungan di sekitarnya melalui proses adaptasi. Hal ini dijadikan dasar pernyataan bahwa perawat profesional harus berhubungan dengan manusia yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya



Gambar 1.2: Kebutuhan Manusia menurut Abraham Maslow

Maslow menyusun teori motivasi manusia, di mana variasi kebutuhan manusia dipandang tersusun dalam bentuk hierarki atau berjenjang. Setiap jenjang kebutuhan dapat dipenuhi hanya jenjang sebelumnya telah (relative) terpuaskan. Tabel dibawah menyajikan secara ringkas empat jenjang *basic need* atau *deiciency need*, dan satu jenjang *meta needs* atau *growth needs*. Jenjang motivaasi bersifat mengikat, maksudnya; kebutuhan pada tingkat yang lebih rendah harus *relative* terpuaskan sebelum orang menyadari atau dimotivasi oleh kebutuhan yang jenjangnya lebih tinggi. Jadi kebutuhan fisiologis harus terpuaskan lebih dahulu sebelum muncul kebutuhan rasa aman. Sesudah kebutuhan fisiologis harus terpuaskan lebih dahulu sebelum muncul kebutuhan rasa aman. Sesudah kebutuhan fisiologis dan rasa aman terpuaskan, baru muncul kebutuhan kasih sayang, begitu seterusnya sampai kebutuhan dasar terpuaskan baru akan muncul kebutuhan meta.

Tabel 1.2: kebutuhan manusia menurut maslow (Risnah & Irwan, 2021)

Tahap Kebutuhan		Deskripsi
Kebutuhan Berkembang (<i>metaneeds</i>)	Kebutuhan Aktualisasi Diri/ <i>self actualization needs</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan menjadi seperti apa yang diinginkan. 2. Kebutuhan kreatif, realisasi diri, perkembangan diri.
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan untuk mencapai tujuan, terus maju, menjadi lebih baik. 2. Kebutuhan dalam pengetahuan dan pemahaman, pemakaian kemampuan kognitif secara positif mencari kebahagiaan dan pemenuhan kepuasan untuk menghindari rasa sakit.
Kebutuhan Karena Kekurangan (<i>basicneeds</i>)	Kebutuhan harga diri/ <i>esteem needs</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan kekuatan, penguasaan, kompetensi, kepercayaan diri, kemandirian. 2. Kebutuhan penghargaan dari orang lain, status, ketenaran, dominasi, menjadi penting, kehormatan dan apresiasi.
	Kebutuhan Dicintai-Mencintai/ <i>love needs/ belongingness</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan kasih sayang, keluarga, sejawat, pasangan anak. 2. Kebutuhan menjadi bagian kelompok masyarakat.
	Kebutuhan Rasa Aman/ <i>safety needs</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan keamanan stabilitas, proteksi, struktur, hukum, keteraturan, batas, bebas dari takut dan cemas.
	Kebutuhan Fisiologis/ <i>physiological</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan homostatik: makan, minum, gula, garam, protein, serta kebutuhan istirahat dan seks.

Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis umumnya bersifat neostatik. Dapat dikatakan pula sebagai kebutuhan primer dalam hidup manusia karena merupakan kebutuhan paling mendasar bagi kelangsungan hidup manusia untuk menjaga homeostasis tubuhnya. Contoh dari kebutuhan ini seperti makan, minum, dan konsumsi gula, garam, protein, serta kebutuhan aktivitas dan istirahat. Kebutuhan fisiologis ini mutlak harus terpenuhi sebelum kebutuhan lainnya, karena apabila belum terpenuhi maka akan memengaruhi kebutuhan setelahnya.

Kebutuhan Keamanan

Setelah kebutuhan fisiologis secukupnya terpenuhi, manusia membutuhkan keamanan, proteksi, struktur hukum, keteraturan, batas dan kebebasan dari rasa cemas serta takut. Kebutuhan ini seperti keamanan kekebalan sistem tubuh (misalnya kebutuhan akan imunisasi/vaksin), keamanan dari ancaman keluarga dan keamanan Kesehatan.

Kebutuhan Dicintai-Mencintai

Setelah kebutuhan fisiologis dari keamanan relative terpuaskan, kebutuhan dimiliki atau menjadi bagian dari kelompok sosial dan cinta menjadi tujuan yang dominan. Orang sangat peka dengan kesendirian, pengasingan, ditolak lingkungan, dan kehilangan sahabat atau kehilangan cinta. Ada dua jenis cinta dewasa yakni Defecency atau D-Love dan Being atau B-Love; orang yang mencintai sesuatu yang tidak dimilikinya, seperti harga diri, seks, atau seseorang yang membuat dirinya menjadi tidak sendirian. Misalnya hubungan percintaan, hidup bersama atau perkawinan yang membuat orang terpuaskan kenyamanan dan keamanannya. D-Love adalah cinta yang mementingkan diri sendiri, yang memperoleh dari pada memberi. B-Love didasarkan pada penilaian mengenai orang lain apa adanya, tanpa keinginan mengubah atau memanfaatkan orang itu. Cinta yang tidak berniat memiliki, tidak memengaruhi dan terutama bertujuan memberi orang lain gambaran positif, penerimaan diri dan perasaan dicintai, yang membuka kesempatan orang itu untuk berkembang.

Kebutuhan Harga Diri

Ketika kebutuhan dimiliki dan mencintai sudah relative terpuaskan dan kekuatan motivasinya melemah, diganti motivasi harga diri.

Ada dua jenis harga diri yaitu:

- a. Menghargai diri sendiri (self respect): kebutuhan kekuatan, penugasan, kompetensi, prestasi, kepercayaan diri, kemandirian, dan kebebasan.
- b. Mendapat penghargaan dari orang lain (respect from other): kebutuhan penghargaan dari orang lain, status, ketenaran, dominasi, menjadi orang penting, kehormatan, diterima dan apresiasi. Orang membutuhkan pengetahuan bahwa dirinya dikenal dengan baik dan dinilai dengan baik oleh orang lain.

Kebutuhan Aktualisasi Diri

Puncak kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan meta atau kebutuhan aktualisasi diri. Aktualisasi diri adalah keinginan untuk memperoleh kepuasan dengan dirinya sendiri (self fulfilment), untuk menyadari semua potensi dirinya, untuk menjadi apa saja yang dia dapat melakukannya dan untuk menjadi kreatif bebas mencapai puncak prestasi potensinya.

2. Lingkungan (Environment)

Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kesehatan manusia adalah lingkungan. Lingkungan yang dimaksud adalah meliputi lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal adalah lingkungan dari dalam manusia itu sendiri seperti factor genetic, jenis kelamin, psikologis/emosi, dan predisposisi terhadap penyakit serta factor perilaku. Sedangkan lingkungan eksternal adalah lingkungan di sekitar manusia tersebut seperti lingkungan fisik, biologic, sosial, kultural (budaya), dan spiritual. Lingkungan masyarakat juga merupakan lingkungan eksternal dalam kehidupan manusia.

3. Sehat (Health)

Sehat adalah suatu keadaan dalam rentang sehat – sakit yang dapat diartikan sebagai suatu keadaan sejahtera baik fisik, sejahtera mental, sejahtera sosial dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. (Indonesia, 2009). Beberapa factor yang memengaruhi status kesehatan

seseorang adalah meliputi faktor perkembangan, faktor sosial kultural, faktor pengalaman masa lalu, dan faktor keturunan, serta faktor lingkungan.

4. Keperawatan (Nursing)

Keperawatan adalah salah satu bentuk layanan kesehatan professional yang menjadi bagian integral dari suatu layanan kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Adapun lingkup keperawatan meliputi pelayanan kesehatan promotive/promosi kesehatan, pelayanan kesehatan preventif/kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit, memberi asuhan keperawatan pada orang yang tidak mempunyai kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Peran advokasi perawat kepada klien, lingkungan yang aman, dan meningkatkan kemampuan professional melalui pemberian asuhan, pelaksanaan penelitian serta berpartisipasi dalam kebijakan manajemen sistem pelayanan kesehatan dan pendidikan. (McLeod, 2022)

Bab 2

Sejarah Keperawatan di Dunia

2.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan suatu seni dan ilmu pengetahuan. Sebagai perawat profesional, Anda akan belajar memberikan perawatan dengan penuh kasih sayang, perhatian, dan rasa hormat terhadap harga diri tiap klien. Sebagai ilmu pengetahuan, keperawatan merupakan ilmu pengetahuan yang terus berubah seiring penemuan baru dan inovasi. Saat Anda mengintegrasikan ilmu pengetahuan dan seni dalam praktik keperawatan Anda, kualitas perawatan yang Anda berikan akan mencapai mutu yang menguntungkan klien dan keluarga mereka (Potter dan Perry, 2009).

Keperawatan merupakan suatu bentuk layanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang berdasarkan pada ilmu dan etika keperawatan. Keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, ikut menentukan mutu dari pelayanan kesehatan. Tenaga keperawatan secara keseluruhan jumlahnya mendominasi tenaga kesehatan yang ada, di mana keperawatan memberikan kontribusi yang unik terhadap bentuk pelayanan kesehatan sebagai satu kesatuan yang relatif, berkelanjutan, koordinatif dan advokatif. Keperawatan sebagai suatu profesi menekankan kepada bentuk pelayanan profesional yang sesuai dengan standar dengan memperhatikan kaidah etik dan moral sehingga pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat dengan baik.

Perkembangan dunia keperawatan merupakan sebuah profesi yang tidak dapat terlepas dari dunia keperawatan di masa sebelumnya. Untuk mencapai profesionalitas dunia keperawatan di saat ini, dunia keperawatan harus melewati tahap-tahap yang begitu banyak, di mana terjadi berbagai peristiwa yang penting yang terjadi pada masa-masa lampau tersebut hingga mendorong perkembangan profesi keperawatan, baik di dunia internasional maupun nasional. Mempelajari sejarah keperawatan akan memberikan kebanggaan tersendiri, karena bisa mengingatkan kita pada perawat di masa lalu yang telah bekerja keras, hingga akhirnya kita bisa merasakan hasilnya seperti sekarang ini. Sejarah keperawatan akan membuka mata kita tentang bagaimana perkembangan keperawatan, bagaimana tantangan yang dihadapi dan apa yang akan dicapai oleh keperawatan di masa yang akan datang. Mengetahui masa lalu dan memahami keperawatan terdahulu akan memberikan suatu kesempatan untuk menggunakan pengalaman dan pelajaran yang dapat digunakan di masa kini dan di masa depan.

Sejarah adalah suatu kejadian atau peristiwa yang terjadi pada masa lampau baik peristiwa kejadian menyenangkan maupun tidak menyenangkan bagi mereka yang terlibat langsung maupun tidak langsung dari peristiwa tersebut. Sejarah keperawatan adalah suatu peristiwa atau kejadian yang berhubungan masalah keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Perkembangan ini tidak terlepas dari proses perubahan peradaban manusia dan tingkat pemenuhan kebutuhan manusia akan layanan kesehatan, khususnya layanan keperawatan, yang terus meningkat sesuai taraf kehidupannya. Sejarah perkembangan keperawatan telah mengalami perubahan yang sangat pesat sebagai respons dari perkembangan kebutuhan manusia. Berbagai aspek peristiwa dapat mempengaruhi perkembangan sejarah dan praktik keperawatan, seperti peran dan sikap, status wanita, nilai agama dan kepercayaan, perang dan kepemimpinan dalam keperawatan yang berwawasan masa depan. Keperawatan sebagai suatu pekerjaan sudah ada sejak manusia ada di bumi ini, keperawatan terus berkembang sesuai dengan kemajuan peradaban teknologi dan kebudayaan.

2.1.1 Zaman Purba

(Hidayat, 2007) mengatakan bahwa sejak zaman manusia diciptakan (manusia itu ada) di mana pada dasarnya manusia diciptakan telah memiliki naluri untuk merawat diri sendiri sebagaimana tercermin pada seorang ibu. Naluri yang sederhana adalah memelihara kesehatan dalam hal ini adalah menyusui

anaknyanya sehingga harapan pada awal perkembangan keperawatan, perawat harus memiliki naluri keibuan (mother instinct) kemudian bergeser ke zaman purba di mana pada zaman ini orang masih percaya pada sesuatu tentang adanya kekuatan mistis yang dapat mempengaruhi kehidupan manusia, kepercayaan ini dikenal dengan nama animisme, di mana seseorang yang sakit dapat disebabkan karena kekuatan alam atau pengaruh kekuatan gaib sehingga timbul keyakinan bahwa jiwa yang jahat akan dapat menimbulkan kesakitan dan jiwa yang sehat dapat menimbulkan kesehatan atau kesejahteraan. Pada saat itu peran perawat sebagai ibu yang merawat keluarganya yang sakit dengan memberikan perawatan fisik serta mengobati penyakit dengan menghilangkan pengaruh jahat. Kemudian dilanjutkan dengan kepercayaan pada dewa-dewa di mana pada masa itu penyakit dianggap disebabkan karena kemarahan dewa sehingga kuil-kuil didirikan sebagai tempat pemujaan dan orang yang sakit meminta kesembuhan di kuil tersebut dengan bantuan priest physician. Setelah itu perkembangan keperawatan terus berubah dengan adanya diakones dan philantrop yang merupakan suatu kelompok wanita tua dan janda yang membantu pendeta dalam merawat orang sakit serta kelompok kasih sayang yang anggotanya menjauhkan diri dari keramaian dunia dan hidupnya ditujukan pada perawatan orang yang sakit sehingga akhirnya berkembanglah rumah-rumah perawatan dan akhirnya mulailah awal perkembangan ilmu keperawatan.

Perkembangan keperawatan pada zaman purba sangat dipengaruhi oleh kegiatan keagamaan atau kepercayaan yang dianut oleh tiap-tiap kelompok masyarakat pada zamannya, seperti:

1. Mesir, bangsa mesir pada zaman purba mempercayai bahwa dewa Isis yang memberikan penyakit dan memberikan pertolongan (kesembuhan) pada manusia. Kuil merupakan rumah sakit pertama di Mesir. Ketabiban bangsa mesir telah mengenal ilmu bedah sejak zaman purba (\pm 4800 SM). Dalam menjalankan tugasnya sebagai tabib, ia menggunakan bidai (spalk), alat-alat pembalut, ia mempunyai pengetahuan tentang anatomi, hygiene umum serta tentang obat-obatan. Di dalam buku-buku tertulis dalam kitab Papyrus di dalamnya memuat kurang lebih 700 macam resep obat-obatan dari Mesir.
2. Babylon dan Syiria, pada 680 SM orang telah mengetahui cara menahan darah yang keluar dari hidung dan merawat jerawat pada

- muka. Bangsa Babylon menyembah dewa, mereka menganggap perawatan atau pengobatan berdasarkan kepercayaan tersebut.
3. Yahudi, ilmu pengetahuan bangsa Yahudi banyak di peroleh dari bangsa Mesir. Misalnya; cara-cara memberi pengobatan, orang yang terkenal adalah Musa. Ia juga dikenal sebagai seorang ahli hygiene. Dibawah pimpinan Musa, bangsa Yahudi memajukan minatnya yang besar terhadap kebersihan umum dan kebersihan diri. Undang-undang kesehatan bangsa Yahudi menjadi dasar bagi hygiene moderen di mana cara-cara dan peraturannya sesuai dengan bakteriologi zaman sekarang, misalnya:
 - a. Pemeriksaan dan pemilahan bahan makanan yang akan di makan.
 - b. Mengadakan cara pembuangan kotoran manusia.
 - c. Pelarangan makan daging babi karena dapat menimbulkan suatu penyakit.
 - d. Memberitahukan kepada yang berwajib bila ada penyakit yang berbahaya, sehingga dapat diambil tindakan.
 4. Tiongkok, bangsa Tiongkok telah mengenal penyakit kelamin di antaranya gonorrhoea dan syphilis. Pencacaran juga telah dilakukan sejak 1000 SM, ilmu urut dan psikoterapi. Orang-orang yang terkenal dalam ketabiban pada saat itu adalah:
 - a. Seng Lung dikenal sebagai "Bapak Pengobatan, yang ahli penyakit dalam dan telah menggunakan obat-obat dari tumbuh-tumbuhan dan mineral (garam-garaman). Semboyannya yang terkenal adalah lihat, dengar, tanya, dan rasa.
 - b. Chang Chung Ching ± 200 SM telah mengerjakan lavement dengan menggunakan bambu.
 5. Yunani, bangsa Yunani zaman purba memuja dan memuliakan banyak dewa (polytheisme). Dewa yang terkenal adalah dewa yang dianggap sebagai dewa pengobatan putri dan dewa yang bernama hygiene sebagai dewi kesehatan, maka timbullah perkataan higyene. Untuk pemujaan terhadap para dewa didirikan kuil (1134 SM) yang juga berfungsi sebagai pengobatan orang sakit dan perawatan

dikerjakan oleh para budak-budak. Orang-orang ternama dalam ketabiban pada saat itu adalah:

- a. Hippocrates (hidup \pm 400 SM) adalah bapak pengobatan.
 - b. Plato ahli filsafat Yunani, otak sebagai pusat kesadaran.
 - c. Aristoteles ahli filsafat, ahli jiwa dan ilmu hayat.
6. India, bangsa India (Hindu) di zaman purba telah memeluk agama Brahmana, disamping memuja dan meminta pertolongan kepada dewa (di kuil) untuk menyembuhkan orang sakit. Di India telah terdapat rumah sakit khususnya di utara saat pemerintahan Raja Asoka, \pm 8 rumah sakit di mana sebagian dijadikan menjadi sekolah-sekolah pengobatan dan perawatan.
7. Roma, rumah sakit di Roma zaman purba di sebut *valentrumdinari* Roma yang terdapat di Swiss, ditemukan alat-alat perawatan, misalnya; peralatan untuk huknah dan pot-pot tempat selep. Juga ditemukan instrument untuk keperluan pembedahan, misalnya; pisau, pincet, klem arteri, dan speculum. Tokoh terkenal dari Roma adalah Julius Caesar (101-44 SM). Seorang wali Negara yang pertama-tama mengakui guru-guru hygiene dan menganjurkan tentang kesehatan dan kebersihan.

2.1.2 Zaman Keagamaan

Perkembangan keperawatan ini mulai bergeser ke arah spiritual di mana seseorang yang sakit dapat disebabkan karena adanya dosa atau kutukan Tuhan. Pusat perawatan adalah tempat-tempat ibadah, sehingga pada waktu itu pemimpin agama dapat disebut sebagai tabib yang mengobati pasien karena ada anggapan yang mampu mengobati adalah pemimpin agama sedangkan pada waktu itu perawat dianggap sebagai budak yang hanya membantu dan bekerja atas perintah pemimpin agama. Pada permulaan Masehi, agama Kristen mulai berkembang. Salah satu catatan di awal sejarah digambarkan bahwa keperawatan merupakan bentuk perintah dari Diakonia, suatu kelompok kerja seperti perawat kesehatan masyarakat atau yang mengunjungi orang sakit. Dalam awal kehidupan gereja, Diakonia dijalankan oleh perempuan yang ditunjuk oleh pimpinan gereja. Peran mereka adalah mengunjungi orang yang sedang sakit. Penunjukan dilakukan pada wanita yang memiliki status sosial yang tinggi. Pada masa ini, keperawatan

mengalami kemajuan yang berarti seiring dengan kepesatan perkembangan agama Kristen.

Kemajuan terlihat jelas, pada masa pemerintahan Lord Constantine, ia mendirikan *xenodhoecim* atau *hospes* dalam bahasa latin yaitu tempat penampungan orang yang membutuhkan pertolongan, terutama bagi orang-orang sakit yang memerlukan pertolongan dan perawatan. Kemajuan profesi keperawatan pada masa ini juga terlihat jelas dengan berdirinya rumah sakit terkenal di Roma yang bernama *Monastic Hospital*. Rumah Sakit ini dilengkapi dengan fasilitas perawatan berupa bangsal perawatan, bangsal untuk orang cacat, miskin dan yatim piatu. Sejak abad pertengahan institusi yang bergerak dalam bidang sosial (1100 M sampai 1200 M) mulai bergerak merawat lansia, orang sakit dan orang miskin.

Seperti di Eropa, pada pertengahan abad VI masehi, keperawatan juga berkembang di benua Asia. Tepatnya di Asia barat daya yaitu timur tengah seiring dengan perkembangan agama Islam. Pengaruh agama Islam terhadap perkembangan keperawatan tidak lepas dari keberhasilan Nabi Muhammad SAW dalam menyebarkan agama Islam. Kegiatan pelayanan keperawatan berkualitas telah dimulai sejak seorang perawat muslim pertama yaitu Siti Rufaidah pada zaman Nabi Muhammad SAW, yang selalu berusaha memberikan pelayanan terbaiknya bagi yang membutuhkan tanpa membedakan apakah kliennya kaya atau miskin. Sementara sejarah perawat di Eropa dan Amerika mengenal Florence Nightingale sebagai pelopor keperawatan moderen, Negara di timur tengah memberikan status ini kepada Rufaidah, seorang perawat muslim. Talenta perjuangan dan kepahlawanan Rufaidah secara verbal diteruskan turun temurun dari generasi ke generasi di perawat Islam khususnya di Arab Saudi dan diteruskan ke generasi moderen perawat di Saudi dan Timur Tengah.

Prof. Dr. Omar Hasan Kasule, Sr, 1998 dalam studi Paper Presented at the 3rd International Nursing Conference "Empowerment and Health: An Agenda for Nurses in the 21st Century" yang diselenggarakan di Brunei Darussalam 1-4 Nopember 1998, menggambarkan Rufaidah adalah perawat profesional pertama dimasa sejarah islam. Dia tidak hanya melaksanakan peran perawat dalam aspek klinikal semata, namun juga melaksanakan peran komunitas dan memecahkan masalah sosial yang dapat mengakibatkan timbulnya berbagai macam penyakit. Saat kota Madinah berkembang, Rufaidah mengabdikan diri merawat kaum muslim yang sakit, dan membangun tenda di luar Masjid Nabawi saat damai. Dan saat perang Badar, Uhud, Khandaq dan perang

Khaibar dia menjadi sukarelawan dan merawat korban yang terluka akibat perang. Dan mendirikan rumah sakit lapangan sehingga terkenal saat perang dan Nabi Muhammad SAW sendiri memerintahkan korban yang terluka dirawat olehnya.

Kontribusi Rufaidah tidak hanya merawat mereka yang terluka akibat perang. Namun juga terlibat dalam aktivitas sosial di komunitas. Dia memberikan perhatian kepada setiap muslim, miskin, anak yatim, atau penderita cacat mental. Dia merawat anak yatim dan memberikan bekal pendidikan. Rufaidah digambarkan memiliki kepribadian yang luhur dan empati sehingga memberikan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasiennya dengan sangat baik. Sentuhan sisi kemanusiaan adalah hal yang penting bagi perawat, sehingga perkembangan sisi teknologi dan sisi kemanusiaan (human touch) mesti seimbang. Rufaidah juga digambarkan sebagai pemimpin dan pencetus sekolah keperawatan pertama di dunia Islam, meskipun lokasinya tidak dapat dilaporkan, dia juga merupakan penyokong advokasi pencegahan penyakit (preventif care) dan menyebarkan pentingnya penyuluhan kesehatan (health education).

Memasuki abad VII Masehi, agama Islam tersebar ke berbagai pelosok negara dari Afrika, Asia Tenggara sampai Asia Barat dan Eropa (Turki dan Spanyol). Pada masa itu di jazirah Arab berkembang pesat ilmu pengetahuan seperti ilmu pasti, ilmu kimia, hygiene, dan obat-obatan. Prinsip-prinsip dasar perawatan kesehatan seperti menjaga kebersihan diri (personal hygiene), kebersihan makanan, air dan lingkungan berkembang pesat. Masa Late to Middle Ages (1000-1500 M), negara-negara Arab membangun rumah sakit dengan baik, dan mengenalkan perawatan orang sakit. Ada gambaran unik di rumah sakit yang tersebar dalam peradaban Islam dan banyak dianut rumah sakit moderen saat ini hingga sekarang, yaitu pemisahan antara ruang pasien laki-laki dan wanita, serta perawat wanita merawat pasien wanita dan perawat laki-laki, hanya merawat pasien laki-laki (Donahue, 1985).

2.1.3 Abad Pertengahan

Permulaan abad XVI, struktur dan orientasi masyarakat mengalami perubahan, dari orientasi kepada agama berubah menjadi orientasi kekuasaan, yaitu perang, eksplorasi kekayaan alam serta semangat kolonialisme. Akibat dari hal tersebut adalah banyak tempat ibadah (termasuk gereja) yang ditutup, padahal tempat ini dijadikan tempat untuk merawat orang sakit.

Di satu sisi, kenyataan ini berdampak negatif. Penutupan tempat ibadah menyebabkan kekurangan tenaga perawat karena sebelumnya, tindakan perawatan dilakukan oleh kelompok agama. Untuk memenuhi kebutuhan perawat, bekas wanita jalanan (wanita tuna susila) atau wanita yang bertobat setelah melakukan kejahatan diterima sebagai perawat. Kejadian ini melatarbelakangi asumsi negatif terhadap perawat, masyarakat beranggapan bahwa wanita terhormat tidak bekerja di luar rumah. Akibat reputasi ini perawat diupah dengan gaji rendah dengan jam kerja lama pada kondisi kerja yang buruk.

Di sisi yang lain, adanya perang seperti perang salib berdampak positif terhadap perkembangan keperawatan. Untuk menolong korban perang dibutuhkan banyak tenaga sukarela yang dipekerjakan sebagai perawat. Mereka terdiri dari kelompok agama, wanita-wanita yang mengikuti suaminya ke medan perang turut merawat orang sakit jika diperlukan dan tentara (pria) yang bertugas rangkap sebagai perawat. Pengaruh perang salib terhadap keperawatan adalah mulainya dikenal istilah P3K (pertolongan pertama pada kecelakaan), pada masa itu keberadaan perawat mulai dibutuhkan dalam ketentaraan dan timbul peluang kerja bagi perawat di bidang sosial. Setelah perang Salib, kota-kota besar mulai berdiri dan berkembang dengan menurunkan faktor feodalisme. Perkembangan populasi penduduk yang luas di kota-kota tersebut menyebabkan munculnya masalah kesehatan, yang secara otomatis akan membutuhkan peran tenaga kesehatan (termasuk di dalamnya perawat). Kurangnya pemeliharaan kesehatan dan sanitasi serta meningkatnya kemiskinan di daerah pedesaan mengakibatkan munculnya masalah kesehatan yang serius pada abad kelima belas sampai abad tuju belas. Faktor-faktor sosial, seperti hukum yang menekan orang miskin dan pajak terhadap jendela rumah, menyebabkan menurunnya ventilasi karena pemilik rumah menutup jendela guna menghindari membayar pajak. Hal tersebut melahirkan suatu kondisi kesehatan yang memerlukan respon dari perawat.

Pada tahun 1633 dibentuklah kelompok biarawati oleh St. Vincent de Paul. Kelompok ini merawat orang-orang di rumah sakit, orang terlantar dan kaum miskin. Selanjutnya kelompok ini terkenal luas sebagai perawat keliling karena mereka merawat orang sakit di rumah-rumah. Pada masa ini juga mulai dirintis pendidikan keperawatan yang dipelopori oleh Louise de Gras. Program pendidikan yang diberikan saat itu adalah pengalaman merawat orang sakit di rumah sakit, dan juga melakukan kunjungan rumah (Donahue, 1985).

Peran rumah sakit terhadap perkembangan keperawatan tidak dapat diabaikan. Setidaknya ada tiga rumah sakit yang berperan besar terhadap perkembangan perawat pada zaman pertengahan. Pertama Hotel Dieu di Lion, meskipun pada awalnya pekerjaan perawat dilakukan oleh para mantan wanita tuna susila (WTS) yang telah bertobat, namun rumah sakit ini berperan besar dalam kemajuan keperawatan. Hal ini disebabkan karena tidak lama kemudian pekerjaan perawat digantikan oleh perawat yang terdidik melalui pendidikan keperawatan di rumah sakit tersebut. Kedua, Hotel Dieu di Paris, di rumah sakit ini pekerjaan keperawatan dilakukan oleh kelompok agama, namun sesudah revolusi Perancis, kelompok agama dihapuskan dan pekerjaan diganti oleh orang-orang bebas yang tidak terikat agama. Ketiga, St. Thomas Hospital, didirikan tahun 1123 M, di rumah sakit inilah tokoh keperawatan Florence Nightingale memulai karirnya memperbaharui keperawatan. Abad XVIII, pengembangan kota yang lebih besar membawa penambahan jumlah rumah sakit dan memperbesar peran perawat.

Pada pertengahan abad XVIII dan memasuki abad XIX reformasi sosial masyarakat merubah peran perawat dan wanita secara umum. Pada masa ini keperawatan mulai dipercaya orang dan pada saat ini juga nama Florence Nightingale, lahir pada tahun 1820 dari keluarga kaya dan terhormat. Ia tumbuh dan berkembang di Inggris dengan pendidikan yang cukup. Meskipun ditentang keras oleh keluarganya, ia diterima mengikuti kursus pendidikan perawat pada usia 31 tahun. Pecahnya perang Krim, dan penunjukan dirinya oleh Inggris untuk menata asuhan keperawatan pada sebuah rumah sakit Militer milik Turki memberi peluang baginya untuk meraih prestasi. Hal ini disebabkan karena ia berhasil mengatasi kesulitan atau masalah yang dihadapi dan berhasil menepis anggapan negatif terhadap wanita dan meningkatkan status perawat.

Seusai perang Krim, Florence Nightingale kembali ke Inggris. Sejarah perkembangan keperawatan di Inggris sangat penting dipahami karena Inggris membuka jalan bagi kemajuan dan perkembangan perawat di mana kepeloporan Florence Nightingale diikuti oleh Negara-negara lain. Tahun 1860, Nightingale menulis *Notes on Nursing: What it is and What it is not* untuk masyarakat umum. Filosofinya terhadap praktik keperawatan merupakan refleksi dari perubahan kebutuhan masyarakat. Ia melihat peran perawat sebagai seseorang yang bertugas menjaga kesehatan seseorang berdasarkan pengetahuan tentang bagaimana menempatkan tubuh dalam suatu status yang bebas dari penyakit. Pada tahun yang sama, ia mengembangkan program

pelatihan untuk perawat pertama kali, sekolah pelatihan Nightingale untuk perawat di St. Thomas Hospital di London. Konsep pendidikan inilah yang mempengaruhi pendidikan keperawatan di dunia dewasa ini.

Kontribusi Florence Nightingale bagi perkembangan keperawatan adalah menegaskan bahwa nutrisi merupakan satu bagian penting dari asuhan keperawatan, meyakinkan bahwa okupasional dan rekreasi merupakan suatu terapi bagi orang sakit, mengidentifikasi kebutuhan personal pasien dan peran perawat untuk memenuhinya, menetapkan standar manajemen rumah sakit, mengembangkan standar okupasi bagi pasien wanita, mengembangkan pendidikan keperawatan, menetapkan dua komponen keperawatan yaitu kesehatan dan penyakit, meyakinkan bahwa keperawatan berdiri sendiri dan berbeda dengan profesi kedokteran, dan menekankan kebutuhan pendidikan berlanjut bagi perawat.

Perang sipil pada tahun 1860-1865 menstimulasi perkembangan keperawatan di Amerika Serikat. Clara Burton, pendiri palang merah Amerika merawat pejuang di medan pertempuran, membersihkan luka, memenuhi kebutuhan dasar, dan menenangkan para pejuang dalam menghadapi kematian. Setelah perang sipil, sekolah keperawatan di Amerika dan Kanada mulai membentuk kurikulum sendiri mengikuti sekolah Nightingale. Sekolah pelatihan yang pertama di Kanada, St. Catherina di Ontario didirikan tahun 1874. Tahun 1908, Mary Agnes Snively membantu terbentuknya *The Canadian National Association of Trained Nurses*, selanjutnya nama tersebut berubah menjadi *The Canadian Nurses Association* (CNA) pada tahun 1924. Tahun 1899 afiliasi Amerika dan Kanada berhenti, organisasi baru dibentuk dengan nama *American Nurses Association* (ANA) pada tahun 1911.

Keperawatan di rumah sakit berkembang pada akhir abad XIX, tetapi di komunitas, keperawatan tidak menunjukkan peningkatan yang berarti sampai tahun 1893 ketika Lilian Wald dan Mary Brewster membuka The Henry Street Settlement, yang berfokus pada kebutuhan kesehatan orang miskin yang tinggal di rumah penampungan New York. Perawat yang bekerja di tempat ini memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap klien daripada mereka yang bekerja di rumah sakit, karena mereka seringkali menghadapi situasi yang membutuhkan tindakan mandiri dari perintah dokter. Selain itu, dalam mengobati penyakit, orang miskin membutuhkan terapi keperawatan yang ditujukan untuk memperbaiki nutrisi, memberikan penginapan, dan mempertahankan kebersihan. Kemajuan terlihat di rumah sakit, kesehatan masyarakat, dan pendidikan terjadi pada awal abad ke duapuluh. Pada masa itu

mulai dirintis pendidikan keperawatan di tingkat universitas. Dengan berkembangnya pendidikan keperawatan maka praktik keperawatan juga mengalami perluasan.

2.1.4 Periode Tahun 1950

Pada masa itu keperawatan sudah mulai menunjukkan perkembangan khususnya penataan pada sistem pendidikan. Hal tersebut terbukti di negara Amerika sudah dimulai pendidikan setingkat master dan doktoral. Kemudian penerapan proses keperawatan sudah mulai dikembangkan dengan memberikan pengertian bahwa perawatan adalah suatu proses, yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Hidayat, 2001).

2.2 Tokoh-Tokoh Penting Keperawatan

Dunia keperawatan terus berkembang pesat, kondisi ini mendorong munculnya tokoh-tokoh penting dalam keperawatan (Hamid dan Ibrahim, 2017), yaitu:

1. Florence Nightingale (1820-1910)

Florence Nightingale dilahirkan dalam keluarga yang kaya dan cerdas, ia merasa terpanggil untuk membantu sesama manusia dan meningkatkan kesejahteraannya. Ia memutuskan untuk menjadi seorang perawat walaupun mendapat pertentangan dari keluarga karena dianggap melanggar aturan dan kebiasaan sebagai keluarga bangsawan Inggris. Berkat kegigihan dan kontribusinya dalam bidang perawatan terutama pada saat-saat terjadi perang salib di Semenanjung Krimea, membuatnya dianugerahi gelar “Lady with the lamp”.

2. Lilian Wald (1867-1940)

Lilian dan dan Mary Brewster merupakan orang pertama yang memberikan layanan keperawatan yang terlatih bagi kaum miskin di daerah kumuh New York, mereka berdua memberikan layanan keperawatan, layanan sosial, dan mengadakan kegiatan pendidikan

dan budaya, serta mendirikan sekolah keperawatan sebagai tambahan keperawatan kunjungan rumah.

3. Margaret Higgins Sanger (1870-1966)

Lebih dikenal dengan sebutan Sanger merupakan seorang perawat kesehatan masyarakat di New York, memberikan manfaat yang layanan kesehatan wanita. Ia dianggap sebagai pendiri Keluarga Berencana dikarenakan pengalamannya dalam menghadapi sejumlah besar kehamilan yang tidak diinginkan terutama pada masyarakat pekerja miskin dan sangat menolong dalam mengatasi masalahnya.

4. Hildegard Peplau (1952)

Hildegard E. Peplau dikenal sebagai "Ibu keperawatan jiwa" karena teori dan pengalaman klinisnya menjadi acuan dalam pengembangan keperawatan jiwa yang berbeda dengan area lainnya. Kontribusinya dalam dunia keperawatan meliputi perannya sebagai pakar di bidang keperawatan jiwa, pendidik, penulis, pimpinan perawat dan pengembang teori. Peplau telah menunjukkan kepemimpinan yang berpengaruh dalam dunia keperawatan profesional.

5. Ida Jean Orlando (1961)

Teori keperawatan Orlando menekankan hubungan timbal balik antara perawat dan pasien. Yaitu tentang apa yang dikatakan perawat dan pasien dan bagaimana hal tersebut memengaruhi keduanya. Orlando memandang fungsi perawat profesional untuk mencari tahu dan memenuhi kebutuhan pasien yang mendesak. Orlando merupakan seorang pemimpin keperawatan pertama yang mengidentifikasi dan menekankan komponen-komponen dalam proses keperawatan, serta pentingnya partisipasi pasien dalam dalam proses keperawatan. Teori Orlando berfokus pada bagaimana pelayanan keperawatan dapat meningkatkan perilaku pasien.

6. Virginia Henderson (1966)

Henderson memandang pasien sebagai individu yang membutuhkan bantuan dalam mencapai kebebasan dan keutuhan pikiran dan tubuh. Dia menegaskan bahwa praktik yang dilakukan oleh perawat independen dari praktik dokter. Henderson menegaskan pentingnya

seni dalam keperawatan dan mengenalkan 14 kebutuhan dasar manusia yang menjadi dasar asuhan keperawatan.

7. **Sister Calista Roy (1970)**

Roy berpendapat bahwa keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif. Roy mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi berhubungan dengan empat mode respon adaptasi. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping seseorang atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Dalam penjelasannya Roy mengatakan bahwa setiap manusia selalu berusaha menanggulangi perubahan status kesehatan dan perawat harus merespon untuk membantu manusia beradaptasi terhadap perubahan ini.

8. **Martha E. Rogers (1970)**

Salah satu teori keperawatan yang dapat di terapkan oleh perawat dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien adalah teori dari Martha E. Rogers tentang “Unitary Human Beings”. Menurut Roger dalam teorinya berpendapat bahwa manusia merupakan individu yang holistik, saling memberikan timbal balik dengan individu yang lain dan lingkungan disekitarnya. Rogers, memandang keempat konsep dalam paradigma keperawatan yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan merupakan satu kesatuan yang utuh dan saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Perawat sebagai pemberi layanan keperawatan seyogyanya mampu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, disesuaikan dengan situasi dan kondisi individu yang dirawat maupun lingkungan yang mempengaruhi individu tersebut.

Masih banyak lagi tokoh keperawatan lain yang tidak disebutkan. Lebih lanjut, perkembangan keperawatan di dunia bukan hanya berfokus pada aspek pelayanan, tetapi juga pada jenjang pendidikan keperawatan. Di beberapa

negara seperti di Amerika, dan juga termasuk di Indonesia sekarang ini, pendidikan keperawatan sudah mencapai tingkat doktoral.

Bab 3

Proses Keperawatan Sebagai Konsep Dasar Keperawatan

3.1 Pendahuluan

Proses Keperawatan menyatukan perawat yang bekerja di berbagai bidang. Hal ini berarti bahwa proses keperawatan merupakan inti esensial praktik bagi perawat dalam memberikan perawatan yang holistik dan berfokus pada pasien. Proses keperawatan pada dasarnya merupakan kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat pada saat memberikan perawatan (Potter et al., 2019), artinya bahwa proses keperawatan tidak dapat dipelajari sepenuhnya melalui menghafal, melainkan dikembangkan melalui praktik dan pengalaman.

Pemanfaatan proses keperawatan secara signifikan dapat memandu perawat secara klinis dalam dunia perawatan dengan berbagai pasien yang dinamis dan kompleks, serta memiliki kebutuhan dasar yang berbeda (Toney-Butler and Thayer., 2022). Respon manusia meliputi gejala klien reaksi psikologis terhadap terapi, kebutuhan untuk pengetahuan. Proses keperawatan ini bermanfaat untuk memberi izin kepada perawat untuk membantu klien memperoleh persetujuan mengenai hasil terapi, untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Staf pendukung bekerja sama dengan pasien dan anggota tim multidisiplin untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi. Seringkali

asuhan ini direncanakan oleh perawat dengan menggunakan 'proses keperawatan (Stonehouse, 2017). Oleh karena itu penting bagi tenaga kesehatan lainnya untuk memahami bagaimana pasien telah dinilai dan bahwa perawatan yang mereka berikan telah direncanakan.

Tenaga pendukung memiliki peran yang jelas dan penting dalam memastikan proses keperawatan berhasil dan pasien menerima perawatan dengan kualitas terbaik.

Proses keperawatan menjadi dasar perawat dalam melakukan asuhan keperawatan berdasarkan keilmuannya, mengacu pada alasan yang rasional dan fakta ilmiah sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dan tepat sasaran. Pernyataan tersebut membuktikan bahwa proses keperawatan memiliki banyak manfaat terhadap layanan atau asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Minannisa, 2020). Pada Bab ini akan dibahas terkait proses keperawatan, sebagai bagian dari konsep dasar dalam keperawatan.

3.2 Pengertian Proses Keperawatan

Proses Keperawatan, terdiri dari kata proses yang daitikan sebagai serangkaian langkah yang mengikuti urutan logis. Adapun, istilah proses keperawatan diterima secara luas untuk menunjukkan serangkaian langkah yang diambil oleh seorang perawat dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan, hal ini selanjutnya memberikan kerangka logis yang menjadi dasar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (ANA, 2022).

Pengertian lain dari proses keperawatan adalah sebagai pendekatan pemecahan masalah yang sistematis untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif. Pengertian ini merujuk pada bahwa proses keperawatan didefinisikan sebagai cara yang teratur dan sistematis untuk mengidentifikasi masalah klien, membuat rencana untuk menyelesaikannya, memulai rencana atau menugaskan orang lain untuk mengimplementasikannya dan mengevaluasi sejauh mana rencana itu efektif dalam menyelesaikan masalah yang diidentifikasi (Potter and Perry, 2011).

Sumber lain lagi menyatakan bahwa proses keperawatan, merupakan metode pendekatan pemecahan masalah untuk identifikasi dan pengobatan masalah pasien, hal ini berarti bahwa proses keperawatan menyediakan pengorganisasian kerangka kerja untuk praktik keperawatan dan pengetahuan,

penilaian, dan tindakan yang dibawa perawat ke perawatan pasien (Berman, Snyder and Frandsen MSN, RN, 2016)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah, dan kerangka kerja yang digunakan oleh seorang perawat dalam area praktik keperawatan melalui serangkaian kegiatan yang logis, dan sistematis, bertujuan untuk menyelesaikan permasalahan pasien secara holistic dan komprehensif.

3.3 Tahap -Tahap Proses Keperawatan

Proses keperawatan sebagai sebuah pendekatan dalam pengambilan klinis seorang perawat mencakup tahap tahap yang dterdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan implementasi, dan evaluasi (Potter et al., 2019).

3.3.1 Pengkajian Langkah Pertama dalam Memberikan Asuhan Keperawatan

Pengkajian merupakan cara yang sistematis dan dinamis untuk mengumpulkan dan menganalisis data tentang klien. Penilaian tidak hanya mencakup data fisiologis, tetapi juga faktor psikologis, sosial budaya, spiritual, ekonomi, dan gaya hidup. Sebagai contoh, penilaian perawat terhadap pasien rawat inap yang kesakitan tidak hanya mencakup penyebab fisik dan manifestasi nyeri, tetapi juga respons pasien, ketidakmampuan untuk bangun dari tempat tidur, penolakan untuk makan, penarikan diri dari anggota keluarga, kemarahan yang ditujukan kepada staf rumah sakit. , takut, atau meminta lebih banyak penanganan nyeri (ANA, 2022).

Pada tahap ini seorang perawat harus dapat berpikir kritis tentang apa yang akan dinilai, berdasarkan pengetahuan, pengalaman klinis, riwayat kesehatan, serta respons klien, dan tentukan pula pertanyaan yang akan diajukan serta pengukuran yang paling sesuai. Pengkajian merupakan kegiatan yang dinamis sehingga perawat dalam mengeksplorasi masalah klien yang sesuai.

Langkah-langkah dalam pengkajian di antaranya:

1. Pengumpulan Data

Beberapa tehnik yang dapat digunakan untuk melakukan pengumpulan data di antaranya:

- a. Wawancara keperawatan adalah proses komunikasi yang memiliki dua fokus dalam proses pengumpulan data yaitu 1) Membangun hubungan baik dan hubungan saling percaya dengan pasien untuk memperoleh informasi yang akurat dan bermakna dan 2) Mengumpulkan informasi tentang status perkembangan, psikologis, fisiologis, sosiokultural, dan spiritual klien untuk mengidentifikasi penyimpangan yang dapat ditangani dengan intervensi keperawatan dan kolaboratif atau kekuatan yang dapat ditingkatkan melalui kolaborasi perawat-klien. Data data yang dikumpulkan melalui wawancara di antaranya

1) Riwayat Kesehatan

Bertujuan untuk memulai proses penilaian karena merupakan data dasar untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dan memberikan fokus untuk pemeriksaan fisik.

Riwayat kesehatan yang dikumpulkan terdiri dari:

- a) Data biografi
- b) Alasan mencari perawatan Kesehatan
- c) Riwayat masalah kesehatan saat ini

Menurut (Berman, A; Snyder, S & Frandsen, 2016) beberapa komponen pengkajian pada Riwayat kesehatan saat ini terdiri dari:

- a) Kapan gejala muncul,
- b) Apakah awitan gejala mendadak atau bertahap,
- c) Berapa kali masalah terjadi
- d) Lokasi gangguan yang pasti
- e) Karakter keluhan (contoh: intensitas nyeri, kualitas sputum atau muntah)
- f) Aktivitas yang pasien lakukan ketika masalah terjadi

- g) Fenomena atau gejala yang berhubungan dengan keluhan utama
- h) Faktor yang meningkatkan atau mengurangi masalah
- 2) Riwayat kesehatan masa lalu
Pada riwayat kesehatan ini menurut (Berman, A; Snyder, S & Frandsen, 2016) pengumpulan data mencakup data sebagai berikut:
 - a) Penyakit pada masa anak-anak
 - b) Imunisasi
 - c) Alergi
 - d) Kecelakaan atau cedera
 - e) Hospitalisasi penyakit serius
 - f) Medikasi (semua obat yang digunakan saat ini)
- 3) Riwayat kesehatan keluarga
- 4) Review sistem tubuh (ROS) untuk masalah kesehatan saat ini
- 5) Riwayat sosial
- 6) Gaya hidup
Lakukan pengumpulan data yang berhubungan dengan:
 - a) Kebiasaan personal
 - b) Diet
 - c) Pola istirahat dan tidur
 - d) Aktivitas kehidupan sehari-hari
 - e) Rekreasi dan hobi
- 7) Data Psikologik
 - a) Stressor utama yang dialami dan persepsi terhadap stressor tersebut
 - b) Pola koping yang biasa terhadap masalah
 - c) Gaya komunikasi, status emosi, dan kesesuaian antara perilaku non verbal dan ekspresi verbal
- b. Pemeriksaan fisik dalam pengumpulan data adalah metode sistematis yang menggunakan observasi (indra penglihat, pendengar, pencium dan peraba) untuk mendeteksi masalah kesehatan, dengan menggunakan teknik inspeksi (melihat), auskultasi (mendengar),

palpasi (meraba) dan perkusi (mengetuk). Pendekatan dalam pemeriksaan fisik dapat diatur sesuai kebutuhan perawat, yaitu dapat menggunakan pendekatan kepala sampai kaki (Head-to toe/sefalo kaudal) atau pendekatan sistem.

Pemeriksaan fisik dengan menggunakan pendekatan Head-to toe, dimulai dengan pemeriksaan dari kepala, berlanjut ke leher, dada, perut, dan ekstremitas, serta terakhir pada jari jari kaki, sedangkan tehnik pemeriksaan dengan pendekatan sistrtem tubuh perawat akan memeriksa setiap sistem secara terpisah. Pemeriksaan sistem terdiri dari, pemeriksaan pada sistem pernapasan, kardiovaskuler, persyarafan dan sistem lainnya. Selama pemeriksaan fisik perawat akan mengkaji semua bagian tubuh dan membandingkan hasil pemeriksaan pada tiap sisi tubuh.

Adapun tujuan dari pemeriksaan fisik adalah 1) mengumpulkan data dasar klien 2) Menambah, menginformasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan. 3) Menginformasikan dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan, 4) Membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan dan penatalaksanaanya, 5) Mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan.

c. Observasi dalam proses pengumpulan data merupakan metode dengan menggunakan indra, yang dilakukan dengan sengaja dan sadar dengan upaya pendekatan yang terorganisasi (Berman, Snyder and Frandsen MSN, RN, 2016). Selama metode observasi berlangsung perawat melibatkan semua panca indra, contoh penggunaanya adalah sebagai berikut:

- 1) Indra Penglihatan: penampilan umum (ukuran tubuh, berat badan, postur dan kerapian), tanda distress atau ketidaknyamanan, gestur wajah dan tubuh, lesi dan warna kulit.
- 2) Indra penciuman: bau tubuh atau bau napas.
- 3) Indra pendengar: bunyi jantung, suara paru, bising usus, kemampuan untuk berkomunikasi, bahasa yang dipakai dan kemampuan untuk memulai percakapan.

- 4) Indra peraba: suhu dan kelembapan kulit, kekuatan otot, denyut nadi lesi yang terpalpasi.
- d. Pemeriksaan diagnostik dan laboratorium dapat membantu identifikasi atau memperjelas kelainan atau penemuan yang didapat pada riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan laboratorium disesuaikan dengan gejala dan penyakit, sedangkan pemeriksaan diagnostik digunakan untuk memvalidasi dari suatu penyakit, hasilnya kemudian akan dibandingkan dengan nilai standar normal sesuai dengan jenis pemeriksaan. Pemeriksaan ini ditujukan pula untuk mendukung data yang bersifat aktual maupun risiko. Perawat harus mampu memahami korelasi dari setiap hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnostik yang ditemukan pada pasien.
2. Analisis, Interpretasi data dan Membuat Pertimbangan Keperawatan

Analisis dan intrepertasi data diawali dengan melakukan validasi data, untuk menghindari pengambilan kesimpulan yang salah. Validasi data merupakan perbandingan data dengan sumber lain untuk menentukan akurasi data. Selain itu, pada validasi data perawat perawat mengkonfirmasi semua temuan saat wawancara, pemeriksaan fisik, pengamatan perilaku klien dengan cara membandingkan data pada rekam medis dan konsultasi kepada perawat lain atau anggota tim kesehatan. Gunakan tahap validasi data ini untuk memperoleh data pengkajian yang lebih banyak, dengan cara mengklairifikasi data ynag tidak jelas atau mergukan (Potter and Perry, 2011).

Setelah validasi data dirasakan telah menginformasikan, berbagai kebutuhan yang dibutuhkan, tahap selanjutnya pada pengkajian adalah melakukan analisis dan menginterpretasikan data. Analisis data dimulai dengan mengelompokan data yang memiliki arti dan mafaat, dan tetap ingat respons klien terhadap data. Mengelompokan data berarti pula membuat susunan tanda dan gejala berdasarkan logika dengan memperhatikan kemampuan klien yang memerlukan dukungan atau bimbingan untuk proses penyembuhan.

Selain itu, pada saat Analisa data kenali pola dan kecendrungan yang ada pada kelompok data dan bandingkan dengan nilai normal.

3. Dokumentasi Data

Pada pengkajian, dokumentasi data merupakan tahap terakhir. Dokumentasi harus dilakukan sesuai dengan fakta yang lengkap, akurat, spesifik dan jujur serta jelas. Dokumentasikan semua yang didengar, dilihat, dirasakan, atau dicium dengan tepat. Catat semua informasi objektif menggunakan terminologi yang tepat, dan catat informasi subjektif sesuai dengan apa yang dikatakan (Potter et al., 2019).

3.3.2 Diagnosis Keperawatan

Data yang diperoleh selama pengkajian keperawatan memungkinkan perawat untuk mengembangkan diagnosa keperawatan yang berlanjut pada penyusunan rencana asuhan. Diagnosis keperawatan didefinisikan sebagai penilaian klinis perawat terhadap respons manusia mengenai kondisi kesehatan atau proses kehidupan, dan kerentanan terhadap respons tersebut, oleh individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat (Vera, 2022). NANDA internasional dalam (Potter and Perry, 2011) menyebutkan bahwa diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial, atau proses kehidupan.

Tujuan Penegakan diagnosa keperawatan di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Membantu mengidentifikasi prioritas keperawatan dan membantu mengarahkan intervensi keperawatan berdasarkan prioritas yang teridentifikasi.
2. Membantu perumusan hasil yang diharapkan untuk persyaratan jaminan kualitas.
3. Mengidentifikasi bagaimana klien atau kelompok merespons proses kesehatan dan kehidupan aktual atau potensial dan mengetahui sumber daya yang tersedia dari kekuatan yang dapat digunakan untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.
4. Menyediakan bahasa umum dan membentuk dasar untuk komunikasi dan pemahaman antara profesional keperawatan dan tim kesehatan.

5. Memberikan dasar evaluasi untuk menentukan apakah asuhan keperawatan bermanfaat bagi klien.
6. Untuk mahasiswa keperawatan, diagnosa keperawatan adalah alat pengajaran yang efektif untuk membantu mempertajam kemampuan pemecahan masalah dan berpikir kritis.

Berdasarkan standar diagnosis keperawatan menurut NANDA type dari diagnosis keperawatan terdiri dari:

1. Aktual (Fokus pada Masalah), adalah masalah klien yang ada pada saat pengkajian keperawatan. Diagnosis ini didasarkan pada adanya tanda dan gejala yang terkait. Diagnosis keperawatan aktual tidak selalu menjadi prioritas dibandingkan dengan diagnosa risiko. Ada banyak contoh di mana diagnosis risiko dapat menjadi diagnosis dengan prioritas tertinggi bagi seorang pasien.
2. Risiko, merupakan penilaian klinis bahwa masalah tidak ada, tetapi adanya faktor risiko menunjukkan bahwa masalah mungkin berkembang jika tidak ditangani. Dalam type diagnosis keperawatan ini tidak ada faktor etiologi (faktor terkait).
3. Promosi Kesehatan, juga dikenal sebagai diagnosis kesehatan merupakan penilaian klinis tentang motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan. Diagnosis promosi kesehatan berkaitan dengan transisi individu, keluarga, atau komunitas dari tingkat kesehatan tertentu ke tingkat kesehatan yang lebih tinggi. Komponen diagnosis promosi kesehatan umumnya hanya mencakup label diagnostik atau pernyataan satu bagian
4. Sindrom, merupakan penilaian klinis mengenai sekelompok masalah atau risiko diagnosis keperawatan yang diperkirakan muncul karena situasi atau peristiwa tertentu. Mereka juga ditulis sebagai pernyataan satu bagian yang hanya membutuhkan label diagnostik

Menurut (PPNI, 2018) dalam Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu 1) Diagnosis positif artinya klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi sehat yang lebih optimal, dikenal dengan diagnosis promosi kesehatan, 2) Diagnosis negative artinya klien dalam kondisi sakit atau

berisiko mengalami sakit sehingga dalam menegakkan diagnosis tersebut akan dilanjutkan dengan intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan pada tahap selanjutnya diagnosis aktual dan diagnosis risiko.

Diagnosis Aktual menggambarkan masalah kesehatan klien yang dapat diketahui melalui tanda atau gejala mayor dan minor yang dapat diamati, Diagnosis risiko menggambarkan respon klien terhadap faktor-faktor yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor pada klien tidak tampak, namun klien tetap memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis promosi kesehatan atau wellness menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatan pada tingkat optimal. Diagnosis promosi kesehatan merupakan bagian pernyataan sebuah diagnosis yang tidak memiliki faktor berhubungan atau validasi.

Langkah-langkah dalam penegakan diagnosis keperawatan terdiri dari:

1. Menganalisis Data, dengan cara membandingkan data pasien dengan standar, mengelompokkan isyarat, dan, mengidentifikasi kesenjangan dan inkonsistensi.
2. Mengidentifikasi Masalah Kesehatan, Risiko, dan Kekuatan, setelah analisis data, perawat dan klien mengidentifikasi masalah yang mendukung diagnosis tentatif aktual, risiko, dan kemungkinan. Ini melibatkan penentuan apakah suatu masalah adalah diagnosis keperawatan, diagnosis medis, atau masalah kolaboratif. Pada tahap ini juga, perawat dan klien mengidentifikasi kekuatan, sumber daya, dan kemampuan klien untuk mengatasinya.
3. Merumuskan Pernyataan Diagnostik, merupakan langkah terakhir di mana perawat membuat pernyataan diagnostik.

Pernyataan Diagnostik di antaranya adalah menggunakan format PES, yang merupakan singkatan dari Problem (label diagnostik), Etiology (faktor terkait), dan Signs/Symptoms (mendefinisikan karakteristik). Pernyataan diagnostik dapat berupa satu bagian, dua bagian, atau tiga, seperti diuraikan sebagai berikut:

1. Pernyataan Diagnosis Keperawatan Satu Bagian, yaitu pada diagnosis keperawatan promosi kesehatan karena faktor terkait selalu sama:

motivasi untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi melalui faktor terkait dapat digunakan untuk meningkatkan diagnosis yang dipilih, Selain itu, diagnosis sindrom juga tidak memiliki faktor terkait.

2. Pernyataan Diagnosis Keperawatan Dua Bagian, biasanya digunakan pada diagnosis keperawatan Risiko, bagian pertama adalah label diagnostik dan yang kedua adalah validasi untuk diagnosis keperawatan risiko atau adanya faktor risiko. untuk diagnosis risiko atau kemungkinan tidak mungkin untuk memiliki bagian ketiga diagnosis karena tanda dan gejala tidak ada
3. Pernyataan Diagnosis Keperawatan Tiga Bagian, biasanya digunakan pada diagnosa keperawatan aktual yang terdiri dari label diagnostik, faktor pendukung ("berhubungan dengan"), dan tanda dan gejala ("sebagaimana dibuktikan oleh" atau "seperti yang dimanifestasikan oleh"). Pernyataan diagnosis keperawatan tiga bagian juga disebut format PES yang mencakup Masalah, Etiologi, dan Tanda dan Gejala

3.3.4 Perencanaan/Intervensi

Perencanaan merupakan tahap ke tiga dalam proses keperawatan, yang merupakan bagian dari perilaku keperawatan di mana dalam proses ini perawat akan melakukan tahapan sebagai berikut

1. Menetapkan Prioritas
Penetapan prioritas adalah penyusunan urutan diagnosis keperawatan, dengan menggunakan tingkat kedaruratan/kepentingan untuk memperoleh tahapan intervensi keperawatan. Selain kedaruratan penetapan prioritas juga berdasarkan kepentingan dan waktu. Urutan prioritas dapat berubah seiring kondisi pasien.
2. Menetapkan Tujuan dan Hasil
Tujuan dan hasil yang ditetapkan oleh seorang perawat harus memenuhi standar intelektual yang ditetapkan dan bersifat relevan terhadap kebutuhan klien, spesifik, tunggal, dapat diobservasi, dapat diukur serta memiliki batasan waktu. Hasil yang diharapkan harus dapat menyediakan fokus atau arahan bagi asuhan keperawatan

karena merupakan bentuk respons fisiologis, psikologis, sosial atau perkembangan dan spiritual yang menunjukkan perbaikan masalah kesehatan klien.

3. Memilih tindakan

Pemilihan tindakan harus memperhatikan enam faktor penting seperti karakteristik diagnosis, tujuan dan hasil yang diharapkan, dasar bukti untuk tindakan (penelitian, pedoman praktik), tingkat kesulitan untuk melakukan tindakan, kesediaan klien dan kompetensi perawat. Pada saat melakukan pertimbangan tinjau kembali kepastiaan keperawatan, protokol atau pedoman standar, Nursing Interventions Classification (NIC), alur kritis, kebijakan atau petunjuk prosedur, atau buku ajar.

3.3.5 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan, yang didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan menyelesaikan masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang disusun. Implementasi merupakan kegiatan berdasarkan rencana tindakan dalam mencapai tujuan yang spesifik, dan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders, sehingga kesinambungan asuhan pasien selama rawat inap dan persiapan pulang perlu terjamin. Perawatan didokumentasikan dalam catatan pasien.

Terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2000) antara lain:

1. *Cognitive implementations* berhubungan dengan pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
2. *Interpersonal implementations* yaitu meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi

terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain-lain.

3. *Technical implementations* yaitu meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain:

1. *Independent implementations* adalah implementasi dari tindakan mandiri perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan klien
2. *Interdependen/Collaborative implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya,
3. *Dependent implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya

Beberapa petunjuk saat mengambil keputusan dalam implementasi keperawatan:

1. Tinjau ulang segala kemungkinan intervensi yang sesuai dengan masalah pasien
2. Tinjau ulang semua kemungkinan konsekuensi pada setiap intervensi keperawatan
3. Pertimbangkan peluang terjadinya kemungkinan konsekuensinya
4. Buat keputusan tentang manfaat dari konsekuensi

3.3.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat

mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. Baik status pasien maupun keefektifan asuhan keperawatan harus terus dievaluasi, dan rencana asuhan dimodifikasi sesuai kebutuhan. Alasan pentingnya evaluasi yaitu menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna, menambah ketepatan tindakan keperawatan, dan sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan. Evaluasi berhubungan dengan tujuan, apabila tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal ini disebabkan karena beberapa factor tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat dan terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012), dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan. Tujuannya menjamin asuhan keperawatan secara optimal, meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mengakhiri rencana tindakan keperawatan, menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, meneruskan rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Manfaatnya untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.

Bab 4

Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan

4.1 Pendahuluan

Ilmu merupakan fenomena yang menarik dalam hidup dan kehidupan manusia. Dengan ilmu, manusia mampu mencapai derajat yang lebih tinggi dari makhluk yang lain sebab ilmu dapat menjadi pembuka realitas kehidupan. Ilmu juga dapat menciptakan teknologi sehingga tidak heran jika penyebutan ilmu selalu diikuti dengan kata teknologi.

Ilmu pengetahuan yang dimiliki manusia semakin berkembang dengan pesat. Ini ditandai dengan munculnya banyak disiplin ilmu. Kondisi ini juga didukung oleh berbagai fenomena kehidupan yang turut memunculkan disiplin ilmu baru. Dari disiplin ilmu ini akan muncul berbagai bidang pekerjaan (profesi). Sebagai contoh ilmu yang mempelajari mengenai penyakit manusia dan pengobatan memunculkan profesi kedokteran, sedangkan ilmu yang mempelajari tentang hukum yang mengatur hidup dan kehidupan manusia memunculkan profesi hukum.

Lantas bagaimana dengan profesi keperawatan? Apakah profesi keperawatan juga memiliki disiplin ilmu. Model konsep dan teori keperawatan disusun berdasarkan ilmu dan seni yang mencakup berbagai aktivitas konsep dan

keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu. Keperawatan merupakan profesi yang unik karena fungsi dan tanggung jawab keperawatan ditujukan ke berbagai respon klien baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapi.

Perawat yang semula tugasnya hanyalah semata-mata menjalankan perintah dokter kini berupaya meningkatkan perannya sebagai mitra kerja dokter seperti yang sudah dilakukan di negara-negara maju. Sebagai sebuah profesi yang masih berusaha menunjukkan jati diri, profesi keperawatan dihadapkan pada banyak tantangan. Tantangan ini bukan hanya dari eksternal tapi juga dari internal profesi keperawatan ini sendiri. Perawat dalam menjalankan peran, fungsi dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan, dituntut untuk memiliki ketrampilan dan keahlian serta disiplin yang tinggi.

Keahlian dan keterampilan dalam keperawatan merupakan hasil dari ilmu pengetahuan dan pengalaman klinik yang dijalaninya. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik dan membuat keputusan yang kompleks dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan berkualitas karena adanya tuntutan masyarakat serta perubahan kebutuhan kesehatan dan berbagai kebijakan pemerintah terkait dengan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Oleh karena itu, keilmuan yang dimiliki oleh perawat harus senantiasa dikembangkan seiring dengan semakin berkembang ilmu pengetahuan dan tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan khususnya keperawatan.

4.2 Ilmu

Masyarakat atau pembaca memiliki pandangan yang luas tentang ilmu, oleh karena itu kita membatasi konsep ilmu yang akan diuraikan dalam buku ini yaitu meliputi: pengertian ilmu, pengertian landasan, landasan keilmuan dan keperawatan sebagai ilmu.

4.2.1 Pengertian Ilmu

Asal kata ilmu adalah dari bahasa Arab, ‘alama. Arti dari kata ini adalah pengetahuan. Dalam bahasa Indo-nesia, ilmu sering disamakan dengan sains yang berasal dari bahasa Inggris “science”. Kata “science” itu sendiri berasal dari bahasa Yunani yaitu “scio”, “scire” yang artinya pengetahuan. “Science”

dari bahasa Latin “scientia”, yang berarti “pengetahuan” adalah aktivitas yang sistematis yang membangun dan mengatur pengetahuan dalam bentuk penjelasan dan prediksi tentang alam semesta. Berdasarkan Oxford Dictionary, ilmu didefinisikan sebagai aktivitas intelektual dan praktis yang meliputi studi sistematis tentang struktur dan perilaku dari dunia fisik dan alam melalui pengamatan dan percobaan”.

Ilmu pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang melalui penginderaan manusia yang meliputi mata, telinga, hidung, dan sebagainya. Biasanya ilmu pengetahuan ini banyak diperoleh melalui panca indra yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2010). Oleh karena itu, pengetahuan ini merupakan faktor yang sangat penting dalam pembentukan perilaku (Sunaryo, 2004).

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa ilmu bukan sekedar pengetahuan (knowledge), tetapi merupakan rangkuman dari sekumpulan pengetahuan berdasarkan teori-teori yang disepakati / berlaku umum dan diperoleh melalui serangkaian prosedur sistematis, diuji dengan seperangkat metode yang diakui dalam bidang ilmu tertentu. Ilmu adalah merupakan suatu pengetahuan, sedangkan pengetahuan merupakan informasi yang didapatkan dan segala sesuatu yang diketahui manusia. Itulah bedanya dengan ilmu, karena ilmu itu sendiri merupakan pengetahuan yang berupa informasi yang di dalam sehingga menguasai pengetahuan tersebut yang menjadi suatu ilmu.

4.2.2 Pengertian Landasan

Landasan adalah dasar tempat berpijak atau tempat di mulainya suatu perbuatan. Dalam bahasa Inggris, landasan disebut dengan istilah foundation, yang dalam bahasa Indonesia menjadi fondasi. Fondasi merupakan bagian terpenting untuk mengawali sesuatu. Adapun menurut S. Wojowasito, (1972), bahwa landasan dapat diartikan sebagai alas, ataupun dapat diartikan sebagai fondasi, dasar, pedoman dan sumber.

Istilah lain yang hampir sama (identik) dengan kata landasan adalah kata dasar (basic). Kata dasar adalah awal, permulaan atau titik tolak segala sesuatu. Pengertian dasar, sebenarnya lebih dekat pada referensi pokok (basic reference) dari pengembangan sesuatu. Jadi, kata dasar lebih luas pengertian dari kata fondasi atau landasan. Karena itu, kata fondasi atau landasan dengan kata dasar (basic reference) merupakan dua hal yang berbeda wujudnya, tetapi sangat erat hubungannya (Sanusi Uwes, 2001).

Landasan, istilah landasan mengandung arti sebagai alas, dasar atau tumpuan. Istilah landasan dikenal pula sebagai fundasi. Mengacu pada pengertian tersebut, dapat dipahami bahwa landasan adalah alas atau dasar pijakan dari sesuatu hal; suatu titik tumpu atau titik tolak dari suatu hal ; atau suatu fundasi tempat berdirinya sesuatu hal.

Menurut sifat wujudnya dapat dibedakan dua jenis landasan yaitu: (1) landasan yang bersifat material, dan (2) landasan yang bersifat konseptual. Contoh landasan yang bersifat material antara lain berupa landasan pacu pesawat terbang dan fundasi bangunan gedung. Adapun contoh landasan yang bersifat konseptual antara lain berupa dasar Negara Republik Indonesia yaitu Pancasila dan UUD RI Tahun 1945; landasan pendidikan, dsb.

Landasan yang bersifat konseptual identik dengan asumsi, yaitu suatu gagasan, kepercayaan, prinsip, pendapat atau pernyataan yang sudah dianggap benar, yang dijadikan titik tolak dalam rangka berpikir (melakukan suatu studi) dan/atau dalam rangka bertindak. (melakukan suatu praktek). Landasan pendidikan berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa landaan pendidikan adalah seperangkat asumsi yang dijadikan titik tolak dalam rangka pendidikan. Sebagaimana telah kita pahami, dalam pendidikan mesti terdapat momen studi pendidikan dan momen praktek pendidikan.

Landasan berarti tumpuan, dasar atau alas, karena itu landasan merupakan tempat bertumpu atau titik tolak atau dasar pijakan. Titik tolak atau dasar pijakan ini dapat bersifat material (contoh: landasan pesawat terbang); dapat pula bersifat konseptual (contoh: landasan pendidikan). Landasan yang bersifat koseptual identik dengan asumsi, adapun asumsi dapat dibedakan menjadi tiga macam asumsi, yaitu aksioma, postulat dan premis tersembunyi (Babang, 2019).

4.2.3 Landasan Keilmuan

Dalam bagian ini, dipaparkan tiga landasan pokok yang menjadi dasar semua jenis ilmu, yaitu Landasan Ontologis, Landasan Epistemologis, dan Landasan Aksiologis. Tiga landasan inilah yang secara filosofis membangun sebuah ilmu. Tulisan ini tidak bermaksud menguraikan tiga landasan ini secara panjang lebar, melainkan mendeskripsikan beberapa unsur fundamental dan umum. Pada bagian akhir dari tulisan ini diangkat sebuah problematika ilmiah yang dapat ditelisik dari tiga landasan ilmu pengetahuan ini.

4.2.4 Keperawatan Sebagai Ilmu

Seperti halnya disiplin ilmu lain yang keberadaannya di topang oleh berbagai disiplin ilmu yang telah berkembang, ada kalanya ilmu keperawatan mulai mempertanyakan identitas dirinya sebagai sebuah disiplin ilmu yang mandiri. Pertanyaan yang sering muncul adalah apakah ilmu keperawatan memenuhi persyaratan untuk eksis sebagai sebuah disiplin ilmu yang mandiri? Jika ya, apa yang menjadi ciri dan membedakan pengetahuan ilmiah itu dengan pengetahuan ilmiah yang lain? Artinya, apakah ilmu keperawatan, ditinjau dari sudut filsafat ilmu (philosophy of science) memenuhi kata karakteristik dan spesifikasi sebagai sebuah pengetahuan yang berdimensi dan bersifat ilmiah. Secara umum, cabang pengetahuan tersebut diperoleh dan disusun (epistemology), serta memiliki nilai yang terkait dengan pengetahuan tersebut (aksiologi).

Berdasarkan tinjauan aspek ontologi setiap disiplin ilmu harus mempunyai objek formal dan objek material terkait dengan wujud yang akan menjadi fokus penelaahannya. Objek material adalah substansi dari objek tertentu, sedangkan objek formal adalah cara untuk menjelaskan atau mencapai objek tersebut berdasarkan objek material. Jika suatu ilmu belum memiliki objek formal yang jelas, berarti ilmu tersebut mengetahui dengan pasti aspek yang akan ditelaahnya, dengan demikian, ilmu tersebut belum memiliki metode kerja yang jelas dan belum berhak menyebut dirinya sebagai ilmu yang dapat berdiri sendiri (Suriasumantri, 2007). Objek formal sendiri merupakan prinsip yang mensadari perbedaan antar-ilmu. Dua ilmu atau lebih bisa memiliki objek material yang sama, namun masing-masing dibedakan berdasarkan objek formanya. Karenanya, objek formal suatu bidang ilmu perlu ditegaskan agar tidak terjadi saling serobot dan saling tubruk antar bidang ilmu.

Epistemologi merupakan aspek yang berkaitan dengan cara memperoleh dan menyusun materi pengetahuan menjadi suatu ilmu. Secara detail Epistemologi keilmuan dapat dilihat dari sifat pengetahuan ilmiah dan proses pembentukan pengetahuan ilmiah (Suriasumantri, 2007).

Proses pembentukan pengetahuan ilmiah terkait dengan mekanisme yang memproses pengetahuan tersebut. Mekanisme ini lebih dikenal dengan istilah metode ilmiah. Metode ilmiah memproses pengetahuan dalam tiga aspek, yaitu keabsahan, kebenaran, dan penyusunan. Keabsahan pengetahuan ilmiah ditentukan berdasarkan syarat yang harus dipenuhi oleh suatu pengetahuan, yaitu logis, analitis, dan sistematis. Kaitannya dengan kebenaran, kebenaran

suatu pengetahuan terletak pada pengujian empiris. Pengetahuan yang sifatnya logis, analitis, sistematis, dan teruji secara empiris dapat dipastikan merupakan pengetahuan yang absah dan benar secara ilmiah.

Proses penyusunan pengetahuan ilmiah sendiri memerlukan pikiran dasar yang melandasi pemikiran dan tubuh pengetahuan teoritis. Pikiran dasar itu terdiri atas postulat, asumsi dan prinsip. Postulat merupakan anggapan tentang suatu objek yang merefleksikan sudut pandang tertentu yang tidak perlu diverifikasi secara empiris guna menentukan benar atau salahnya. Asumsi adalah pernyataan dasar tentang realitas yang menjadi objek telaahan. Terakhir, prinsip merupakan pernyataan dasar mengenai tindakan yang dipilih. Dalam hal ini, prinsip di bangun di antara postulat dan asumsi.

Ilmu ditinjau dari aspek aksiologi merupakan cara penggunaan atau pemanfaatan ilmiah. Asas dalam keilmuan tersebut digunakan untuk kemaslahatan umat manusia. Karenanya pengetahuan ilmiah yang diperoleh akan disusun dan dipergunakan secara komunal dan universal. Pernyataan tersebut dapat diformulasikan bahwa objek material ilmu keperawatan adalah manusia yang tidak dapat berfungsi secara sempurna dalam kaitannya dengan kondisi kesehatan dan proses penyembuhan. Titik fokus dalam keperawatan adalah respon manusia terhadap ketidakseimbangan yang dapat ditangani dengan aspek. Manusia dipandang sebagai sosok yang unik, yang meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Objek formanya adalah bantuan bagi individu yang tidak dapat berfungsi secara sempurna terkait dengan kondisi kesehatan dan proses penyembuhan. Bantuan yang diberikan bersifat holistik.

Konsepsi tentang keperawatan antara lain dikemukakan oleh sejumlah ahli dalam bentuk Model konsep dan teori keperawatan, di antaranya adalah:

1. Florence Nightingale (1859). Ia mengemukakan pandangannya mengenai penyakit. Menurutnya merupakan proses ketidakseimbangan yang dapat pulih kembali dan tidak harus selalu disertai dengan penderitaan pemulihan penyakit dilihat sebagai upaya alami dalam memperbaiki proses yang sedang atau rusak. Di sini, manusia berperan mendukung proses alami tersebut dengan memacu upaya pemulihan. Karena alasan tersebut, Nightingale beranggapan bahwa dalam pendekatan keperawatan perlu di ciptakan suatu kondisi lingkungan yang menunjang proses penyembuhan penyakit sekaligus pencegahannya berdasarkan pemahamannya

tentang pengaruh lingkungan terhadap manusia dan keadaan sehat sakit, Naigtingale menegaskan bahwa faktor kebersihan dan kesehatan lingkungan sangat penting dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan manusia

2. Hildergard peplau (1952). Teori yang dikembangkan Peplau dikenal dengan teori keperawatan psikodinamik teori ini di pengaruhi oleh model hubungan interpersonal ia menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu proses interpersonal yang bersifat terapeutik.
3. Vaye Abdella (1960). Ia menjelaskan bahwa keperawatan adalah layanan yang di berikan kepada individu, keluarga dan masyarakat yang di dasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang mencakup sikap, kemampuan intelektual, dan keterampilan, teknik klinis perawat yang ditujukan untuk membantu masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan, baik dalam keadaan sehat maupun sakit.
4. Ida Jean Orlando (1961). Ia menggunakan hubungan interpersonal sebagai landasan teorinya perhatian utamanya adalah pada sifat unik individu, baik verbal maupun nonverbal, yang mengisyaratkan suatu kebutuhan akan kegiatan atau tindakan keperawatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien.
5. Virginia Handerson (1966). Teorinya berfokus pada individu, ia mengemukakan bahwa jasmani dan rohani manusia dapat dipisahkan satu sama lainnya. Manusia adalah makhluk yang unik tidak ada dua orang yang memiliki kebutuhan dasar yang sama. Klien adalah individu yang memerlukan bantuan untuk mencapai kemandirian.
6. Marta E. Roger (1970). Pandangannya dalam pengembangan teori keperawatan banyak di pengaruhi oleh teori system dan teori energi. Teori Roger Dikenal sebagai initary human beings theory, menurutnya “man is a unifed whole possessing his own integrity and manifesting characteristics that are more than and different from the sum of his parts”.
7. Dorothea Orem (1971). Ia melihat individu sebagai satu kesatuan utuh yang terdiri atas aspek fisik, sikologis dan sosial dengan derajat kemampuan merawat diri sendiri tindakan keperawatan, menurutnya,

merupakan upaya untuk memacu kemampuan diri sendiri. teori Orem dikenal dengan *self-care deficit theory*.

8. Imogene F. King (1971). King memandang klien sebagai system perorangan, sebagai makhluk yang mempunyai daya reaksi, yang mampu mempersiapkan diri. berpikir, menetapkan tujuan, memilih tindakan guna mencapai tujuan dan mengambik keputusan keperawatan dilihat aksi, reaksi, interaksi dan transaksi dare proses interpersonal. Teori King di kenal dengan *theory of Goal attainment*.
9. Kelompok kerja keperawatan Indonesia (1983). Kelompok ini telah membuat definisi tentang keperawatan. menurutnya, keperawatan merupakan suatu bentuk layanan professional yang menjadi bagian integral dari layanan kesehatan yang di dasarkan atas ilmu dan kiat keperawatan layanan ini berbentuk layanan bio, psikol, sosial, cultural dan spiritual yang komrehensif, yang ditujukan untuk individu, keluarga, dan masyarakat dalam keadaan sakit maupun sehat di seluruh proses kehidupan manusia.

4.3 Profesi Keperawatan

Bagian ini akan menguraikan definisi keperatan, pengertian profesi, karakteristik profesi dan keperawatan sebagai profesi.

4.3.1 Definisi Keperawatan

Pengertian Perawat adalah orang yang mengasuh dan merawat orang lain yang mengalami masalah kesehatan. Namun pada perkembangannya, pengertian perawat semakin meluas. Pada saat ini, pengertian perawat merujuk pada posisinya sebagai bagian dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional (Nisya, 2013). UU RI No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Menurut ICN (International Council of Nursing) tahun 1965, Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat serta

berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan pelayanan penderita sakit. Dari beberapa definisi di atas maka dapat disimpulkan bahwa perawat adalah tenaga profesional yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan dalam melaksanakan dan memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami masalah kesehatan.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan atau asuhan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan atau asuhan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan di tujukan kepada individu, keluarga kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Standar kompetensi perawat meliputi kerangka kerja kompetensi perawat Indonesia, meliputi praktik profesional, etis, legal dan peka budaya. Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan, dan pengembangan kualitas personal dan profesional. Rincian unit kompetensi dengan kodifikasinya. Penjabaran kompetensi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Dermawan, 2013).

4.3.2 Pengertian Profesi

Profesi, secara etimologi berasal dari bahasa latin, *profecus*, yang berarti mengakui, adanya pengakuan, menyatakan mampu, atau ahli dalam melakukan pekerjaan. Secara terminologi, profesi dapat diartikan sebagai suatu pekerjaan yang mensyaratkan pendidikan tinggi bagi pelakunya dan ditekankan pada pekerjaan mental (Ni Ketut, 2009). Dalam Kamus besar Bahasa Indonesia sebagaimana dikutip Christine S.T. Kansil, dijelaskan bahwa profesi adalah bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian (keterampilan, kejuruan, dan sebagainya) tertentu (Christine, 1997).

Profesi adalah suatu pekerjaan yang ditujukan untuk kepentingan masyarakat dan bukan untuk kepentingan golongan atau kelompok tertentu. Profesi sangat mementingkan kesejahteraan orang lain, dalam konteks bahasan ini konsumen sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan professional. Menurut Webster profesi adalah pekerjaan yang memerlukan pendidikan yang lama dan menyangkut ketrampilan intelektual.

4.3.3 Karakteristik Profesi

Kiozer Erb dan Wilkinson (2010) mengemukakan karakteristik professional sebagai berikut:

1. Konsep misi yang terbuka terhadap perubahan
2. Penguasaan dan penggunaan pengetahuan teoritis
3. Kemampuan menyelesaikan masalah
4. Pengembangan diri secara berkesinambungan
5. Pendidikan formal
6. System pengesahan terhadap kompetensi
7. Penguatan secara legal terhadap standart professional
8. Praktik berdasarkan etik
9. Hukum terhadap malpraktik
10. Penerimaan dan pelayanan pada masyarakat

Makna profesionalisme telah menjadi bahan perdebatan selama bertahun-tahun. Laporan Flexner, yang diterbitkan pada tahun 1910, adalah salah satu dari serangkaian makalah yang diterbitkan oleh Carnegie Foundation tentang sekolah profesional. Laporan Flexner, yang berfokus pada kedokteran, memberikan insentif bagi banyak upaya di masa depan untuk mendefinisikan dan mendiskusikan karakteristik suatu profesi. Ketika keperawatan dan pendidikan keperawatan berkembang di Amerika Serikat, tidak ada yang mempertanyakan apakah keperawatan memenuhi syarat sebagai profesi atau apakah itu lebih bersifat pekerjaan.

Dari sekitar tahun 1950-an hingga 1970-an atau pertengahan 1980-an, keperawatan ditinjau secara berkala terhadap karakteristik profesi yang telah ditetapkan dalam literatur sosiologis. Kegiatan yang menjadi tanggung jawab perawat, otonomi mereka, konsekuensi hukum dari praktik, dan khususnya pendidikan perawat masa depan menjadi sasaran pengawasan sosiolog dan pemimpin keperawatan, yang merasa sulit untuk memeriksa keperawatan terhadap karakteristik formal suatu profesi.

Pendekatan Florence Nightingale menunjukkan bahwa tujuan membantu keperawatan tersebar di basis yang sangat luas. Dalam literatur disebutkan bahwa altruisme menjadi dasar keperawatan dan individu yang memiliki tingkat altruisme tinggi memilih profesi ini karena ingin merawat dan membantu orang (Law and Arthur, 2003).

Dalam perkembangan, pembentukan, dan perubahan sikap individu terhadap suatu situasi, nilai memegang peranan penting (Bektas and Nalcaci, 2012). Oleh karena itu, diperkirakan bahwa pemeriksaan nilai-nilai mahasiswa keperawatan dan sikap mereka terhadap profesi keperawatan yang berfungsi untuk menentukan pandangan dunia mereka akan menjelaskan dalam menentukan pencapaian dan kepuasan, yang akan mereka berikan dalam profesi, dan berkontribusi pada upaya peningkatan dan pengembangan profesi keperawatan.

Meskipun Florence Nightingale melihat keperawatan sebagai profesi mandiri yang tidak subordinat tetapi setara dengan profesi medis. Sejak lama keperawatan dipandang tidak dapat dipisahkan dari profesi medis. Dominasi medis (laki-laki) sangat memengaruhi perkembangan peran, citra dan posisi perawat (Fletcher, 2006).

Pengembangan profesional perawat juga dapat diwujudkan dengan berbagi pengalaman kerja dengan perawat lain. Selain itu, perawat harus memanfaatkan posisi strategis dengan lebih baik, seperti manajer kasus, pendidik perawat atau spesialis perawat klinis untuk menunjukkan pekerjaan mereka sebagai profesional kesehatan.

Masyarakat harus dapat mengidentifikasi dengan perawat dan pekerjaan yang mereka lakukan. Di media, perawat hampir tidak terlihat sebagai penasihat profesional atau ahli. Dibutuhkan jumlah perawat yang meyakinkan untuk mengubah opini publik.

4.3.4 Keperawatan Sebagai Profesi

Seseorang dikatakan menjalankan profesi bila memilih 10 kriteria:

1. Profesi harus memiliki keahlian khusus.
Keahlian itu tidak dimiliki oleh profesi lain. Artinya profesi itu mesti ditandai oleh adanya suatu keahlian yang khusus untuk profesi itu. Keahlian itu diperoleh dengan mempelajarinya secara khusus.
2. Profesi dipilih karena panggilan hidup dan dijalani sepenuh waktu.
Profesi dipilih karena dirasakan sebagai kewajiban, sepenuh waktu maksudnya bukan part-time. Sebagai panggilan hidup, maksudnya profesi itu dipilih karena dirasakan itulah panggilan hidupnya, artinya itulah lapangan pengabdianya.

3. Profesi memiliki teori-teori yang baku secara universal.
Artinya, profesi ini dijalani menurut aturan yang jelas, dikenal umum, teorinya teruka. Secara universal pegangannya diakui.
4. Profesi adalah untuk masyarakat, bukan untuk dirinya sendiri.
Profesi merupakan alat dalam mengabdikan diri kepada masyarakat bukan untuk kepentingan diri sendiri, seperti untuk mengumpulkan uang atau mengejar kedudukan.
5. Profesi harus dilengkapi kecakapan diagnostik dan kompetensi aplikatif. Kecakapan dan kompetensi ini diperlukan untuk menyakinkan peran profesi itu terhadap kliennya.
6. Pemegang profesi memiliki otonomi dalam menjalankan tugas profesinya.
Otonomi ini hanya dapat dan boleh diuji oleh rekan-rekan seprofesinya. Tidak boleh semua orang bicara dalam semua bidang.
7. Profesi hendaknya mempunyai kode etik, ini disebutkan kode profesi. Fungsi kode etik ialah untuk dijadikan sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas profesi. Kode etik ini tidak akan bermanfaat bila tidak diakui oleh pemegang profesi dan juga masyarakat.
8. Profesi harus mempunyai klien yang jelas yaitu orang yang dilayani, dalam hal khusus ini adalah pasien.
9. Profesi memerlukan organisasi untuk keperluan meningkatkan kualitas profesi itu.
10. Mengetahui hubungan profesinya dengan bidang-bidang lain

Menurut Lindberg dalam Lestari (2016) keperawatan sebagai suatu profesi memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Kelompok pengetahuan yang melandasi keterampilan untuk menyelesaikan masalah dalam tatanan praktik keperawatan.

Pada awalnya praktik keperawatan dilandasi oleh ketrampilan yang bersifat intuitif. Sebagai suatu disiplin, sekarang keperawatan disebut sebagai suatu ilmu di mana keperawatan banyak sekali menerapkan ilmu-ilmu dasar seperti ilmu perilaku, social, fisika, biomedik dan lain-lain. Selain itu, keperawatan juga mempelajari pengetahuan inti yang menunjang praktik keperawatan yaitu

fungsi tubuh manusia yang berkaitan dengan sehat dan sakit serta pokok bahasan pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada klien.

2. Kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada masyarakat.

Fungsi unik perawat adalah memberikan bantuan kepada seseorang dalam melakukan kegiatan untuk menunjang kesehatan dan penyembuhan serta membantu kemandirian klien.

3. Pendidikan yang memenuhi standart dan diselenggarakan di perguruan tinggi atau universitas.

Beralihnya pendidikan keperawatan kepada institusi pendidikan tinggi memberikan kesempatan kepada perawat untuk mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan intelektual, interpersonal dan tehnikal yang memungkinkan mereka menjalankan peran dengan lebih terpadu dalam pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan. Disamping itu perawat dituntut untuk mengembangkan Iptek keperawatan.

4. Pengendalian terhadap standart praktik.

Standart adalah pernyataan atau kriteria tentang kualitas praktik. Standart praktik keperawatan menekankan kpada tanggung jawab dan tanggung gugat perawat untuk memenuhi standart yang telah ditetapkan yang bertujuan melindungi masyarakat maupun perawat. Perawat bekerja tidak dibawah pengawasan dan pengendalian profesi lain.

5. Bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap tindakan yang dilakukan.

Tanggung gugat accountable berarti perawat bertanggung jawab pelayanan yang diberikan kepada klien. Tanggung gugat mengandung aspek legal terhadap kelompok sejawat, atasan dan konsumen. Konsep tanggung gugat mempunyai dua implikasi yaitu bertanggung jawab terhadap konsekuensi dari tindakan yang dilakukan dan juga menerima tanggung jawab dengan tidak melakukan tindakan pada situasi tertentu.

6. Karir seumur hidup

Dibedakan dengan tugas/job yang merupakan bagian dari pekerjaan rutin. Perawat bekerja sebagai tenaga penuh yang dibekali dengan pendidikan dan ketrampilan yang menjadi pilihannya sendiri sepanjang hayat.

7. Fungsi mandiri

Perawat memiliki kewenangan penuh melakukan asuhan keperawatan walaupun kegiatan kolaborasi dengan profesilain kadang kala dilakukan di mana itu semua didasarkan kepada kebutuhan klien bukan sebagai ekstensi intervensi profesi lain.

4.3.5 Perkembangan Profesionalisme Keperawatan

Melihat catatan sejarah tentang awal mula keberadaan perawat di Indonesia, yang diperkirakan baru bermula pada awal abad ke 19, di mana disebutkan adanya perawat saat itu adalah dikarenakan adanya upaya tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik sehingga diperlukan tenaga yang dapat membantu atau tenaga pembantu. Tenaga tersebut dididik menjadi seorang perawat melalui pendidikan magang yang berorientasi pada penyakit dan cara pengobatannya. Sampai dengan perkembangan keperawatan di Indonesia pada tahun 1983 PPNI melakukan Lokakarya Nasional Keperawatan di Jakarta, melalui lokakarya tersebut prawat bertekad dan bersepakat menyatakan diri bahwa keperawatan adalah suatu bidang keprofesian.

Perkembangan profesionalisme keperawatan di Indonesia berjalan seiring dengan perkembangan pendidikan keperawatan yang ada di Indonesia. Pengakuan perawat profesionalan pemula adalah bagi mereka yang berlatar belakang pendidikan Diploma III keperawatan. Program ini menghasilkan perawat generalis sebagai perawat professional pemula, dikembangkan dengan landasan keilmuan yang cukup dan landasan professional yang kokoh.

Perkembangan pendidikan keperawatan dalam rangka menuju tingkat keprofesionalitasan tidak cukup sampai di tingkat diplima saja, di ilhami keinginan dari profesi keperawatan untuk terus mengembangkan pendidikan maka berdirilah PSIK FK-UI (1985) dan kemudian disusul dengan pendirian program paska sarjana FIK UI (1999).

Mungkin tidak ada masalah dalam keperawatan yang lebih kontroversial daripada pendidikan para praktisinya. Warisan keperawatan, seperti halnya kedokteran, didirikan pada masa magang. Siswa ditugaskan ke praktisi berpengalaman yang mengajarkan keterampilan yang mereka kenal. Setelah keterampilan itu diperoleh, siswa pindah ke dunia kerja. Indonesia, para tokoh keperawatan telah berhasil melahirkan hukum tertulis yang mengakui keperawatan sebagai sebuah profesi dengan diterbitkannya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan pada tanggal 17 Oktober 2014 oleh presiden Republik Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Jenjang pendidikan keperawatan diatur dalam pasal 5-8, di mana pendidikan keperawatan dibagi menjadi 3 yaitu pendidikan vokasi (D III Keperawatan), pendidikan akademik (Sarjana, Magister dan Doktoral Keperawatan), dan pendidikan profesi (ners dan spesialis). Pendidikan Keperawatan dapat ditempuh oleh siswa yang telah lulus SMA, baik D III maupun S1 Keperawatan.

Setelah lulus S1, mahasiswa wajib melanjutkan program Ners. Pemerintah kemudian mewajibkan lulusan D III dan Ners lulus uji kompetensi bagi lulusan di atas 01 Agustus 2012 sebagai syarat mendapatkan STR. STR merupakan lisensi seorang perawat dapat merawat pasien secara resmi. Untuk program S2, peminatan manajemen keperawatan merupakan satu-satunya program S2 yang tidak mengharuskan mengikuti program spesialis dan bisa langsung melanjutkan ke program doctoral (Casman et al., 2020).

4.3.6 Pengendalian Kebijakan Profesional, Aktivitas Profesional, dan Otonomi

Kebanyakan kritik yang meninjau profesi terhadap standar profesional menekankan kemampuan kelompok mana pun untuk mengembangkan kebijakan profesionalnya sendiri dan berfungsi secara mandiri. Beberapa orang akan menyarankan bahwa ini adalah area di mana keperawatan selalu lemah, meskipun reformasi perawatan kesehatan saat ini dapat membantu profesi dalam mencapai otonomi penuh yang telah dicari. Secara historis, perawat bekerja di bawah arahan dokter pasien, sering kali di lingkungan rumah sakit.

Dokter menulis perintah perawatan medis yang akan dilaksanakan oleh perawat; lembaga atau rumah sakit menetapkan kebijakan di mana perawatan itu diberikan. Hanya dalam 50 tahun terakhir keperawatan membuat terobosan

signifikan dalam mendefinisikan peran unik perawat dalam "perawatan" yang bertentangan dengan "penyembuhan" pasien.

Hari ini, kita melihat aktivitas yang jauh lebih profesional daripada tahun-tahun sebelumnya. Perawat bertanggung jawab untuk merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan yang diterima pasien, dan perawat juga bertanggung jawab atas asuhan yang diberikan. Komite keperawatan menetapkan kebijakan dan protokol. Diagnosa keperawatan, yang pernah ditantang sebagai tanggung jawab perawat yang tidak tepat, telah menjadi standar asuhan keperawatan yang baik.

Dalam beberapa pengaturan praktik, perawat memenuhi syarat untuk pembayaran pihak ketiga; yaitu, perusahaan asuransi mengganti mereka untuk perawatan yang telah mereka berikan. Seseorang dapat mengantisipasi bahwa situasi ini akan terus membaik dengan reformasi perawatan kesehatan. Meskipun perawat masih menjalankan resimen medis yang digariskan oleh dokter, hubungan yang lebih kolaboratif mulai terjadi, dan kontribusi perawat semakin diakui. Tindakan praktik dari semakin banyak negara bagian memberikan otoritas preskriptif kepada perawat praktik lanjutan yang telah menyelesaikan persiapan pendidikan yang diperlukan. Jumlah perawat yang mencari persiapan dan bekerja dalam peran praktik keperawatan tingkat lanjut meningkat.

4.3.7 Kode Etik Keperawatan

Standar kritis yang ditetapkan untuk profesi adalah adanya kode etik. Standar umum untuk perilaku profesional perawat di Amerika Serikat adalah Kode ANA untuk Perawat. Dokumen ini dikembangkan oleh ANA dan direvisi secara berkala untuk mengatasi masalah terkini dalam praktik, revisi terbaru terjadi pada tahun 2001.

Demikian pula, Dewan Perawat Internasional, yang bertempat di Jenewa, Swiss, telah mengembangkan kode untuk perawat yang juga membahas banyak masalah yang diuraikan dalam kode ANA. Kode internasional menetapkan standar praktik etis oleh perawat di seluruh dunia.

Di Indonesia, kode etik keperawatan disusun dan disahkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan dimuat dalam anggaran dasar dan anggaran rumah tangga PPNI (PPNI, 2010). Diharapkan kode etik ini mampu diterapkan oleh perawat Indonesia melaksanakan tugas/fungsi perawat dengan tujuan kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan.

4.3.8 Pohon Ilmu (Body of Knowledge)

Pohon ilmu dari keperawatan adalah ilmu keperawatan itu sendiri. Pendidikan keperawatan sebagai pendidikan profesi harus dikembangkan sesuai dengan kaidah-kaidah ilmu dan profesi keperawatan, yang harus memiliki landasan akademik dan landasan professional yang kokoh dan mantap.

Pengembangan pendidikan keperawatan bertolak dari pengertian dasar tentang ilmu keperawatan seperti yang dirumuskan oleh Konsorsium Ilmu kesehatan (1991) yaitu: “ Ilmu keperawatan mencakup ilmu-ilmu dasar seperti ilmu alam, ilmu social, ilmu perilaku, ilmu biomedik, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu dasar keperawatan, ilmu keperawatan komunitas dan ilmu keperawatan klinik, yang apluikasinya menggunakan pendekatan dan metode penyelesaian masalah secara ilmiah, ditujukan untuk mempertahankan, menopang, memelihara dan meningkatkan integritas seluruh kebutuhan dasar manusia “.

Wawasan ilmu keperawatan mencakup ilmu-ilmu yang mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, melalui pengkajian mendasar tentang hal-hal yang melatar belakangi, serta mempelajari berbagai bentuk upaya untuk mencapai kebutuhan dasar tersebut melalui pemanfaatan semua sumber yang ada dan potensial.

Bidang garapan dan fenomena yang menjadi objek studi keperawatan adalah penyimpangan dan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (bio-psiko-sosio-spiritual), mulai dari tingkat individu tang utuh (mencakup seluruh siklus kehidupan), sampai pada tingkat masyarakat, yang juga tercermin pada tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pada tingkat system organ fungsional sampai sub seluler atau molekuler

4.3.9 Cerminan Perawat Profesional

Cerminan nilai professional perawat dalam praktik keperawatan dikelompokkan dalam nilai intelektual dan nilai komitmen moral interpersonal, sebagai berikut:

1. Nilai intelektual

Nilai intelektual dalam prtaktik keperawatan terdiri dari

- a. Body of Knowledge
- b. Pendidikan spesialisasi (berkelanjutan)

- c. Menggunakan pengetahuan dalam berpikir secara kritis dan kreatif.
2. Nilai komitmen moral
Pelayanan keperawatan diberikan dengan konsep altruistic, dan memperhatikan kode etik keperawatan. Menurut Beauchamp & Walters (1989) pelayanan profesional terhadap masyarakat memerlukan integritas, komitmen moral dan tanggung jawab etik.

Aspek moral yang harus menjadi landasan perilaku perawat adalah:

1. Beneficience. Perawat selalu mengupayakan keputusan yang dibuat berdasarkan keinginan melakukan yang terbaik dan tidak merugikan klien. (Johnstone, 1994)
2. Fair. Tidak mendiskriminasikan klien berdasarkan agama, ras, social budaya, keadaan ekonomi dan sebagainya, tetapi memperlakukan klien sebagai individu yang memerlukan bantuan dengan keunikan yang dimiliki.
3. Fidelity. Berperilaku caring (peduli, kasih sayang, perasaan ingin membantu) selalu berusaha menepati janji, memberikan harapan yang memadahi, komitmen moral serta memperhatikan kebutuhan spiritual klien.

Bab 5

Perubahan dalam Konsep Keperawatan

5.1 Pendahuluan

Keperawatan adalah profesi yang memberikan pelayanan langsung kepada individu, keluarga, masyarakat yang sakit atau sehat dengan segala perencanaan atau tindakan untuk membantu meningkatkan kesejahteraan kehidupan masyarakat (Hidayat, 2007). Tugas dari perawat adalah memberikan asuhan keperawatan, membantu penyembuhan, membantu memecahkan masalah pasien dibawah pengawasan dokter atau kepala ruangan (Pratiwi & Utami, 2010). Perawat dalam menjalankan tugas harus mampu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi karena perubahan dapat terjadi kapan saja, dan merupakan proses yang tidak bisa dielakkan, karena tanpa perubahan tidak akan ada pertumbuhan atau motivasi seseorang untuk lebih baik. Oleh karena itu perawat harus mampu melakukan inovasi, dan mempunyai keterampilan dalam penyelesaian masalah yang sistematis serta konsisten dengan perencanaan perubahan serta meningkatkan pengalaman praktek selama bekerja.

Perubahan pelayanan keperawatan merupakan kesatuan yang menyatu dalam perkembangan dan perubahan keperawatan di Indonesia. Sebab perubahan

yang dilakukan merupakan cara mempertahankan diri sebagai profesi dan berperan aktif dalam menghadapi era millennium. Keperawatan professional Indonesia menjadikan perubahan sebagai tantangan untuk berupaya lebih keras memacu proses profesionalisasi keperawatan di Indonesia dan mensejajarkan diri dengan keperawatan dinegara-negara lain.

5.2 Definisi Konsep Perubahan dalam Keperawatan

Rismasophie & Ferdinand Zaviera (2007) menyebutkan *change* atau berubah merupakan proses membuat sesuatu berbeda dari yang sebelumnya. Tanpa adanya perubahan maka tidak akan ada pertumbuhan, tidak ada motivasi, dan tidak ada dorongan untuk menjadi lebih baik. Berubah merupakan bagian dari kehidupan setiap orang, karena berubah adalah cara seseorang bertumbuh, berkembang, dan beradaptasi. Perubahan dapat positif atau negatif, terencana atau tidak terencana. Jadi secara umum perubahan dapat didefinisikan merupakan proses di mana terjadinya peralihan atau perpindahan dari status tetap (*statis*) menjadi status yang dinamis dengan menyesuaikan diri dari lingkungan yang ada. Perubahan dalam bidang keperawatan, dilakukan dalam pemberian pelayanan seperti pendidikan kesehatan, perawatan klien, dan promosi kesehatan. Proses berubah ini melibatkan klien individu, keluarga, komunitas, organisasi, keperawatan sebagai profesi, dan seluruh sistem pemberian perawatan kesehatan. Dengan perubahan yang dilakukan oleh keperawatan maka perawat mampu mendapatkan pengetahuan, keterampilan baru, atau mengadaptasi pengetahuan saat ini dari segi informasi baru.

5.3 Teori-teori Perubahan

Perubahan akan membuat seseorang berbeda dengan keadaan sebelumnya dan menyebabkan perubahan perilaku seseorang, Berikut adalah teori-teori perubahan

5.3.1 Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin mengatakan seseorang yang akan mengadakan perubahan sebelumnya harus memiliki konsep tentang perubahan sehingga proses perubahan dapat dilaksanakan lebih terarah dan dapat mencapai tujuan sesuai yang diinginkan.

Berikut ini tahap-tahap perubahan menurut Lewin:

1. Tahap Un-Freezing

Satu masalah dapat muncul karena adanya ketidakseimbangan dalam organisasi atau sistem, sehingga untuk menghadapi masalah muncul motivasi yang kuat untuk menciptakan keadaan yang seimbang. Pada tahap *Un-Freezing* seseorang memiliki keinginan untuk berubah, berupaya untuk berubah, mempersiapkan diri, dan siap melakukan perubahan. Dalam keperawatan, pada tahap ini seorang perawat bertugas mengidentifikasi masalah dan memilih jalan keluar terbaik.

2. Tahap Movement

Movement berasal dari bahasa Inggris yang berarti bergerak. *Movement* yaitu bergerak menuju keadaan yang baru atau tahap perkembangan baru karena sudah memiliki cukup informasi, keterampilan serta sikap untuk berubah. Seorang perawat telah memahami adanya masalah yang dihadapi, serta mengetahui langkah-langkah penyelesaian yang harus dilakukan untuk menyelesaikan masalah. Pada tahap ini juga perawat mengumpulkan informasi dan mencari dukungan dari orang-orang yang dapat membantu menyelesaikan masalah.

3. Tahap Re-Freezing

Re-freezing merupakan tahap pembekuan, di saat motivasi yang dimiliki telah mencapai mencapai tahap baru. Tahap baru yang sudah dicapai harus dijaga agar tidak mengalami kemunduran. Dalam keperawatan, pada tahap ini Perawat tetap berusaha terus menerus dan berkelanjutan untuk mendapatkan umpan balik dan kritik yang konstruktif dalam upaya pembinaan (reinforcement). Pada waktu tertentu seorang Perawat dapat bertugas sebagai agen perubahan

(change agent) untuk mengatasi masalah pasien atau team work yang menghambat perubahan.

5.3.2 Teori Lippit

Teori Lippit ini merupakan perkembangan dari teori Lewin. Perubahan sebagai sesuatu yang direncanakan atau tidak direncanakan terhadap status “quo” dalam individu, situasi atau proses, dan dalam perencanaan perubahan yang diharapkan, disusun oleh individu, kelompok, organisasi, atau sistem sosial yang memengaruhi secara langsung tentang status quo, organisasi lain atau situasi lain.

Terdapat 7 hal yang harus diperhatikan seorang dalam melakukan perubahan, yaitu:

1. Tahap 1: Mendiagnosis masalah

Pada tahap ini dilakukan identifikasi terhadap semua faktor yang mendukung atau menghambat terjadinya perubahan. Individu yang terlibat dalam perubahan harus membuka diri dan menghindari keputusan sebelum semua fakta atau data dikumpulkan. Semakin banyak informasi tentang perubahan yang didapat seseorang, maka semakin akurat data yang dapat diidentifikasi sebagai masalah.

2. Tahap 2: Mengkaji motivasi dan kemampuan untuk berubah

Pada tahap ini setiap individu yang terlibat dalam perubahan harus dikaji, baik itu kemampuan, hambatan yang mungkin timbul, dan dukungan yang diberikan. Praktik keperawatan yang berada dalam suatu organisasi, maka struktur organisasi tersebut juga harus dikaji faktor-faktor yang membantu dan menghambat proses perubahan seperti peraturan, kebijakan, budaya organisasi, dan individu dalam organisasi. Pada tahap ini yang dilakukan adalah mencari jalan keluar pemecahan masalah.

3. Tahap 3: Mengkaji motivasi dan sumber-sumber agen berubah

Pada tahap ini, diperlukan komitmen dan motivasi dalam melakukan perubahan. Pandangan tentang perubahan harus dapat diterima oleh staf, oleh karena itu seorang manajer harus menunjukkan motivasi yang tinggi dan keseriusan dalam melaksanakan perubahan dengan

mendengar ide/masukan dari staf. Pada tahap ini yang dilakukan adalah mencari dukungan dari internal, eksternal secara interpersonal, organisasional maupun berdasarkan pengalaman.

4. Tahap 4: Menyeleksi objektif akhir perubahan progresif

Pada tahap ini telah disusun kegiatan secara detail, memuat kerangka waktu, batas waktu, tanggung jawab yang ditugaskan, dan dampak dari proses perubahan. Oleh karena itu diperlukan target waktu dan perlu dilakukan uji coba sebelum menentukan efektivitas perubahan. Pada tahap ini yang dilakukan adalah menyusun semua hasil yang di dapat untuk membuat perencanaan perubahan

5. Tahap 5: Memilih peran yang sesuai untuk agen berubah

Pada tahap ini dilakukan pemilihan seorang pemimpin/manajer yang ahli dan sesuai dengan bidangnya. Pimpinan yang terpilih akan memberikan masukan dan solusi yang terbaik serta berperan sebagai seorang “mentor yang baik”. Perubahan berjalan dengan baik bila terdapat pemahaman yang sama antara manajer dan staf, serta memiliki kemampuan melaksanakan perubahan tersebut.

6. Tahap 6: Mempertahankan perubahan

Perubahan yang sudah dicapai perlu struktur kekuatan untuk mempertahankannya dengan membuat komitmen yang kuat. Diperlukan komunikasi yang terbuka agar setiap permasalahan dapat diatasi dengan solusi yang terbaik.

7. Tahap 7: Mengakhiri hubungan saling membantu

Pada tahap ini perawat yang berperan sebagai change agen mulai mengundurkan diri dengan tujuan agar individu atau situasi yang diubah sudah dapat dipertahankan. Pimpinan harus melakukan perencanaan yang berkelanjutan agar individu yang terlibat mempunyai peningkatan tanggung jawab dan dapat mempertahankan perubahan yang telah terjadi.

5.3.3 Teori Havelock

Teori Havelock ini adalah hasil modifikasi dari teori Lewin. Teori ini menekankan perencanaan yang akan memengaruhi perubahan. Terdapat 6 tahap sebagai perubahan menurut Havelock, yaitu:

1. Membangun suatu hubungan
2. Mendiagnosis masalah
3. Mendapatkan sumber-sumber yang berhubungan
4. Memilih jalan keluar
5. Meningkatkan penerimaan
6. Stabilisasi dan perbaikan diri sendiri

5.3.4 Teori Rogers

Teori Rogers merupakan teori yang dikembangkan dari teori Lewin, yang menjelaskan tentang tiga tahap perubahan dengan menekankan latar belakang individu dan yang terlibat dalam perubahan. Pada teori ini ada 5 langkah dalam mengelola perubahan yang disingkat dengan AIETA (Awareness, Interest, Evaluation, Trial, Adaptation), meliputi:

1. *Awareness* merupakan awal untuk mengadakan perubahan dan diperlukan adanya kesadaran untuk berubah. Perubahan harus memberikan keuntungan bagi orang dan lingkungan yang terlibat.
2. *Interest*, untuk mengadakan perubahan harus timbul perasaan suka/minat untuk melakukan perubahan. Timbulnya minat akan mendorong dan menguatkan kesadaran untuk berubah. Perubahan harus sesuai dengan nilai-nilai yang ada dan tidak bertentangan perasaan.
3. *Evaluation*, pada tahap ini terjadi penilaian terhadap sesuatu yang baru agar tidak ditemukan hambatan selama mengadakan perubahan. Ide-ide yang lebih kompleks bisa saja lebih baik dari ide yang sederhana asalkan lebih mudah untuk dilaksanakan.
4. *Trial*, merupakan tahap uji coba terhadap hasil perubahan dengan harapan sesuatu yang baru dapat diketahui hasilnya sesuai dengan situasi yang ada. Perubahan dapat dilaksanakan dalam skala yang kecil.

5. *Adoption*, tahap terakhir di mana proses perubahan terhadap sesuatu yang baru setelah ada uji coba harus dipertahankan hasil perubahannya. Semakin mudah perubahan digunakan maka semakin mudah perubahan disebarkan

5.3.5 Teori Reddin

Menurut Reddin ada 4 hal yang harus dilakukan seorang manajer sebelum melakukan perubahan, meliputi:

1. Ada perubahan yang akan dilakukan.
2. Apa keputusan yang dibuat? dan mengapa keputusan itu dibuat?
3. Bagaimana keputusan itu akan diimplementasikan?
4. Bagaimana kelanjutan implementasi itu?

5.3.6 Teori Spradley

Teori Spradley juga merupakan teori yang dikembangkan dari teori Lewin. Teori ini menegaskan bahwa perubahan terencana harus secara konstan dipantau untuk mengembangkan hubungan yang bermanfaat antara agen perubahan dan sistem perubahan.

Ada 8 langkah dasar menurut Spradley, antara lain:

1. Mengenali gejala
2. Mendiagnosis masalah
3. Menganalisa masalah
4. Memilih perubahan
5. Merencanakan perubahan
6. Melaksanakan perubahan
7. Mengevaluasi perubahan
8. Menstabilkan perubahan

5.4 Motivasi dalam Melakukan Perubahan

Perubahan dapat terjadi karena adanya tuntutan kebutuhan dasar manusia yang memberikan keuntungan bagi manusia, setiap individu yang ada di dunia ini pasti memiliki kebutuhan yang harus dipenuhi. Adanya kebutuhan tersebut membuat setiap individu memiliki motivasi untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Berikut ini uraian kebutuhan dasar manusia:

1. Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan tingkat dasar yang memiliki hubungan dengan kebutuhan tubuh secara biologis maupun fisik. Kebutuhan dasar ini terlebih dahulu terpenuhi agar manusia dapat bertahan hidup dan melangkah ke tingkat kebutuhan selanjutnya. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan manusia akan oksigen, air, makanan, suhu tubuh yang normal, tidur, homeostasis, kebutuhan seksual, dan lainnya. Bila salah satu saja dari bagian kebutuhan fisiologi ini tidak dapat terpenuhi, maka secara otomatis akan mengganggu tercapainya pemenuhan kebutuhan di tingkat selanjutnya.
2. Kebutuhan rasa aman, meliputi rasa aman secara fisik maupun emosional. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan manusia agar mendapatkan jaminan keamanan atau perlindungan, seperti kebutuhan akan rasa aman dari bahaya yang akan mengancam, kebutuhan perlindungan dari tindak kriminalitas, kebutuhan rasa aman dari ancaman penyakit, kebutuhan rasa aman dari bahaya bencana alam, dan lain sebagainya
3. Kebutuhan sosial (Rasa cinta, kasih sayang, serta hak kepemilikan), kebutuhan ini mutlak diperlukan karena manusia tidak akan dapat hidup sendiri tanpa bantuan dari orang lain. Kebutuhan pada tingkat ketiga ini juga meliputi kebutuhan untuk dapat menjalin pertemanan dengan individu lain, membentuk keluarga, bersosialisasi dengan suatu kelompok, beradaptasi dengan lingkungan sekitar, serta berada dalam lingkungan masyarakat. Seperti kebutuhan-kebutuhan

sebelumnya, kebutuhan tingkat ketiga ini dapat diraih apabila seorang individu berhasil memenuhi kebutuhan-kebutuhan mereka pada tingkat sebelumnya.

4. Kebutuhan harga diri, setiap manusia selalu ingin mendapatkan penghargaan dimata masyarakat akan prestasi, status, dan lain-lain. Untuk itu manusia akan termotivasi untuk mengadakan perubahan. Setelah seorang individu berhasil memenuhinya maka secara otomatis rasa percaya diri individu tersebut akan naik. Tingkat percaya diri yang tinggi tentu akan memengaruhi peran sosial dari individu tersebut. Kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan perwujudan diri agar di akui masyarakat akan kemampuannya dan potensi yang dimiliki. Bentuk dari harga diri ini yaitu menghargai diri sendiri dan penghargaan dari orang lain
5. Kebutuhan Aktualisasi diri, kebutuhan ini dapat tercapai apabila seorang individu berhasil memenuhi keempat kebutuhan sebelumnya. Aktualisasi diri dapat diartikan sebagai wujud sesungguhnya untuk mencerminkan harapan serta keinginan seorang individu terhadap dirinya sendiri. Untuk mengaktualisasikan diri bukanlah sesuatu hal yang mudah untuk dilakukan, karena dalam memenuhi kebutuhan ini, seorang individu haruslah mendapatkan dukungan yang cukup dari berbagai pihak.

5.5 Strategi dalam Perubahan

Dalam melakukan perubahan dibutuhkan cara yang tepat agar tujuan dalam perubahan dan tercapai secara tepat, efektif dan efisien. Strategi-strategi dalam melakukan perubahan antara lain:

1. Strategi rasional empirik, strategi ini didasarkan karena manusia meruoakan komponen dalam perubahan yang memiliki sifat rasional dalam berperilaku. Strategi ini didasarkan pada hasil penemuan atau riset untuk diaplikasikan dalam perubahan manusia. Langkah dalam strategi rasional empirik dilakukan melalui penelitian, proses

pendidikan diketahui secara rasional bahwa perubahan yang akan dilakukan benar-benar sesuai dengan rasional. Untuk melaksanakan strategi perlu penempatan sasaran sesuai dengan kemampuan dan keahlian yang dimiliki sehingga semua perubahan akan menjadi efektif dan efisien.

2. Strategi Redukatif normatif, strategi ini dilaksanakan berdasarkan standar norma yang berlaku di masyarakat, sehingga perubahan yang akan dilakukan melihat nilai-nilai normatif yang ada di masyarakat. Standar norma yang ada di masyarakat ini di dukung dengan sikap dan sistem nilai individu yang ada di masyarakat. Pendekatan ini dilaksanakan dengan mengadakan intervensi secara langsung dalam penerapan teori-teori yang ada. Dalam penerapan strategi ini melibatkan individu, kelompok atau masyarakat dan proses penyusunan rancangan untuk perubahan. Pelaku dalam perubahan harus memiliki kemampuan dalam berkolaborasi dengan masyarakat. Kemampuan ilmu perilaku harus dimiliki dalam pembaharu.
3. Strategi Paksaan-Kekuatan, strategi ini dipilih karena adanya penggunaan kekuatan atau kekuasaan contohnya kekuatan moral dan kekuatan politik. Strategi ini dapat dilaksanakan dalam perubahan sistem kenegaraan, penerapan sistem pendidikan dan lain-lain

5.6 Model dalam Perubahan

Model dalam perubahan terbagi menjadi 3 tahap:

1. *Research And Development Model* (Model Penelitian dan Pengembangan). Model perubahan ini didasarkan atas penelitian dan perencanaan dalam pengembangan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam menggunakan model ini dapat dilakukan dengan cara melakukan identifikasi atas perubahan yang akan dilakukan dalam perubahan.
2. *Social Interaction Model* (Model Interaksi Sosial). Model perubahan dengan interaksi sosial ini dilakukan berdasarkan atas saling

kerjasama dalam sistem dengan memfokuskan pada persepsi dan respons dari perubahan. Roger di antaranya, menyadari akan perubahan, adanya minat dalam perubahan, melakukan evaluasi tentang hal-hal yang akan dilakukan perubahan, melalui uji coba sesuatu hal yang akan dilakukan perubahan serta menerima perubahan.

3. *Problem Solving Model* (Model Penyelesaian Masalah). Model ini menekankan pada penyelesaian masalah dengan menggunakan langkah mengidentifikasi kebutuhan yang menjadi masalah, mendiagnosis masalah, menemukan cara penyelesaian masalah yang akan digunakan, melakukan uji coba dan melakukan evaluasi dari hasil uji coba untuk digunakan dalam perubahan.

5.7 Hambatan dalam Perubahan

Dalam melakukan perubahan akan ditemukan hambatan baik hambatan dari luar maupun dari dalam, antara lain sebagai berikut:

1. Kepentingan Pribadi, merupakan hambatan dari diri sendiri karena adanya kekhawatiran adanya perubahan kepentingan dan tujuan diri sendiri. Contohnya standarisasi perawat profesional yaitu harus memiliki Surat tanda registrasi, sehingga bagi lulusan D3 Keperawatan akan terancam kepentingannya sehingga hal tersebut dapat menjadikan hambatan dalam perubahan.
2. Persepsi yang Kurang Tepat atau informasi yang belum jelas ini dapat menjadi kendala proses perubahan. Berbagai informasi yang akan dilakukan dalam sistem perubahan jika tidak dikomunikasikan dengan jelas atau informasinya kurang lengkap, maka tempat yang akan dijadikan perubahan akan sulit menerimanya sehingga timbul kekhawatiran dari perubahan tersebut.
3. Reaksi Psikologis, setiap orang memiliki reaksi psikologis yang berbeda dalam merespons perbedaan sistem adaptasi, setiap orang dapat menimbulkan reaksi psikologis yang berbeda sehingga bisa

menjadi hambatan dalam perubahan, contohnya bila akan dilakukan perubahan dalam sistem praktek keperawatan mandiri bagi perawat. Jika perawat belum bisa menerima secara psikologis, akan timbul kesulitan karena ada perasaan takut sebagai dampak dari perubahan.

4. Toleransi terhadap Perubahan. Toleransi terhadap ini tergantung dari individu, kelompok atau masyarakat. Apabila individu, kelompok atau masyarakat tersebut memiliki toleransi yang tinggi terhadap perubahan, maka akan memudahkan proses perubahan tetapi apabila toleransi seseorang terhadap perubahan sangat rendah, maka perubahan tersebut akan sulit dilaksanakan.
5. Kebiasaan. Pada dasarnya seseorang akan lebih senang pada sesuatu yang sudah diketahui sebelumnya atau bahkan dilaksanakan sebelumnya dibandingkan sesuatu yang baru dikenalnya, karena keyakinan yang dimiliki sangat kuat. Faktor kebiasaan ini yang menjadikan hambatan dalam perubahan.
6. Ketergantungan, merupakan hambatan dalam proses perubahan karena ketergantungan menyebabkan seseorang tidak dapat hidup secara mandiri dalam mencapai tujuan tertentu. Suatu perubahan akan menjadi masalah bagi seseorang yang selalu menggantungkan diri sehingga perubahan sulit dilakukan.
7. Perasaan tidak Aman, adanya ketakutan terhadap dampak dari perubahan yang juga akan menambah ketidakamanan pada diri, kelompok atau masyarakat.
8. Norma, merupakan segala aturan yang didukung oleh anggota masyarakat dan tidak mudah dirubah. Apabila akan mengadakan proses perubahan namun perubahan tersebut akan menghadapi hambatan. Sebaliknya jika norma tersebut sesuai dengan prinsip perubahan, maka akan sangat mudah dalam perubahan.

5.8 Perubahan dalam Keperawatan.

Perubahan merupakan sesuatu yang pasti terjadi, dan akan terjadi, karena perubahan memberikan makna bagi dinamika kehidupan manusia. Perubahan dapat berdampak positif dan negatif atau tidak sesuai dengan yang diharapkan, bahkan tidak jarang bertentangan dengan keinginan yang direncanakan dan merugikan. Perubahan mempunyai manfaat bagi kelangsungan hidup suatu organisasi, tanpa adanya perubahan maka dapat dipastikan bahwa usia organisasi tidak akan bertahan lama. Perubahan dapat terjadi karena sebab-sebab yang berasal dari dalam maupun dari luar organisasi. Perubahan dapat dilakukan secara terencana atau tak terencana.

Perubahan terencana adalah perubahan yang direncanakan dan dipikirkan sebelumnya, terjadinya dalam waktu yang lama, dan termasuk adanya suatu tujuan yang jelas. Perubahan terencana lebih mudah dikelola daripada perubahan yang terjadi pada perkembangan manusia atau tanpa persiapan anat karena suatu ancaman. Perawat harus mampu mengelola perubahan dalam menjalani perubahan yang terencana. Orang yang mengelola perubahan harus mempunyai suatu visi yang jelas di mana proses akan dilaksanakan dengan arah yang terbaik untuk mencapai tujuan (Nursalam, 2001). Perubahan terencana lebih disukai dibandingkan dengan perubahan reaktif. Perubahan tidak terencana (*unplanned change*) adalah perubahan yang terjadi tanpa suatu persiapan hal ini terjadi karenalain karena pergeseran dalam tampilan demografis angkatan kerja, respons terhadap kecenderungan globalisasi, adanya peraturan pemerintah, persaingan ekonomi, dan perbedaan kinerja (Suyanto, 2009). Perawat harus mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan yang tida direncanakan.

Proses perubahan juga terjadi dalam perkembangannya keperawatan seiring dengan kemajuan dan teknologi. Beberapa hal yang menyebabkan terjadinya perubahan dalam keperawatan antara lain:

1. Keperawatan Sebagai Profesi Keperawatan diakui masyarakat dalam memberikan asuhan keperawatan oleh karena itu sejalan dengan perkembangan tehnologi akan mengalami perubahan kearah professional dengan menunjukan agar profesi keperawatan diakui oleh profesi bidang kesehatan yang sejajar dalam pelayanan kesehatan.

2. Keperawatan Sebagai Bentuk Pelayanan Asuhan Keperawatan, perawat dituntut memenuhi kebutuhan masyarakat dengan mengadakan perubahan dalam penerapan model asuhan keperawatan yang tepat, sesuai dengan lingkup praktek keperawatan.
3. Keperawatan Sebagai Ilmu Pengetahuan Keperawatan terus selalu berubah dan berkembang sejalan dengan tuntutan zaman dan perubahan teknologi, karena itu dituntut selalu mengadakan perubahan melalui penelitian keperawatan sehingga ilmu keperawatan diakui secara bersama oleh disiplin ilmu lain yang memiliki landasan yang kokoh dalam keilmuan.
4. Keperawatan Sebagai Komunikasi Keperawatan sebagai komunikasi dalam masyarakat ilmiah harus selalu menunjukkan jiwa professional dalam tugas dan tanggung jawabnya dan selalu mengadakan perubahan sehingga citra sebagai profesi tetap bertahan dan berkembang.

Bab 6

Peran Fungsi dan Tugas Keperawatan

6.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional dan menjadi bagian integral dari pelayanan kesehatan yang di dalamnya berlandaskan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat ataupun sakit. Kiat-kiat keperawatan berorientasi pada kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Undang-Undang RI, 2014).

Berkaitan dengan hal tersebut, maka perawat memiliki peran yang dituntut mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dalam batas standar pelayanan profesional. Sebagai pemberi asuhan, perawat membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Oleh karena itu, dalam memberikan pelayanan keperawatan, perawat harus memandang dan memberikan asuhan keperawatan secara holistik karena manusia memiliki berbagai unsur yang terdiri atas berbagai kebutuhan yang komprehensif yaitu biologis (fisik), psikologis, sosial dan spiritual (Hidayat, 2012).

Seperti halnya profesi dibidang kesehatan lainnya, perawat juga memiliki peran dan fungsi perawat yang telah diatur sesuai dengan batasan pelayanan

kesehatan. Profesi satu dengan yang lain tidak dapat saling menggantikan karena perbedaan tanggung jawab, pengetahuan, dan kompetensi yang signifikan berbeda. Meskipun, peran dan fungsinya tidak sama, mereka dituntut untuk bekerja sama guna mencapai tujuan demi kualitas pelayanan terbaik kepada masyarakat. Terlepas dari tempatnya bekerja, baik di klinik, puskesmas maupun rumah sakit, setiap perawat perlu memahami dan menerapkan peran dan tugasnya ini dengan baik dan benar.

6.2 Peran Perawat Berdasarkan Konsorsium Ilmu Keperawatan 1989

Peran perawat merupakan perilaku yang diinginkan orang lain kepada seseorang sesuai dengan kedudukan di dalam sistem, di mana hal tersebut dipengaruhi oleh keadaan sosial dari profesi perawat atau di luar profesi keperawatan dan bersifat konstan (Hidayat, 2012). Peran perawat telah dituangkan dalam Konsorsium Ilmu Keperawatan tahun 1989 yang menjabarkan adanya 7 peran penting bagi perawat, yaitu:

1. Pemberi Asuhan Keperawatan

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan berperan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan tetap memperhatikan kebutuhan dasar manusia. Perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi:

- a. Melakukan pengkajian dalam rangka mengumpulkan data dan informasi yang benar dan relevan.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data.
- c. Merencanakan tujuan, kriteria hasil, dan intervensi keperawatan sebagai upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/cara pemecahan masalah
- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang ada.

e. Membuat evaluasi keperawatan berdasarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan secara komprehensif.

2. Advokat

Perawat sebagai advokat dapat membela kepentingan pasien dan membantu pasien dalam hal pemberian informasi di antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Untuk mendapatkan hak-hak atas pelayanan kesehatan, seperti mengetahui informasi penyakit, dan sebagainya.

Perawat wajib memastikan bahwa apa yang dilakukan dalam bentuk tindakan, pada pasiennya sudah baik dan tidak ada kesalahan dalam penanganan, seperti salah diagnosa atau salah memberi obat. Perawat menjadi penghubung antara pasien dengan tim kesehatan yang lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan pasien, membela kepentingan pasien, dan pasien dapat memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional.

3. Edukator

Peran perawat sebagai edukator akan memberikan pengetahuan mengenai kesehatan, gejala sampai dengan tindakan yang perlu dilakukan untuk menambah perilaku hidup sehat pada pasien. Perawat membantu pasien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima, sehingga pasien/keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya.

4. Koordinator

Perawat sebagai koordinator harus mampu mengkoordinasikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk pasien, seperti mengarahkan dan merencanakan tindakan keperawatan secara tim.

5. Kolaborator

Perawat harus mampu mengkolaborasikan dengan Petugas Pemberi Asuhan (dokter, bidan, terapis, analis, dietisien) dalam menentukan

berbagai tindakan yang perlu dilakukan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan terbaik pada pasien.

6. Konsulan

Sebagai Konsultan konsultan, perawat dalam hal ini sangat penting memberikan penjelasan terbaik mengenai berbagai informasi yang berkaitan dengan pelayanan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien.

7. Pembaharu

Sebagai pembaharu, perawat akan melakukan perencanaan, kolaborasi, serta perubahan yang sistematis demi mencapai tujuan pemberian pelayanan keperawatan yang terbaik untuk pasien.

6.3 Fungsi Perawat

Fungsi perawat meliputi fungsi independen, dependen, dan interdependen. Fungsi perawat ini dilaksanakan sesuai dengan perannya dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien menyesuaikan kondisi riil dari pasien.

Berikut ini penjelasan mengenai masing-masing fungsi perawat yang lebih rinci.

1. Independen

Perawat memiliki hak independen dalam mengambil keputusan dan melakukan tindakan yang terbaik berdasarkan ilmu keperawatan. Selain itu, keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh perawat akan menjadi tanggung jawab penuh perawat tanpa melibatkan Petugas Pemberi Asuhan lainnya.

2. Dependen

Perawat dapat menjalankan program medis dari dokter seperti pemasangan infus, pemberian obat, pengambilan sampel darah, penyuntikan dan sebagainya. Berbeda dari fungsi independen yang menjadi tanggung jawab penuh perawat, maka dalam fungsi ini yang bertanggung jawab secara penuh adalah dokter.

3. Independen

Perawat dapat melakukan kerja sama dengan Petugas Pemberi Asuhan yang terlibat dalam usaha memberikan pelayanan kesehatan terbaik, dalam memberikan tindakan keperawatan terhadap pasien. Misalnya dalam menangani pasien yang menderita hipertensi, perawat akan bekerja sama dengan dietisien dalam menentukan kebutuhan asupan makanan pasien hipertensi selama perawatan yaitu diet rendah garam.

6.4 Tugas & Tanggung Jawab Perawat Berdasarkan Lokakarya 1983

Tugas perawat disepakati dalam Lokakarya tahun 1983 berdasarkan tugas dan tanggung jawab perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

6.4.1 Tugas Perawat

1. Perawat menyampaikan perhatian dan rasa hormat pada pasien (sincere interest).
2. Jika perawat terpaksa menunda pelayanan kepada pasien, maka perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada pasien (explanation about the delay).
3. Perawat menunjukkan sikap atau perilaku menghargai (respect), seperti mengucapkan salam, tersenyum, dan sebagainya.
4. Perawat berbicara dengan pasien berorientasi pada perasaan pasien bukan pada kepentingan atau keinginan perawat (subjects the patients desires).
5. Perawat tidak mendiskusikan pasien didepan pasien lainnya dengan maksud menghina (derogatory).
6. Perawat menerima sikap kritis pasien dan mencoba memahami pasien dalam sudut pandang pasien (see the patient point of view).

6.4.2 Tanggung Jawab Perawat

1. Perawat bertanggung jawab terhadap Tuhan (responsibility to God).
Berdasarkan sudut pandang etika normatif, tanggung jawab perawat yang paling utama adalah tanggung jawab dihadapan Tuhannya. Sesungguhnya penglihatan, pendengaran dan hati akan dimintai pertanggung jawabannya dihadapan Tuhan.
2. Perawat bertanggung jawab terhadap pasien dan masyarakat (responsibility to client and society).
Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, atau komunitas, perawat sangat memerlukan etika keperawatan yang merupakan filsafat yang mengarahkan tanggung jawab moral yang mendasar terhadap pelaksanaan praktik keperawatan, di mana inti dari falsafah tersebut adalah hak dan martabat manusia. Untuk memelihara dan meningkatkan kepercayaan masyarakat, diperlukan peraturan tentang hubungan antara perawat dengan masyarakat, yaitu sebagai berikut:
 - a. Perawat, dalam melaksanakan pengabdian, senantiasa berpedoman pada tanggung jawab yang bersumber dari adanya kebutuhan terhadap keperawatan individu, keluarga, dan masyarakat.
 - b. Perawat, dalam melaksanakan pengabdian dibidang keperawatan, memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adapt istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari individu, keluarga, dan masyarakat.
 - c. Perawat, dalam melaksanakan kewajibannya terhadap individu, keluarga, dan masyarakat, senantiasa diladasi rasa tulus ikhlas sesuai dengan martabat dan tradisi luhur keperawatan.
 - d. Perawat menjalin hubungan kerjasama dengan individu, keluarga, dan masyarakat, khususnya dalam mengambil prakarsa dan mengadakan upaya kesehatan, serta upaya kesejahteraan pada umumnya sebagai bagian dari tugas dan kewajiban bagi kepentingan masyarakat.

3. Perawat bertanggung jawab terhadap rekan sejawat dan atasan (responsibility to colleague and supervisor).
Tanggung jawab perawat terhadap sesama perawat dan profesi kesehatan lain adalah sebagai berikut:
 - a. Perawat memelihara hubungan baik antar sesama perawat dan tenaga kesehatan lainnya, baik dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.
 - b. Perawat menyebarkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalamannya kepada sesama perawat, serta menerima pengetahuan dan pengalaman dari profesi dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam bidang keperawatan.
4. Perawat bertanggung jawab terhadap tugas (responsibility to duties).
 - a. Perawat memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga, dan masyarakat.
 - b. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya, kecuali jika,
 - c. Perawat tidak akan menggunakan pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang dimilikinya untuk tujuan yang bertentangan dengan norma-norma kemanusiaan.
 - d. Perawat dalam menunaikan tugas dan kewajibannya, senantiasa berusaha dengan penuh kesadaran agar tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik, agama yang dianut, dan kedudukan sosial.
 - e. Perawat mengutamakan perlindungan dan keselamatan pasien dalam melaksanakan tugas keperawatannya, serta matang dalam mempertimbangkan kemampuan jika menerima atau mengalih tugaskan tanggung jawab yang ada hubungannya dengan keperawatan.

5. Perawat bertanggung jawab terhadap profesi (responsibility to profession).
 - a. Perawat berupaya meningkatkan kemampuan profesionalnya secara sendiri-sendiri dan bersama-sama dengan jalan menambah ilmu pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang bermanfaat bagi perkembangan keperawatan.
 - b. Perawat menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan menunjukkan perilaku dan sifat-sifat pribadi yang luhur.
 - c. Perawat berperan dalam menentukan pembakuan pendidikan dan pelayanan keperawatan, serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
 - d. Perawat secara bersama-sama membina dan memelihara mutu organisasi profesi keperawatan sebagai sarana pengabdianya.
6. Perawat bertanggung jawab terhadap negara (responsibility to country).
 - a. Perawat melaksanakan ketentuan-ketentuan sebagai kebijaksanaan yang telah digariskan oleh pemerintah dalam bidang kesehatan dan keperawatan.
 - b. Perawat berperan secara aktif dalam menyumbangkan pikiran kepada pemerintah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada masyarakat.

Bab 7

Model Konsep dan Teori Keperawatan

7.1 Pendahuluan

Teori keperawatan adalah dasar dari praktik keperawatan saat ini. Dalam banyak kasus yang terjadi, teori keperawatan memandu dan mengarahkan pengetahuan, pendidikan, penelitian dan praktik keperawatan. Teori keperawatan merupakan kumpulan pengetahuan yang terorganisir untuk mendefinisikan apa itu keperawatan, apa yang perawat lakukan dan mengapa perawat melakukannya. Teori keperawatan mendefinisikan keperawatan sebagai profesi yang terpisah dari disiplin ilmu lain (misalnya kedokteran).

Keperawatan sebagai profesi, memiliki batang tubuh ilmu pengetahuan sendiri yang penting untuk praktik keperawatan. Untuk itu, perawat perlu mengidentifikasi, mengembangkan, dan memahami konsep dan teori yang sejalan dengan keperawatan. Perkembangan teori keperawatan berawal dari tahun 1860, di mana Florence Nightingale mendefinisikan keperawatan dalam teori lingkungan yang menjadi faktor dalam pemulihan pasien.

Konsep adalah suatu ide di mana terdapat suatu kesan yang abstrak yang dapat diorganisir menjadi simbol-simbol yang nyata, dan merupakan ide yang digunakan untuk menyusun suatu kerangka konseptual atau model

keperawatan. Sementara Teori adalah sekelompok konsep yang membentuk sebuah pola yang nyata atau suatu pernyataan yang menjelaskan suatu proses, peristiwa atau kejadian yang didasari oleh fakta-fakta tetapi kurang bukti secara langsung, dan merupakan usaha-usaha untuk menguraikan atau menjelaskan fenomena mengenai keperawatan.

Teori keperawatan digunakan untuk menyusun suatu model yang berhubungan dengan konsep keperawatan, dan Karakteristik teori keperawatan adalah mengidentifikasi dan menjabarkan konsep khusus yang berhubungan dengan hal-hal nyata dalam keperawatan sehingga teori keperawatan didasarkan pada kenyataan-kenyataan yang ada di alam.

Teori keperawatan juga digunakan berdasarkan alasan-alasan yang sesuai dengan kenyataan yang ada, dan harus konsisten sebagai dasar-dasar dalam mengembangkan model konsep keperawatan. Dalam mendukung aplikasi, teori harus sederhana dan sifatnya umum sehingga dapat digunakan pada kondisi apapun dalam praktik keperawatan, dan dapat digunakan sebagai dasar dalam penelitian keperawatan yang berguna sebagai pedoman praktik keperawatan.

7.2 Pengantar Analisis Teori Keperawatan

Teori membantu memberikan pengetahuan untuk meningkatkan praktik dengan menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan mengendalikan fenomena. Kemampuan perawat meningkat melalui pengetahuan teoritis karena metode yang dikembangkan secara sistematis akan lebih berhasil. Perawat juga tahu mengapa mereka melakukan apa yang mereka lakukan jika dihadapkan terhadap suatu masalah. Teori memberikan otonomi profesional dengan mengarahkan praktik, pendidikan, dan fungsi penelitian profesi. Studi tentang teori membantu mengembangkan keterampilan analitis, mengembangkan pemikiran, memperjelas nilai dan asumsi, dan menentukan tujuan praktik keperawatan, pendidikan, dan penelitian.

Konsep Utama dan Definisi Pengembangan Teori:.

Filsafat

Filsafat adalah ilmu yang meliputi logika, etika, estetika, metafisika, dan epistemologi. Ini adalah penyelidikan sebab dan akibat yang mendasari realitas dan penyelidikan ke dalam sifat hal-hal yang berdasarkan penalaran logis daripada metode empiris.

Sains

Sains merupakan pengamatan, identifikasi, deskripsi, penelitian eksperimental, teoritikal, dan penjelasan tentang fenomena alam

Pengetahuan

Pengetahuan adalah kesadaran atau persepsi tentang realitas yang diperoleh melalui pembelajaran atau penelitian.

Fakta

Fakta adalah sesuatu yang diketahui dengan pasti atau nyata

Model

Model adalah sebuah ide yang dijelaskan dengan menggunakan visualisasi simbolik dan fisik

Paradigma

Paradigma adalah sebuah diagram konseptual berupa struktur-struktur besar yang digunakan untuk mengorganisasikan teori.

Teori

Teori adalah seperangkat konsep, definisi, dan proposisi yang memproyeksikan pandangan sistematis tentang fenomena dengan merancang hubungan timbal balik yang spesifik di antara konsep-konsep untuk tujuan menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan/atau mengendalikan fenomena.

Konsep

Konsep adalah formulasi mental yang kompleks dari suatu objek, properti, atau peristiwa yang diturunkan dari pengalaman persepsi individu. Ini adalah ide; gambaran cara berpikir, generalisasi yang terbentuk dan berkembang dalam pikiran.

7.3 Pembagian Teori Keperawatan Sesuai dengan Manfaatnya.

7.3.1 Seni dan Ilmu Keperawatan Humanistik

1. Florence Nightingale – Keperawatan Modern

Pencetus perkembangan dunia keperawatan modern dan penemu teori lingkungan (Environmental Theory). Mendefinisikan keperawatan sebagai tindakan memanfaatkan lingkungan pasien untuk membantu dalam pemulihan. Keperawatan harus memperhatikan lingkungan perawatan pasien seperti udara segar, cahaya, suhu, kebersihan, dan ketenangan untuk meningkatkan penyembuhan. Mengidentifikasi bahwa ada 5 (lima) faktor lingkungan: udara segar, air bersih, drainase yang efisien, kebersihan atau sanitasi, dan cahaya atau sinar matahari langsung.

Konsep Nightingale menempatkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan dengan memfokuskan perhatian, di mana perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit dan hal ini merupakan upaya awal untuk membedakan antara profesi keperawatan dan kedokteran.

Tujuan dari teori Nightingale adalah untuk memfasilitasi proses penyembuhan tubuh dengan memanipulasi lingkungan pasien. Manipulasi lingkungan pasien diperlukan untuk mendapatkan ketenangan, nutrisi, kebersihan, cahaya, kenyamanan, sosialisasi dan harapan yang sesuai.

Konsep dan Definisi Utama

Teori besar Nightingale berfokus pada lingkungan. Lingkungan mampu mencegah, menekan dan/atau dapat berkontribusi terhadap terjadinya penyakit, kecelakaan, dan bahkan kematian. Hal ini semua adalah situasi dan pengaruh eksternal yang memengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme. Konsep utama ventilasi, kehangatan, cahaya, diet, kebersihan, dan kebisingan membandingkan komponen dari lingkungan.

2. Virginia Henderson – Kebutuhan Dasar Manusia

Henderson mengembangkan teori keperawatan kebutuhan dasar. Peran perawat untuk membantu individu yang sakit atau sehat dalam memperoleh kemandirian dalam memenuhi 14 kebutuhan dasar. Berfokus pada pentingnya

meningkatkan kemandirian pasien untuk mempercepat proses penyembuhan di rumah sakit. Menekankan kebutuhan dasar manusia dan bagaimana perawat dapat membantu memenuhi kebutuhan tersebut. Perawat diharapkan dapat melaksanakan rencana asuhan keperawatan, dan tindakan keperawatan mandiri adalah hasil kreativitas perawat dalam merencanakan perawatan”

Teori keperawatan ini mencakup seluruh kebutuhan dasar seorang manusia. Henderson mendefinisikan keperawatan sebagai suatu yang membantu individu yang sakit dan yang sehat dalam melaksanakan aktivitas yang memiliki kontribusi terhadap kesehatan dan penyembuhannya, di mana individu tersebut akan mampu mengerjakannya tanpa bantuan bila ia memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan yang dibutuhkan.

Menurut Henderson manusia adalah unik dan tidak ada dua manusia yang sama, dan Kebutuhan dasar manusia (KDM) tercermin dalam 14 komponen dari dasar asuhan keperawatan, yaitu 1) Bernapas normal; 2) Kebutuhan Nutrisi tercukupi; 3) Eliminasi; 4) Bergerak; 5) Tidur dan istirahat; 6) Memilih pakaian yang sesuai, yaitu berpakaian dan tidak berpakaian; 7) Mempertahankan suhu tubuh normal; 8) Kebersihan tubuh, rapih, dan menjaga kulit dengan baik; 9) Menghindari bahaya dari lingkungan dan hindari melukai yang lain; 10) Berkomunikasi dengan orang lain dengan mengespresikan emosi, keinginan, kwatir, dan pendapat; 11) Mengerjakan sesuatu untuk menyatakan bahwa dapat mencapai sesuatu; 12) Beribadah sesuai dengan keyakinannya; 13) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai kegiatan; 14) Belajar, menemukan, atau nyaman dengan keingin tahuan yang menuntun kepada pengembangan dan sehat.

3. Faye Glenn Abdellah – Dua Puluh Satu Masalah Keperawatan

Mengembangkan teori 21 masalah keperawatan (Typology of 21 Nursing Problems). Mengubah fokus keperawatan dari berpusat pada penyakit (disease-centered) menjadi berpusat pada pasien (patient-centered), serta memasukan keluarga dan lansia dalam asuhan keperawatan. Keperawatan didasarkan pada seni (art) dan sains (science) yang membentuk sikap, kompetensi, dan keterampilan dari masing-masing perawat untuk membantu individu yang sakit atau sehat dan mengatasi masalah kesehatan mereka. Teori Abdellah meliputi pemberian asuhan keperawatan bagi seluruh manusia untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual baik pasien maupun keluarga.

Perawat adalah pemberi jalan dalam menyelesaikan masalah dan juga sebagai pembuat keputusan. Model keperawatannya berdasarkan metode pemecahan masalah Mira Estrin Levine. Menurutnya, intervensi keperawatan adalah bantuan terhadap pasien secara holistik dan merupakan pusat kegiatan keperawatan, mempercepat proses adaptasi yang berperan dalam proses penyembuhan dan pemulihan kesehatan.

Abdellah mengidentifikasi kebutuhan pasien secara spesifik yang dikenal dengan 21 Masalah Keperawatan Abdellah, sebagai berikut:

- a. Mempertahankan kebersihan yang baik dan kenyamanan fisik
- b. Meningkatkan aktivitas secara optimal: latihan fisik, istirahat dan tidur
- c. Meningkatkan keselamatan melalui upaya pencegahan kecelakaan, cedera, dan trauma lain serta melalui upaya pencegahan terhadap penyebaran infeksi
- d. Mempertahankan mekanika tubuh yang baik dan mencegah serta memperbaiki deformitas
- e. Memfasilitasi terpeliharanya penyediaan oksigen untuk seluruh sel tubuh
- f. Memfasilitasi terpeliharanya nutrisi untuk seluruh sel tubuh
- g. Memfasilitasi terpeliharanya eliminasi tubuh
- h. Memfasilitasi terpeliharanya keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh
- i. Mengenali respon respon fisiologis tubuh terhadap beberapa kondisi penyakit apakah bersefiat patologis, fisiologis, dan kompensatif
- j. Memfasilitasi terpeliharanya keteraturan mekanisme dan fungsi tubuh
- k. Memfasilitasi terpeliharanya fungsi sensoris
- l. Mengidentifikasi dan menerima ekspresi, perasaan, dan reaksi positif dan negatif
- m. Mengidentifikasi dan menerima keterkaitan antara emosi dan penyakit organik
- n. Memfasilitasi terpeliharanya komunikasi verbal dan nonverbal yang efektif
- o. Meningkatkan perkembangan hubungan interpersonal yang efektif

- p. Memfasilitasi kemajuan menuju pencapaian individu dan pencapaian tujuan spritual personal
 - q. Menciptkana atau mempertahankan lingkungan yang terapeutik
 - r. Memfasilitasi kesadaran diri seseorang sebagai individu dengan kebutuhan fisik, emosi dan perkembangan yang beragam
 - s. Menentukan tujuan yang paling mungkin tercapai dikaitkan dengan keterbatasan fisik dan emosi seseorang
 - t. Menggunakan sumber-sumber di masyarakat sebagai pendukung dalam memecahkan masalah yang muncul akibat suatu penyakit
 - u. Memahmai peran masalah sosial yang memengaruhi munculnya suatu penyakit.
4. Lydia E. Hall – Teori Model Intisari, Perawatan, dan Penyembuhan (Core, Care, and Cure Model)

Mengembangkan teori perawatan (Care), penyembuhan (Cure), dan Intisari (Core) yang juga dikenal sebagai “Three Cs of Lydia Hall”. Hall mendefinisikan keperawatan sebagai partisipasi dalam care (perawatan), core (inti), dan cure (penyembuhan) dari proses perawatan pasien, di mana CARE adalah satu-satunya fungsi perawat, sedangkan CORE dan CURE dilakukan anggota tim kesehatan lainnya. CARE mendefinisikan peran utama perawat profesional, CORE adalah pasien yang menerima asuhan keperawatan, CURE adalah aspek keperawatan yang melibatkan pemberian obat-obatan.

5. Dorothea E. Orem – Ketidak Mampuan Merawat Diri Sendiri

Teori Orem Merawat diri sendiri, menjelaskan bahwa keperawatan sebagai tindakan membantu orang lain dalam penyediaan dan pengelolaan perawatan diri untuk mempertahankan kesehatannya. Berfokus pada kemampuan setiap individu untuk melakukan perawatan diri (self-care). Orem menjelaskan bahwa Keperawatan adalah suatu pertolongan atas pelayanan yang diberikan untuk menolong orang secara keseluruhan ketika mereka atau orang yang bertanggung jawab atas perawatan mereka tidak mampu memberikan perawatan kepada mereka. Keperawatan merupakan salah satu daya atau usaha manusia untuk membantu manusia lain dengan melakukan atau memberikan pelayanan yang professional dan tindakan untuk membawa manusia pada situasi yang saling menyayangi satu sama lain dengan bentuk pelayanan yang berfokus kepada manusia seutuhnya dan tidak terlepas dari lingkungannya.

Orem menyatakan bahwa asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempelajari kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraan. Teori ini dikenal dengan Perawatan Diri. Orang dewasa yang dapat merawat diri mereka sendiri, sedangkan bayi, lansia dan orang sakit membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitas merawat diri mereka.

Orem mengklasifikasikan perawatan diri dalam 3 (tiga) kriteria, kriteria pertama adalah universal, yaitu fisiologi dan psikososial termasuk kebutuhan udara, air, makanan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, sosial, pencegahan bahaya. Kriteria kedua adalah pengembangan, yaitu untuk meningkatkan proses perkembangan sepanjang siklus hidup. Kriteria ketiga adalah penyimpangan kesehatan berhubungan dengan kerusakan atau penyimpangan cara, struktur norma dan integritas yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri.

Asuhan keperawatan mandiri dilakukan dengan memperhatikan tingkat ketergantungan atau kebutuhan pasien dan kemampuan pasien. Oleh karena itu ada tiga tingkatan dalam asuhan keperawatan mandiri. Perawat memberi keperawatan total ketika pertama kali asuhan keperawatan dilakukan karena tingkat ketergantungan pasien yang tinggi (sistem pengganti keseluruhan). Perawat dan pasien saling berkolaborasi dalam tindakan keperawatan (sistem pengganti sebagian) Pasien merawat diri sendiri dengan bimbingan perawat (sistem dukungan/pendidikan).

Dorethea Orem mengembangkan definisi keperawatan yang menekankan pada pemenuhan kebutuhan pasien tentang perawatan diri sendiri. Perawat bertugas merawat dan membantu pasien mencapai perawatan diri secara total. Menurut Orem asuhan keperawatan diperlukan ketika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial.

Individu sebagai suatu kesatuan utuh yang terdiri atas fisik, psikologik dan sosial dengan derajat kemampuan mengasuh diri (self care ability) yang berbeda-beda.

Orem berpendapat bahwa kegiatan atau tindakan keperawatan ditujukan kepada upaya memacu kemampuan mengasuh diri sendiri. Menurut Orem keperawatan diberikan jika: Kemampuan kurang dibandingkan kebutuhan, dan Kemampuan sebanding dengan kebutuhan tetapi diprediksi di masa yang akan

datang kemungkinan akan terjadi penurunan kemampuan dan peningkatan kebutuhan.

Orem mengembangkan 3 bentuk teori self care yaitu: 1) Perawatan diri (Self Care); 2) Ketidak mampuan merawat diri (Self Care Defisit); 3) Teori Sistem Keperawatan Self care meliputi: a) Perawatan diri sendiri (Personal self care), aktivitas dan inisiatif individu sendiri dalam memenuhi kebutuhannya; b) Self care agency, suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi usia, perkembangan, kesehatan dan sosiokultural; c) Adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri dengan tindakan mandiri yang dilakukan dlm waktu tertentu; d) Bersifat universal bagi setiap individu

Orem memberikan identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan di antaranya: 1. Sistem bantuan secara penuh (Wholly Compensatory System) 2. Sistem bantuan sebagian (Partially Compensatory System) 3. Sistem suportif dan edukatif

6. Evelyn Adam – Model Konseptual bagi Keperawatan (Conceptual Model For Nursing)

Teori Evelyn Adams memiliki 6(enam) komponen utama dalam model konseptualnya, yaitu, 1) Tujuan profesi: tujuan akhir yang hendak dicapai oleh setiap anggota profesi; 2) Manfaat: Seseorang atau sekelompok orang yang profesional melakukan kegiatan mereka terhadap pasien atau pasien; 3) Peran: Ini adalah bagian yang dikerjakan atau dilaksanakan oleh anggota yang profesional. Hal ini merupakan fungsi sosial dari profesi tersebut; 4) Masalah Ketidak Mampuan: Masalah ketidak mampuan pasien dapat diatasi secara profesional; 5) Intervensi: berpusat pada perhatian atau perlakuan yang profesional, saat melakukan tindakan (intervens) terhadap pasien; 6) Konsekuensi: Merupakan hasil kerja profesional yang dilakukan agar mencapai tujuan yang ideal dan terbatas.

Adams mengadopsi model dari Dorothy Johnson dan definisi keperawatan bersumber dari Virginia Henderson, dan percaya bahwa sebuah teori dapat digunakan oleh beberapa disiplin ilmu, namun satu model konseptual hanya berguna pada disiplin itu sendiri. Sebuah model konseptual terdiri dari asumsi, keyakinan dan nilai-nilai, dan unit utama. Adam mengembangkan teori dari konsep Virginia Henderson dalam struktur model konseptual Dorothy E. Johnson. Dia menggambarkan tujuan keperawatan sebagai mempertahankan

atau memulihkan kemandirian pasien dalam pemenuhan 14 kebutuhan dasar. Setiap kebutuhan memiliki aspek biologis, fisiologis, dan psikososial. Perawat memenuhi dan memberikan kekuatan, pengetahuan, dan kemauan pasien

Melalui teori ini Adam mengidentifikasi asumsi, keyakinan, nilai dan unit utama. Dia dijelaskan bahwa agar pasien dapat mempertahankan independensi dalam memenuhi kepuasan 14 Kebutuhan Dasar, dan tujuan perawat adalah untuk mengadvokasi tindakan perawatan yang efisien dan efektif dari perilaku pasien untuk mencegah terjadinya penyakit.

a. Metapradigma Teori Evelyn Adam

Manusia

Berdasarkan Model Konseptual Keperawatan Evelyn Adam, seseorang didefinisikan sebagai: Penerima atau yang mendapatkan pelayanan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan oleh orang profesional. Model Sistem Perilaku, menjelaskan bahwa seseorang atau pasien dapat memenuhi kemandirian terhadap 14 Kebutuhan dasar sesuai dengan Teori Henderson. Model Sistem Perilaku Johnson, yang tujuannya adalah untuk mendorong pembinaan yang efisien dan efektif dari perilaku pasien untuk mencegah penyakit melalui tindakan asuhan keperawatan.

Lingkungan

Dalam Teori Evelyn Adam menjelaskan bahwa untuk menjaga lingkungan untuk mendukung Kesehatan yang baik, dan hal ini sudah termasuk dalam 14 Kebutuhan Dasar Henderson, dan semua elemen lingkungan harus dipertimbangkan sebagai sesuatu yang memengaruhi kesehatan manusia.

Kesehatan

Teori Adam menjelaskan bahwa tindakan menjadi fokus utama dalam tindakan profesional. Di mana mereka melakukan tindakan atau intervensi pada pasien. Sesuai dengan teori Henderson dan Jonson, bahwa 14 kebutuhan dasar manusia merupakan hal penting untuk memberikan atau memengaruhi kondisi sehat bagi setiap orang yang membutuhkannya,

Keperawatan

Teori Evelyn Adam mendefinisikan keperawatan sebagai suatu melakukan perannya secara profesional sebagai fungsi perawat dan fungsi sosial. Hal ini juga dimaksud untuk menjelaskan sumber masalah yang dihadapi masyarakat,

dan perawat menggunakan fungsi sosialnya untuk memberikan solusi dalam mengatasi kesulitan di lingkungan masyarakat. Demikian juga dalam tugas dan fungsinya bahwa keperawatan membantu individu untuk dapat memenuhi 14 Kebutuhan Dasar secara mandiri.

Empat Belas Kebutuhan Dasar Manusia yang terdapat dalam Teori Henderson adalah sebagai berikut.

- 1) *Breath normally* (bernafas dengan normal)
- 2) *Eat and drink adequately* (kebutuhan makan dan minum yang adekuat)
- 3) *Eliminate body wastes* (kebutuhan eliminasi)
- 4) *Move and maintain desirable postures* (kebutuhan bergerak dan mempertahankan postur tubuh)
- 5) *Sleep and rest* (kebutuhan tidur dan istirahat)
- 6) *Select suitable clothes ; dress and undress* (kebutuhan berpakaian)
- 7) *Maintain body temperatures within a normal range by adjusting clothing and modifying the environment* (mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal, dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan)
- 8) *Keep the body clean and well groomed and protect the integument* (menjaga tubuh tetap bersih dan melindungi kulit)
- 9) *Avoid dangers in the environment and avoid injuring others* (menghindari bahaya lingkungan dan menghindari cedera)
- 10) *Communicate with others in expressing emotions, needs, fears, or opinions* (Berkomunikasi dengan orang lain untuk mengungkapkan perasaan emosi, kebutuhan, ketakutan atau pendapat)
- 11) *Worship according to ones faith* (beribadah sesuai keyakinan seseorang)
- 12) *Work in such a way that there is a sense of accomplishment* (kebutuhan akan pekerjaan dan penghargaan)
- 13) *Play or participate in various forms of recreation* (kebutuhan akan hiburan atau rekreasi)
- 14) *Learn, discover, or satisfy the curiosity that leads to normal development and health and use the available health facilities*

(Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan kesehatan dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia)

b. Aplikasi Teori

Bidang Praktik

Model konseptual ini berfungsi sebagai panduan bagi perawat dalam menggunakan metode keperawatan dan penyelesaian masalah. Perawat mempunyai peran saling melengkapi dan memenuhi kebutuhan dasar dalam bentuk kemandirian pasien dan pemenuhan kebutuhannya.

Adam memberikan peran penting perawat dalam melaksanakan tugasnya dengan mengemban misi sosial dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dengan melatih dan mengajarkan dalam pemenuhan 14 kebutuhan dasar, dan dapat mandiri dalam melaksanakannya. Perawat memberikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian atau identifikasi kondisi pasien, lalu melakukan perencanaan untuk intervensi, dan kemudian melakukan evaluasi, terhadap tindakan-tindakan yang sudah dilakukan.

7. Madeline Leininger – Teori Transkultural Asuhan Keperawatan
(Transcultural Nursing Care Theory)

Keperawatan Transkultural merupakan bidang studi dan praktik substantif yang berfokus pada nilai-nilai, keyakinan, dan praktik perawatan komparatif budaya dari individu atau kelompok budaya yang sama atau berbeda dengan tujuan menyediakan praktik asuhan keperawatan budaya spesifik dan universal dalam mempromosikan kesehatan untuk membantu manusia yang mengalami masalah kesehatan dengan pendekatan secara budaya.

Berfokus pada fakta bawa berbagai budaya memiliki perilaku perawatan yang berbeda dan unik, serta memiliki nilai, keyakinan, dan pola perilaku kesehatan dan lingkungan yang berbeda.

8. Jean Watson – Teori Filsafat dan Ilmu dari Keperawatan (Phylosophy and Science Of Caring)

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan.

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat bagian kebutuhan manusia yang saling berhubungan di antaranya, a) Kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi; b) Kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual; c) Kebutuhan psikososial, (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi; d) Kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.

Berdasarkan empat kebutuhan tersebut, Jean Waston memahami bahwa manusia adalah makhluk yang sempurna yang memiliki beragam perbedaan, sehingga dalam upaya mencapai kesehatan, manusia seharusnya dalam keadaan sejahtera baik fisik, mental dan spiritual karena sejahtera merupakan keharmonisan antara pikiran, badan dan jiwa sehingga untuk mencapai keadaan tersebut keperawatan harus berperan dan meningkatkan status kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, mengobati berbagai penyakit dan penyembuhan kesehatan dan fokusnya pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit

Selain itu ada 7 (tujuh) asumsi dalam ilmu keperawatan, antara lain:

- a. Asuhan keperawatan dapat secara efektif didemonstrasikan dan dipraktekkan hanya secara interpersonal.
- b. Asuhan keperawatan berisi faktor care/perhatian pada perawatan yang hasilnya dapat memuaskan kebutuhan manusia yang memerlukan bantuan.
- c. Asuhan keperawatan yang efektif meningkatkan kesehatan dan berkembang ke arah perbaikan bagi individu, serta keluarga.
- d. Respons asuhan keperawatan menerima seseorang tidak hanya pada saat di rawat saja, tetapi juga kemungkinan yang akan terjadi setelah pasien pulang
- e. Asuhan keperawatan juga melibatkan lingkungan pasien, sehingga bisa menawarkan kepada pasien untuk mengembangkan potensinya untuk memilih apa yang terbaik untuk dirinya saat itu.

- f. Asuhan keperawatan lebih “ healthogenic” dari pada pengobatan. Praktek asuhan keperawatan terintegrasi antara pengetahuan biofisikal dengan pengetahuan tentang perilaku manusia untuk meningkatkan kesehatan dan untuk memberikan bantuan / pertolongan kepada mereka yang sakit.
- g. Praktek asuhan merupakan sentral keperawatan

Filosofi Jean Watson tentang asuhan keperawatan berupaya untuk mendefinisikan hasil dari aktivitas keperawatan yang berhubungan dengan aspek humanistik dari kehidupan. Perawat harus memberikan kenyamanan dan perhatian serta empati pada pasien dan keluarganya. Teori ini mencakup filosofi dan ilmu tentang caring. Caring merupakan proses interpersonal yang terdiri dari intervensi yang menghasilkan pemenuhan kebutuhan manusia.

9. Rosemarie Rizzo Parse – Teori Manusia- Hidup- Sehat (Man – Living – Health)

Rosemarie Rizzo Parse menciptakan Teori Keperawatan Menjadi Manusia, yang memandu perawat untuk fokus pada kualitas hidup dari perspektif masing-masing orang sebagai tujuan keperawatan. Ini menyajikan alternatif untuk sebagian besar teori keperawatan lainnya, yang mengambil pendekatan bio-medis atau bio-psiko-sosial-spiritual.

Teori menjadi manusia adalah kombinasi dari faktor biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual, dan menyatakan bahwa seseorang adalah makhluk kesatuan dalam interaksi yang terus menerus dengan lingkungannya. Ini berpusat di sekitar tiga tema: makna, irama (ritme), dan transendensi.

Teori Keperawatan Menjadi manusia adalah model yang berfokus pada kualitas hidup pasien dan melihat pasien bukan sebagai aspek yang berbeda dari keseluruhan, tetapi sebagai pribadi. Ini berbeda dari banyak teori keperawatan lainnya, dan memungkinkan perawat melakukan apa yang begitu banyak dari mereka terjun ke bidang keperawatan untuk membantu orang

Tiga Asumsi Utama dalam Teori Menjadi Manusia (Human Becoming Theory)

- a. Teori Menjadi Manusia membuat asumsi berikut tentang manusia:
 - 1) Manusia hidup berdampingan sambil membentuk pola berirama dengan alam semesta.

- 2) Manusia itu terbuka, bebas memilih makna dalam suatu situasi, serta memikul tanggung jawab atas keputusan yang diambil
 - 3) Manusia adalah kesatuan, yang terus menerus membentuk pola-pola interaksi atau hubungan.
 - 4) Manusia melampaui multidimensi dengan kemungkinan.
- b. Teori Menjadi Manusia membuat asumsi berikut menjadi:
- 1) Menjadi adalah kesatuan dengan manusia-hidup-kesehatan.
 - 2) Menjadi adalah proses yang secara berirama membentuk alam semesta manusia.
 - 3) Menjadi adalah pola manusia dalam menghubungkan prioritas nilai.
 - 4) Menjadi adalah proses intersubjektif melampaui dengan kemungkinan.
 - 5) Menjadi adalah kesatuan manusia yang muncul.
- c. Teori Menjadi Manusia mempunyai: makna, ritme, dan transendensi.

Makna, manusia menjadi bebas memilih makna pribadi dalam situasi dalam proses intersubjektif prioritas nilai hidup. Realitas manusia diberi makna melalui pengalaman hidup. Selain itu, manusia dan lingkungan hidup bersama.

Irama menyatakan bahwa manusia menjadi kreasi bersama menciptakan pola-pola ritmis yang berhubungan dalam proses timbal balik dengan alam semesta. Manusia dan lingkungan bersama-sama menciptakan (menggambarkan, menilai, menjelaskan) dalam pola berirama.

Transendensi menjelaskan bahwa manusia menjadi kreasi bersama secara multidimensi dengan kemungkinan yang muncul. Ini mengacu pada jangkauan dan melampaui batas yang ditetapkan seseorang, dan terus berubah.

Ketiga tema ini dapat dilihat dari empat dasar atau dalil, yaitu tidak terbatas, paradoks, kebebasan, dan misteri.

Ketidakterbatasan adalah pengetahuan tak terbatas yang tak terpisahkan yang diperluas hingga tak terbatas, ingatan dan prospek sekaligus saat ini.

Paradoks adalah irama rumit yang diekspresikan sebagai preferensi pola. Paradoks bukanlah lawan untuk didamaikan atau dilema yang harus diatasi, melainkan ritme yang hidup.

Kebebasan adalah pembebasan yang ditafsirkan secara kontekstual. Orang bebas untuk terus memilih cara berada dengan situasi mereka.

Misteri adalah yang tidak dapat dijelaskan, yang tidak dapat diketahui sepenuhnya.

Teori ini memberikan pendekatan transformatif untuk semua tingkat keperawatan. Ini berbeda dari proses keperawatan tradisional, terutama karena tidak berusaha untuk memperbaiki masalah. Model memberikan perawat kemampuan untuk melihat perspektif pasien. Hal ini memungkinkan perawat untuk bersama dengan pasien, dan membimbingnya menuju tujuan kesehatan. Hubungan perawat dan pasien bersama-sama menciptakan perubahan pola kesehatan.

7.3.2 Interpersonal Relationship

1. Hildegard E. Peplau – Teori Keperawatan Psikodinamik (Psychodynamic Nursing)

Teori ini menekankan pada hubungan perawat dan pasien sebagai dasar praktik keperawatan, dan mendefinisikan keperawatan sebagai suatu proses interpersonal dari interaksi terapeutik antara individu yang sakit atau yang membutuhkan layanan kesehatan dan perawat, dididik untuk mengenali dan merespons kebutuhan bantuan kepada individu. Membantu perawat dan pelayanan kesehatan untuk mengembangkan lebih banyak intervensi terapeutik dalam manajemen klinis.

Teori Hildegard Peplau berfokus pada individu, perawat, dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dengan pasien. Pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik. Hubungan antara perawat dan pasien bersama-sama mendefinisikan masalah dan menyelesaikan masalah. Teori dan gagasan Peplau dikembangkan untuk memberikan bentuk praktik keperawatan psikiatri.

2. Joyce Travelbee – Teori Model Hubungan Manusia ke Manusia (Human to Human Relationship Model)

Travelbee percaya keperawatan dicapai melalui hubungan manusia dengan manusia yang dimulai dengan pertemuan awal dan kemudian berkembang melalui tahapan identitas yang muncul, mengembangkan perasaan empati, dan

kemudian perasaan simpati. Untuk mencapai tujuan akhir perawat dan pasien harus mempunyai hubungan yang baik, sehingga interaksi satu dengan lain berjalan dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa manusia dan manusia harus mempunyai tujuan yang sama dalam mencapai kesehatan yang optimal.

Hubungan manusia dengan manusia dibangun melalui proses interaksi, dan memiliki 5 (lima) fase, yaitu:

- a. Pertemuan perdana atau pertemuan asli
 - b. Visibilitas identitas pribadi/identitas yang muncul.
 - c. empati
 - d. Simpati
 - e. Membangun saling pengertian dan kontak/hubungan
- a. Konsep Dasar

Travelbee membuat konsep dari teorinya adalah:

Menderita

Pengalaman yang bervariasi dalam intensitas, durasi, dan kedalaman, perasaan tidak nyaman, mulai dari ketidaknyamanan mental, fisik atau mental yang ringan sementara, hingga rasa sakit yang berat dan penderitaan yang sangat berat.

Makna

Makna adalah alasan sebagai atribut diri sendiri.

Perawatan

Perawatan adalah untuk membantu manusia menemukan makna dalam pengalaman penyakit dan penderitaan, dan bertanggung jawab untuk membantu individu dan keluarga mereka menemukan makna.

Perawatan adalah tindakan untuk membantu manusia menemukan makna dalam pengalaman penyakit dan penderitaan, dan memiliki tanggung jawab untuk membantu individu dan keluarga mereka menemukan makna. Pilihan spiritual dan etika perawat, dan persepsi tentang penyakit dan penderitaan, sangat penting untuk membantu menemukan makna.

Harapan

Merupakan tugas perawat dalam membantu pasien mempertahankan harapan dan menghindari keputusasaan. Harapan adalah keyakinan yang dapat dan akan terjadi perubahan yang akan membawa sesuatu yang lebih baik. Menjadi inti harapan terletak pada kepercayaan mendasar pada dunia luar, dan keyakinan bahwa orang lain akan membantu seseorang saat membutuhkannya.

Enam faktor penting karakteristik harapan adalah:

- 1) Sangat berkaitan dengan ketergantungan pada orang lain.
 - 2) Berorientasi pada masa depan.
 - 3) Berhubungan dengan pemilihan dari beberapa alternatif atau jalan keluar dari situasinya.
 - 4) Keinginan untuk memiliki objek atau kondisi apa pun, untuk menyelesaikan tugas atau memiliki pengalaman.
 - 5) Keyakinan bahwa orang lain akan ada untuk seseorang ketika saat dibutuhkan.
 - 6) Orang yang berharap memiliki keberanian untuk dapat mengakui kekurangan dan ketakutannya dan maju menuju tujuannya
3. Ida Jean Orlando (Pelletier) – Respon Displin Profesional (Disciplineed Professional Response Theory)

Orlando mengembangkan teori proses keperawatan (Nursing Process Theory). Teori ini memungkinkan perawat untuk merumuskan rencana asuhan keperawatan yang efektif, dengan mudah dapat diterapkan kepada pasien.

Menurut Orlando, seorang menjadi pasien ketika ia tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri karena keterbatasan fisik, reaksi negatif terhadap lingkungan, atau memiliki pengalaman yang menghalangi mereka untuk mengomunikasikan kebutuhannya. Peran seorang perawat adalah untuk mencari tahu dan memenuhi kebutuhan mendesak / dasar yang mengalami gangguan. Pasien memiliki interpretasi mereka sendiri atas situasi dan seorang perawat harus memvalidasi dan menganalisis sebelum menarik kesimpulan.

Pasien adalah individu dengan suatu kebutuhan, di mana bila kebutuhan tersebut dipenuhi maka stres akan berkurang, meningkatkan kepuasan atau mendorong pencapaian kesehatan optimal. Tiga elemen yakni perilaku pasien, reaksi perawatan, dan tindakan keperawatan membentuk situasi keperawatan.

4. Ernestine Wiedenbach – Teori Seni Membantu Keperawatan Klinis (The Helping Art of Clinical Nursing)

Wiedenbach, dalam model keperawatannya menjelaskan bahwa keperawatan adalah praktik identifikasi kebutuhan pasien akan bantuan melalui pengamatan terhadap perilaku dan gejala yang muncul, eksplorasi akibat dari tanda yang ada pada pasien, tentukan penyebab dari ketidak nyamanan, dan menentukan penyebab ketidak nyamanan. Kemudian menentukan kemampuan pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi, dan jika perlu perawat bisa memberikan bantuan untuk menerangkannya. Tujuan perawatan yang utama adalah mengidentifikasi kebutuhan pasien akan perlunya bantuan.

Kebutuhan akan bantuan didefinisikan sebagai suatu tindakan yang diinginkan oleh pasien yang memiliki potensi untuk memulihkan atau meningkatkan kemampuan untuk mengatasi berbagai masalah dalam kehidupan yang dapat memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan. Kebutuhan akan bantuan harus didasarkan pada persepsi individu pasien tentang situasinya sendiri. Teori Wiedenbach mengidentifikasi pasien sebagai individu yang menerima bantuan dari beberapa pelayanan kesehatan. Hal itu bisa dari perawat, dan profesi tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam proses penyembuhannya. Kemudian yang dimaksud dengan Pasien adalah setiap orang yang telah berada dalam ruang lingkup perawatan.

Teori ini mengidentifikasi empat elemen utama dalam keperawatan klinis: Filosofi, Tujuan, Praktik, dan Seni.

- a. Filosofi perawat adalah sikap dan keyakinannya tentang kehidupan, dan bagaimana hal itu memengaruhi realitas baginya. Tiga komponen penting Wiedenbach yang terkait dengan filosofi keperawatan adalah a) penghormatan terhadap kehidupan; b) penghormatan terhadap martabat, nilai, otonomi, dan individualitas setiap manusia; dan c) resolusi untuk bertindak berdasarkan keyakinan yang dipegang secara individu dan profesional.
- b. Tujuan perawat adalah tentang apa yang ingin dicapai perawat melalui tindakannya. Ini mencakup semua aktivitas yang ditujukan kepada kebaikan pasien secara menyeluruh.

- c. Praktik keperawatan terdiri dari tindakan keperawatan yang dapat diamati yang dipengaruhi oleh keyakinan dan perasaan tentang pemenuhan kebutuhan pasien akan perlunya bantuan.
- d. Seni keperawatan meliputi memahami kebutuhan pasien, mengembangkan tujuan dan tindakan yang dimaksudkan untuk meningkatkan kemampuan pasien, dan mengarahkan kegiatan yang berhubungan dengan rencana medis dalam memperbaiki kondisi pasien. Fokus perawat juga pada pencegahan komplikasi yang berhubungan dengan kekambuhan atau perkembangan masalah baru.

Teori ini menjelaskan bahwa pengetahuan mencakup semua yang telah dirasakan dan dipahami oleh pikiran manusia. Hal ini secara faktual, spekulatif, atau praktis.

Perspektif Teori Wiedenbach didasarkan pada tiga faktor:

- a. Tujuan utama yang diakui praktisi sebagai hal penting untuk disiplin tertentu.
 - b. Resep untuk pemenuhan tujuan utama.
 - c. Realitas dalam situasi langsung yang memengaruhi tujuan utama.
5. Imogene King – Teori Pencapaian Tujuan (Goal Attainment Theory)

King menjelaskan bahwa Keperawatan adalah tindakan reaksi dan interaksi di mana perawat dan pasien saling berbagi informasi tentang persepsi mereka dalam situasi keperawatan. Berfokus pada proses hubungan perawat dan pasien untuk mencapai tujuan menuju kesehatan yang baik. Perawat dan pasien harus bekerja sama dalam mengomunikasikan informasi, menetapkan tujuan bersama, dan kemudian mengambil tindakan untuk mencapai tujuan tersebut.

Tujuan yang ingin dicapai dari teori King, adalah berfokus pada interaksi tiga sistem: sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. Ketiganya membentuk hubungan personal antara perawat dan pasien. Hubungan perawat dan pasien merupakan sarana dalam pemberian asuhan keperawatan, di mana proses interpersonal dinamis yang ditampilkan oleh perawat dan pasien dipengaruhi oleh perilaku satu dengan yang lain, demikian juga oleh sistem asuhan kesehatan yang berlaku. Tujuan perawat adalah memanfaatkan

komunikasi untuk membantu pasien dalam menciptakan dan mempertahankan adaptasi positif terhadap lingkungan.

King mengemukakan model konsep interaksi, dalam mencapai hubungan interaksi, meliputi: Sistem personal, Sistem interpersona, dan sistem sosial. Menurut King sistem personal merupakan sistem terbuka di mana di dalamnya terdapat: persepsi, pola tumbang, gambaran tubuh, ruang dan waktu. Hubungan interpersonal merupakan hubungan antara perawat dengan pasien, dan Sistem sosial adalah di mana manusia akan hidup dengan orang lain dan saling berinteraksi.

King menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup: Proses interpersonal antara Perawat dan pasien; Masalah yang terjadi akibat kondisi sakit; Hubungan interpersonal memiliki 4 tahap yaitu a) tahap orientasi, b) tahap identifikasi, c) tahap eksplorasi, d) tahap resolusi/ mandiri

6. Helen C. Erickson, Evelyne M. Tomlin, Mary Ann P. Swain – Teori Pemodelan dan Peran Pemodelan (Modeling and Role-Modeling Theory)

Teori Modeling and Role Modeling atau Pemodelan dan Peran Pemodelan keperawatan dirancang dan dikembangkan oleh Helen C. Erickson, bersama dengan Evelyn M. Tomlin dan Mary Ann P. Swain.

Teori Pemodelan dan Peran Pemodelan mengacu pada konsep-konsep dari Teori Perkembangan Kognitif Piaget, Teori Hirarki Kebutuhan Maslow, Teori Tahap Psikososial Erikson, dan Sindrom Adaptasi Umum Selye dan Lazarus. Teori Erickson membantu perawat dalam melaksanakan perawatan pasien dengan mengenali keunikan setiap individu, dan berfokus pada kebutuhan individu pasien. Ini juga merupakan suatu metode perawatan diri sendiri, yang berarti didasarkan pada persepsi pasien terhadap lingkungan, dan beradaptasi berdasarkan masalah individu yang dialami pasien tersebut.

Menurut teori, pemodelan mengakui bahwa setiap pasien memiliki perspektif yang unik tentang lingkungannya. Pemodelan adalah proses yang memungkinkan perawat untuk memahami perspektif yang unik dan belajar pentingnya menghargai kebutuhan pasien. Perawat menggunakan proses pemodelan untuk memahami lingkungan atau dunia nyata dari perspektif pasien. Teori Pemodelan dan Peran Pemodelan keperawatan membantu perawat untuk melakukan perawatan dengan menjelaskan beberapa persamaan

dan perbedaan di antara pasien.

Peran Model menerima setiap pasien dengan perspektifnya sendiri tentang dunianya, dan merawat pasien untuk tugas agar sehat. Dalam Teori Modeling and Role Modeling, peran keperawatan adalah fasilitator, pemeliharaan, dan penerimaan tanpa syarat. Selain itu, model Erickson mengatakan bahwa lima tujuan intervensi keperawatan adalah: a) membangun kepercayaan; b) mempromosikan orientasi positif pasien; c) mempromosikan kontrol pasien; d) menegaskan dan mempromosikan kemampuan pasien; dan e) untuk menetapkan tujuan bersama yang diarahkan pada kesehatan.

7. Kathryn E. Bernard – Teori Model Interaksi Anak dan Orang Tua (Paren-Child Interaction Model)

Bernard menjelaskan bahwa perkembangan anak yang sehat tergantung pada respons orang tua/pengasuh terhadap sinyal dari anak dengan cara yang penuh kasih dan dapat diandalkan, mulai dari saat kelahiran. Konsep utama termasuk pengaruh dari Pengasuh, Lingkungan, dan Anak, yang berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan anak, serta hubungan antara ibu dan bayi. Karakteristik individu dari setiap keluarga memengaruhi sistem dari ibu dan bayi

Paradigma Keperawatan dan Kekuatannya

- a. Manusia, untuk memahami rangsangan pendengaran, visual, dan taktil; dan kemudian gunakan informasi ini dengan baik.
- b. Kesehatan, keluarga menyediakan perawatan kesehatan sebagai pencegahan dasar.
- c. Lingkungan, tempat, orang, benda, suara, dan pemandangan.
- d. Keperawatan, pendidikan memfasilitasi perubahan.

Dalam model Barnard, seseorang tidak hanya mampu memahami rangsangan pendengaran, visual, dan sentuhan tetapi mampu menempatkan informasi dengan penggunaan yang bermanfaat. Untuk meningkatkan kesehatan dalam hubungan ini, kebutuhan utama adalah interaksi keluarga dan cara berinteraksinya. Jika hubungan orangtua dan anak baik, maka ini merupakan salah satu cara pencegahan penyakit, yang dapat menghindari masalah perilaku di saat anak tersebut bertumbuh. Barnard juga menggambarkan hal yang bisa dilakukan bermain dalam lingkungan orang tua dan anak. Benda-benda atau peralatan yang ada dilingkungan dapat memengaruhi komunikasi dan

hubungan antara orang tua dan anak. Perawat harus mempromosikan lingkungan yang sehat dan mendidik, dan ikatan antara bayi baru lahir dan orang tua perlu ditingkatkan dan memastikan bahwa lingkungan yang berubah dapat beradaptasi.

7.3.3 Systems

1. Dorothy E. Johnson - Teori Sistem Perilaku (Behavioral System Theory)

Johnson membuat definisi keperawatan sebagai regulasi eksternal yang bertindak untuk menjaga integrasi perilaku pasien pada tingkat yang optimal dalam kondisi di mana perilaku tersebut merupakan ancaman terhadap kesehatan fisik atau sosial. Mengajukan pembinaan fungsi perilaku yang efisien dan efektif pada pasien untuk mencegah penyakit dan menekankan pentingnya pengetahuan berbasis penelitian tentang pengaruh asuhan keperawatan pada pasien.

Johnson menjelaskan seseorang sebagai sistem perilaku dengan tujuh subsistem: pencapaian (achievement), afiliasi (attachment-affiliative), perlindungan agresif (aggressive-protective), ketergantungan (dependency), makanan (ingestive), eliminasi (eliminative) dan subsistem seksual (sexual subsystem).

Teori Dorothy Johnson tentang keperawatan berfokus pada bagaimana pasien beradaptasi terhadap kondisi sakitnya dan bagaimana stres aktual dan potensial dapat memengaruhi kemampuan beradaptasi. Tujuannya adalah menurunkan stres sehingga pasien dapat bergerak lebih mudah melewati masa penyembuhannya. Teori Johnson berfokus pada kebutuhan dasar yang mengacu pada pengelompokan perilaku berikut: 1) Perilaku mencari keamanan; 2) Perilaku mencari perawatan; 3) Menguasai diri sendiri dan lingkungan sesuai dengan standar internalisasi prestasi; 4) Mengakomodasi diet dengan cara yang di terima secara sosial dan kultural; 5) Mengeluarkan sampah tubuh dengan cara diterima secara sosial dan kultural; 6) Perilaku seksual dan identitas peran; dan 7) Perilaku melindungi diri sendiri.

Model konsep dan teori keperawatan Johnson adalah dengan pendekatan perilaku Individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas Individu juga memiliki keinginan untuk mengatur dan menyesuaikan diri dari pengaruh yang ditimbulkannya. Sistem perilaku di

dalamnya terdapat komponen sub sistem, a) Ingestif, yaitu sumber memelihara integritas dalam pencapaian pengakuan dari lingkungan; b) Achievement, yaitu tingkat pencapaian prestasi melalui keterampilan kreatif; c) Agresif, yaitu suatu bentuk perlindungan dan pertahanan diri terhadap ancaman yang terjadi dilingkungannya; d) Eliminasi; e) Seksual, pemenuhan kebutuhan dicintai dan mencintai; dan f) Interdependensi.

Perawat berfungsi sebagai pengatur agar dapat menyeimbangkan sistem prilaku tersebut. Status kesehatan tercapai jika mampu berperilaku untuk memelihara keseimbangan atau stabilitas dengan lingkungan.

2. Sister Callista Roy – Teori Model Adaptasi (Adaptation Model)

Dalam Model Adaptasi, Roy mendefinisikan keperawatan sebagai profesi kesehatan yang berfokus pada proses dan pola kehidupan manusia dan menekankan promosi kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan. Ia memandang bahwa individu sebagai seperangkat sistem yang saling terkait yang berusaha untuk menjaga keseimbangan antara berbagai rangsangan. Keperawatan adalah sebagai ilmu pengetahuan melalui proses analisa dan tindakan yang berhubungan untuk merawat pasien yang sakit atau yang kurang sehat. Sebagai ilmu pengetahuan keperawatan, metode yang digunakan adalah terapeutik, berdasarkan ilmu, dan pengetahuan dalam memberikan pelayanan yang esensial untuk meningkatkan dan memengaruhi derajat kesehatan.

Roy menggambarkan metode adaptasi dalam keperawatan, bahwa individu adalah makhluk biospikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Seseorang dikatakan sehat jika mampu berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biologis, psikologis dan sosial. Setiap individu harus beradaptasi terhadap kebutuhan: 1) Pemenuhan kebutuhan fisiologis dasar; 2) Pengembangan konsep diri positif; 3) Penampilan peran sosial; 4) Pencapaian keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan

Teori Adaptasi Roy memandang pasien sebagai suatu sistem adaptasi. Tujuan keperawatan adalah membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit. Kebutuhan asuhan keperawatan muncul, ketika pasien tidak dapat beradaptasi terhadap kebutuhan lingkungan internal dan eksternal.

Teori Roy menyatakan bahwa individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan mempertahankan perilaku adaptif dan menghilangkan perilaku maladaptif, dan mengemukakan teori keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa keyakinan/ pandangan/ nilai. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan untuk mencapai homeostatis/ terintegrasi, manusia harus beradaptasi dengan perubahan yang terjadi.

Terdapat 3 tingkat adaptasi pada manusia:

- a. Focal stimulasi, stimulus langsung dari individu
- b. Kontekstual stimulus, stimulus dari luar
- c. Residual stimulus, stimulus lain yang merupakan ciri tambahan

Sistem adaptasi memiliki 4 mode adaptasi:

- a. Fungsi fisiologis
- b. Konsep diri
- c. Fungsi peran
- d. Interdependent

Dalam beradaptasi individu harus meningkatkan energi agar mampu meningkatkan respon adaptif.

3. Betty Neuman – Model Sistem (Systems Model)

Model sistem Neuman mendefinisikan keperawatan sebagai profesi unik yang berkaitan dengan semua variabel yang dapat memengaruhi respons individu terhadap stres. Pengurangan stres adalah tujuan dari model sistem praktik keperawatan, dan fokus teori ini adalah pasien sebagai sebuah sistem (individu, keluarga, kelompok, atau komunitas) merespons terhadap stressor (penyebab stres).

Pasien yang dimaksud meliputi lima variabel yakni fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual.

Betty Neuman menjelaskan bahwa Keperawatan adalah suatu profesi yang unik dengan memperhatikan seluruh faktor-faktor yang memengaruhi respons individu terhadap penyebab stres, tekanan intra, inter dan ekstra personal. Perawatan berfokus kepada mencegah serangan stres dalam melindungi pasien untuk mendapatkan atau meningkatkan derajat kesehatan yang paling baik. Metode pencegahan untuk mencegah stres yang disebabkan faktor lingkungan

dan meningkatkan sistem pertahanan pasien. Menurut Newman, asuhan keperawatan dilakukan untuk mencegah atau mengurangi reaksi tubuh akibat adanya stressor, penyakit yang terdiri dari pencegahan.

Peran pencegahan ini terdiri dari tiga tingkat, yaitu a) Primer yang meliputi tindakan keperawatan stressor, mencegah terjadinya reaksi untuk mengidentifikasi adanya tubuh karena adanya stressor; b) Sekunder, yang meliputi tindakan keperawatan untuk gejala penyakit atau reaksi tubuh lainnya, mengurangi atau menghilangkan karena adanya stressor; c) Tersier, yang meliputi pengobatan rutin dan teratur serta pencegahan kerusakan lebih lanjut atau komplikasi dari suatu penyakit.

Neuman mengemukakan model sistem pada lingkungan pendidikan dan praktik keperawatan, dapat menggunakan pendekatan manusia utuh (total person approach) dengan memasukkan konsep holistik, sistem terbuka dan konsep stressor. Model ini menganalisa interaksi 4 variabel penunjang komunitas yang terdiri dari: fisik, psikologis, sosial kultural, dan spiritual

Teori Neuman terdiri dari empat konsep utama, yaitu 1) Manusia; 2) Lingkungan; 3) Keperawatan; dan 4) Kesehatan

Dikenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia, dan manusia memiliki 4 (empat) bagian kebutuhan yang saling berhubungan: 1). Kebutuhan Biophysical, meliputi kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, kebutuhan ventilasi; 2) Kebutuhan Psikofisikal: kebutuhan aktivitas/ istirahat dan kebutuhan seksualitas; 3) Kebutuhan Psikososial, yang meliputi kebutuhan berprestasi, kebutuhan berorganisasi; dan 4) Kebutuhan Intra-interpersonal, yakni aktualisasi diri.

7.3.4 Energy Fields

1. Myra Estrin Levine – Empat Konsep Konservasi (Four Conservation Principles)

Levin Menggambarkan pasien sebagai makhluk hidup terintegrasi yang saling berinteraksi dan beradaptasi terhadap lingkungannya. Levine percaya bahwa intervensi keperawatan merupakan aktivitas konservasi, dengan konservasi energi sebagai pertimbangan utama. Empat prinsip konservasi dalam keperawatan yakni a) energi pasien; b) struktur integritas; c) integritas personal; dan d) integritas sosial.

2. Marta E. Rogers – Teori Kesatuan Manusia (Unitary Human Beings)

Roger dalam teorinya menjelaskan bahwa definisi keperawatan adalah sebagai satu seni dan ilmu yang humanistik dan yang berbelas kasihan (humanistic and humanitarian). Seorang pasien tidak dapat dipisahkan dari lingkungan kesehatan dan pengobatan.

Keperawatan adalah suatu seni pengetahuan yang digunakan untuk mengurangi kecemasan terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan rehabilitasi penderita sakit serta penyandang cacat.

Teori Rogers berfokus pada proses kehidupan manusia. Menurutnya kehidupan seseorang dipengaruhi alam sebagai lingkungan hidup manusia, pola pertumbuhan, dan perkembangan seseorang. Asumsi dasar teori rogers tentang manusia, bahwa manusia adalah kesatuan yang utuh yang tidak dapat dipisahkan antara satu organ dengan yang lainnya. Kehidupan setiap manusia adalah sesuatu yang unik, dan tidak ada dua hal di dalam kehidupan ini yang dapat diulang dengan cara yang sama dibawah keadaan yang sama. Jalan hidup seseorang berbeda dengan yang lain. Perkembangan manusia dapat dinilai dari tingkah lakunya, dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri, misalnya dalam hal sifat dan emosi.

Pada intinya Rogers memandang keperawatan sebagai ilmu dan perlu terus dikembangkan dengan penelitian keperawatan, oleh sebab itu keperawatan harus mengembangkan pengetahuan dari ilmu-ilmu dasar dan fisiologi, hal yang sama dilakukan pengembangan untuk ilmu keperawatan itu sendiri.

Ilmu keperawatan bertujuan untuk mengembangkan penelitian ilmiah dan analisis logis dan kemampuan menerapkannya dalam praktik keperawatan. Inti pengetahuan ilmiah keperawatan merupakan hasil penemuan terbaru keperawatan.

Martha Rogers mempertimbangkan manusia (kesatuan manusia) sebagai sumber energi yang menyatu dengan alam semesta. Tujuan keperawatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah kesakitan, dan merawat serta merehabilitasi pasien yang sakit dan tidak mampu dengan pendekatan humanistik keperawatan. Roger berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, memiliki sifat dan karakter yang berbeda-beda, dan asumsi ini berdasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah, yaitu: a) Keutuhan manusia dengan lingkungan; b) Sistem

ketersediaan; c) Proses kehidupan manusia; d) Konsep homeodinamik: integritas, resonansi, helicy

Integritas, individu dengan lingkungan belum dapat dipisahkan dan akan saling memengaruhi satu sama lain; e) Resonansi, proses kehidupan individu dengan irama lingkungan dalam frekuensi yang bervariasi; f) Helicy, merupakan timbulnya proses interaksi antara manusia dan lingkungan yang dapat terjadi perubahan.

3. Joyce J. Fitzpatrick – Model Perfektif Kehidupan (Life Perspective Model)

Fitzpatrick mengembangkan model perspektif kehidupan melalui konstruksi untuk membantu praktik profesional keperawatan. Ahli teori Fitzpatrick mendasari model praktiknya berdasarkan teori Martha Rogers tentang Kebutuhan Dasar Manusia Seutuhnya. Fitzpatrick membangun teori keperawatannya pada empat subdivisi yang melibatkan pemberian asuhan keperawatan. Teori ini didasarkan pada minatnya dalam keperawatan dan psikologi. Dia memilih untuk melihat berbagai komponen menyelesaikan pengalaman hidup sebagai ritme. Seringkali, bidang medis dikonsultasikan ketika satu atau lebih dari ritme ini mencapai puncak atau dasar. Tugas keperawatan kemudian adalah untuk memahami dan membantu pasien untuk menempatkan ritme mereka bersama-sama dalam mendukung semua ritme tubuh lainnya dan kembali ke keadaan sehat.

Ritme itu sendiri dapat didefinisikan dengan tepat, yaitu ritme adalah gerakan, fluktuasi atau variasi yang ditandai dengan pengulangan secara beraturan atau mengalir secara alami, dan yang lainnya dapat diartikan perubahan kuantitatif yang berulang secara teratur dalam proses variabel biologis. Irama dapat digambarkan, diukur dan akan diulang, dan dengan demikian, tahapan hidup dan sakit dapat disamakan dengan ritme.

Model Irama Perspektif Kehidupan mempunyai empat bagian, yaitu:

Manusia

Konsep manusia atau orang, tidak hanya mencakup pasien tetapi semua orang yang berinteraksi dengannya di lingkungan mereka. Dia menganggap manusia sebagai sistem terbuka dengan sekumpulan perilaku berirama. Perilaku tersebut diambil dari berbagai bidang, termasuk biologi, psikologi,

perkembangan manusia, teologi, filsafat dan budaya pasien dengan masyarakat sekitarnya.

Kesehatan

Kesehatan berfokus pada kesehatan pasien dan lingkungannya. Kesehatan mencakup semua orang dan masyarakat yang memengaruhi pasien. Untuk mempertahankan kesehatan yang optimal memerlukan bantuan penyedia jasa perawatan, pasien yang mau berubah dan mengikuti pedoman hidup sehat serta bersama pasien ada keluarga dan teman yang mendukung.

Kesehatan yang optimal adalah tujuan interaksi keperawatan yang melampaui interaksi profesi lain yang terjadi hanya seketika. Profesi keperawatan melakukan asuhan keperawatan agar dapat meningkatkan kesehatan melalui interaksi dengan pasien.

Keperawatan

Profesi Keperawatan mempunyai kemampuan untuk promosi kesehatan, dan sehat adalah keadaan sehat secara optimal. Pada dasarnya, fokus tindakan keperawatan adalah promosi kesehatan, sehingga profesi keperawatan bukan hanya melakukan asuhan, tetapi ikut mempromosikan perubahan gaya hidup dan kebiasaan yang akan mengakibatkan terjadinya penyakit.

Metaparadigma Keperawatan

Metaparadigma adalah struktur yang menyatakan bagaimana seharusnya suatu profesi berfungsi, dan Metaparadigma keperawatan secara konsisten mencakup empat bidang, yaitu:

- a. Totalitas orang atau pasien, yaitu segala sesuatu yang diketahui dan berhubungan tentang pasien dan kehidupannya
- b. Lingkungan pasien, yaitu konstruksi sosial yang berada dilingkungan pasien dan pengaruhnya terhadap pasien
- c. Tingkat kesehatan pasien saat ini, yaitu menetapkan item kesehatan mana yang perlu ditangani oleh petugas kesehatan
- d. Tanggung jawab dan kewajiban keperawatan terhadap pasien, yang mencakup teori keperawatan, tindakan dan perawatan yang perlu dilakukan oleh perawat untuk mengembalikan kesehatan pasien ke tingkat kesehatan tertinggi.

Fitzpatrick menggunakan model ritme perspektif kehidupan dengan mengintegrasikan rencana tindakan seluruh dengan profesional untuk setiap pasien. Setiap pasien berada dalam situasi yang berbeda dan perlu merumuskan rencana perawatan masing-masing. Menggunakan konsep yang mencakup siklus hidup, kesehatan, dan pemeliharaan dapat diterapkan pada budaya atau lingkungan apa pun.

Model ritme perspektif kehidupan adalah teori baru yang masih diintegrasikan ke dalam profesi, dan masih harus dilihat efek dari teori ini dalam pergerakan atau kemajuan profesi ke model yang mendunia atau globalisasi.

4. Margaret A. Newman – Teori Model Kesehatan (Model Of Health)

Model Kesehatan Newman merupakan pengembangan dari Teori sebagai Kesadaran yang memperluas dari Teori Kesatuan Manusia Rogers. Hal itu didorong oleh karena kepedulian terhadap orang yang kesehatannya terganggu tetapi tidak ada penyakit atau kecacatan sama sekali. Model ini telah berkembang untuk mencakup kesehatan semua orang, terlepas dari ada atau tidak adanya penyakit. Teori Newman menegaskan bahwa setiap orang dalam setiap situasi, tidak peduli betapa kacau dan munculnya ke putusannya, adalah bagian dari proses universal untuk memperluas kesadaran. Ini adalah proses menjadi diri sendiri, menemukan makna yang lebih besar dalam hidup, dan mencapai dimensi baru yang berhubungan dengan orang lain dan sekitarnya.

Teori Kesehatan sebagai Pengembangan Kesadaran membuat asumsi sebagai berikut:

- a. Kesehatan mencakup kondisi yang digambarkan sebagai penyakit, atau, dalam istilah medis, patologi.
- b. Kondisi patologis ini dapat dianggap sebagai manifestasi dari contoh keseluruhan dari pasien.
- c. Pola atau gambaran individu pasien yang akhirnya memanifestasikan dirinya sebagai patologi adalah primer, dan ada sebelum struktur dan fungsi tubuh berubah.
- d. Penghapusan patologi tidak dengan sendirinya mengubah pola individu pasien.
- e. Jika menjadi sakit hanya satu-satunya cara pola individu pasien dapat memanifestasikan dirinya, maka itu adalah kesehatan untuk individu pasien itu.

f. Kesehatan adalah pembentukan kesadaran.

Menurut Newman, Teori kesehatan adalah kesadaran yang berkembang dipengaruhi oleh kepedulian terhadap mereka yang menganggap tidak ada penyakit atau ketidak mampuan yang tidak mungkin. Perawat sering bertemu dengan pasien yang menghadapi ketidakpastian, kelemahan, kehilangan dan akhirnya kematian terkait dengan penyakit kronis. Pasien terbuka untuk seluruh sistem energi alam semesta, serta terus-menerus berinteraksi dengan energi. Proses interaksi ini memungkinkan orang untuk mengembangkan pola individu mereka secara keseluruhan.

Newman menyatakan bahwa memahami pola pasien sangat penting. Pengenalan pola adalah kesadaran yang berkembang, dan manifestasi penyakit tergantung pada pola pasien, sehingga patologi penyakit ada sebelum gejala mulai muncul. Karena itu, menghilangkan gejala penyakit tidak mengubah struktur individu.

Teori Newman menjelaskan bahwa kesehatan dan penyakit disintesis sebagai kesehatan. Artinya, perpaduan satu keadaan (penyakit) dengan kebalikannya (non-penyakit) menghasilkan apa yang dapat dianggap sebagai kesehatan. Dalam model ini, manusia adalah kesatuan, dan tidak dapat dibagi menjadi bagian-bagian, dan tidak dapat dipisahkan dari bidang kesatuan yang lebih besar. Orang adalah individu, dan manusia, sebagai spesies, diidentifikasi oleh pola kesadaran mereka. Manusia adalah pusat kesadaran dengan pola keseluruhan dari kesadaran yang meluas, dan lingkungan digambarkan sebagai alam semesta sistem terbuka.

Dia juga menjelaskan keterkaitan waktu, ruang, dan gerakan. Waktu dan ruang adalah pola temporal pasien, dan mereka memiliki hubungan yang saling melengkapi. Manusia terus berubah melalui waktu dan ruang, dan itu menunjukkan pola realitas yang unik.

7.3.5 Teori Keperawatan lain yang dapat dipelajari adalah:

1. Katharine Kolcaba - Teori Kenyamanan (Confort Theory)

Kenyamanan pasien terdapat dalam tiga bentuk: kelegaan, kemudahan, dan transedensi. Kenyamanan dapat terjadi dalam empat konteks yakni fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial budaya.

Kenyamanan adalah penangkal stres yang melekat dalam situasi perawatan kesehatan. Perawat akan merasa lebih puas dengan perawatan yang diberikan.

2. Marilyn Anne Ray – Teori Birokrasi Kepedulian (Theory of Bureaucratic Caring)

Peningkatan keselamatan pasien, pengendalian infeksi, pengurangan kesalahan pemberian obat, dan kualitas keperawatan secara keseluruhan, tidak akan terjadi tanpa pengetahuan dan pemahaman tentang organisasi yang kompleks seperti politik dan ekonomi.

Menyajikan pandangan berbeda tentang bagaimana organisasi kesehatan dan fenomena keperawatan saling terkait sebagai keseluruhan dan bagian dalam sistem.

3. Patricia Benner – Peduli, Kebijakan Klinis, dan Etika Dalam Praktek Keperawatan (Caring, Clinical Wisdom, dan Ethics in Nursing Practice)
4. Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer - The Theory of Nursing Caring: A Model for Transforming Practice
5. Phil Barker – Model Pemulihan Kesehatan Mental (Model of Mental Health Recovery)
6. Cheryl Tatano Beck – Depresi Setelah Melahirkan (Postpartum Depression Theory)
7. Kristen M. Swanson – Teori Merawat (Theory of Caring)
8. Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore – Teori Damai Diakhir Kehidupan (Peaceful End-of-Life Theory)
9. Georgene Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke, dan Margaret A. Hainsworth – Teori Duka Mendalam (Theory of Chronic Sorrow)

Bab 8

Konsep Stres dan Adaptasi

8.1 Pendahuluan

Sepanjang hidup setiap orang dihadapkan pada situasi yang mampu menghasilkan respons stres. Stres didefinisikan sebagai respon terhadap segala sesuatu terhadap tuntutan (Selye, 2013). Stres dapat dialami oleh siapa saja baik laki-laki maupun perempuan. Stres disebabkan berbagai faktor yang dikenal dengan stresor atau pemicu stres (Silalahi et al., 2022). Ketika tubuh mengalami stres maka tubuh akan bereaksi terhadap stres tersebut. Adaptasi atau penyesuaian diri merupakan keadaan di mana seorang individu berupaya untuk menghadapi stres untuk bertahan (Ani et al., 2022; Darmareja et al., 2021). Cara individu merespon dan beradaptasi terhadap stres berbeda-beda. Peran perawat dalam hal ini yaitu mengenali stres dan kecemasan dan respons fisik dan psikologis yang terkait, memahami penyebab dan menerapkan strategi asuhan keperawatan holistik untuk membantu klien mengatasi respons fisik dan emosional selama periode stres yang berhubungan dengan kesehatan.

8.2 Konsep Stres

Stres adalah reaksi individu terhadap rangsangan lingkungan yang tidak dapat ditangani secara memadai yang menimbulkan tanggapan terhadap ancaman yang datang baik itu biologis, psikologis, dan sosial seseorang (Mustayah et al., 2022). Stres dapat dikatakan sebagai suatu perasaan ketegangan emosional atau fisik yang bisa datang dari peristiwa atau pemikiran apa pun yang membuat seseorang merasa frustrasi, marah, atau gugup. Stres adalah reaksi tubuh seseorang terhadap tantangan atau tuntutan. Dalam ledakan singkat, stres bisa menjadi positif, seperti ketika membantu anda menghindari bahaya atau memenuhi tenggat waktu.

8.2.1 Stressor

Stresor adalah stimulus yang memicu stres. Dalam model sistem Neuman, terdapat tiga kerangka dimensi yaitu stresor interpersonal, intrapersonal, dan ekstrapersonal digunakan untuk menganalisis stres (Aini, 2018; Akbar, 2019).

1. Stressor intrapersonal
Stress yang terjadi pada seseorang yang berasal dari lingkungan internal. Contohnya: respons autoimun, motivasi, emosi, dan sebagainya.
2. Stressor interpersonal
Stress yang terjadi di luar batas sistem klien, berada di dekat sistem, dan berdampak pada sistem. Misalnya: ekspektasi peran.
3. Stressor ekstrapersonal
Stress yang berasal dari luar lingkup individu. Misalnya: tidak ada pekerjaan, masalah keuangan, dan sebagainya.

8.2.2 Mekanisme terjadinya stress

Setiap rangsangan fisik atau psikologis yang mengganggu homeostasis menghasilkan respons stres. Rangsangan tersebut disebut stresor dan perubahan fisiologis dan perilaku sebagai respons terhadap paparan stresor disebut respons stres (Chu et al., 2022). Respon stres tergantung pada infrastruktur neuroendokrin, sel, dan molekuler yang saling berhubungan yang dikenal dengan sistem stres. Komponen kunci dari sistem stres adalah sumbu *hipotalamus-hipofisis-adrenal* (HPA) dan sistem saraf otonom (ANS), yang

berinteraksi dengan pusat vital lainnya di sistem saraf pusat (SSP) dan jaringan/organ di perifer untuk memobilisasi respons terhadap stresor. Selanjutnya, kortisol disekresikan dalam pola pulsatil, dengan perubahan amplitudo getaran menciptakan pola sirkadian. Peningkatan akut kadar kortisol bermanfaat untuk meningkatkan kelangsungan hidup yang terkuat sebagai bagian dari respons melawan-atau-lari. Namun, paparan kronis terhadap stres menghasilkan pembalikan efek menguntungkan, dengan paparan kortisol jangka panjang menjadi maladaptif, yang dapat menyebabkan berbagai masalah termasuk sindrom metabolik, obesitas, kanker, gangguan kesehatan mental, penyakit kardiovaskular dan peningkatan kerentanan untuk infeksi (Russell and Lightman, 2019; Tsigos et al., 2020).

Saat stres, kelenjar adrenalin di ginjal terpacu oleh sinyal dari ANS yang akan menstimulasi mengeluarkan hormon steroid adrenalin dan noradrenalin. Selanjutnya, tubuh akan membutuhkan oksigen lebih banyak sehingga bronchioles pada paru-paru akan melebar, sementara itu otot usus melemah, glikogen yang tersimpan di dalam hati diubah menjadi glukosa yang menyebabkan hiperglicemia, kemudian detak jantung, dan tekanan darah meningkat kemudian oksigen dan glukosa dalam aliran darah yang lebih cepat beralih ke sistem reproduksi, pada situasi ini pencernaan terhambat karena darah dialihkan ke otot-otot dan melibatkan jaringan lain dalam pengerahan tenaga, sensor penglihatan meningkat, kewaspadaan mental meningkat, serta pupil mata melebar (Ekawarna, 2021).

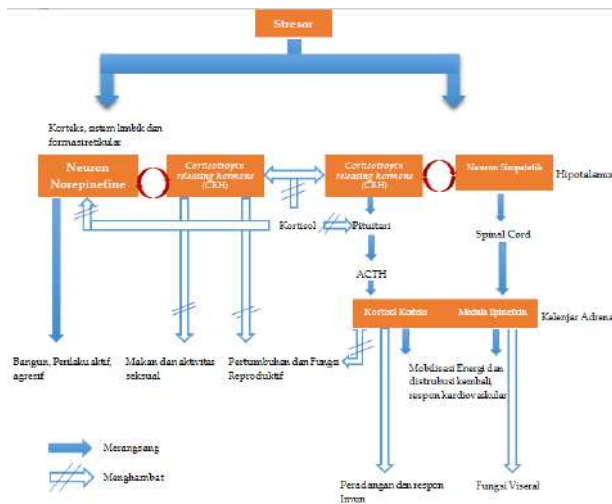
Berdasarkan jenis, waktu dan tingkat keparahan stimulus yang diterapkan, stres dapat memberikan berbagai tindakan pada tubuh mulai dari perubahan homeostasis hingga efek yang mengancam jiwa dan kematian. Dalam banyak kasus, komplikasi patofisiologi penyakit timbul dari stres dan subjek terpapar stres, misalnya mereka yang bekerja atau tinggal di lingkungan yang penuh tekanan, memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami banyak gangguan. Stres dapat menjadi faktor pemicu atau memperburuk banyak penyakit dan kondisi patologis (Yaribeygi et al., 2017). Fisiologi dan patofisiologi respon stres dapat dilihat pada Gambar 8.1.

8.2.3 Jenis Stress

Menurut *American Psychological Association* (APA) jenis stres dibagi menjadi tiga yaitu stres akut, episodik stress akut, dan stres kronis.

1. Stres Akut

Stres akut merupakan suatu reaksi langsung dari tubuh seseorang terhadap rangsangan baru. Secara umum, stres akut tidak berdampak negatif pada tubuh namun memberikan respon positif bagi tubuh sebagai bentuk latihan tubuh dan otak untuk menanggapi pengalaman tersebut sehingga dikemudian hari tubuh dapat memberikan respon terbaik untuk situasi stres pada kondisi yang sama (Taufiqurrohman, 2015). Stres biasanya bersifat jangka pendek dan bisa langsung diselesaikan atau berkurang. Namun, kondisi stres yang sama berulang dapat berkembang menjadi kronis dan bisa berbahaya bagi seseorang (Indra, 2019).



Gambar 8.1: Fisiologi dan patofisiologi stres (Smeltzer et al., 2010)

2. Episodik stress akut

Jenis stress ini biasanya cukup kuat. Episodik stress akut adalah stress yang dialami seseorang secara berulang atau sering mengalami stress sehingga sering menjalani hidupnya dengan penuh kekacauan dan

mengalami krisis dalam hidupnya (Simanullang and Situmorang, 2020).

3. Stress kronik

Stress ini biasanya tidak terlalu kuat namun dapat dirasakan berhari-hari sampai berbulan-bulan. Stress kronis biasanya diakibatkan oleh kesulitan, depresi, kecemasan, atau kesepian/isolasi sosial dapat membahayakan kesehatan manusia. Studi terbaru menunjukkan bahwa stress kronis dapat menginduksi tumorigenesis dan mendorong terjadinya kanker (Dai et al., 2020).

8.3 Konsep Adaptasi

Adaptasi adalah perubahan anatomi, fisiologis dan psikologis dalam diri seseorang yg terjadi sebagai reaksi terhadap stress. Adaptasi merupakan pertahanan yg didapat sejak lahir atau dipelajari untuk mengatasi stress dgn cara membatasi tempat terjadinya, mengurangi atau menetralisasi pengaruhnya. Ada 2 macam adaptasi yaitu Local Adaptation Syndrom (LAS) dan secara umum disebut General Adaptation Syndrom (GAS).

8.3.1 Local Adaptation Syndrome

LAS didefinisikan sebagai respon inflamasi lokal dan proses perbaikan yang biasanya terjadi di lokasi cedera dan dalam kasus cedera parah itu berlanjut ke GAS. Menurut Selye, stress adalah hal yang umum respon yang dapat terjadi pada semua jenis stresor, yaitu fisik, psikologis, dan sosial. LAS juga terjadi di tiga tahap yang sama dan saling terkait dengan GAS. Sebagai tanggapan terhadap stress umum atau stress akut terjadi peradangan dan pengatur kelenjar endokrin juga dimulai untuk mengontrol respon inflamasi. Tahapan LAS yaitu, fase akut dan kronis.

Perkembangan tahapan bervariasi dari individu untuk individu dan tergantung pada banyak faktor seperti usia, jenis kelamin, status nutrisi, status kesehatan, dan gaya hidup perilaku (Potter et al., 2021).

1. Adaptasi Lokal Akut

Stres adaptasi lokal akut contohnya ketika tubuh mengalami cedera, trauma, atau refleks langsung apa pun, akan ada peningkatan dalam tonus otot yang selanjutnya menyebabkan iskemia dan retensi dari metabolit. Jika iskemia dan retensi metabolit tetap ada kemudian mereka menyebabkan kelelahan dan situs injuri tampak sensitif terhadap sentuhan dan tanda-tanda peradangan juga terjadi. Akan ada rasa sakit, yang bisa menjadi lebih buruk dari waktu ke waktu karena peningkatan tonus otot.

2. Adaptasi Lokal Kronis

Adaptasi ini merupakan fase adaptasi lokal akut berlangsung lebih lama dari beberapa minggu atau di mana tubuh terus menerus terpapar stresor. Contohnya paparan luka untuk waktu yang lama periode waktu dapat menghasilkan kolagen dan bundel serat direformasi dengan bantuan kolagen ini untuk mempertahankan otot-otot hipertonic tubuh.

8.3.2 General Adaptation Syndrome

GAS adalah ketika tubuh merespon dengan cara yang sama ketika ada banyak stressor. GAS dianggap sebagai alasan utama mengapa stres begitu banyak sumber masalah kesehatan. Dengan mengubah cara tubuh kita berfungsi secara normal, stres mengganggu keseimbangan alami homeostasis kesejahteraan yang penting. Itu juga dapat mengurangi tahun dari hidup kita dengan mempercepat proses penuaan. Perlawanan adalah nama permainan ketika datang ke penyakit. Salah satu faktor yang paling signifikan dalam menurunkan resistensi dan memicu berbagai mekanisme yang terlibat dalam proses penyakit (Rice, 2012). GAS terdiri dari tiga tahap yaitu: Alarm reaction (Reaksi Peringatan), Stage of resistance (Tahap Perlawanan), dan exhaustion (kelelahan) (Nevid et al., 2021).

1. Alarm Reaction

Tahap pertama yang terjadi pada tubuh ketika tubuh mempersiapkan pertahanannya untuk mengatasi stresor yang ada. Pada tahap ini biasanya terjadi perubahan fisiologis dan psikologis seperti jantung berdebar-debar, berkeringat, nafas cepat, dan emosi yang kuat seperti

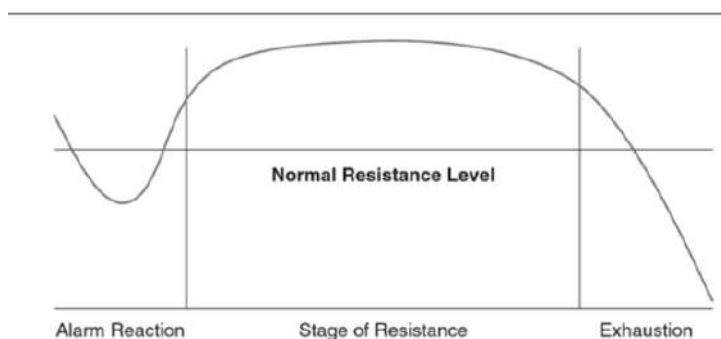
takut, cemas, jengkel atau marah. Respons tubuh tersebut dikenal dengan respon lawan-atau-lari (fight-or-flight).

2. Stage of resistance

Tahap ini merupakan upaya tubuh untuk menyesuaikan diri dengan stres yang menetap. Tubuh berusaha untuk kembali ke keadaan biologis normal dengan memulihkan energi atau memperbaiki apabila ada kerusakan. Respon yang terjadi bisa berupa marah, kelelahan, dan mudah tersinggung.

3. Exhaustion

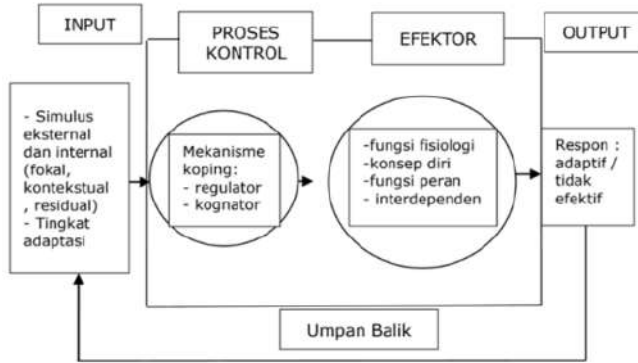
Pada tahap ini habisnya sumber daya tubuh dan menurunnya perlawanan terhadap stres. Respon tubuh detak jantung dan nafas menurun untuk mempertahankan sumber daya. Kondisi paparan stres secara berkelanjutan dapat membuat tubuh mengalami kehabisan sumber daya yang dapat berkembang pada masalah kesehatan.



Gambar 8.2: Diagram Model GAS (Rice, 2012)

8.3.3 Model Adaptasi Callista Roy

Adaptasi adalah suatu usaha penyesuaian dengan kebutuhan atau tuntutan baru untuk menemukan keseimbangan kembali ke dalam keadaan normal. Model konsep adaptasi pertama kali dikembangkan oleh Callista Roy yang menjelaskan bahwa manusia secara keseluruhan berkaitan dengan biologis-psikologis dan sosial (holistik) yang secara terus menerus saling berinteraksi dengan lingkungan (Chayati, dkk, 2021; Roy, 1976; Tomey and Alligood, 2013).



Gambar 8.3: Skema Adaptasi Callista Roy (Dharma, 2018)

1. Input

Input adalah rangsangan dari luar individu yang dapat memberikan respon atau tindakan. Ada tiga jenis rangsangan yaitu:

a. Focal.

Merupakan rangsangan berhubungan langsung dengan perubahan lingkungan misalnya populasi udara dapat menyebabkan infeksi paru, kehilangan suhu pada yang baru lahir

b. Kontekstual

Rangsangan yang berasal dari dalam diri maupun luar yang dapat berdampak negatif terhadap rangsang focal. Contohnya: kemiskinan menimbulkan balita menjadi anemia.

c. Residual stimuli

Merupakan kepercayaan, sikap dan pembawa dari individu yang dibawa dari perkembangan sikap masa lalu yang tidak mau berterus terang. Misalnya: untuk beberapa waktu seseorang dapat menahan rasa sakit, namun akhirnya membutuhkan bantuan karena tidak dapat menahan rasa sakit tersebut.

2. Proses control

Proses ini merupakan bentuk dari mekanisme koping yang digunakan.

- a. **Subsistem Regulator**
Subsistem regulator merupakan mekanisme koping fisiologis seseorang. Tubuh mencoba untuk beradaptasi melalui pengaturan proses tubuh kita, termasuk sistem neurokimia dan endokrin.
 - b. **Subsistem Kognator**
Subsistem ini merupakan mekanisme koping mental seseorang. Seseorang menggunakan otaknya untuk mengatasi melalui konsep diri, saling ketergantungan, dan mode adaptif fungsi peran.
3. **Effectors**
- Sistem adaptasi memiliki empat metode adaptasi di antaranya:
- a. **Mode Adaptasi Fisiologis**
Proses fisik dan kimia terlibat dalam fungsi dan aktivitas organisme hidup. Ini adalah proses aktual yang dijalankan oleh subsistem regulator. Kebutuhan dasar mode ini terdiri dari kebutuhan yang berhubungan dengan oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, serta perlindungan. Proses kompleks model ini terkait dengan indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, dan fungsi endokrin.
 - b. **Mode Adaptasi Konsep Diri**
Dalam mode ini, tujuan koping adalah untuk memiliki rasa kesatuan, makna tujuan di alam semesta, dan rasa integritas identitas. Ini termasuk citra tubuh dan ideal diri.
 - c. **Mode Fungsi Peran**
Mode ini berfokus pada peran primer, sekunder, dan tersier yang ditempati seseorang dalam masyarakat dan mengetahui di mana mereka berdiri sebagai anggota masyarakat.
 - d. **Mode Adaptasi Interdependensi**
Mode ini berfokus pada pencapaian integritas relasional melalui memberi dan menerima cinta, rasa hormat, dan nilai. Hal ini dicapai dengan komunikasi dan hubungan yang efektif.

8.3.4 Tingkat Adaptasi

Tingkatan adaptasi terbagi menjadi proses terintegrasi, kompensasi dan kompromi (Roy and Andrews, 1999). Berikut penjelasan lebih jelas mengenai tingkat adaptasi.

1. Proses Terintegrasi

Berbagai mode dan subsistem memenuhi kebutuhan lingkungan. Ini biasanya merupakan proses yang stabil (misalnya, pernapasan, realisasi spiritual, hubungan yang sukses).

2. Proses Kompensasi

Kognitor dan pengatur ditantang oleh kebutuhan lingkungan tetapi bekerja untuk memenuhi kebutuhan (misalnya, kesedihan, memulai dengan pekerjaan baru, pernapasan kompensasi).

3. Proses yang Dikompromikan

Mode dan subsistem tidak cukup memenuhi tantangan lingkungan (misalnya, hipoksia, kehilangan yang belum terselesaikan, hubungan yang kasar).

Mekanisme Koping

Koping dulunya dilihat sebagai gaya kebiasaan yang dimiliki individu untuk menghadapi situasi stres. Lazarus dan Folkman (1984), mendefinisikannya koping sebagai upaya kognitif dan perilaku yang digunakan orang untuk mengelola tuntutan eksternal dan/atau internal tertentu dari situasi yang dinilai sebagai stres. Koping didefinisikan sebagai pikiran dan perilaku yang dimobilisasi untuk mengelola situasi stres internal dan eksternal.

Koping terdiri dari empat jenis mekanisme koping antara lain berfokus pada masalah, emosi, makna, dan koping sosial (Algorani and Gupta, 2022).

1. Berfokus pada masalah

Koping yang mengatasi masalah yang menyebabkan distress: Contoh gaya ini termasuk koping aktif, perencanaan, koping menahan diri, dan penekanan aktivitas bersaing.

2. Berfokus pada emosi

Koping ini bertujuan untuk mengurangi emosi negatif yang terkait dengan masalah: Contoh gaya ini meliputi meknaisme pertahanan ego, penerimaan, beralih ke agama, dan humor.

3. Berfokus pada makna

Koping di mana seorang individu menggunakan strategi kognitif untuk memperoleh dan mengelola makna situasi.

4. Koping sosial

Mencari dukungan di mana seorang individu mengurangi stres dengan mencari dukungan emosional atau instrumental dari komunitas mereka.

Respon koping terbagi menjadi dua yaitu adaptif dan maladaptif.

1. Mekanisme Koping Adaptif

Respons yang mendukung integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan seperti berbicara dengan orang lain, dan memecahkan masalah dengan orang lain atau bersifat sosial (WIDIYAWATI, 2020). Penelitian menunjukkan bahwa ketika seseorang mengalami tingkat stres yang rendah maka mekanisme kopingnya adaptif (Tendean, 2020)

2. Mekanisme Koping Maladaptif

Respons sebaliknya dari respon mekanisme koping adaptif, seperti memecah pertumbuhan yaitu makan berlebihan atau bahkan tidak makan sama sekali. Contohnya seperti perilaku agresif (Murharyati et al., 2021).

Bab 9

Konsep Sehat dan Sakit

9.1 Konsep Sehat

Pada praktik keperawatan diarahakan dan telah dipandu oleh pemahaman tersendiri tentang definisi sehat dan faktor yang memengaruhi kesehatan klien. Definisi sehat pada dasarnya sangatlah luas serta mencakup konsep kesejahteraan fisik, mental dan sosial. Pada tahun 1947, *world health organization* (WHO) mengeluarkan definisi sehat yang menekankan pada beberapa kualitas holistik. Sehat merupakan keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara lengkap serta tidak hanya bebas dari penyakit.¹ Sejak tahun 1947, sehat telah banyak didefinisikan secara berbeda. Beberapa definisi menggambarkan sehat dan sakit dalam satu rangkaian kesatuan interaktif, dengan konfigurasi yang sangat beragam, mulai dari hilangnya kesehatan (kematian) sampai kesehatan level tinggi. Kesehatan level tinggi dikonseptualisasikan lebih jauh sebagai aktualisasi diri dan optimalisasi potensi seseorang.

9.2 Persepsi Sehat

Secara umum definisi sehat dan kesehatan, dewasa ini menunjukkan aspek yang multidimensi, holistik, serta subjektif. Definisi personal dari individu dan persepsi kesehatan harus diperhitungkan ketika membicarakan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Makna sehat dapat dipandang dalam berbagai konteks, seperti sejarah, sosial, personal, ilmiah, filosofis, dan spiritual. Semua makna kesehatan tersebut akan terus ada dalam berbagai konteks setiap pengalaman hidup manusia, kadang-kadang saling bertentangan, atau saling melengkapi. kebudayaan dan tradisi juga memengaruhi pandangan seseorang tentang kesehatan.

Pada hubungan perawat-klien, perawat menghargai keunikan kebutuhan psikososial, spiritual, dan budaya klien serta mendukung pilihan maupun keputusan kesehatan mereka. Perawat mendukung partisipasi klien dalam proses aktualisasi gambaran definisi tentang sehat dan tidak mengabaikan kemampuan klien membentuk gambaran mereka sendiri tentang sehat. Perawat dapat melibatkan persepsi klien ketika mengkaji kesehatan agar memahami secara utuh prioritas nilai dan persepsi yang mereka pegang mengenai interaksi yang sangat kompleks. Definisi sehat dapat berubah dalam setiap kehidupan seseorang klien. Smith telah mengidentifikasi empat model kesehatan yang umum dipegang oleh klien. Karena setiap model yang dipegang oleh klien menunjukkan nilai-nilai yang mereka anut, sehingga perlu untuk menggunakan perspektif tersebut ketika bekerja dengan klien dalam usaha meningkatkan perilaku hidup sehat mereka.

9.3 Konsep Kesehatan

Dunn adalah orang pertama yang mendefinisikan dan menggambarkan kesehatan, sebuah istilah dan ide yang dijadikan sebagai pelopor gerakan promosi kesehatan. Definisinya yang klasik pada istilah kesehatan level tinggi adalah “metode terintegrasi mengenai fungsi yang diarahkan untuk mengoptimalkan potensi seseorang di mana dia berada”. Dunn menekankan bahwa kesehatan adalah proses yang sedang terjadi yang diarahkan menuju potensi lebih tinggi, bukan tujuan yang bersifat statis, dan kesehatan level tinggi tersebut adalah “hidup dengan energi membara yang dirasakan sampai ke ujung jari, bersemangat penuh vitalitas”. Dia menyatakan bahwa tenaga

kesehatan cenderung terfokus pada penyakit dari pada kesehatan karena mereka dilatih untuk menjadi seperti itu. Lebih mudah untuk melawan penyakit daripada mengusahakan kondisi kesehatan yang lebih besar.

Travis mempopulerkan konsep teoritis tentang kesehatan melalui pengembangan dan pengajaran model kesehatan. Pengaruh model tersebut menghasilkan pemahaman bahwa untuk mencapai kesehatan dibutuhkan perhatian khusus karena hal tersebut tidak dapat dicapai secara otomatis. Perawat dapat menggunakan model kesehatan di mana pun pada rentang sehat-sakit dengan mendorong klien melewati titik netral sejauh-jauhnya menuju kesehatan level tinggi. Sebagai contoh, jika klien sakit, pengobatan itu penting, tetapi klien tidak boleh berhenti sampai disitu. Setelah sembuh, klien harus berperilaku hidup sehat seperti olahraga secara teratur, manajemen stress, serta diet rendah lemak dan seimbang, untuk meminimalisasi penyakit di masa mendatang serta naik ke level Kesehatan yang lebih tinggi.

Kesehatan adalah suatu kualitas atau kondisi sejahtera, bahkan pada orang dengan penyakit kronis, terutama menjadi kuat, sehat dan bugar. Kesehatan tidak hanya sesederhana bebas dari manifestasi klinis; kesehatan juga melibatkan kesejahteraan mental, fisik, dan spiritual yang positif. Kesehatan level tinggi adalah suatu metode fungsi yang berorientasi memaksimalkan potensi individu di dalam lingkungan. Kesehatan level tinggi tidak mencakup di antaranya kenaikan menuju fungsi yang lebih tinggi, integrasi seluruh aspek pada individu tersebut, dan masa depan yang terbuka dengan tantangan untuk memaksimalkan potensi.

9.4 Model Teori Kesehatan Menurut Smith

1. Model Klinis.

Pada model ini, klien menganggap diri mereka sehat jika mereka tidak memiliki tanda dan gejala penyakit. Klien yang menganut model ini akan mencari layanan kesehatan jika mengalami tanda dan gejala penyakit. Fokus peningkatan status kesehatan tidak relevan menurut perspektif mereka, tetapi keinginan mencegah penyakit dapat menjadi faktor motivasi. Model ini didukung oleh model

biomedis sehat dan sakit yang menjadi dasar dari system pelayanan kesehatan, dan secara jelas gagal mengidentifikasi aspek lain dari kesejahteraan seperti kualitas hidup.

2. Model Fungsional (Tampilan Peran)

Pada model ini klien menganggap diri mereka sehat jika mereka bisa berfungsi secara baik pada seluruh peran yang dijalankan. Klien seperti ini akan mencari layanan kesehatan jika mereka tidak mampu melakukan apa yang mereka harapkan. Model seperti ini biasanya ada didaerah pedesaan di mana sering dijumpai pada petani yang mencari layanan kesehatan bukan karena lutut mereka terluka, tetapi karena nyeri dan hambatan gerak memengaruhi kemampuan mereka untuk memakai traktor. Klien yang dominan memiliki perspektif model ini paling baik untuk diberikan motivasi dengan intervensi yang akan memperbaiki status fungsional mereka.

3. Model Adatif

Klien yang menganut model ini menonjolkan definisi kesehatan sebagai kemampuan untuk beradaptasi dengan harapan dan tantangan lingkungan, baik dalam kehidupan normal sehari-hari maupun pada kejadian yang tidak diharapkan. Tantangan atau perubahan lingkungan dapat berbentuk fisik atau sosial; sehingga adaptasi dapat berupa respons biologis terhadap pajanan patologis atau sosial atau respons fungsional. Lebih dari model klinis dan fungsional, klien yang menganut model ini akan mudah dimotivasi untuk memperbaiki kemampuan biologis atau sosial agar beradaptasi, sehingga mudah dimotivasi dengan intervensi yang memperbaiki kesehatan mereka dari sudut pandang biologis atau sosial. Sebagai contoh, wanita paruh baya dengan model adatif dominan yang tidak memerhatikan dirinya sendiri menyadari bahwa meskipun mereka dapat menjalani kehidupan sehari-hari dengan baik, dia tidak memiliki koping untuk menghadapi krisis yang akan timbul. Membuat koping adatif mungkin menjadi motivasi yang kuat untuk meningkatkan gaya hidup.

4. Model Eudaimonistik

Manusia yang penuh gairah hidup mungkin merupakan salah satu cara untuk mendiskripsikan model eudaimonistik, yang lain mungkin adalah menjadi manusia yang serba bisa. Konsep kesehatan level tinggi paling sering diamati pada klien yang memiliki persepsi ini. Penganut model ini menilai diri mereka sendiri pada saat sakit dan dimotivasi oleh aktualisasi diri.

Sangat jelas terdapat hubungan yang sangat erat antara model-model diatas. Seseorang yang menganut model eudaimonistik akan sangat mungkin mencari layanan kesehatan jika terdapat suatu gejala tidak biasa, sebagaimana yang akan dilakukan seseorang yang persepsi kesehatan primernya bersifat adatif. Namun model-model ini digunakan pada beragam kondisi, dapat memudahkan perawat untuk memahami nilai dan perspektif klien. Hal tersebut akan memudahkan perawat memilih kalimat yang sesuai saat berkomunikasi dengan klien.

9.5 Strategi Mempromosikan Perilaku Hidup Sehat

9.5.1 Dukungan Manajemen diri

Perawat cenderung melakukan pendekatan pada klien agar merubah perilaku dengan perspektif pendidikan kesehatan (contohnya mengajari klien dan keluarga tentang sehat dan sakit). Pengetahuan dan keterampilan mengenai manajemen sehat dan sakit penting, tetapi tidak cukup membekali klien dalam mengatasi masalah kesehatan secara efektif. Terdapat banyak bukti yang menunjukkan efektivitas intervensi yang dapat perawat berikan untuk mendukung manajemen diri klien.

Salah satu tantangan terbesar bagi perawat adalah membantu klien mereka untuk mempraktikan gaya hidup sehat. Meskipun pendidikan kesehatan bersifat sangat mendasar, ada banyak cara efektif untuk membantu klien mengubah perilakunya. Strategi berbasis bukti tersebut dikenal sebagai” strategi dukungan manajemen diri” yang berdasarkan pada asumsi bahwa klien

bertanggung jawab terhadap keputusan mengenai kesehatannya dari hari ke hari. Dukungan manajemen diri diarahkan untuk membantu orang membuat keputusan terbaik bagi kesehatan mereka. Meskipun awalnya dikembangkan berdasarkan kebutuhan klien dengan penyakit kronis, strategi ini dapat digunakan sebagai fokus program pencegahan masalah kesehatan. Keterampilan yang diperlukan klien untuk melakukan manajemen diri terbagi menjadi tiga jenis: pertama adalah penatalaksanaan medis atau perilaku, yaitu kemampuan menangani kondisi kesehatan (seperti mengatur diet yang sehat). Kedua adalah manajemen peran, yaitu kemampuan untuk melakukan perubahan terhadap peran-peran dalam hidup. Salah satu contoh adalah pada penyakit kronis, klien dengan penyakit paru kronis yang belajar bergerak lebih lambat dan menjalani rehabilitasi untuk mencapai fungsi optimal.⁴

Lorig, dkk., telah mengidentifikasi lima kemampuan manajemen diri yang membentuk inti dari program dukungan manajemen diri. Penelitian melaporkan bahwa mengembangkan keterampilan ini akan membuat keluaran kesehatan yang baik pada klien dengan penyakit kronis. Penelitian menunjukkan bahwa keterampilan ini memiliki efektivitas yang sama pada orang Hispanik dan juga Eropa-Amerika. Perawat yang memahami keterampilan ini akan menyadari bahwa pengetahuan tentang sehat dan sakit tidak cukup. Selain itu, keterampilan ini membantu klien mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk merawat diri mereka sendiri.

9.5.2 Memecahkan Masalah

Daripada memecahkan masalah klien atau menawarkan ide solusi, seorang perawat lebih baik memfasilitasi manajemen diri dengan mengajarkan klien proses pemecahan masalah yang terdiri atas identifikasi dan definisi masalah, pilihan solusi, implementasi solusi dan evaluasi. Perawat yang efektif mengajarkan keterampilan ini tidak hanya sekedar mengajarkan konsep, tetapi juga membuat klien mempraktikkannya dalam masalahnya sendiri dan membantu klien mengevaluasi hasilnya. Sebagai contoh, ketika merawat klien yang ingin lebih aktif, perawat membantu mengidentifikasi apa hambatan untuk memperbanyak aktivitas dan apa saja pilihan solusi untuk mengatasi hambatan tersebut. Kemudian klien mampu (dengan bantuan perawat) mengembangkan sebuah rencana. Selanjutnya, perawat akan mengikuti perkembangan klien dan mengevaluasi hasil serta melangkah ke tahap selanjutnya.

9.5.3 Membuat Keputusan

Ketika berusaha mempraktikkan gaya hidup sehat, klien menghadapi berbagai pilihan keputusan setiap harinya. Efek dari keputusan tersebut akan memengaruhi kesehatan, tetapi yang lebih penting, adalah kepercayaan diri mereka untuk sukses. Alat bantu pembuatan keputusan sering kali berdasarkan informasi dan termasuk keterampilan membaca label makanan atau mengenali kapan harus mengurangi aktivitas olahraga.

9.5.4 Penggunaan Sumber Daya

Ada banyak sumber daya yang tersedia untuk membantu klien melakukan perubahan gaya hidup yang mementingkan kesehatan. Sumber daya ini misalnya dukungan sosial, akses ke fasilitas fitness, dan internet. Perawat perlu melatih klien mengidentifikasi sumber daya yang dapat digunakan.

9.5.5 Memberdayakan Peran Klien: Sadar Sehat

Meskipun lebih jarang terjadi dewasa ini, klien sejak dulu menghargai tenaga kesehatan yang melayani mereka dan menyerahkan keputusan kepada mereka tanpa bertanya dan berpendapat. Bahkan sekarang ini, sangat disayangkan jika klien yang bersifat asertif sering dianggap sebagai "klien yang mempersulit", padahal kenyataannya klien seperti itu telah terberdayakan. Perawat dapat membantu klien tersebut menjadi mitra dalam pelayanan kesehatan, misalnya dengan membuat daftar pertanyaan dan membaca literatur tentang kesehatan.

Sadar sehat melibatkan kemampuan membaca, mendengar, mendalami, dan bertindak berdasarkan informasi medis dan kesehatan. WHO mendefinisikan sadar sehat sebagai keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mengakses, memahami dan menggunakan informasi tersebut untuk mendapatkan kesehatan. Kemampuan sadar sehat yang rendah berdampak signifikan pada kemampuan klien dalam membuat keputusan yang efektif dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan. Penelitian menunjukkan sadar sehat yang rendah berhubungan dengan keluaran kesehatan yang buruk.

9.5.6 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan melibatkan kegiatan mempromosikan kesejahteraan secara umum. Kegiatan pencegahan primer ini dikategorikan sebagai pola makan

sehat, aktivitas sehat, dan menghadapi stress secara efektif. *Healthy people* yang merupakan tujuan kesehatan berbasis masyarakat yang dibuat pemerintah, mengidentifikasi indikator kesehatan pada orang dewasa. Perawat dapat membantu mencapai tujuan ini dengan mengkaji gaya hidup klien dan status risiko serta melakukan intervensi untuk memodifikasi perilaku buruk dan mengurangi risiko.

9.6 Faktor yang Memengaruhi Kesehatan

Banyak faktor berbeda yang memengaruhi kesehatan atau tingkat kesejahteraan seseorang. Faktor tersebut sering kali berinteraksi untuk meningkatkan kesehatan atau menjadi faktor risiko gangguan kesehatan.

Maka di antara lainnya:

1. Susunan Genetik

Susunan Genetik tiap orang memengaruhi status kesehatan sepanjang kehidupan. Susunan genetik memengaruhi kepribadian, temperamen, struktur tubuh, potensi intelektual, dan kerentanan terhadap perkembangan gangguan kesehatan yang diturunkan. Contohnya penyakit kronis yang dikaitkan dengan susunan genetik mencakup penyakit sel sabit, hemofilia, diabetes melitus, dan kanker.

2. Kemampuan Kognitif dan Tingkat Pendidikan

Meskipun kemampuan kognitif ditentukan sebelum masa dewasa, perkembangan kognitif memengaruhi seorang memandang dirinya sehat atau sakit; tingkat kognitif juga dapat memengaruhi praktik kesehatan. Cedera dan sakit memengaruhi otak yang dapat mengubah kemampuan kognitif. Tingkat pendidikan memengaruhi kemampuan untuk memahami dan mengikuti petunjuk agar sehat. Sebagai contoh, jika seseorang buta huruf, informasi tertulis tentang perilaku sehat dan sumber sehat tidak berharga

3. Ras, Etnis, dan Latar Belakang Budaya

Penyakit tertentu terjadi pada laju insidens lebih cepat pada sebagian ras dan kelompok etnik dibanding yang lain. Sebagai contoh, di Amerika Serikat hipertensi adalah penyakit yang lebih umum terjadi pada orang Afro Amerika, diabetes melitus dan penyakit hati kronis adalah penyebab utama kesakitan di antara penduduk Pribumi Amerika, dan penyakit mata lebih sering terjadi pada orang Cina Amerika. Lihat elemen Keragaman Budaya penyerta. Etnik dan latar belakang budaya individu juga memengaruhi nilai dan perilaku sehat, gaya hidup, dan perilaku sakit. Tiap budaya mendefinisikan sehat dan sakit dengan cara yang unik; selain itu, tiap budaya mempunyai keyakinan kesehatan dan praktik pengobatan sakit dengan caranya masing-masing.

4. Usia, Jenis kelamin, dan Tingkat Perkembangan

Usia, jenis kelamin, dan tingkat perkembangan adalah factor dalam sehat-sakit. Penyakit kardiovaskuler jarang terjadi pada dewasa muda, tetapi insidens penyakit meningkat setelah usia 40 tahun. Infark miokard lebih umum terjadi pada pria dibanding wanita sampai wanita mencapai pascamenopause. Beberapa penyakit hanya terjadi pada satu jenis kelamin atau lainnya (mis., kanker prostat pada pria dan kanker serviks pada wanita). Lansia sering kali mengalami peningkatan insidens penyakit kronis dan peningkatan potensi penyakit serius atau meninggal karena penyakit infeksius misalnya influenza dan pneumonia

5. Gaya Hidup dan Lingkungan

Komponen gaya hidup seseorang yang memengaruhi keadaan kesehatan meliputi pola makan, gangguan zat kimia (alcohol, nikotin, kafein, obat legal dan narkoba), pola latihan dan istirahat, dan metode koping. Contoh perubahan respons adalah hubungan kegemukan dengan hipertensi, merokok dengan penyakit paru obstruktif kronis, gaya hidup santai dengan penyakit jantung, dan pekerjaan dengan stress yang tinggi dengan konsumsi alkohol. Lingkungan mempunyai pengaruh utama pada kesehatan. Paparan terhadap zat beracun

ditempat kerja (misalnya abses dan debu batubara) meningkatkan risiko penyakit paru. Polusi udara, air, dan makanan meningkatkan risiko penyakit pernapasan, penyakit infeksi dan kanker. Variasi suhu lingkungan dapat menyebabkan hipotermia atau hipertermia, khusus pada lansia.

6. Latar Belakang Sosioekonomi

Baik gaya hidup maupun lingkungan dipengaruhi oleh tingkat pendapatan seseorang. Budaya kemiskinan, yang dialami semua ras dan etnik, berpengaruh negatif terhadap status kesehatan.

7. Area Geografis

Area geografis tempat seorang tinggal memengaruhi keadaan kesehatan. Penyakit seperti malaria adalah penyakit yang lebih umum terjadi di daerah tropis Amerika Utara, sementara sclerosis multiple terjadi pada frekuensi yang lebih banyak di selatan Amerika Serikat dan Kanada. Pengaruh geografis lain dijumpai pada sejumlah kanker kulit yang terjadi pada orang yang tinggal di daerah panas dan banyak terpajan sinar matahari dan infeksi sinus pada orang yang tinggal di daerah dengan kelembapan tinggi.

9.7 Konsep Penyakit dan Sakit

Penyakit dan sakit adalah istilah yang sering digunakan secara saling bertukar, tetapi pada kenyataannya mempunyai makna yang berbeda. Secara umum, keperawatan memerhatikan sakit, sedangkan kedokteran memerhatikan penyakit.

9.7.1 Penyakit

Penyakit (makna harfiahnya "tidak tenang") adalah sebuah istilah medis yang menggambarkan perubahan struktur dan fungsi tubuh atau pikiran. Penyakit dapat disebabkan oleh mekanis, biologi, atau normatif. Penyebab mekanis mengakibatkan kerusakan struktur tubuh dan merupakan akibat trauma atau suhu yang ekstrem. Penyebab biologis memengaruhi fungsi tubuh dan merupakan akibat kelainan genetika, efek penuaan, infestasi dan infeksi,

perubahan sistem imun, dan perubahan sekresi organ normal. Penyebab normatif adalah psikologis, tetapi melibatkan interaksi antara pikiran dan tubuh sehingga manifestasi fisik terjadi sebagai respons adanya gangguan psikologis.

Banyak penyakit belum diketahui penyebabnya antara lain kelainan genetika. Kelainan perkembangan akibat paparan virus, bahan kimia, atau obat yang memengaruhi perkembangan janin. Agen atau toksik biologis (termasuk virus, bakteri, riketsia, jamur, protozoa, dan cacing). Agen fisik seperti suhu ekstrem, radiasi, dan listrik. Agen kimiawi seperti alkohol, obat, asam atau basa yang kuat, dan logam berat. Respons umum jaringan terhadap cedera atau iritasi. Perubahan produksi *antibody*, yang menyebabkan alergi atau hipersensitivitas. Kegagalan proses metabolisme (mis, produksi hormone atau enzim di atas atau di bawah normal). Stress terus menerus yang tidak berhenti.

Penyakit dapat diklasifikasikan menjadi akut atau kronis, menular, kongenital, degeneratif, fungsional, ganas, psikosomatik, idiopatik, atau iatrogenik. Pada semua tipe penyakit, perubahan struktur atau fungsi menyebabkan adanya tanda dan gejala (manifestasi) yang memicu orang untuk mencari pengobatan dari dokter atau tabib. Meskipun keduanya, baik gejala subjektif maupun tanda objektif, biasanya muncul bersama penyakit, tanda objektif sering mendominasi. Gejala subjektif meliputi manifestasi seperti mual, malaise umum, atau kelelahan. Contoh tanda objektif meliputi perdarahan, muntah, diare, keterbatasan gerakan, bengkak, gangguan penglihatan, dan perubahan eliminasi. Namun nyeri (sebuah gejala subjektif) merupakan alasan paling utama yang membuat orang mencari layanan kesehatan.

9.7.2 Sakit

Sakit adalah respons seseorang terhadap suatu penyakit. Respons tersebut sangat individual karena tidak hanya pada persepsi diri sendiri terhadap penyakit, tetapi juga persepsi terhadap orang lain. Sakit menggabungkan perubahan patofisiologis; efek psikologis terhadap perubahan tersebut; efek peran, hubungan, dan nilai; serta keyakinan budaya dan spiritual. Seseorang mungkin menderita suatu penyakit atau mungkin memvalidasi perasaan sakitnya melalui komentar orang lain.

9.7.3 Sakit Akut

Sakit akut terjadi dengan cepat, berlangsung singkat, dan sembuh dengan sendirinya. Respons terhadap kondisi tersebut guna melakukan pengobatan

mandiri atau intervensi medikal bedah. Pasien sakit akut tanpa komplikasi biasanya pulih dengan sempurna dan kembali ke fungsi normal sebelum sakit.

Perilaku sakit adalah cara orang menghadapi perubahan fungsi dan kesehatan yang disebabkan oleh suatu penyakit. Perilaku sakit sangat individual dan dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, nilai keluarga, keadaan sosio ekonomi, budaya, tingkat Pendidikan, dan status mental.

Rangkaian perilaku sakit yang umum diidentifikasi adalah sebagai berikut:

1. Mengalami gejala. Pada tahap pertama sakit akut orang mengalami satu atau lebih manifestasi yang memunculkan kesadaran terhadap perubahan kesehatan normal. Contoh gejala yang menandakan sakit adalah nyeri, perdarahan, bengkak, demam atau sulit bernapas. Jika manifestasinya ringan atau familial (misalnya gejala batuk pilek biasa atau influenza), orang tersebut biasanya minum obat bebas atau jamu untuk pengobatan mandiri. Jika gejala mereda, tidak ada tindakan lebih lanjut; tetapi jika gejala makin berat atau memburuk, orang tersebut masuk ke tahap selanjutnya.
2. Mengaku sakit. Pada tahap kedua perilaku sakit, orang tersebut mengaku sakit. Ini menandakan penerimaan gejala sebagai tanda sakit. Orang tersebut biasanya memvalidasi keyakinan ini dengan orang lain dan mencari bantuan untuk mendapatkan pengobatan profesional atau libur dari sekolah atau pekerjaan. Menyibukan diri adalah ciri khas dari tahap ini dan orang tersebut berfokus pada perubahan fungsi yang disebabkan oleh sakit. Jika sakit membaik, orang tersebut memvalidasi kembali tentang kesehatannya kepada orang lain dan kembali melakukan aktivitas normal, tetapi jika manifestasi menetap atau memburuk dan orang lain setuju bahwa tidak ada perbaikan yang terjadi, orang tersebut masuk ke tahap berikutnya dengan mencari perawatan medis.
3. Mencari perawatan medis. Dalam masyarakat kita, dokter atau petugas kesehatan lainnya biasanya memberikan validasi sakit. Orang yang yakin dirinya sakit dan didorong orang lain untuk datang ke tenaga kesehatan, membuat kontak medis untuk diagnosis, prognosis, dan pengobatan terhadap sakit. Jika diagnosis medis menyatakan

sakit, orang tersebut masuk ke tahap berikutnya. Jika diagnosis medis tidak mendukung sakit, pasien dapat kembali berfungsi normal atau dapat mencari kembali validasi dari petugas kesehatan yang berbeda.

4. Mengandalkan. Tahap mengandalkan dimulai saat seorang penerima diagnosis dan rencana pengobatan terhadap sakit. Seiring dengan memberatnya sakit, demikian juga dengan peran mengandalkan. Selama tahap ini orang tersebut dapat masuk ke rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan. Respon seseorang terhadap asuhan bergantung

9.7.4 Sakit Kronis

Sakit kronis adalah sebuah istilah yang menggambarkan adanya banyak perubahan patologis dan psikologis dalam jangka panjang dalam kesehatan. Sakit kronis tersebut adalah masalah kesehatan yang paling utama di dunia saat ini, yang menjadi penyebab 70% kematian di Amerika Serikat. Insidens dan prevalensi sakit kronis meningkat, sebuah kecenderungan yang diprediksi akan berlanjut. Kecenderungan saat ini yang berperan pada peningkatan insidens sakit kronis adalah populasi lansia, penyakit akibat gaya hidup dan perilaku (mis. obesitas dan merokok), dan faktor lingkungan.

Sakit kronis didefinisikan sebagai suatu kondisi yang membutuhkan penatalaksanaan berkesinambungan selama periode yang lama sampai pada tahunan atau bahkan dekade. Kondisi kronis dapat disebabkan oleh penyakit yang tidak menular (mis., kanker, penyakit jantung); sakit persisten seperti asma atau diabetes; gangguan kesehatan jiwa jangka panjang seperti skizofrenia; atau kerusakan fisik, sensorik, atau structural (mis., artritis, gangguan penglihatan).

Sakit kronis sering juga dicirikan dengan kerusakan fungsi pada satu atau lebih sistem tubuh; respons terhadap kerusakan fungsi tersebut dapat terjadi pada persepsi sensorik, kemampuan perawatan diri, mobilitas, kognisi, dan keterampilan sosial. Tuntutan pada individu dan keluarga akibat respons tersebut kebanyakan dialami sepanjang hidup.

Intensitas sakit kronis dan manifestasi terkaitnya berkisar dari ringan hingga berat. Sakit kronis dapat dicirikan dengan periode remisi dan eksaserbasi. Selama periode remisi orang tersebut tidak akan mengalami gejala, meskipun penyakit masih tampak secara klinis. Selama periode eksaserbasi, gejala

muncul kembali. Periode perubahan gejala ini tidak tampak pada semua penyakit kronis.

Setiap orang sakit kronis mempunyai serangkaian respons dan kebutuhan yang unik. Respons orang terhadap sakit dipengaruhi oleh faktor tersebut.

1. Titik dalam siklus kehidupan di mana terjadi sakit
2. Tipe dan derajat keterbatasan yang ditimbulkan oleh sakit
3. Keterlihatan kerusakan dan kecacatan
4. Petofisiologi yang menyebabkan sakit
5. Hubungan antara kerusakan dan fungsi dalam peran sosial
6. Nyeri dan akut

Faktor tersebut sangat kompleks. Faktor saling terkait dalam tiap orang, yang menyebabkan perilaku dan kebutuhan sakit sangat individual. Karena terdapat banyak sekali perbedaan penyakit kronis dan karena pengalaman tiap orang dengan sakit merupakan gabungan dari respons individual, maka sulit untuk mengeneralisasi kebutuhan.

Namun, hampir semua orang sakit kronis akan membutuhkan hal tersebut.

1. Hidup senormal mungkin, meskipun gejala dan pengobatan tersebut dapat membuat orang sakit kronis merasa terasing, sendirian, dan berbeda dari orang lain yang tidak sakit
2. Belajar beradaptasi dengan aktivitas harian dan aktivitas perawatan diri
3. Berduka karena kehilangan fungsi fisik dan pada beberapa kasus, kehilangan peran hidup, struktur, penghasilan, status, dan martabat.
4. Belajar mengelola rencana pengobatan berkelanjutan
5. Memelihara konsep diri yang positif dan rasa harapan
6. Memelihara perasaan terkendali
7. Menghadapi tidak terelakkannya kematian.

Banyak orang sakit kronis berhasil memenuhi kebutuhan terkait kesehatan, sementara yang lain tidak. Penelitian menunjukkan bahwa adaptasi dipengaruhi oleh berbagai variabel seperti rasa marah, depresi, penyangkalan, konsep diri, lokus kontrol, daya tahan, dan kecacatan. Intervensi keperawatan untuk orang sakit kronis berfokus pada penyuluhan untuk meningkatkan

fungsi mandiri, mengurangi biaya layanan kesehatan, dan memperbaiki kesejahteraan dan mutu hidup.

9.7.5 Pencegahan sakit

Aktivitas untuk mencegah sakit mencakup tiap upaya yang membatasi perburukan sakit di titik manapun perjalanannya. Tiga tingkat pencegahan sakit telah didefinisikan. Tiap tingkat pencegahan terjadi pada titik yang berbeda pada perkembangan proses penyakit dan membutuhkan intervensi keperawatan yang spesifik.

Tingkatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pencegahan Primer. Tingkatan ini meliputi aktivitas promosi kesehatan umum serta upaya spesifik yang mencegah atau memperlambat kejadian penyakit. Berikut ini adalah beberapa contoh aktivitas pencegahan primer
 - a. Mengurangi pajanan pada risiko lingkungan, seperti polusi udara dan air
 - b. Makan makanan yang bergizi
 - c. Melindungi diri sendiri terhadap bahaya industri
 - d. Mematuhi aturan pemakaian sabuk pengaman dan helm
 - e. Mendapatkan konseling seks dan melakukan seks yang aman
 - f. Mendapatkan imunisasi
 - g. Melakukan penapisan genetic
 - h. Menghentikan penggunaan alcohol dan rokok
2. Pencegahan Sekunder. Tingkatan ini mencakup aktivitas yang menekankan diagnosis dini dan pengobatan sakit untuk menghentikan proses patologik dan memungkinkan seseorang kembali ke status kesehatan sebelumnya sesegera mungkin. Berikut adalah beberapa contoh aktivitas pencegahan sekunder;
 - a. Melakukan pemeriksaan penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, dan glaukoma
 - b. Mendapatkan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik untuk kanker
 - c. Melakukan pemeriksaan sendiri kanker payudara dan atau testis

- d. Melakukan skin test untuk tuberkulosis
 - e. Mendapatkan pengobatan spesifik untuk sakit.
3. Pencegahan Tersier. Tingkatan ini berfokus pada menghentikan proses penyakit dan mengembalikan individu yang sakit untuk berfungsi di masyarakat dalam batasan disabilitas apapun. Aktivitasnya terutama seputar rehabilitasi. Berikut adalah beberapa contoh upaya pencegahan tersier:
- a. Mendapatkan pengobatan medis atau bedah untuk sakit
 - b. Mengikuti program rehabilitasi spesifik untuk masalah kardiovaskuler, cedera kepala, dan stroke
 - c. Mengikuti program latihan kerja setelah sakit atau cedera
 - d. Memberikan penyuluhan pada masyarakat untuk mendayagunakan seseorang yang direhabilitasi hingga tingkat setinggi mungkin.

9.8 Kontinum Sehat- Sakit dan Kesejahteraan Tingkat Tinggi

Kontinum sehat-sakit menunjukkan sehat sebagai suatu proses dinamik, dengan sejahtera tingkat-tinggi disuatu sisi ekstrem kontinum dan kematian disisi ekstrem yang lain. Setiap individu berada di kontinum mana saja yang berbeda pada waktu tertentu.

Dunn (1959) memperluas konsep kontinum sehat dan sakit dalam deskripsinya tentang sejahtera tingkat tinggi. Dunn mengonsepan sejahtera sebagai suatu proses aktif yang dipengaruhi oleh lingkungan. Ia membedakan kesehatan yang baik dari sejahtera.

Kesehatan yang baik dapat dirasakan sebagai suatu keadaan yang relative pasif. Sejahtera adalah suatu metode kerja terintegrasi, berorientasi kearah memaksimalkan potensi yang dapat dicapai individu, dalam lingkungan tempat ia berfungsi.

Berbagai faktor memengaruhi kesejahteraan, termasuk konsep diri, lingkungan, budaya, dan nilai spiritual. Pemberian asuhan berdasarkan

kerangka kerja sejahtera memfasilitasi keterlibatan aktif, baik perawat maupun pasien dalam meningkatkan, memelihara, atau memperbaiki kesehatan. Selain itu, juga mendukung filosofi layanan kesehatan holistik, yakni semua aspek diri (fisik, psikososial, budaya, spiritual, dan intelektual) dipertimbangkan sebagai komponen penting dari asuhan individual.



Gambar 9.1: Kontinum Sehat-Sakit

9.9 Hubungan antara Penyakit, Sakit, Sehat dan Kesehatan

Pada model biomedis, penyakit diidentifikasi sebagai manifestasi klinis dan dijelaskan dengan adanya penyebab organik dari suatu gangguan. Seseorang yang memiliki penyakit, memiliki suatu kondisi yang didefinisikan secara medis serupa yang diderita orang lain contohnya diabetes melitus atau hepatitis. Sebaliknya Ketika menggunakan perspektif multikausa untuk mendefinisikan penyakit, pengaruh biologis dan psikologis berpengaruh penting; dan hubungan antara faktor lingkungan, fisik, dan sosial menjadi relevan. Penyakit terjadi akibat interaksi di level seluler, jaringan, makhluk hidup, antar-individu, dan lingkungan. Penyakit dapat didefinisikan sebagai “kegagalan mekanisme adatif seseorang yang menghadapi stimulant dan stress secara adekuat, yang menghasilkan gangguan fungsional dan struktural.

Seperti disebutkan diawal, teori multikausa dan biopsikososial penyebab penyakit lebih mendekati kenyataan dan membuka peluang yang lebih lebar untuk menemukan faktor yang dapat dikontrol dengan intervensi.

Secara singkat, sakit, penyakit, sehat, dan kesehatan adalah konsep yang berhubungan. Sakit dan sehat harus dipertimbangkan bersama karena tanpa sakit, tidak ada gunanya membicarakan sehat. Sehat dan sakit adalah pola dinamis yang berubah sesuai waktu dan kondisi lingkungan; kedua konsep

tersebut tidak terpisah ada derajat sehat dan sakit; klien dengan kanker atau dengan penyakit kroniks lain dapat mencapai level; personal dari kesehatan. Sehat merupakan sumber kehidupan sehari-hari. Kesehatan level tinggi memaksimalkan kapasitas potensial seseorang dan merupakan komponen dari level tertinggi kesehatan.

Bab 10

Dinamika Kelompok dalam Keperawatan

10.1 Konsep Dasar Kelompok

10.1.1 Pengertian Kelompok

Bales (Yusuf, 1988), mengatakan bahwa kelompok adalah sejumlah individu yang berinteraksi dengan sesamanya secara tatap muka atas serangkaian pertemuan. Tiap-tiap anggota tersebut saling menerima persepsi anggota lain pada suatu waktu tertentu dan menimbulkan pertanyaan kemudian yang membuat setiap anggota bereaksi sebagai reaksi individual

Cattel (Iskandar, 1988), mengatakan bahwa kelompok adalah kumpulan individu yang dalam hubungannya dapat memuaskan kebutuhan satu dengan yang lainnya.

Menurut Mills (Iskandar, 1990), kelompok adalah suatu unit yang terdiri atas dua orang atau lebih dan berada pada satu kelompok untuk satu tujuan serta mempertimbangkan bahwa kontakannya mempunyai arti

Berdasarkan sudut pandang tersebut, kelompok merupakan kumpulan individu yang saling berinteraksi dan memuaskan kebutuhannya untuk satu tujuan.

10.1.2 Ciri-ciri Kelompok

Menurut Muzafer Sherif (Santoso, 2009), ciri-ciri kelompok sosial adalah sebagai berikut:

1. Adanya dorongan/motif yang sama pada setiap individu sehingga terjadi interaksi sosial dan tertuju dalam tujuan bersama
2. Adanya reaksi dan kecakapan yang berbeda di antara individu akibat interaksi sosial
3. Adanya pembentukan dan penegasan struktur kelompok yang jelas yang terdiri atas peranan dan kedudukan yang berkembang untuk mencapai tujuan bersama
4. Adanya penegasan dan peneguhan norma-norma pedoman tingkah laku anggota kelompok yang mengatur interaksi dan kegiatan anggota kelompok dalam merealisasikan tujuan kelompok

10.1.3 Jenis Kelompok

1. Berdasarkan struktur

Berdasarkan struktur kelompok dapat dibedakan atas dua jenis, yaitu: kelompok formal dan kelompok informal (Rogers, 1960). Ciri dari kelompok formal adalah dibentuk melalui prosedur resmi, bersatatus resmi, dan didukung dengan peraturan-peraturan tertulis, struktur dan norma-norma kelompok dirumuskan secara tegas, tujuannya dijabarkan secara tertulis, interaksi antar anggota kelompok lebih bersifat resmi, bukan kekeluargaan. Adapun kelompok informal dicirikan dengan pembentukan tidak melalui prosedur resmi, anggotanya mempunyai ikatan emosional yang kurang dirumuskan secara tegas dan interaksi para anggota lebih bersifat kekeluargaan.

2. Berdasarkan Fungsi

Berdasarkan fungsinya, kelompok dapat dibagi dua jenis: kelompok tugas dan kelompok sosial. Kelompok tugas adalah kelompok yang fungsi utamanya untuk melaksanakan dan menyelesaikan tugas-tugas tertentu. Adapun kelompok sosial adalah kelompok yang fungsi utamanya mencapai kesejahteraan sosial dan menghasilkan keputusan bagi anggotanya. Timbul kelompok sosial didasarkan atas rasa senang dan kesukarelaan

3. Berdasarkan Pola Interaksi

Berdasarkan pola interaksi, kelompok dapat dibedakan atas tiga jenis yaitu kelompok interaksi, kelompok koaksi dan kelompok kounteraksi

4. Bentuk Kelompok

Menurut Cooley, dilihat dari frekwensinya, kelompok dapat digolongkan atas dua jenis, yaitu kelompok primer dan kelompok sekunder

a. Kelompok Primer

Kelompok sosial yang anggotanya saling mengenal secara pribadi dan akrab merupakan kelompok primer atau primary group. Dalam kelompok sosial ini, hubungan sosial anggotanya dapat melibatkan hubungan fisik atau tidak. Akan tetapi, kelompok ini sering kali disebut sebagai face to face group sebab hubungannya kerap melibatkan interaksi yang intensif. Wajar saja bila para anggota kelompok ini mempunyai kedekatan personal serta emosional. Berkat keakraban tersebut, banyak bentuk hubungan dalam primary group yang hangat dan penuh kebersamaan. Primary group dapat dikenali dari ciri utamanya, yaitu karakter interaksi yang intim berdasarkan kasih sayang, kedekatan, serta keakraban. Adapun ciri kelompok primer lainnya, antara lain:

- 1) Jumlah anggotanya sedikit sehingga saling mengenal satu sama lain
 - 2) Terdapat rasa solidaritas yang tinggi antara anggotanya karena saling ketergantungan serta memegang nilai yang sama
 - 3) Perasaan mempunyai nasib dan sejarah hidup yang sama
 - 4) Bentuk interaksi yang tidak resmi atau bersifat informal
 - 5) Tempat mencari kehangatan baik secara fisik maupun emosional
- Ciri-ciri tersebut menunjukkan bahwa primary group biasanya merupakan kelompok spesial dalam hidup seseorang. Setiap orang umumnya mempunyai primary group. Tanpa keberadaan primary group, seseorang akan cenderung merasa kesepian. Contoh dari kelompok primer Keluarga, teman atau sahabat, dan kerabat.

Dari sisi sosiologi, keluarga memiliki fungsi afeksi atau tempat individu bernaung dan memperoleh kasih sayang serta ketenangan. Orang tua atau saudara kandung berperan penting dalam menjalankan fungsi afeksi ini. Umumnya, seseorang kembali ke keluarga setelah mengalami gejolak di luar. Sebagai unit terkecil dalam kelompok sosial, keluarga terbilang unik. Hubungan anggotanya didasarkan pada ikatan darah serta teritori fisik yang dekat alias berada di rumah yang sama. Situasi ini menciptakan kedekatan secara emosional.

Sahabat atau teman dekat juga merupakan contoh kelompok primer. Seseorang mungkin tidak memiliki hubungan darah dengan teman atau sahabatnya, tetapi mempunyai kedekatan tertentu karena sudah lama saling mengenal. Kedekatan emosional dapat muncul karena lamanya waktu saling mengenal atau intensitas komunikasi. Tidak heran bila kita mendengar ungkapan ‘teman yang sudah terasa seperti keluarga. Dengan kata lain, bagi individu yang bersangkutan, fungsi afeksi keluarga dijalankan oleh teman atau sahabat.

Kerabat umumnya merujuk kepada kelompok sosial yang mempunyai kesamaan nenek moyang. Kesamaan tersebut mendorong lahirnya kedekatan emosional sebab orang-orang tersebut tidak lagi terasa asing. Sebaliknya, justru terasa sangat dekat, terlebih bila orang dengan kesamaan nenek moyang ini kita temui di perantauan. Adanya kesadaran kolektif bahwa kelompok ini berasal dari garis keturunan yang sama menumbuhkan solidaritas.

b. kelompok Sekunder

Sedikit berbeda dengan primary group, kelompok sekunder adalah kelompok sosial yang hubungannya relatif impersonal dan bersifat sementara. Umumnya, relasi ini berorientasi untuk menyelesaikan tujuan atau tugas tertentu saja. Karena itu, kelompok ini disebut juga sebagai special interest group atau kelompok kepentingan khusus. Hubungan di dalam special interest group berputar di sekitar kepentingan dengan rentang sempit serta tujuan praktis yang tanpa adanya tujuan tersebut, kelompok ini tidak ada.

Ciri kelompok sekunder adalah tidak memperhitungkan kedekatan personal anggotanya. Di samping ciri utama tersebut, *special interest group* mempunyai karakteristik lain, di antaranya:

- 1) Memiliki jumlah anggota yang besar
 - 2) Anggotanya mungkin saja tidak saling mengenal
 - 3) Komunikasi yang dilakukan antara anggota bersifat sementara serta impersonal
 - 4) Berupa kelompok fungsional yang kehadirannya ditujukan untuk melaksanakan tugas tertentu
 - 5) Umumnya tidak memberikan pengaruh utama kepada anggotanya
- Karena kelompok ini berorientasi tujuan tertentu yang ingin dicapai, tidak jarang kelompok tersebut tidak terbentuk lagi ketika tujuan telah berhasil diraih atau tugas sudah selesai.

Contoh kelompok sekunder adalah lingkungan kerja yang merupakan contoh *special interest group* yang mungkin paling terasa dekat dengan banyak orang. Interaksi dengan partner kerja, atasan, atau bawahan merupakan contoh nyata hubungan kelompok yang disatukan tujuan atau proyek tertentu. Kelompok sosial ini bertujuan menyelesaikan tugas yang telah ditetapkan.

10.2 Dinamika Kelompok

10.2.1 Fungsi Dinamika Kelompok

Dinamika kelompok merupakan kebutuhan bagi setiap individu yang hidup dalam satu kelompok yang saling berinteraksi membutuhkan satu dengan lainnya. Berdasarkan hal tersebut, maka diperlukan dinamika kelompok dapat berfungsi sebagai berikut:

1. Antara individu satu dengan yang lain akan terjadi kerja sama saling membutuhkan, mengingat setiap individu tidak mungkin dapat hidup secara sendiri di dalam masyarakat atau di mana ia bertempat tinggal,

- karena mereka akan saling membutuhkan orang lain dalam menyelesaikan persoalan hidup.
2. Melalui dinamika kelompok individu akan lebih memudahkan segala pekerjaan karena pekerjaan tidak dapat dilakukan tanpa bantuan orang lain, hingga dengan berdinamika kelompok orang akan mengetahui kelemahan dalam bekerja
 3. Dengan dinamika kelompok segala pekerjaan yang membutuhkan pemecahan masalah dapat teratasi, dan mengurangi beban pekerjaan yang selalu besar sehingga waktu untuk menyelesaikan pekerjaan dapat diatur secara tepat, efektif, dan efisien, karena pekerjaan besar dapat dibagi-bagi sesuai dengan bagian kelom masing-masing.

Kelompok sosial merupakan kesatuan social yang terdiri dari dua atau lebih individu yang mengadakan interaksi social agar dapat terjadi pembagian tugas, struktur dan norma yang ada. Berdasarkan pengertian tersebut, maka kelompok social dapat dibagi menjadi kelompok primer, delompok sekunder, kelompok formal dan informal. Kelompok primer merupakan kelompok social di mana terjadinya interaksi sosial yang anggotanya saling mengenal dekat dan hubungannya erat sekali dalam kehidupan, seperti keluarga, rukun, tetangga atau kelompok kawan sepermainan, kelompok agama dan lain-lain. Kelompok sekunder terjadi apabila interaksi sosial dalam hubungannya dilakukan secara tidak langsung, berjauhan dan sifatnya kurang kekeluargaan. Hubungannya biasanya kurang objektif. Pada kelompok formal ditandai dengan adanya peraturan atau anggaran dasar dan anggaran rumah tangga, sedangkan kelompok informal tidak didukung oleh peraturan atau anggaran dasar dan anggaran rumah tangga yang ada. Pada kelompok ini terjadi pembagian tugas yang jelas. Sifat dari kelompok informal hanya berdasarkan kekeluargaan dengan perasaan simpati.

Suatu kelompok apabila disebut kelompok social, maka harus memiliki ciri seperti:

1. Terdapat dorongan atau motifasi yang sama antar individu satu dengan yang lain, dapat menyebabkan terjadinya interaksi dalam mencapai tujuan yang sama.

2. Terdapat akibat-akibat interaksi yang belainan terhadap individu satu dengan yang lain berdasarkan rasa dan kecakapan yang berbeda-beda antara individu yang terlibat di dalamnya
3. Adanya penugasan dan pembentukan struktur atau organisasi kelompok yang jelas dan terdiri dari peranan-peranan dan kedudukan masing-masing.
4. Adanya peneuhan norma pedoman tingkah laku anggota kelompok yang mengatur interaksi dalam kegiatan anggota kelompok untuk mencapai tujuan yang ada.

Proses pembentukan kelompok dapat diawali dengan adanya perasaan atau persepsi yang sama dalam memenuhi kebutuhan. Setelah memiliki perasaan yang sama akan timbul motivasi dalam memenuhinya, kemudian menentukan tujuan yang sama dan akhirnya terjadi interaksi sehingga terwujudnya sebuah kelompok. Proses pembentukan kelompok sangat dibutuhkan dalam metode belajar diskusi yang melibatkan beberapa orang menjadi satu kelompok sehingga akan menjadi sebuah tim.

Dengan demikian langkah sebuah proses pembentukan tim diawali dengan pembentukan kelompok, kemudian dalam proses selanjutnya didasarkan adanya hal-hal sebagai berikut:

1. Persepsi: pembagian kelompok yang didasarkan atas tingkat kemampuan intelegensi dapat dilihat dari tingkat pencapaian intelektual, atau ada memiliki kemampuan bahasa yang lebih baik. Dengan demikian setiap kelompok mempunyai kekuatan yang berimbang serta diharapkan anggota yang memiliki kelebihan tersebut mampu menginduksi anggota lainnya.
2. Motivasi: pembagian kekuatan yang berimbang akan memotivasi setiap anggota kelompok untuk berkompetisi secara sehat, dalam mencapai tujuan kelompok secara khusus dan umum, semangat berkompetisi nantinya diharapkan menghasilkan hasil diskusi yang bermutu, maka kompetisi sehat antar anggota kelompok internal akan berjalan, agar bisa memotivasi diri untuk maju.
3. Tujuan: untuk dapat menyelesaikan tugas-tugas kelompok atau individu dengan menggunakan metode diskusi atau menyelesaikan

masalah yang sifatnya umum, dan sudah tentu setiap anggota dalam suatu kelompok memiliki tujuan yang sama dengan tujuan anggota kelompok.

4. Organisasi: dapat dilakukan untuk mempermudah koordinasi, mempermudah proses serta menetapkan koordinasi kegiatan kelompok
5. Independensi: kebebasan dalam dinamika kelompok tetap mendaji hal yang sangat penting. Kebebasan yang dimaksud adalah kebebasan setiap kelompok untuk menyampaikan ide, pendapat, serta ekspresi selama kegiatan, namun kebebasan tersebut tetap berbeda pada tatanan aturan yang disepakati kelompok sehingga tidak mengganggu proses dinamika kelompok.
6. Interaksi: hubungan timbal balik antara kelompok ataupun antara sesama anggota kelompok merupakan syarat utama yang diterapkan dalam dinamika kelompok, karena aka nada proses memberi dan menerima ilmu pengetahuan dari suatu anggota kepada anggota yang lain.

10.2.2 Dinamika Kelompok dalam Keperawatan

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

Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dilaksanakan menggunakan metodologi pemecahan masalah melalui pendekatan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawabnya.

Praktik keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama dengan pasien baik individu, keluarga, kelompok/komunitas dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkungan dan tanggung jawabnya. Bantuan keperawatan diberikan agar individu, keluarga, kelompok dan komunitas dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya sehingga mampu berfungsi secara optimal.

Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan profesional bersifat humanistik terintegrasi di dalam pelayanan kesehatan, dapat bersifat dependen, independen dan interdependen serta dilaksanakan dengan berorientasi kepada kebutuhan objektif pasien.

Perawat sebagai tenaga profesional pemula mempunyai kemampuan baik intelektual, teknis, interpersonal dan moral, bertanggungjawab dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan dan aturan yang berlaku.

Profesi keperawatan merupakan bagian dari profesi kesehatan yang anggotanya terdiri dari perawat di mana terjadinya satu ikatan profesi yang mempunyai tujuan untuk kepentingan yang sama dalam bidang keperawatan. Profesi keperawatan terbentuk dari adanya suatu kelompok-kelompok perawat yang mempunyai tradisi, norma, prosedur dan terjadi aktivitas yang sama dalam menjalankan tugas sebagaimana seorang perawat. Terbentuknya kelompok karena adanya partisipasi dari anggota yang mempunyai motivasi dan tujuan dari masing-masing anggota. Setiap anggota saling tergantung satu sama lain karena saling memerlukan bantuan.

Setiap anggota profesi mempunyai ciri-ciri yang berbeda di antara anggota seperti:

1. Adanya kelompok anggota psikologis di mana secara psikologis mempunyai minat untuk berpartisipasi dalam kelompok norma
2. Kelompok anggota marginal artinya kelompok menerima baik keanggotaannya tetapi bersikap menjauh atau tidak ingin terlalu kelompok menerima baik keanggotaannya tetapi bersikap menjauh atau tidak ingin terlalu terlibat dalam kelompoknya
3. Anggota pemberontak artinya orang yang telah diterima kelompok bersikap menentang dan tidak bersedia mengikuti norma kelas.

Kondisi demikian akan terjadi dalam setiap kelompok dan tidak terkecuali kelompok profesi perawatan

10.2.3 Pentingnya Dinamika Kelompok dalam Keperawatan

1. Profesi perawat merupakan bagian dari profesi kesehatan yang anggotanya terdiri dari perawat di mana terjadi satu ikatan profesi yang mempunyai tujuan untuk kepentingan yang sama dalam bidang keperawatan.
2. Profesi perawat terbentuk dari adanya suatu kelompok-kelompok perawat yang mempunyai tradisi, norma, prosedur dan terjadi aktivitas yang sama dalam menjalankan tugas sebagaimana seorang perawat.
3. Terbentuknya kelompok karena adanya partisipasi dari anggota yang mempunyai motivasi dan tujuan dari masing-masing anggota.
4. Setiap anggota saling tergantung satu dengan yang lain karena saling memerlukan bantuan

Bab 11

Aspek Legal dan Etik dalam Pelayanan Keperawatan

11.1 Pendahuluan

Kode etik Adalah pernyataan standar profesional yang digunakan sebagai pedoman perilaku dan menjadi kerangka kerja untuk membuat keputusan. Aturan yang berlaku untuk seorang perawat Indonesia dalam melaksanakan tugas/fungsi perawat adalah kode etik perawat nasional Indonesia, di mana seorang perawat selalu berpegang teguh terhadap kode etik sehingga kejadian pelanggaran etik dapat dihindarkan

Kode etik akan memberikan panduan untuk hubungan etis, perilaku dan pengambilan keputusan. Kode etik digunakan bersama dengan standar profesional, *best practice*, penelitian, undang-undang dan peraturan yang memandu praktik. Melalui kode ini, perawat akan mendapatkan panduan dalam melewati tantangan etika yang muncul dalam praktik dengan orang yang menerima perawatan dan dengan rekan kerja di bidang keperawatan dan bidang lain dari penyediaan layanan kesehatan.

Kode etik keperawatan ditujukan untuk perawat dalam semua konteks dan domain praktik keperawatan (praktik klinis, pendidikan, administrasi, penelitian, dan kebijakan) dan di semua tingkat pengambilan keputusan. Hal

ini tidak didasarkan pada filosofi atau teori etika tertentu tetapi muncul dari aliran pemikiran yang berbeda, termasuk etika relasional, etika kepedulian, etika berbasis prinsip, etika feminis, etika kebajikan dan nilai-nilai. Kode etik dikembangkan oleh perawat untuk perawat, dan memiliki orientasi praktis yang didukung oleh keragaman teoretis. Ini adalah sarana untuk evaluasi diri, umpan balik dan *peer-review* dan merupakan dasar untuk advokasi. Kode etik juga berfungsi sebagai dasar etika dari mana perawat dapat mengadvokasi lingkungan praktik berkualitas yang mendukung pemberian perawatan yang aman, penuh kasih, kompeten, dan etis.

11.2 Konsep Dasar Etik Keperawatan

Etika berasal dari bahasa Yunani yaitu “ETHOS” menurut Araskar David (1978) berarti “kebiasaan”, “model perilaku” atau “standar” yang diharapkan dan kriteria tertentu untuk suatu tindakan. Sedangkan dalam bentuk jamak (ta etha) berarti adat kebiasaan; dengan kata lain etika diartikan sebagai ilmu tentang apa yang biasa dilakukan atau ilmu tentang adat kebiasaan (Wahyuni, 2021). Etika dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang adat istiadat, kebiasaan yang baik dan buruk secara moral serta motif atau dorongan yang memengaruhi perilaku manusia dalam berhubungan dengan orang lain yang berdasarkan pada aturan-aturan serta prinsip yang mengandung tanggung jawab moral (Wijaya et al., 2022). Di era globalisasi saat ini, peranan etika sangatlah penting. Faktor teknologi yang meningkat, ilmu pengetahuan yang berkembang (pemakaian mesin dan teknik memperpanjang usia, legalisasi abortus, pencangkokan organ manusia, pengetahuan biologi dan genetika, penelitian yang menggunakan subjek manusia) ini memerlukan pertimbangan yang menyangkut nilai, hak-hak manusia, dan tanggung jawab profesi (Wijaya et al., 2022).

Dalam literatur keperawatan dikatakan bahwa etika dimunculkan sebagai moralitas, pengakuan kewenangan, kepatuhan pada peraturan, etikasosial, loyal pada rekan kerja serta bertanggung jawab dan mempunyai sifat kemanusiaan. Sebagai seorang professional, perawat mengemban tanggung gugat untuk membuat keputusan dalam mengambil langkah langkah asuhan keperawatan yang diberikannya. Perawat juga memiliki peran yang membutuhkan interaksi dengan pasien, keluarga, masyarakat, dan tim kesehatan lain (Komite Keperawatan RSJ Prof HB Sa’anin Padang, 2017).

Nilai-nilai etika sangat penting untuk setiap penyedia layanan kesehatan karena nilai-nilai etika adalah aturan perilaku universal yang memberikan dasar praktis untuk mengidentifikasi jenis tindakan, niat, dan motif apa yang dihargai. Fokusnya berkaitan dengan benar dan salah tindakan dan mencakup proses pengambilan keputusan untuk menentukan konsekuensi akhir dari tindakan tersebut. Walaupun setiap orang memiliki seperangkat etika dan moral pribadi mereka sendiri namun etika dalam perawatan kesehatan penting karena perawat harus mengenali dilema perawatan kesehatan, membuat penilaian dan keputusan yang baik berdasarkan nilai-nilai mereka sambil tetap mematuhi undang-undang yang mengatur mereka (Haddad & Geiger, 2021).

Perawat memiliki risiko untuk terlibat dalam sebuah kesalahan atau kecelakaan ketika bekerja dengan pasien, oleh karena itu penting bagi seorang perawat untuk mengetahui dan menyadari aspek dari legal dan etik dari profesinya sendiri (Maharjan et al., 2019). Oleh karena itu, untuk berlatih secara kompeten dengan integritas, perawat, seperti semua profesional kesehatan, harus memiliki peraturan dan bimbingan dalam profesinya. Etika keperawatan sendiri memiliki fungsi penting bagi perawat dan seluruh individu yang menikmati pelayanan keperawatan (Haddad & Geiger, 2021).

Fungsi dari etika keperawatan antara lain adalah:

1. Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan.
2. Mendorong para perawat di seluruh Indonesia agar dapat berperan serta dalam kegiatan penelitian dalam bidang keperawatan dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan atau asuhan keperawatan.
3. Mendorong para perawat agar dapat berperan serta secara aktif dalam mendidik dan melatih pasien dalam kemandirian untuk hidup sehat, tidak hanya di rumah sakit tetapi di luar rumah sakit.
4. Mendorong para perawat agar bisa mengembangkan diri secara terus menerus untuk meningkatkan kemampuan profesional, integritas dan loyalitasnya bagi masyarakat luas.
5. Mendorong para perawat agar dapat memelihara dan mengembangkan kepribadian serta sikap yang sesuai dengan etika keperawatan dalam melaksanakan profesinya

6. Mendorong para perawat menjadi anggota masyarakat yang responsif, produktif, terbuka untuk menerima perubahan serta berorientasi ke masa depan sesuai dengan perannya (Utami, 2016).

11.3 Prinsip Etik dalam Keperawatan

Perawat menerapkan berbagai prinsip etika dalam praktik klinis sehari-hari, beberapa ke tingkat yang lebih tinggi daripada yang lain. Prinsip-prinsip etika ini meliputi otonomi, kebaikan, nonmaleficence, kejujuran, kesetiaan/menepati janji, paternalisme, keadilan, dan rasa hormat terhadap orang lain. Setiap prinsip dibahas secara terpisah di bagian berikut (DeLaune & Ladner, 2010; Guido, 2014):

1. Otonomi/ Autonomy

Otonomi/ autonomy membahas tentang kebebasan pribadi dan penentuan nasib sendiri; hak untuk memilih apa yang akan terjadi pada diri sendiri.

Prinsip otonomi mengacu pada hak individu untuk memilih dan kemampuan untuk bertindak atas pilihan itu. Individualitas setiap orang dihormati ketika otonomi dipertahankan. Perawat harus menghormati hak klien untuk memutuskan dan melindungi klien yang tidak dapat memutuskan sendiri. Prinsip etika otonomi mencerminkan keyakinan bahwa setiap orang yang kompeten memiliki hak untuk menentukan tindakannya sendiri. Hak atas pilihan bebas terletak pada kompetensi klien untuk memutuskan. Informed consent didasarkan pada hak klien untuk memutuskan sendiri. Menjunjung tinggi otonomi berarti bahwa perawat menerima pilihan klien, bahkan ketika pilihan tersebut tidak sesuai dengan kepentingan terbaik klien.

Berikut adalah contoh perilaku otonom klien yang dapat mengganggu pemulihan atau pengobatan:

- a. Merokok walaupun telah didiagnosis emfisema atau kanker paru-paru.
- b. Menolak minum obat.
- c. Terus minum alkohol walaupun menderita sirosis hati.
- d. Menolak menerima transfusi darah karena keyakinan agamanya.

Karena otonomi bukanlah hak mutlak, pembatasan prinsip ini dapat dikenakan pada seseorang yang berpotensi untuk membahayakan orang lain, seperti dalam kasus penyakit menular. Otonomi, bukan hanya masalah sederhana yang memutuskan untuk menerima satu jenis terapi di atas yang lain. Prinsip otonomi harus didasari dengan kompetensi yang baik dan kecukupan informasi. Untuk membuat pilihan otonom, individu harus memiliki kapasitas untuk sepenuhnya memahami dan informasi yang dibutuhkan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi.

2. Kebaikan/ Beneficence

Kebajikan/*beneficence* menyatakan bahwa tindakan yang dilakukan harus mempromosikan kebaikan dan mencegah bahaya karena membantu orang lain merupakan sebuah kewajiban dasar. Ada dua unsur utama dalam prinsip ini yaitu memberikan manfaat dan menyeimbangkan manfaat dan bahaya.

Beneficence sering dipandang sebagai salah satu nilai inti dalam etika perawatan kesehatan. Dalam merawat pasien, kebaikan dapat didefinisikan dalam berbagai cara, termasuk membiarkan pasien meninggal tanpa bantuan hidup lanjutan dan dengan kehadiran orang yang disayanginya. Sebaliknya, kebaikan dapat mendorong perawat untuk mendorong pasien menjalani prosedur perawatan yang ekstensif dan menyakitkan jika prosedur ini akan meningkatkan kualitas dan kuantitas hidup pasien.

3. Tidak menyakiti/ Nonmaleficence

Nonmaleficence sering diartikan sebagai prinsip yang muncul karena adanya prinsi kebaikan/*beneficence*. *Nonmaleficence* menyatakan bahwa perawat tidak boleh menyakiti, termasuk menimbulkan rasa sakit dan penderitaan pada orang lain. *Nonmaleficence* juga menuntut agar perawat tidak memaksakan risiko bahaya.

Tetapi tidak semua tindakan mendatangkan rasa sakit dan penderitaan yang disengaja; seringkali aspek bahaya ini berbeda untuk masing-masing pasien. Penyedia layanan kesehatan dapat menggunakan konsep analisis kerugian-manfaat ketika isu *nonmalificence* diangkat. Dengan menggunakan analisis semacam itu, fokus perawatan atau prosedur yang diproyeksikan bertumpu pada konsekuensi manfaat bagi pasien dan bukan pada kerugian yang terjadi pada saat intervensi. Misalnya, seorang perawat memberi pasien suntikan untuk menghilangkan rasa sakit pascaoperasi. Meskipun injeksi menimbulkan

beberapa derajat ketidaknyamanan dan penderitaan pada saat injeksi diberikan, manfaat keseluruhannya adalah lebih sedikit penderitaan dari rasa sakit operasi setelah efek obat dirasakan oleh pasien.

4. Kebenaran/ Veracity

Kebenaran/*veracity* menyangkut kebenaran dan menggabungkan konsep bahwa individu harus selalu mengatakan yang sebenarnya. Prinsip *veracity* juga menuntut agar seluruh kebenaran diungkapkan. Prinsip ini dapat terlihat atau diikuti ketika perawat menjawab pertanyaan pasien dengan lengkap, memberikan informasi sebanyak yang pasien dan/atau keluarga dapat pahami, dan memberi tahu pasien ketika informasi tidak tersedia atau diketahui.

Contoh kesulitan dalam menerapkan prinsip ini terjadi ketika perawat ingin menyampaikan pengetahuan yang memungkinkan pasien membuat keputusan secara mandiri dalam lingkungan di mana anggota keluarga atau profesional perawatan kesehatan lainnya menuntut agar informasi dirahasiakan dari pasien. Seringkali, argumen yang diutarakan oleh orang-orang ini menentang pemberian informasi tambahan kepada pasien berpusat pada persepsi mereka bahwa pasien akan melupakan perawatan medis yang diperlukan dan sesuai jika dia mengetahui seluruh kebenarannya. Penyedia layanan kesehatan, bagaimanapun, perlu menyadari fakta bahwa pasien tidak dapat membuat keputusan sepenuhnya otonom kecuali mereka mengetahui semua fakta, karena masalah ini berkaitan dengan diagnosis dan pilihan pengobatan potensial mereka.

5. Menepati janji/ Fidelity

Menepati janji/*fidelity* adalah menepati janji atau komitmen seseorang. Perawat harus tahu bahwa dia tidak diperbolehkan untuk menjanjikan sesuatu kepada pasien terkait apa yang tidak dapat mereka berikan atau apa yang tidak mereka kendalikan. Prinsip *fidelity* penting untuk membangun hubungan antara perawat dan pasien, melanggar prinsip ini dapat diartikan juga melanggar kesetiaan yang berakibat pada menurunnya tingkat kepercayaan pasien terhadap perawat itu sendiri.

Contoh masalah etik *fidelity* adalah ketika pasien meminta/memerintahkan perawat agar tidak usah melakukan apapun saat pasien berhenti bernapas dan perawat belum melakukan konsultasi dengan penyedia layanan kesehatan utama pasien untuk perintah tersebut. Konflik terkait *fidelity* juga dapat muncul saat anggota keluarga pasien yakin bahwa mereka akan mendapat

informasi lengkap tentang kondisi orang yang mereka cintai, namun keadaan darurat dapat terjadi dan prosedur harus diterapkan dengan cepat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

6. Paternalisme/*Paternalism*

Dengan menggunakan definisi yang paling ketat, paternalisme (juga dikenal sebagai orang tua) melibatkan sepenuhnya perawat untuk membuat keputusan akhir bagi orang lain dan dengan demikian dipandang sebagai prinsip etika yang tidak diinginkan atau negatif.

Paternalisme adalah sebuah kejadian di mana penyedia layanan kesehatan memutuskan apa yang "terbaik" untuk klien dan kemudian mencoba untuk memaksa (atau "mendorong") mereka untuk bertindak melawan pilihan mereka sendiri. Penyedia layanan kesehatan paternalistik memperlakukan orang dewasa yang kompeten seolah-olah mereka adalah anak-anak yang membutuhkan perlindungan. Paternalisme biasanya tidak dianggap sebagai pendekatan etis. Namun dalam beberapa situasi paternalisme mungkin dianjurkan, misalnya, ketika pencegahan bahaya mengesampingkan hilangnya kebebasan individu dan ketika kemampuan individu untuk memilih dibatasi oleh ketidakmampuan, paternalisme dapat dibenarkan. Dalam konteks ini, prinsip paternalisme menjadi pengambilan keputusan bersama, memungkinkan pasien untuk membuat apa yang oleh sebagian orang dianggap sebagai keputusan yang lebih tepat dan terinformasi.

7. Keadilan/ Justice

Keadilan menyatakan bahwa orang harus diperlakukan secara adil dan setara. Idealnya, keadilan berarti memberikan kepada setiap orang apa yang layak diterimanya atau memberikan haknya kepada setiap orang, mengikuti standar kebenaran.

Keadilan sering mengacu pada kemampuan untuk menilai tanpa mengacu pada perasaan atau minat seseorang, yang memungkinkan setiap orang diperlakukan sama. Keadilan juga digunakan untuk merujuk pada kemampuan untuk membuat penilaian yang spesifik dan konkret untuk kasus atau rangkaian keadaan tertentu. Kedua istilah ini sering digunakan secara bergantian meskipun ada beberapa perbedaan. Umumnya, di mana orang mungkin berbeda antara kedua istilah ini adalah ketika keputusan harus dibuat tentang bagaimana manfaat dan beban akan didistribusikan di antara individu.

Prinsip keadilan muncul dan harus diputuskan oleh perawat pada saat persediaan terbatas atau ketika ada persaingan untuk mendapatkan sumber daya atau manfaat, contohnya ketika dua pasien yang sama-sama layak sedang menunggu transplantasi ginjal dan hanya ada satu pendonor ginjal, ketika hanya ada satu tempat tidur perawatan intensif yang tersedia namun ada beberapa individu yang membutuhkan perawatan intensif.

8. Menghormati Orang Lain/ Respects for others

Menghargai orang lain, dilihat oleh banyak ahli etika sebagai prinsip tertinggi, karena menggabungkan semua prinsip lainnya. Menghormati orang lain berarti mengakui hak individu untuk membuat keputusan dan untuk hidup atau mati berdasarkan keputusan tersebut. Menghormati orang lain berarti juga perawat harus melampaui perbedaan budaya, masalah gender, perbedaan agama, dan masalah ras yang ada.

11.4 Hak dan Kewajiban Perawat dan Pasien

Perawat dan pasien memiliki hak dan kewajiban tersendiri yang diatur dalam undang undang di Indonesia. Dasar hukum terkait dengan hak dan kewajiban perawat dan pasien antara lain adalah (Utami, 2016):

1. UU RI No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. UU RI No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. UU RI No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
4. Keputusan Menteri Kesehatan No 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktek Perawat
5. PP No 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
6. Permenkes No 148/2010
7. UU Keperawatan No 38 Tahun 2014

Dari undang undang tersebut, hak dan kewajiban perawat dan pasien disebutkan sebagai berikut (Utami, 2016):

1. Hak dan kewajiban perawat

a. Hak Perawat

- 1) Perawat memiliki hak untuk mendapatkan perlindungan hukum dan profesi sepanjang melaksanakan tugas sesuai standar profesi dan Standar Operasional Prosedur (SOP);
- 2) Perawat berhak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari klien dan atau keluarganya agar mencapai tujuan keperawatan yang maksimal;
- 3) Perawat berhak melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan otonomi profesi;
- 4) Perawat berhak mendapatkan penghargaan sesuai dengan prestasi, dedikasi yang luar biasa dan atau bertugas di daerah terpencil dan rawan;
- 5) Perawat berhak memperoleh jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya; menerima imbalan jasa profesi yang proporsional sesuai dengan ketentuan/peraturan yang berlaku.

b. Kewajiban Perawat

- 1) Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan standar profesi, standar praktek keperawatan, kode etik dan SOP serta kebutuhan klien atau pasien; menghormati hak pasien;
- 2) Merujuk klien atau pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau tindakan;
- 3) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien dan atau pasien, kecuali untuk kepentingan hukum;
- 4) Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya;

- 5) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu keperawatan dalam meningkatkan profesionalisme;
 - 6) Meminta persetujuan tindakan keperawatan yang dilakukan;
 - 7) Melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis.
2. Hak dan kewajiban pasien
- a. Hak Pasien
 - 1) Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit, pelayanan yang manusiawi, adil dan jujur;
 - 2) Pasien berhak memperoleh pelayanan medis yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran/kedokteran gigi dan tanpa diskriminasi;
 - 3) Pasien berhak memperoleh asuhan keperawatan dengan standar profesi keperawatan;
 - 4) Pasien berhak memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit; dirawat oleh dokter yang secara bebas menentukan pendapat klinis dan pendapat etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar;
 - 5) Pasien berhak meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di rumah sakit tersebut (second opinion) terhadap penyakit yang dideritanya, sepengetahuan dokter yang merawat; “privacy” dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya; mendapat informasi yang meliputi: penyakit yang diderita, tindakan medik yang hendak dilakukan, alternatif terapi, prognosa, perkiraan biaya, pengobatan;
 - 6) Pasien berhak menyetujui/memberikan izin atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter sehubungan dengan penyakit yang dideritanya;
 - 7) Pasien berhak menolak tindakan yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan mengakhiri pengobatan serta perawatan

atas tanggung jawab sendiri sesudah memperoleh informasi yang jelas tentang penyakitnya;

- 8) Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - 9) Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai agama/kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
 - 10) Pasien berhak atas keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit;
 - 11) Pasien berhak mengajukan usul, saran dan perbaikan atas perlakuan rumah sakit terhadap dirinya,
 - 12) Pasien berhak menerima atau menolak bimbingan moril maupun spiritual.
- b. Kewajiban Pasien
- 1) Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata tertib rumah sakit;
 - 2) Pasien berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya;
 - 3) Pasien berkewajiban untuk memberikan informasi dengan jujur dan selengkapny tentang penyakit yang diderita kepada dokter yang merawat;
 - 4) Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan rumah sakit/dokter;
 - 5) Pasien dan atau penanggungnya berkewajiban untuk memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

Hak orang yang akan meninggal

Orang yang akan meninggal berhak diperlakukan sebagaimana manusia yang hidup sampai ajal tiba; mempertahankan harapannya, tidak peduli apapun perubahan yang terjadi; mendapatkan perawatan yang dapat mempertahankan harapannya, mengekspresikan perasaan dan emosinya sehubungan dengan kematian yang sedang dihadapinya; berpartisipasi dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan perawatannya; memperoleh perhatian dalam

pengobatan dan perawatan secara berkesinambungan, walaupun tujuan penyembuhannya harus diubah menjadi tujuan memberikan rasa nyaman; meninggal dalam kesendirian; bebas dari rasa sakit; memperoleh jawaban atas pertanyaannya secara jujur; memperoleh bantuan dari perawat atau medis untuk keluarga yang ditinggalkan agar dapat menerima kematiannya; meninggal dalam damai dan bermartabat; tetap dalam kepercayaan atau agamanya dan tidak diambil keputusan yang bertentangan dengan kepercayaan yang dianutnya; mengharapkan bahwa kesucian raga manusia akan dihormati setelah yang bersangkutan meninggal; memperdalam dan meningkatkan kepercayaannya, apapun artinya bagi orang lain; mendapatkan perawatan dari orang yang profesional, yang dapat mengerti kebutuhan dan kepuasan dalam menghadapi kematian.

11.5 Kode Etik Keperawatan Indonesia

Kode etik keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2000):

1. Perawat dan Klien
 - a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianutserta kedudukan sosial.
 - b. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama klien.
 - c. Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
 - d. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang dikehendaki sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

2. Perawat dan Praktik

- a. Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan melalui belajar terus-menerus.
- b. Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta ketrampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
- c. Perawat dalam membuat keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.
- d. Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.

3. Perawat dan masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.

4. Perawat dan teman sejawat

- a. Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya, dan dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.
- b. Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.

5. Perawat dan Profesi

- a. Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkannya dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan
- b. Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.

- c. Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

Daftar Pustaka

- Abu Huraerah dan Purwanto, (2001). *Dinamika Kelompok : Konsep dan Aplikasi*. Bandung: Refika Aditama
- Aini, N., (2018). *Teori Model Keperawatan: Keperawatan*. UMMPress.
- Akbar, M.A., (2019). *Buku Ajar Konsep-Konsep Dasar Dalam Keperawatan Komunitas*. Deepublish.
- Algorani, E.B., Gupta, V., (2022). *Coping Mechanisms*, StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Ali, Z. H. (2002) "Dasar-Dasar Keperawatan Profesional". Jakarta: Widya Medika.
- Alligood, M. R. (2014) "Nursing theorist and their work, 8th Ed". St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- ANA (2022) The Nursing Process. Available at: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>.
- Ani, M., dkk (2022). *Keterampilan Dasar Kebidanan*. Get Press.
- Asmadi. (2009) "Konsep Dasar Keperawatan", Jakarta: Salemba Empat.
- Aziz Alimul Hidayat, (2004), *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika.
- Aziz Alimul Hidayat. (2008) "Konsep Dasar Keperawatan" Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Babang Robandi. (2019). "Landasan Pendidikan", http://file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PEDAGOGIK/196108141986031-BABANG_ROBANDI/LPPOLRI.pdf,

- Bektas, F. and Nalcaci, A. (2012) "The relationship between personal values and attitude towards teaching profession" *Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 12(2), pp. 1244–1248.
- Berman, A. T., Snyder, C. and Frandsen MSN, RN, G. E. (2016) *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing, Global Edition, Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing, Global Edition*. Nursing, Global Edition.
- Black M. Joyce dan Hawks hokanson jane, 2014. *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk hasil yang diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Budiono. (2016) "Konsep Dasar Keperawatan", Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan (Pusdik SDM). Jakarta.
- Buku Standar Kode Etik Keperawatan 2017-2020, (2017). https://ppid.sumbarprov.go.id/images/2018/09/file/409.%20BUKU_STANDAR_KODE_ETIK_KEPERAWATAN.pdf
- Casman, C. et al. (2020) "Kaleidoskop menuju seperempat abad pendidikan keperawatan di Indonesia", *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 5(1), pp. 115–125. doi: 10.22216/jen.v5i1.4291.
- Center For Disease Control and Prevention. (2007). Recommended adult immunization schedule-United Stated. Atlanta, GA: MMWR, 5, 8–9.
- Chayati, N., dkk, (2021). *Perawatan Pasien dengan Pendekatan Teori-Teori Keperawatan : Bintang Pustaka: (Comfort Kolcaba, Self-Care Deficit Dorothy Orem, The Activities of Living Virginia Henderson, Adaptasi Calista Roy, Faye Glenn Abdellah)*. Bintang Semesta Media.
- Christine. (1997). "Pokok-Pokok Etika Profesi Hukum". Jakarta: PT Pradnya Paramita
- Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., Ayers, D., (2022). *Physiology, Stress Reaction*, in: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
- Cumbie, S. , C. V. , & B. M. (2017). *Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness*. *Advances In Nursing Science*. *Advances In Nursing Science*, 1, 70–80.
- Dai, S., Mo, Y., Wang, Y., Xiang, B., Liao, Q., Zhou, M., Li, X., Li, Y., Xiong, W., Li, G., Guo, C., Zeng, Z., (2020). *Chronic Stress Promotes Cancer*

- Development. *Front. Oncol.* 10, 1492. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01492>
- Darmareja, R., Sihombing, R.M., Mukhoirotin, Haro, M., Sari, T.H., Rantung, J., Wulandari, I.S.M., Suwanto, T., Hutapea, A.D., (2021). *Dasar-Dasar Keperawatan: Konsep untuk Mahasiswa Keperawatan*
- DeLaune, S., & Ladner, P. (2010). *Fundamentals of Nursing: Standards & Practice (Vol. 4th)*. Cengage Learning.
- Depkes RI, 1(985), *Tata laksana Perawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta :Depkes RI
- Dermawan, D. (2013) “Pengantar Keperawatan Profesional” Yogyakarta: Goyen Publisng.
- Dharma, K.K., (2018). *Pemberdayaan Keluarga untuk Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke*. Deepublish.
- Division Of Health Promotion. Education and Communication, H. E. and P. U. (2018). *World Health Organization. Health Promotion Glossary*. Geneva:Author, 12, 45–48.
- Donahue, M. P. (1985) "Nursing: The finest art, an illustrated history". *AJN The American Journal of Nursing*, 85 (12), 1352.
- Dunn. (2015). *High level wellness*. Arlington, Va: R.W. Berry, 5, 1–5.
- Ekawarna, (2021). *Manajemen Konflik dan Stres*. Bumi Aksara.
- Febriana, D. V. (2018). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Fhirawati, F., Sihombing, R. M., Hutapea, A. D., Supinganto, A., Siburian, C. H., Nababan, E. N., . . . Hutagaol, A. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan*. Makassar: Yayasan Kita Menulis.
- Fitzpatrick, J. J. (1989). A life perspective rhythm model. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing (2nd ed., pp. 295–302)*. Norwalk, CT: Appleton Lange.
- Fletcher, K. (2006) “Beyond dualism: Leading out of oppression”. *Nursing Forum*, 41(2), pp. 50–59.
- Guido, G. (2014). *Legal and Ethical Issues in Nursing (6 ed.)*. Pearson.

- Haddad, L. M., & Geiger, R. A. (2021). *Nursing Ethical Considerations*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>
- Hamid, A. Y. S. dan Ibrahim, K. (2017) "Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka, Edisi 8". Singapore: Elsevier.
- Hidayat, A. A. (2007) "Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Edisi 2". Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, AAA. (2004). *Pengantar Konsep Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, Aziz Alimul A. (2007) "Pengantar konsep dasar keperawatan" Edisi 2, Surabaya: Salemba medika.
- Hoeve, Y., Jansen, G. and Roodbol, P. (2013) "The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper". *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 295–309. doi:10.1111/jan.12177.
- Iliyas. (2006) "Kiat Sukses Manajemen Tim Kinerja" Jakarta: Gramedia pustaka utama.
- Indonesia, R. (2009). *Undang - undang Tentang Kesehatan No 36*. Jakarta.
- Indra, D., (2019). *Seni Melupakan dan Berdamai dengan Masa Lalu: Demi Hidup yang Lebih Bahagia*. Anak Hebat Indonesia.
- Jhonson, Jhonson. (2011). *Dinamika Kelompok*. Jakarta. Indeks
- Jujun Suriasumantri. (1982). "Tentang Hakikat Ilmu: Sebuah Pengantar Redaksi," *Ilmu dalam Perspektif*, Jakarta: Gramedia.
- Kasali, Rhenald. (2005) "Change! Manajemen Perubahan dan Manajemen Harapan" Jakarta: Gramedia.
- Khun, T. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kozier, B., Erb, Berman, Snyder. (2010). "Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik" .Ed. 7, Vol 1. Jakarta: EGC

- Kurniati, D., (2019). IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN.
- Kusnanto, (2004), Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional, Jakarta, E G C
- Kusnanto. (2003) "Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional". Jakarta : EGC.
- Law, W. and Arthur, D. (2003) "What factors influence Hong Kong school students in their choice of a career in nursing?". *International Journal of Nursing Studies*, 40(1), pp. 23–32. doi: 10.1016/S0020-7489(02)00029-9
- Lemone Priscilla, B. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Linda Ayu dan Wulandari Putri Resti, Ed.; 5th ed., Vol. 1). Pearson Education.
- Lestari, T. R. P. (2016). "Harapan atas profesi keperawatan di Indonesia". *Kajian*, 19(1), 51-67.
- Levett-Jones, T., Berman, A., Kozier, B., Erb, G. L., Dwyer, T. (2014). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Australian Edition*. Australia: Pearson Higher Education AU.
- Lorig, K., P. Ritter, P., dan V. Gonzales, 2003. Hispanic Chronic disease manajemen a randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, pp. 361-369.
- Maharjan, S., Thapa, M., & Maharjan, B. (2019). Awareness of Nurses on Legal and Ethical Aspects of Nursing in Selected Hospitals of Lalitpur. *International Journal of Health Systems and Implementation Research*, 3(2), 25-32.
- Marquis, Bessie L. dan Carol J. Huston. (2009) "Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application", 6th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Marriner Ann (1986) *Nursing Theorists and Their Work*, Toronto: Mosby Company
- McLeod, S. (2022). Maslow's Hierarchy od Needs . *Simply Psychology*.
- Medika, I. (2021). Perawat: Lengkap! Berikut peran dan fungsi perawat yang wajib dimiliki. <https://blogs.insanmedika.co.id/peran-dan-fungsi-perawat/>.

- Miller, C. (2000). *Coping with Chronic Illness. Overcoming Powerlessness* (3rd Ed). Philadelphia: F.A. Davis, 6, 453–456.
- Minannisa, C. (2020) ‘KONSEP DASAR DAN LANGKAH-LANGKAH PROSES KEPERAWATAN’, *osfpreprints*. doi: 10.31219/osf.io/c2syw.
- Murharyati, A., dkk (2021). *Keperawatan Jiwa Mengenal Kesehatan Mental*. Ahlimedia Book.
- Mustayah, Kasiati, Retnowati, L., (2022). *Bahan Ajar Psikologi untuk Keperawatan*. Penerbit NEM.
- Nevid, J.S., M., Chozim, M., Rizal, (2021). *Psikologi dan Kesehatan: Konsepsi dan Aplikasi Psikologi*. Nusamedia.
- Ni Ketut. (2009). “Etika Profesi dan Hukum Keperawatan”. Yogyakarta, Pustaka Baru Press.
- Nursalam. (2001) “Proses dan Dokumentasi keperawatan konsep dan praktek” Jakarta: Salemba medika.
- Nursing Theories (2022) Human-To-Human Relationship Model. Retrieved June 29, 2022, from https://www.currentnursing.com/nursing_theory/Joyce_Travelbee.html
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2000). *Kode Etik Keperawatan Indonesia*. PPNI. Retrieved 3 Juli 2022 from https://ppni-inna.org/doc/ADART/KODE_ETIK_KEPERAWATAN_INDONESIA.pdf
- Potter dan Perry. (2010) "Fundamental Keperawatan, Buku 1, Edisi ke-7". Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P. A. and Perry, A. G. (2011) *Fundamental Keperawatan*. 7th edn. Singapore: Elsevier.
- Potter, P. A. et al. (2019) *FUNDAMENTALS OF NURSING 8th Edition*, Journal of Interprofessional Care.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A., (2021). *Potter & Perry’s Essentials of Nursing Practice*, Sae, E Book. Elsevier Health Sciences.
- PPNI (2018) ‘Standar Intervensi Keperawatan Indonesia’, in. Jakarta: DPP PPNI Pusat.

- Pratiwi, A & Utami, Y.N. (2010) “Pembinaan dan Pendampingan Pimpinan Keperawatan dalam Melaksanakan Peran dan Fungsi Manajemen pada Kepala Ruang di RS PKU Muhammadiyah Surakarta” *Warta*, 13, 37-4.
- Presiden RI. (2014). Undang-Undang RI no. 38 tahun 2014 tentang keperawatan. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Rice, V.H., (2012). *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice*. SAGE.
- Rismasophie, dan Ferdinand Zaviera. (2007) “Teori Kepribadian Sigmund Freud”, Jakarta: Rineka Cipta.
- Risnah, R., & Irwan, M. (2021). *Falsafah dan Teori Keperawatan dalam Integrasi Keilmuan*. Makassar: Alauddin Universty Press.
- Roy, C., (1976). *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*. Prentice-Hall.
- Roy, C., Andrews, H.A., (1999). *The Roy Adaptation Model*. Appleton & Lange.
- Russell, G., Lightman, S., (2019). The human stress response. *Nat. Rev. Endocrinol.* 15, 525–534. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0228-0>
- Santosa, S. (2004). *Dinamika Kelompok*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Saputra, A. (2021). Tips kesehatan: Mengenal peran dan fungsi perawat yang perlu diketahui. <https://aido.id/health-articles/mengenal-peran-dan-fungsi-perawat-yang-perlu-diketahui/detail>.
- Scillinger, D. , K. G. J. P. dkk. (2022). Association of health literacy with diabetic outcomes”. *Journal of the American Medical Association*. *Journal of the American Medical Association*, 4, 475–482.
- Sebastian, I. (2020). Apa itu caregiver? Simak peran dan tugasnya. <https://mhomecare.co.id/blog/caregiver/>.
- Selye, H., (2013). *Stress in Health and Disease*. Butterworth-Heinemann.
- Silalahi, L.E., dkk (2022). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Yayasan Kita Menulis.
- Simanullang, R., Situmorang, P.C., (2020). *Managemen Stres di Tengah Dampak Covid-19*. GUEPEDIA.
- Slamet Santosa, (2006). *Dinamika Kelompok*, Jakarta ; Bumi Aksara

- Smeltzer, S.C.O., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H., (2010). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, 2017. The idea Of Health. New York:. Teachers Collage Press, pp. 256-258.
- Soerjono Soekanto. (2012). Sosiologi Suatu Pengantar. Jakarta : Raja Grafindo Pesada
- Stonehouse, D. (2017) 'Understanding the nursing processe', British jurnal of helath care asistance. doi: <https://doi.org/10.12968/bjha.2017.11.8.388>.
- Suriasumantri, J. S. (2007). "Filsafat ilmu". Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Suyanto. (2009) "Urgensi Pendidikan Karakter". Direktorat Jendral Pendidikan Dasar Kementrian Pendidikan Nasional.
- Swanburg. C. Russell. (2000) "Pengantar kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Untuk Perawat Klinis", Alih Bahasa Samba.Suharyati. Jakarta: EGC.
- Swanburg. C. Russell. Alih Bahasa Waluyo. Agung & Asih. Yasmin. (2001) "Pengembangan Staf Keperawatan, Suatu Komponen Pengembangan SDM. Jakarta: EGC.
- Taufiqurrohman, (2015). Berdamai Dengan Stress. Pusat Ilmu.
- Tendean, A.F., (2020). Stress And Coping Mechanism Among Profesi Ners Students Universitas Klabat. Nutr. J. 4, 54. <https://doi.org/10.37771/nj.Vol4.Iss1.424>
- Tomey Marriner A., Alligood Martha R. (2006) Nursing Theorist and Their Work, 6th Ed. Toronto: Mosby Company
- Tomey, A.M., Alligood, M.R., (2013). Nursing Theory Pageburst on Kno Retail Access Code: Utilization & Application. Elsevier Science Health Science.
- Toney-Butler, T. J. T. and Thayer., J. M. (2022) 'Nursing Process', StatPearls Publishing LLC. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>.
- Torres Gertrude (1986) Theoretical Foundation Of Nursing. USA: Appleton Lange

- Travis, J. W., dan R.S. Ryan. 2015 . keperawatan medikal bedah. Berkeley: Ten speed press.
- Tsigos, C., Kyrou, I., Kassi, E., Chrousos, G.P., (2020). Stress: Endocrine Physiology and Pathophysiology, Endotext [Internet]. MDText.com, Inc.
- U.S. Departemen Of Health and Human Services. (2019). Clinician’s Handbook of Preventive. Washington, DC: U.S. Gonverment Printing Office, 3, 20–27.
- Utami, N. (2016). Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia,.
- Vera, M. (2022) Nursing Diagnosis Guide and List: All You Need to Know to Master Diagnosing, nurseslabs. Available at: <https://nurseslabs.com/nursing-diagnosis/>.
- Wahyuni, S. (2021). Etika Keperawatan Dan Hukum Kesehatan. Lovrinz Publishing.
- Widiyawati, W., (2020). Keperawatan Jiwa. Literasi Nusantara.
- Wijaya, Y., Yudhawati, N., & Andriana, K. (2022). PERAN ETIKA DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL. Nursing Ethics, 21(III), 1-8.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T.P., Sahebkar, A., (2017). The impact of stress on body function: A review. EXCLI J. 16, 1057–1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>

Biodata Penulis



Mayer Derold Panjaitan, S.Kp., M.Kep., lahir di Medan pada tanggal 27 Mei 1975, dari pasangan Herbert Panjaitan (Ayah) dan Naormin Gultom (Ibu). Menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan di Universitas Advent Indonesia Bandung, pada tahun 1997. Bekerja di Rumah Sakit Advent Bandarlampung sebagai perawat pelaksana dan sebagai perawat penanggungjawab di ruang perawatan medikal-bedah, ICU dan UGD sampai tahun 2008. Sambil bekerja di Rumah Sakit Advent Bandarlampung, menyelesaikan pendidikan S1 dan meraih gelar Sarjana Keperawatan dari Universitas Advent Indonesia Bandung pada tahun 2005. Kemudian bergabung dalam dunia pendidikan di Akademi Keperawatan Surya Nusantara Pematangsiantar, sebagai dosen pada tahun 2009-2021. Tahun 2015 mendapat kesempatan Tugas belajar melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta, dan selesai pada tahun 2017. Februari 2022 sampai sekarang bekerja di rumah sakit Advent Medan, sebagai ketua Komite Mutu dan Diklat. April 2022 staff pengajar Stikes Horizon Karawang, prodi sarjana keperawatan. Saat ini sedang menyelesaikan studi Program S3 Teologi di STT Sumatera Utara. Selain mengajar, penulis juga aktif di organisasi PPNI.



Darmayanti lahir di Cimahi, pada 9 Juli 1983, karier dalam bidang keperawatan dimulai dengan menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan RS. Dustira, S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Jenderal Achmad Yani, dan menyelesaikan program Magister Keperawatan di Universitas Padjajaran. Saat ini bekerja sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) di bawah Kementerian Pertahanan dan Keamanan dengan unit kerja di RS.

Dustira dan merupakan Dosen di Prodi D III Keperawatan STIKes RS. Dustira.



Martalina Limbong, S.Kp., M.Kep., CH merupakan Dosen pengajar pada Program Diploma III (D III) Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis lahir di Sei lebah, pada 3 Maret 1980. Jenjang akademik penulis, pertama dimulai dengan menempuh Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus tahun 2003. Penulis melanjutkan studinya tahun 2012 Program Magister di Universitas Sumatera Utara (USU) Medan dan saat ini penulis sedang menyelesaikan pendidikan Program Doktorat Theologia di Sekolah Tinggi Theologia Sumatera Utara (STTSU) dengan konsentrasi keilmuwan

Pastoral.

Pengalaman di dunia profesi, penulis mulai dengan bekerja sebagai Perawat di Rumah Sakit Advent Medan (RSAM) sejak Tahun 2004-2005. Sejak 2005 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar. Pada Tahun 2007 penulis telah memiliki Jabatan Fungsional sebagai Asisten Ahli (2007) dan tahun 2012 dengan Jabfung Lektor. Pada tahun 2017 akhirnya penulis dinyatakan lulus sertifikasi dosen dan dinyatakan sebagai Dosen Profesional pada ilmu keperawatan. Penulis dipercayakan sebagai Ketua Jurusan Keperawatan pada tahun 2019. Sebagai Dosen profesional penulis aktif dalam melakukan penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) dan mengikuti seminar dan workshop baik secara nasional dan secara Internasional yang. Hasil karya baik berupa prosiding, jurnal dan buku yang tercatat di Googlescholar dan Sinta. Silahkan kunjungi

<https://scholar.google.com/citations?user=rgZwVaEAAAJ&hl=en>.



Keperawatan.

Melva E.M. Manurung lahir di Tanjung Pasir Kecamatan Parmaksian Kabupaten Toba Sumatera Utara pada 30 Maret 1984. Tercatat sebagai lulusan Universitas Sumatera Utara. Wanita yang kerap disapa Melva ini adalah anak dari pasangan Derman Manurung (ayah) dan Berliana Sibuea (ibu). Melva E.M. Manurung Angelista adalah seorang tenaga pengajar pada STIKes Arjuna Program Studi D3



Keperawatan dan menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Inonesia (2005). Penulis kembali mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia (2021).

Rini Rahmasari lahir di Jakarta, pada 11 Oktober 1978. Ia tercatat sebagai Dosen Keperawata Medikal Bedah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sumber Waras Jakarta Barat sejak tahun 2019. Sebelumnya ia bekerja sebagai Head of Nursing Development Departement di Mayapada Hospital Tangerang.

Jenang akademik penulis, pertama kali dimulai dengan menempuh Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan RS Pelni Petamburan Jakarta Barat (2000). Penulis melanjutkan studi Sarjana



Pacific Indonesia Pekanbaru. Posisi terakhir sebagai HES Spesialis, dan

Dr. Sedia Simbolon, MAN. Lahir di Samsir pada tanggal 6 April 1961. Menyelesaikan BSc tahun 1985 dari Universitas Advent Indonesia. Pendidikan Master of Art in Nursing Administration dari Adventist International Institute of Advanced Studies (AIAS) Philippine tahun 1999, dan menyelesaikan Pendidikan S3 Manajemen Keperawatan dari Universitas Indonesia (UI) pada tahun 2018. Tahun 1986 – 2004 bekerja di Rumah Sakit PT. Caltex

kemudian tahun 2004 – 2006 mengajar di Akademi Keperawatan dan Kebidanan Dharma Husada Pekanbaru, Tahun 2007 mengajar di STIKES Achmad Yani Cimahi dengan posisi sebagai Kaprodi Profesi Ners, tahun 2008-2010 mengajar di Akademi Keperawatan Pematangsiantar dengan posisi sebagai Direktur, tahun 2011 – 2015 sebagai dosen di Fakultas Ilmu Keperawatan di Universitas Pelita Harapan (UPH), dan tahun 2019-sekarang sebagai Pimpinan Perguruan Tinggi Advent Surya Nusantara, dan merangkap sebagai Direktur Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis aktif di organisasi Profesi (PPNI) sejak tahun 1986 sampai sekarang, dan telah mempunyai publikasi di jurnal terindeks scopus dan Sinta 1, juga beberapa artikel di jurnal nasional ber ISSN. Juga aktif dalam mengikuti International Nursing Conference



Lahir di Fak-Fak pada 9 Agustus 1980. Abigail adalah lulusan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners dari Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan juga menyelesaikan S2 keperawatannya di The Philippine Women's University (PWU) Manila. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Klabat (UNKLAB) Manado, Sulawesi Utara



Sri Yulianti lahir di Luwuk, pada tanggal 27 Juni 1989. Lulusan Sarjana Keperawatan dan Profesi keperawatan di Universitas Katolik De La Salle Manado tahun 2012. Pada tahun 2014 melanjutkan Pendidikan Pacsas Sarjana Magister Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dan lulus pada tahun 2016.

Pernah mengajar Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Anak, Ilmu Dasar Keperawatan dan Falsafah dan Teori Keperawatan serta sebagai pembimbing dan penguji Skripsi di Stikes Widya Nusantara Palu sampai tahun 2021. Pada tahun 2021

lolos pendanaan penelitian dosen pemula dari Kemenristekdikti dan pada tahun yang sama mendapatkan kesempatan sebagai dosen pembimbing Program Kreativitas Mahasiswa Pengabdian Masyarakat dengan lolos pendanaan dari Kemenristekdikti. Sejak tahun 2016 sampai tahun 2021 tercatat sebagai dosen tetap di STIKes Widya Nusantara Palu. Wanita yang kerap kali disapa Yuli ini adalah anak pertama dari pasangan Syukisman Binaba (Ayah) dan Sulasmani (Ibu). Alamat email: yuliantisri8930@gmail.com



Dadang Darmawan lahir di Bandung, 10 Juli 1972. Lulusan Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran Bandung Peminatan Promosi Kesehatan. Pengajar di Sekolah Tinggi Kesehatan RS. Dustira Cimahi program studi Keperawatan.



Dwi Kartika Rukmi, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp.Kep.MB merupakan lulusan sarjana keperawatan dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, dan lulusan magister keperawatan serta spesialis keperawatan medical bedah dari Universitas Indonesia. Saat ini Dwi merupakan salah satu dosen aktif pada prodi ilmu keperawatan dan profesi ners di Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta. Dwi memiliki ketertarikan riset pada neurologi, onkologi, dan HIV/AIDS. Selain aktif mengajar, Dwi juga aktif dalam berbagai organisasi baik nasional maupun internasional seperti International AIDS Society (IAS), Communication Sub-group International Council of Nurses, HIPMEBI, dan Sigma Theta Tau International Society Nursing.

PENGANTAR KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Penyusunan buku Pengantar Konsep Dasar Keperawatan ini bertujuan untuk menginformasikan kepada perawat, pendidik dan mahasiswa keperawatan tentang teori keperawatan yang dapat dijadikan sebagai acuan/landasan dalam memberikan asuhan keperawatan dan melakukan penelitian. Harapan dengan adanya buku ini dapat menambah wawasan dan penguasaan pembaca dalam melakukan asuhan keperawatan yang holistic dan asuhan yang diberikan mampu meningkatkan kualitas mutu asuhan keperawatan di Indonesia secara khusus.

Buku Pengantar Konsep Dasar Keperawatan ini memuat pengetahuan tentang:

- Bab 1 Falsafah dan Paradigma Keperawatan
- Bab 2 Sejarah Keperawatan di Dunia
- Bab 3 Proses Keperawatan Sebagai Konsep Dasar Keperawatan
- Bab 4 Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan
- Bab 5 Perubahan dalam Konsep Keperawatan
- Bab 6 Peran Fungsi dan Tugas Keperawatan
- Bab 7 Model Konsep dan Teori Keperawatan
- Bab 8 Konsep Stres dan Adaptasi
- Bab 9 Konsep Sehat dan Sakit
- Bab 10 Dinamika Kelompok dalam Keperawatan
- Bab 11 Aspek Legal dan Etik dalam Pelayanan Keperawatan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

