

**ILMU
KEPERAWATAN
DASAR**

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
tentang Hak Cipta

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus 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 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).
3. 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).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Ns. Lisavina Juwita, S.Kep., M.Kep., dkk.

ILMU KEPERAWATAN DASAR

Penulis:

Ns. Lisavina Juwita, S.Kep., M.Kep., Ns. Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., M.Kep.
Ns. Yenny Safitri, S.Kep., M.Kep., Ns. Dwi Yogo Budi Prabowo, S.Kep., M.Kep.
Ns. Wiwit Febrina, S.Kep., M.Kep., Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, S.Kep. M.Kep.
Ns. Rahmawati Raharjo, S.Kep., M.Kes., Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep. M.Kep.
Ns. Maya Fadlilah, S.Kep., M.Kep., Ns. Fitria Nola Rezkiki, S.Kep., M.Kep.
Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep., Ns. Antonia Helena Hamu, S.Kep., M.Kep.
Ns. Ratna Dewi, S.Kep., M.Kep.

ISBN:

978-623-6428-60-3

Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.

Tata Letak:

Nur Azizah

Desain Sampul:

Ananda Ramadhani

Penerbit:



DOTPLUS Publisher

Jln. Penepak RT 12 RW 06, Bengkalis-Riau, 28771

No. Telp/HP: +62 813 2389 9445

Email: redaksidotplus@gmail.com

www.dotpluspublisher.co.id

Cetakan Pertama, Juni 2022

xiv + 301 hal ; 15,5 x 23 cm

© Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit



KONTRIBUTOR

**Ns. Lisavina Juwita, S.Kep.,
M.Kep.**

*Universitas Fort De Kock
Bukittinggi*

**Ns. Imelda Rahmayunia Kartika,
S.Kep., M.Kep.**

*Universitas Fort De Kock
Bukittinggi*

Ns. Yenny Safitri, S.Kep.,M.Kep.

*Universitas Pahlawan Tuanku
Tambusai*

**Ns. Dwi Yogo Budi Prabowo,
S.Kep., M.Kep.**

*Akademi Keperawatan Rumkit TK
III Manado*

**Ns. Wiwit Febrina, S.Kep.,
M.Kep.**

*Universitas Fotr De Kock
Bukittinggi*

**Ns. I Gusti Ayu Putu Satya
Laksmi, S.Kep., M.Kep.**

STIKES Wira Medika Bali

**Ns. Rahmawati Raharjo, S.Kep.,
M.Kes.**

Universitas Bakti Indonesia

**Ns. Whaisna Switaningtyas,
S.Kep., M.Kep.**

IHC RS Lavalette

**Ns. Maya Fadlilah, S.Kep.,
M.Kep.**

*Institut Ilmu Kesehatan dan
Teknologi Muhammadiyah
Palembang*

**Ns. Fitria Nola Rezkiki, S.Kep.,
M.Kep.**

*Universitas Fort De Kock
Bukittinggi*

**Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep.
Holding PT. Perkebunan Nusantara**

**Ns. Antonia Helena Hamu,
S.Kep., M.Kep.**

Poltekkes Kemenkes Kupang

Ns. Ratna Dewi, S.Kep., M.Kep.

*Universitas Fort De Kock
Bukittinggi*



PRAKATA EDITOR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk bunga rampai dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Bunga rampai ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan **Ilmu Keperawatan Dasar**.

Sistematika buku Ilmu Keperawatan Dasar ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan bunga rampai ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya. Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada **Penerbit DOTPLUS PUBLISHER** sebagai inisiator bunga rampai ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bengkalis, 8 Mei 2022

Editor

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.



DAFTAR ISI

KONTRIBUTOR	v
PRAKATA EDITOR	vii
DAFTAR ISI	ix

BAB 1 STANDAR PROFESIONAL DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN 1

Oleh: Ns. Lisavina Juwita, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan	1
B. Konsep Dasar Tentang Standar Profesional dalam Pelayanan Keperawatan	2
C. Standar Praktik Keperawatan.....	2
D. Standar Kinerja Profesional	10
Rangkuman	16
Daftar Pustaka.....	17

BAB 2	KEPERAWATAN SEBAGAI PROFESI DAN ORGANISASI PROFESI KEPERAWATAN	19
	Oleh: Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.	
A.	Pendahuluan	19
B.	Keperawatan sebagai Profesi	20
C.	Tren Isu Profesionalisme Keperawatan.....	24
D.	Profesionalisme Keperawatan di Masa Depan.....	26
E.	Organisasi Profesi Keperawatan	27
	Rangkuman	30
	Daftar Pustaka.....	30
BAB 3	SISTEM DAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN	33
	Oleh: Ns. Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., M.Kep.	
A.	Pendahuluan	34
B.	Konsep Mutu dalam Pelayanan Kesehatan	34
C.	Manajemen Mutu dalam Pelayanan Keperawatan .	40
D.	Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan.....	41
E.	Intrumen Pengukuran Mutu Pelayanan Keperawatan.....	50
	Rangkuman	52
	Daftar Pustaka	52
BAB 4	ETIKA KEPERAWATAN	55
	Oleh: Ns. Maya Fadlilah, S.Kep., M.Kep.	
A.	Pendahuluan	55
B.	Konsep Etika, Nilai dan Norma	56

C. Pendekatan Etika	60
D. Teori Etika	62
E. Konsep dan Prinsip Etika Keperawatan	64
Rangkuman	68
Daftar Pustaka	69
BAB 5 DASAR-DASAR KEPERAWATAN.....	71
Oleh: Ns. Yenny Safitri, S.Kep., M.Kep.	
A. Pendahuluan	72
B. Konsep Paradigma Keperawatan	72
C. Konsep Manusia	76
D. Konsep Lingkungan	77
E. Konsep Sehat Sakit	78
F. Konsep Keperawatan	81
G. Konsep Asuhan Keperawatan	81
H. H.Sejarah Perkembangan Keperawatan	85
I. Konsep Caring.....	92
J. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia.....	94
Rangkuman	101
Daftar Pustaka.....	102
BAB 6 KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN.....	103
Oleh: Ns. Fitria Nola Rezkiki, S.Kep., M.Kep.	
A. Pendahuluan	104
B. Konsep Dasar Komunikasi dalam Keperawatan.....	105
C. Karakteristik Perawat dalam Komunikasi Keperawatan.....	114
D. <i>Self Awareness</i> (Kesadaran Diri).....	116

E. Tahapan Komunikasi Terapeutik.....	120
F. Strategi Komunikasi Terapeutik.....	123
G. Hambatan Komunikasi Terapeutik.....	127
Rangkuman	132
Daftar Pustaka	133
BAB 7 PROSES ASUHAN KEPERAWATAN.....	135
Oleh: Ns. Dwi Yogo Budi Prabowo, S.Kep., M.Kep.	
A. Pendahuluan	135
B. Proses Keperawatan	136
Rangkuman	153
Daftar Pustaka.....	154
BAB 8 TEORI KEPERAWATAN	155
Oleh: Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep.	
A. Pendahuluan	155
B. Teori Keperawatan	156
Rangkuman	188
Daftar Pustaka	188
BAB 8 KONSEP MANUSIA DAN KEBUTUHAN DASAR	
MANUSIA.....	193
Oleh: Ns. Wiwit Febrina, S.Kep., M.Kep.	
A. Pendahuluan	193
B. Konsep Manusia	194
C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia	195
Rangkuman	206
Daftar Pustaka	206

BAB 10 KONSEP SEHAT SAKIT DAN STRES ADAPTASI 209

Oleh: Ns. Antonia Helena Hamu, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan	209
B. Konsep Sehat Sakit	210
C. Konsep Stres Adaptasi.....	216
Rangkuman	224
Daftar Pustaka.....	225

**BAB 11 KONSEP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN
MANUSIA..... 227**

**Oleh: Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, S.Kep.,
M.Kep.**

A. Pendahuluan	228
B. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan.....	229
C. Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan	230
D. Pengertian Perkembangan	233
E. Aspek-Aspek Perkembangan	234
F. Ciri-Ciri Tumbuh Kembang	235
G. Prinsip–Prinsip Perkembangan	238
H. Gangguan Tumbuh Kembang	239
I. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak (DDTK)	241
J. Teori Perkembangan.....	243
Rangkuman	245
Daftar Pustaka.....	246

**BAB 12 KONSEP DASAR PEMBERIAN OBAT-OBATAN
DALAM KEPERAWATAN 247**

Oleh: Ns. Ratna Dewi, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan	248
----------------------	-----

B. Konsep Dasar Pemberian Obat-Obat dalam Keperawatan	249
C. Penggolongan Obat	252
D. Prinsip Pemberian Obat dalam Keperawatan	254
E. Peran Perawat dalam Pemberian Obat	257
F. Keselamatan dalam Pemberian Obat	257
G. Medication Errors	258
Rangkuman	259
Daftar Pustaka.....	259

BAB 13 DOKUMENTASI KEPERAWATAN DAN FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN	261
---------------------------------	------------

Oleh: Ns. Rahmawati Raharjo, S.Kep., M.Kes.,

A. Pendahuluan	261
B. Dokumentasi Keperawatan	262
C. Model Dokumentasi Keperawatan	265
D. Proses Asuhan Keperawatan	270
E. Format Laporan Asuhan Keperawatan Berdasarkan Format Gordon.....	276
Rangkuman	285
Daftar Pustaka.....	286

BIOGRAFI EDITOR DAN PENULIS.....	289
---	------------



BAB 1

STANDAR PROFESIONAL DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Lisavina Juwita, S.Kep., M.Kep.
Universitas Fort De Kock Bukittinggi

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Dasar tentang Standar Professional dan Pelayanan Keperawatan
2. Untuk Memahami Standar Praktik Keperawatan
3. Untuk Memahami Standar Kinerja Profesional

A. Pendahuluan

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (UU RI No 38, 2014). Dalam pemberian asuhan kepada

pasien, standar profesional sangat dibutuhkan dalam pemberian pelayanan keperawatan. Standar profesional menggambarkan kompetensi tingkat perawatan di setiap tahapan proses keperawatan. Dengan adanya standar diharapkan tujuan dan kinerja perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dapat dicapai. Tujuan utama dari standar profesional adalah untuk mengarahkan dan memelihara kompetensi pelayanan keperawatan yang aman dan tepat pada praktik klinik (Davis, 2014).

B. Konsep Dasar Tentang Standar Profesional dalam Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik sehat maupun sakit (UU RI No 38, 2014) tentang keperawatan. Dalam memberikan pelayanan, seorang tenaga kesehatan khususnya perawat memerlukan standar praktik. Standar profesional dalam praktik keperawatan memiliki ruang lingkup yang terdiri dari standar praktik profesional dan standar kinerja profesional.

C. Standar Praktik Keperawatan

Ruang lingkup praktik keperawatan menggambarkan “siapa”, “apa”, “dimana”, “kapan”, “mengapa”, dan “bagaimana” praktik keperawatan. Hal ini memberikan gambaran lengkap tentang praktik keperawatan yang dinamis dan kompleks. Untuk menjawab ruang lingkup praktik keperawatan diatas maka dibutuhkan adanya standar

praktik keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Standar adalah pernyataan otoritatif dari tugas dan wewenang perawat, terlepas dari peran, populasi atau spesialisasi, dan diharapkan untuk bekerja secara kompeten. (Hollweg & Hill, 2003). Standar praktik menggambarkan tingkat asuhan keperawatan yang kompeten, ditunjukkan oleh model berpikir kritis yang dikenal sebagai proses keperawatan. Standar praktek keperawatan merupakan komitmen dari profesi keperawatan yang dilakukan oleh anggota profesi keperawatan dalam rangka melindungi masyarakat terhadap praktik keperawatan. Standar praktek ini meliputi proses keperawatan yang terdiri dari tahapan pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan meliputi tindakan signifikan yang diambil oleh perawat dan membentuk dasar pengambilan keputusan oleh perawat (Utami Ngesti W, Agustine Uly, 2016).

1. Standar 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Perawat mengumpulkan data dan informasi terkait kesehatan klien dan situasi yang dialami klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Pengkajian keperawatan memiliki tujuan menetapkan data dasar tentang tingkat status kesehatan klien dan digunakan untuk merumuskan masalah keperawatan klien dan rencana tindakan yang akan dilakukan kepada klien.

a. Kriteria Struktur

- 1) Metode pengumpulan data dilakukan secara sistematis dan lengkap dan menjaga kerahasiaan.
- 2) Tatanan praktik memiliki system pengumpulan data keperawatan yang merupakan bagian dari system pencatatan pengumpulan data klien

- 3) Sistem pencatatan secara singkat, akurat, menyeluruh dan berkesinambungan.
 - 4) Sistem penyimpanan data tersedia dalam tatanan praktik.
 - 5) Tersedianya sarana dan lingkungan yang mendukung.
- b. Kriteria Proses
- 1) Proses pengumpulan data dapat dilakukan dengan beberapa metode yaitu melalui proses wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (uji laboratorium, uji diagnosis) dan catatan lainnya.
 - 2) Sumber data dapat berasal dari pasien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, catatan rekam medis dan lainnya.
 - 3) Selama proses pengumpulan data, partisipasi pasien dan keluarga sangat diharapkan.
 - 4) Data yang dikumpulkan dalam tahap ini mulai dari status kesehatan klien saat ini, status kesehatan dahulu, status fisiologis, status psikologis, status sosio kultural, status spiritual, respon terhadap terapi, harapan dan risiko masalah yang mungkin terjadi
- c. Kriteria Hasil
- 1) Analisa dan dokumentasi sesuai format dan standar yang ada.
 - 2) Data yang didapatkan adalah data yang akurat, relevan dengan kebutuhan klien.

2. Standar 2. Diagnosis

Diagnosis merupakan kegiatan yang dilakukan perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami klien. Dalam tahap ini, perawat menganalisis data – data yang didapatkan dari pengkajian

terkait dengan kondisi klien, untuk menentukan masalah kesehatan klien apakah masalah aktual, potensial atau promosi kesehatan. Tahap ini merupakan dasar pengembangan rencana intervensi keperawatan untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan penyembuhan klien serta pemulihan kesehatan klien.

a. Kriteria Struktur

- 1) Perawat dan klien melakukan validasi diagnosis keperawatan
- 2) Tataan praktik memfasilitasi adanya mekanisme pertukaran informasi tentang hasil penelitian yang digunakan untuk menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat.
- 3) Tataan praktik memberikan akses sumber – sumber dan program pengembangan profesional
- 4) Terdapat pendokumentasian yang sistematis tentang diagnosis pasien

b. Kriteria Proses

- 1) Proses penegakan diagnosis keperawatan dimulai dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis keperawatan.
- 2) Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (P), penyebab (E), tanda/gejala (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE).
- 3) Validasi diagnosis keperawatan dilakukan perawat dengan bekerjasama dengan klien dan petugas kesehatan lainnya.
- 4) Perawat melakukan pengkajian ulang dan revisi diagnosis sesuai dengan data terbaru yang ditemukan.

c. Kriteria Hasil

- 1) Klien memvalidasi diagnosis keperawatan yang dirumuskan

- 2) Teman sejawat menerima diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan sebagai diagnosis yang relevan dan signifikan.
- 3) Diagnosis keperawatan didokumentasikan dengan baik yang bertujuan untuk memudahkan perencanaan, implementasi dan evaluasi serta jika dibutuhkan untuk penelitian.

3. Standar 3. Perencanaan

Setelah menegakan diagnosis keperawatan, perawat membuat perencanaan dengan menetapkan outcome/hasil yang ingin dicapai, dan juga rencana intervensi yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien dan meningkatkan kesehatan klien. Perencanaan dikembangkan berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

a. Kriteria Struktur

- 1) Tersedia sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk menyusun perencanaan.
- 2) Tersedia mekanisme pencatatan/ pendokumentasian yang baik sehingga memudahkan dalam komunikasi antara teman sejawat dan tenaga professional lainnya.

b. Kriteria Proses

- 1) Tahap perencanaan terdiri dari menetapkan prioritas masalah, memnuat tujuan dan rencana tindakan keperawatan.
- 2) Selama proses membuat perencanaan, perawat dapat bekerjasama dengan klien sesuai dengan kebutuhan klien.
- 3) Perencanaan bersifat individual (klien sebagai individu, keluarga atau kelompok)
- 4) Rencana keperawatan didokumentasikan

c. Kriteria Hasil

- 1) Tersusunnya rencana asuhan keperawatan klien
- 2) Perencanaan menggambarkan penyelesaian masalah keperawatan (diagnosis keperawatan)
- 3) Perencanaan didokumentasikan dalam format yang singkat dan mudah ditemukan
- 4) Perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan.

4. Standar 4. Implementasi/ Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tahap ini menggambarkan aktivitas yang dilakukan perawat sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan diawal. Implementasi keperawatan dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah disusun. Dalam proses ini diharapkan partisipasi pasien untuk mencapai hasil yang diharapkan.

a. Kriteria struktur

- 1) Tersedianya sumber daya untuk implementasi
- 2) Tersedianya tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Adanya mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara berkala
- 4) Adanya pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis tenaga keperawatan.
- 5) Adanya system konsultasi keperawatan.

b. Kriteria Proses

- 1) Perawat bekerjasama dengan klien selama proses tindakan keperawatan.

- 2) Perawat berkolaborasi dengan profesi kesehatan lainnya yang bertujuan meningkatkan status kesehatan klien.
 - 3) Tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
 - 4) Perawat mensupervisi tenaga keperawatan yang berada dibawah tanggung jawabnya.
 - 5) Perawat menjadi koordinator dan melakukan advokasi pada klien untuk mencapai tujuan.
 - 6) Menyampaikan informasi kepada klien mengenai status kesehatan dan fasilitas – fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
 - 7) Melakukan edukasi kesehatan pada klien dan keluarga mengenai konsep dan keterampilan perawatan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakannya.
 - 8) Melakukan pengkajian ulang dan merevisi tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.
- c. Kriteria Hasil
- 1) Tindakan keperawatan dan respon klien terdokumentasi secara sistematis.
 - 2) Klien dapat menerima tindakan keperawatan.
 - 3) Ada bukti yang terukur mengenai pencapaian tujuan.

5. Standar 5. Evaluasi

Setelah melakukan implementasi, perawat melakukan evaluasi dan menilai sejauh mana tujuan perawatan tercapai.

a. Kriteria Struktur

- 1) Tersedianya sarana dan lingkungan yang mendukung terlaksananya proses evaluasi.
- 2) Adanya akses informasi yang dapat digunakan perawat dalam menyempurnakan perencanaan.
- 3) Adanya supervisi dan konsultasi untuk membantu perawat melakukan evaluasi secara efektif dan mengembangkan alternatif perencanaan.

b. Kriteria Proses

- 1) Menyusun perencanaan dari hasil evaluasi secara komprehensif.
- 2) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan pencapaian tujuan.
- 3) Melakukan validasi dan analisis data baru dengan teman sejawat dan klien.
- 4) Bekerjasama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- 5) Melakukan pendokumentasian hasil evaluasi dan modifikasi perencanaan keperawatan.
- 6) Melakukan supervise dan konsultasi klinik

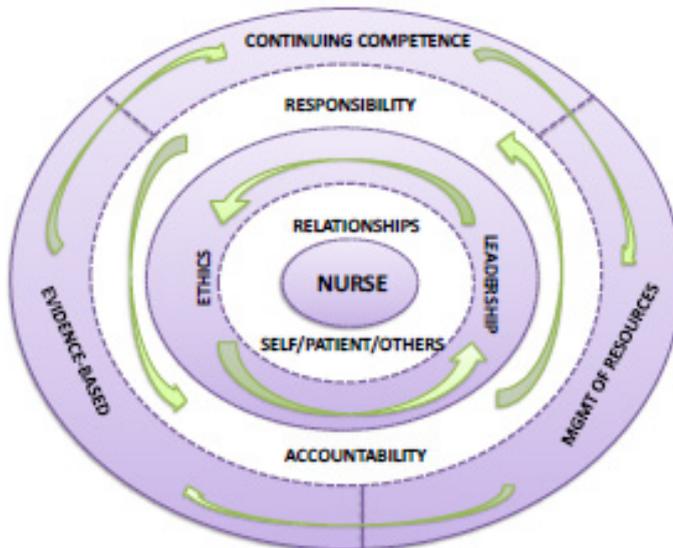
c. Kriteria Hasil

- 1) Didapatkan hasil revisi data, diagnosis dan rencana tindakan keperawatan berdasarkan evaluasi.
- 2) Klien berpartisipasi dalam proses evaluasi dan revisi rencana tindakan selanjutnya.

- 3) Hasil evaluasi digunakan dalam pengambilan keputusan.
- 4) Evaluasi tindakan didokumentasikan dengan baik.

D. Standar Kinerja Profesional

Standar praktik menguraikan apa yang diharapkan profesi dari anggotanya dan bertujuan untuk mempromosikan, membimbing dan mengarahkan praktik keperawatan profesional. Standar memberikan kerangka kerja untuk mengembangkan kompetensi dan menjelaskan tanggung jawab anggota profesi. Standar juga memandu perawat pada pengetahuan, keterampilan, penilaian dan sikap yang dibutuhkan untuk bekerja dengan aman. Standar professional dalam praktik keperawatan dikembangkan menjadi 7 standar yaitu tanggung jawab dan tanggung gugat, *Evidence Based Nursing*, *relationship*, pembelajaran berkelanjutan, etik, leadership, dan manajemen sumber daya. Hal ini dapat dilihat pada gambar berikut ini (Ontario, 2018).



Gambar 1.1 Standar Profesional Dalam Praktik Keperawatan (Ontario, 2018)

1. Standar 1 *Responsibility dan Accountability*

Perawat memiliki tanggung jawab dan bertanggung gugat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Perawat bertanggungjawab bekerja dalam ruang lingkup praktik keperawatan berdasarkan pengetahuan keperawatan saat ini, penilaian professional, pengalaman dan kompetensi dalam bidang praktik, memiliki legalitas dalam menjalankan asuhan keperawatan, menggunakan penilaian klinis yang kompeten untuk menerapkan semua aspek proses keperawatan, memastikan perawatan tepat dan efektif, menyediakan dokumentasi yang memenuhi persyaratan hukum, konsisten, efektif, tepat waktu, akurat dan sesuai, mengidentifikasi, menanggapi dan mendokumentasikan efek samping, berpartisipasi dalam peningkatan pengetahuan terus menerus, melaksanakan asuhan keperawatan berbasis evidence based, mengambil tindakan (advokasi) untuk mempromosikan penyediaan perawatan yang aman, tepat dan etis untuk klien.

2. Standar 2 *Evidence-based Practice/Nursing Specific Knowledge*

Perawat melakukan asuhan keperawatan berdasarkan *evidence based practice nursing*. EBN yang digunakan sesuai dengan bidang ilmu keperawatan dan bukti yang terbaik dari ilmu keperawatan. Perawat tahu bagaimana dan dimana menemukan informasi untuk mendukung pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan aman, tepat dan etis, menafsirkan, mengkritik dan menggunakan bukti terkini dari penelitian dan sumber kredibel lainnya untuk membuat keputusan, mendemonstrasikan dan mempertahankan kompetensi dalam keterampilan dan penerapan pengetahuan, menerapkan pengetahuan keperawatan secara sistematis yang terdokumentasi untuk memenuhi kebutuhan klien, menghargai dan

mendukung nilai-nilai budaya, bekerja dengan tim, menggunakan tahap proses keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan, mengidentifikasi adanya bahaya dan resiko yang dapat terjadi pada klien, mendemonstrasikan pengetahuan dan pemanfaatan yang tepat dari kebijakan berbasis bukti, mengkritisi dan mengaplikasikan hasil penelitian terbaru pada praktik keperawatan, berpartisipasi secara kreatif dan inovatif untuk memastikan kebutuhan klien dan memenuhi standar praktik terbaik.

3. Standar 3 Relationships

Perawat membangun dan memelihara hubungan interpersonal, kolaboratif, terapeutik dan profesional. Hubungan tersebut meliputi hubungan terapeutik antara perawat – klien, dan hubungan profesional dengan rekan kerja, anggota tim perawatan kesehatan dan pemberi kerja. Perawat mematuhi standar perilaku dan perilaku profesional dengan klien, anggota keluarga maupun kolega dan masyarakat, bekerja dengan tim, menggunakan keahlian, mengembangkan hubungan untuk menegosiasikan hubungan/kemitraan dalam pemberian asuhan keperawatan dan perawatan kesehatan, menggunakan penilaian profesional dalam menentukan batas – batas yang tepat dari hubungan terapeutik dengan setiap klien, mengetahui harapan klien/keluarga terhadap pemberian asuhan keperawatan dan pelayanan kesehatan, menjalin dan memelihara kemitraan dengan kolega, siswa, anggota tim multidisiplin dan pemberi kerja untuk memastikan standar praktik terbaik dapat dilakukan dan dipertahankan, mengevaluasi keefektifan hubungan/kemitraan dan membuat intervensi yang tepat sesuai kebutuhan.

4. Standar 4 Peningkatan kompetensi

Setiap perawat memelihara dan terus meningkatkan kompetensinya sepanjang usia. Kompetensi adalah kemampuan

perawat untuk menggunakan pengetahuan, keterampilan dan sikap, nilai dan keyakinannya untuk menampilkan peran dan tindakannya dalam melakukan asuhan keperawatan. Meningkatkan kompetensi secara terus menerus bertujuan untuk memastikan kemampuan perawat dalam pelayanan yang dihadapkan pada lingkungan yang berubah setiap saat dan perkembangan ilmu pengetahuan. Peningkatan kompetensi berkelanjutan juga berkontribusi pada praktik keperawatan yang berkualitas dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap profesi keperawatan (Ontario, 2018).

Indikator yang menunjukkan adanya peningkatan kompetensi diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Bertanggung jawab untuk selalu mengembangkan pengetahuan, dan berbagi pengetahuan dengan orang lain.
2. Menginvestasikan waktu, tenaga dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan penilaian.
3. Terlibat dalam proses pembelajaran untuk meningkatkan kemampuan praktik.
4. Meningkatkan jenjang pendidikan.
5. Mengadvokasi peningkatan kualitas praktik di tempat kerja.
6. Bekerja sama untuk menciptakan praktik keperawatan yang berkualitas yang mendukung peningkatan kompetensi.

5. Standar 5 Etik

Seorang perawat memahami dan menjunjung tinggi serta mempromosikan nilai dan keyakinan yang ditetapkan dalam kode etik keperawatan. Asuhan keperawatan yang dilakukan berdasarkan prinsip – prinsip etik menunjukkan adanya nilai – nilai kesejahteraan klien, menghormati pilihan klien, menjaga privasi klien dan

kerahasiaan, menghormati keyakinan dan kualitas hidup klien, menjaga komitmen, menjunjung tinggi kebenaran dan memastikan keadilan bagi klien. Perawat juga menunjukkan sikap integritas, jujur dan profesional dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien dan dalam bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lainnya. Selain itu seorang perawat juga harus memperhatikan keselamatan klien, perawat secara tepat dapat melindungi klien dari praktik kesehatan yang dapat membahayakan klien, mempromosikan dan menghormati pengambilan keputusan yang dilakukan oleh klien, mengakui hak klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang mungkin memiliki tingkat resiko tinggi dengan terlebih dahulu menginformasikan kepada klien dan mengupayakan tindakan yang memiliki resiko minimal, menghormati hak klien untuk hidup dan mati secara bermartabat, advokasi pelayanan kesehatan yang optimal bagi klien dan keluarga, serta menunjukkan rasa hormat kepada klien dan keluarga.

6. Standar 6 *Leadership* (Kepemimpinan)

Perawat mendemonstrasikan kepemimpinannya dengan menyediakan, memfasilitasi dan mempromosikan asuhan keperawatan atau pelayanan yang terbaik kepada klien. Kepemimpinan membutuhkan pengetahuan (memahami nilai – nilai dan keyakinan individu dan memahami atau menunjukkan sikap peduli pada bagaimana perilaku seseorang akan mempengaruhi orang lain). Selain itu kepemimpinan menunjukkan adanya sikap respek, kepercayaan, integritas, berbagi visi, pembelajaran, partisipasi, teknik komunikasi yang baik, dan kemampuan untuk menjadi fasilitator. Untuk menjadi seorang pemimpin tidak diharuskan menjadi pemimpin formal terlebih dahulu. Jadi kepemimpinan tidak terbatas pada manajer keperawatan saja. Dalam kepemimpinan

seorang perawat dapat menunjukkan kepemimpinannya dalam asuhan keperawatan sehari – hari, menjadi panutan dalam menerapkan nilai – nilai professional dan keyakinan, menjadi advokat untuk klien, tempat kerja dan profesi itu sendiri, memberikan arahan kepada teman sejawat jika perlu, melakukan kolaborasi, mendukung dan berbagi pengetahuan dan keahlian dengan perawat pemula atau mahasiswa keperawatan maupun asisten perawat kesehatan. Selain itu perawat dapat menunjukkan sikap kepemimpinan dengan berpartisipasi dalam kelompok/komite lainnya, memberikan kepemimpinan melalui peran formal dan informal (misalnya perwakilan kesehatan dan keselamatan lingkungan, menjadi kepala ruang), mengambil tindakan untuk menyelesaikan konflik, mengembangkan solusi inovatif untuk permasalahan yang dialami saat ini sesuai trend isu yang terjadi, memberikan dukungan dan bantuan kepada teman sejawat yang mengalami konflik atau permasalahan, dan menjadi panutan dalam mempromosikan profesi keperawatan dan peran perawat yang professional.

7. Standar 7 *Management of Resources*

Perawat mengelola sumber daya secara efektif dan efisien untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien. Perawat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan dalam memenuhi kebutuhan sumber daya kesehatan/pelayanan keperawatan, bernegosiasi untuk mendapatkan sumber daya yang diperlukan untuk mendukung praktik keperawatan dan memanfaatkan sumber daya yang ada dengan sebaik – baiknya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien, bekerjasama dengan klien dan keluarga untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan pada pasien dan mengelola sumber daya yang efektif untuk mencapai hasil yang maksimal, aktif dalam merancang, menerapkan dan mengevaluasi beban kerja perawat sehingga dapat

menentukan penggunaan sumber daya yang tepat, mengidentifikasi kebutuhan tenaga kerja keperawatan dan meningkatkan keterampilan staf untuk memastikan pemberian asuhan keperawatan yang aman dan nyaman bagi klien, mengidentifikasi, mendokumentasikan dan melaporkan sumber daya yang tidak memadai atau tidak aman dan bertindak untuk memperbaikinya, serta berpartisipasi dalam dan memfasilitasi penilaian dan penggunaan teknologi dan meninjau secara tepat.

Rangkuman

Standar professional sangat dibutuhkan bagi profesi keperawatan karena dapat meningkatkan dan menjaga kualitas pelayanan kita. Standar professional keperawatan juga digunakan untuk memberikan kerangka kerja untuk mengembangkan kompetensi klinis atau evaluasi keahlian kerja perawat di unit tertentu. Selain itu dengan adanya standar professional dalam pelayanan keperawatan, maka perawat memiliki jaminan perlindungan hukum karena tindakannya dapat dipertanggung jawabkan berdasarkan standar praktik yang dilakukan.

Daftar Pustaka

- Board, M. (2021). *Nurse practitioner standards for practice How to use these standards. March*, 1-9
- Davis, C. (2014). The importance of professional standards. *Nursing Made Incredibly Easy*, 12(5), 4. <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000452691.04516.96>
- Girard, F.,Linton, N.,& Besner, J. (2005). Professional Practice in Nursing : A Framework. *Nursing Leadership*, 18(2), 0-0. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2005.19028>
- Hollweg, K. S., & Hill, D. (2003). *Overview of the Content Standards. July*, 5–7. <http://www.csun.edu/science/ref/curriculum/reforms/nses/nses-content-standards.pdf>
- Kathleen Koenig Blais, et.al. 2007. *Praktik Keperawatan Profesional : Konsep dan Perspektif. Ed. 4*, EGC Jakarta.
- Kusnanto. 2004. *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*, EGC Jakarta
- Kozier, B. 1997. *Fundamental of Nursing : Concept, Process & Practice, Legal Aspect of Nursing Practice*, Addison Wesley publishing Co, california
- New Zealand Nurses Organisation. (2012). *Standards of Professional Nursing Practice. New Zealand Nurses Organisation.*
- NMBA. (2011). *Enrolled Nurse Standards for Practice. Nursing and Midwifery Board of Australia, Januari*, 1-9. http://www.healthcareersinthebush.com/Portals/0/Documents/Career_Profiles/12_Enrolled_Nurse_15Mar12.pdf
- Nursing and Midwifery Board of Australia. (2016). *Registered nurse standards for practice. Nursing and Midwifery Board of Australia, February*, 1-8. <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-Standard.aspx>.

- Ontario, C. of N. of. (2018). Professional Standards, Revised 2002. In *Practice* (pp. 133–150). www.gov.uk/government/publications
<http://doi.wiley.com/10.1002/9781119199861.ch12>
- Utami Ngesti W, Augustine Uly, H. R. E. (2016). Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. In *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan.
- UU RI No 38. (2014). Undang-undang RI No. 38. *Tentang Keperawatan, 10, 2–4.*



BAB 2

KEPERAWATAN SEBAGAI PROFESI DAN ORGANISASI PROFESI KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.

IHC RS Lavalette

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Keperawatan sebagai Profesi
2. Untuk Memahami Tren Isu Profesionalisme Keperawatan
3. Untuk Memahami Profesionalisme Keperawatan di Masa Depan
4. Untuk Memahami Organisasi Profesi Keperawatan

A. Pendahuluan

Keperawatan merupakan salah satu dari sekian banyak jenis profesi kesehatan yang masih terus berkembang hingga saat ini. Perkembangan ini berangkat dari kesadaran bahwa perawat bukan

lagi asisten tenaga medis/ dokter yang dahulu kerap disandang oleh perawat. Perubahan inilah yang kerap kali digaungkan oleh perawat bahwa profesinya bukanlah asisten dokter, bukan lagi pelaksana tindakan kedokteran, ataupun penerima mandat dari dokter. Perawat memiliki “jati diri” sendiri yang akan terus dieksplorasi dari segala sisi demi hadirnya profesi keperawatan yang menjawab kebutuhan yang ada di masyarakat. Namun jika demikian, pertanyaan besar yang muncul di benak kita adalah, apakah perawat sudah bisa dianggap sebagai suatu profesi yang profesional?.

B. Keperawatan Sebagai Profesi

Sebelum melangkah kepada pembahasan lebih lanjut, perlu diketahui bahwa profesi berasal dari kata *professues* (latin) yang berarti kegiatan yang dihubungkan dengan sumpah atau janji.

Karakteristik profesi keperawatan (Nursalam, 2014) sebagai berikut:

1. *Body of Knowledge*

Body of knowledge adalah dasar yang menjadi pedoman dan menjadi kerangka pengembangan suatu bidang keilmuan. Ilmu keperawatan sendiri berasal dari beberapa dasar keilmuan yang saling terhubung, diantaranya adalah ilmu dasar alam, biomedik, sosial, perilaku, psikologi, dan masih banyak lagi. Ilmu- ilmu ini kemudian dikembangkan berdasarkan pengamatan dan penelitian empiris oleh para ahli menjadi ilmu keperawatan dasar, klinis, komunitas, anak, maupun jiwa (Prayetni *et al.*, 2018).

2. Jenjang Pendidikan

Syarat lain suatu sistem dapat dikatakan sebagai profesi adalah

adanya jenjang pendidikan yang jelas dan setara di seluruh perguruan tinggi. Jenjang pendidikan keperawatan di Indonesia dimulai pada level D3 (Diploma) Keperawatan yang dapat ditempuh selama 3 tahun. Namun dewasa ini, seorang perawat diharapkan telah melalui jenjang pendidikan sarjana (S1) dilanjutkan dengan mengambil gelar profesi Ners (Ns.) sebagai *entry level* pendidikan keperawatan. Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners ditempuh selama 8 sampai 12 semester. Setelah melalui jenjang pendidikan formal ini, seorang Ners juga harus mengikuti Uji Kompetensi dan harus melalui *passing grade* tertentu agar dinyatakan lulus dan kompeten untuk bekerja dalam industri layanan kesehatan.

Institusi pendidikan keperawatan juga memiliki jenjang pendidikan vokasi yang dianggap setara dengan sarjana yaitu D4 Keperawatan yang juga ditempuh selama 4 tahun. Gelar yang disandang adalah Sarjana Terapan Keperawatan (S.Tr.Kep). Meski demikian, lulusan tetap harus menempuh profesi Ners dan mengikuti uji kompetensi. Menjembatani adanya kesenjangan antara lulusan lama yang bergelar D3 dengan harapan baru bahwa semua perawat harus bergelar sarjana, maka saat ini perguruan tinggi memfasilitasi dengan mengadakan program Alih Jenjang dari D3 ke S1 dengan waktu tempuh pendidikan selama 3 sampai 5 semester.

Jenjang pendidikan keperawatan selanjutnya adalah Magister Keperawatan (M.Kep) yang ditempuh selama 4 sampai 6 semester. Pendidikan spesialis keperawatan juga dapat menjadi jenjang pendidikan selanjutnya yang dapat ditempuh jika seorang perawat ingin memperdalam keilmuan pada salah satu bidang, misalnya keperawatan anak, medikal bedah, komunitas, maternitas, jiwa, dan sebagainya. Saat ini ada pula institusi pendidikan yang memberikan kesempatan bagi mahasiswa yang ingin menempuh studi Spesialis

tanpa menempuh gelar S2 terlebih dahulu. Puncak dari jenjang pendidikan keperawatan di Indonesia adalah program Doktorat.

3. Memiliki Keterampilan Teknis yang Dituangkan dalam Praktek Klinis yang *Accountable*

Perawat merupakan salah satu dari sekian banyak tenaga kesehatan yang menjadi Profesional Pemberi Asuhan (Purbobinuko, 2021) yang memiliki keterampilan teknis yang berbeda dari profesi yang lain. Perawat sebagai bagian penting dan integral dalam sistem fasilitas kesehatan mempunyai daya ungkit yang cukup besar dalam menggerakkan perubahan dan membentuk kebudayaan di suatu rumah sakit (Depkes RI, 2005). Hal ini dapat juga dipengaruhi karena perawat dalam satu klinik atau rumah sakit memiliki jumlah tenaga kesehatan terbanyak. Keterampilan yang dimiliki perawat ini kemudian dituangkan dalam bentuk dokumentasi Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). Melalui MAKP, perawat profesional diharapkan mampu berkomunikasi secara cepat, lengkap, tepat, dan adekuat sehingga tujuan pelayanan yang optimal kepada pasien dapat terpenuhi (Nursalam, 2014) Selain itu, dalam menjalankan praktek klinisnya, seorang perawat dituntut untuk dapat berfokus pada gangguan kesehatan yang dialami oleh individu sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat (Susantiningsih *et al.*, 2015). Proses pemberian asuhan keperawatan berdasarkan MAKP diharapkan dapat menjadi pondasi yang melandasi semua tindakan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan (*accountable*) terhadap profesi, pasien, maupun PPA lain.

4. Karier Seumur Hidup

Berbeda dengan pekerjaan lain yang dapat dilepas statusnya jika seseorang ingin berhenti atau *resign* dari suatu institusi, suatu profesi

termasuk perawat memiliki karier yang melekat seumur hidup. Saat seorang perawat mengucapkan sumpah, maka saat itu pula ia terikat pada janji untuk menghidupi dan menghidupkan “keperawatan” dalam dirinya dalam setiap langkah. Dalam hal ini keperawatan tidak melulu soal golongan atau jabatan apa, perawat klinis (PK) berapa, namun lebih kepada mengamalkan ilmu yang dimiliki dan janji yang telah diucapkan demi kemaslahatan hidup orang banyak, lebih sempit demi orang di sekitar yang membutuhkan pertolongan.

Selain pengertian umum tersebut, secara harafiah perawat dapat berkarier seumur hidup, baik sebagai praktisi maupun akademisi, Hal ini dikarenakan adanya kejelasan pembagian wewenang klinis dan jenjang karier sesuai institusi masing- masing. Meski demikian perlu kepedulian dari seluruh perawat yang ada untuk mengawal terlaksananya jenjang karier keperawatan yang sesuai.

5. Memiliki Tugas Mandiri dan Kolaborasi

Seperti telah dijelaskan sebelumnya bahwa perawat memiliki standar Asuhan Keperawatan sebagai landasan sekaligus proses dokumentasi dari seluruh tindakan mandiri yang telah dilakukan. Namun demikian, seorang perawat tidak hanya melakukan tugas mandiri selama ia bertugas, melainkan juga tugas kolaborasi bersama dengan profesi lain. Kolaborasi merupakan suatu tindakan bersama yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan melakukan suatu tugas secara bersama sesuai dengan bidang keilmuan masing- masing. Kolaborasi yang baik terbukti dapat meningkatkan kepuasan kerja sehingga *output* perawatan pasien dapat meningkat dengan adanya penurunan angka kematian, komplikasi, durasi rawat inap, biaya, serta meningkatnya angka kepuasan pasien (Syafridayani, 2019).

C. Tren Isu Profesionalisme Keperawatan

Perkembangan profesionalisme keperawatan semakin berkembang dan maju, sehingga menimbulkan tren dan isu dikalangan masyarakat era modern masa kini. Berikut ini adalah beberapa trend isu profesionalisme keperawatan di Indonesia:

1. Profesi Yang Merdeka

Sebuah negara disebut merdeka jika diakui kedaulatannya oleh negara lain, demikian pula suatu profesi dapat diakui keberadaanya jika diakui oleh profesi lain. Keperawatan sebagai sebuah profesi melalui banyak kerikil selama masa perkembangannya. Seperti kita ketahui bahwa Florence Nightingale telah mendeklarasikan prinsip dasar keperawatan melalui teorinya pada tahun 1869, sementara itu profesi keperawatan di Indonesia baru mendapatkan tempat sekitar akhir tahun 1900-an. Banyak faktor yang melatarbelakangi hal tersebut, diantaranya adalah kondisi negara yang sebelumnya berada dalam dampak Perang Dunia II, sehingga semua tatanan negara, termasuk pendidikan masih dalam kendali penjajah.

2. Level Jenjang Pendidikan Yang Belum Terstandar

Pendidikan keperawatan berkembang pesat dalam satu abad terakhir. Meskipun pada kenyataanya pendidikan keperawatan yang ada di Indonesia masih merangkak mencari jati diri dan menyamakan persepsi agar dapat mencapai satu titik standar yang diharapkan. Jenjang pendidikan keperawatan yang dikenal sebelumnya yaitu SPK dan Diploma III (D-III) membawa banyak keuntungan, yaitu melimpah- ruahnya SDM perawat, namun di lain sisi justru akan menjadi bom waktu jika tidak dapat di manajemen dengan baik. Semua perawat di masa depan diharapkan dapat memenuhi jenjang

pendidikan sarjana (S1) Keperawatan untuk dapat memenuhi kriteria *body of knowledge* perawat profesional.

Harapan tersebut nampak timpang jika kita melihat saat ini masih banyak perawat lulusan D-III yang bahkan masih baru saja lulus pendidikan. Saat dirunut kembali kenapa lulusan diploma masih menjadi primadona, alasannya akan kembali pada anggapan bahwa lulusan diploma sebagai perawat “vokasi” lebih siap bekerja di lahan praktek. Ada juga alasan yang lebih menyayat hati, yaitu lulusan diploma memiliki golongan dengan jenjang lebih rendah dalam kepegawaian (ASN) yang selaras dengan gaji yang harus dibayarkan.

Isu lain adalah bervariasinya institusi pendidikan keperawatan yang ada saat ini. Hal ini dapat dikarenakan tingginya permintaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan, kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan, maupun minat generasi muda pada dunia keperawatan. Selain jenjang pendidikan sarjana yang menjadi standar, institusi pendidikan juga dituntut untuk bertanggung jawab terhadap kualitas lulusan yang dihasilkan, dengan turut serta mengawal peserta didik untuk dapat melewati uji kompetensi sebagai *exit exam* mahasiswa keperawatan. Perlu adanya dukungan dan kesadaran dari berbagai pihak untuk mewujudkan profesionalisme keperawatan yang paripurna di masa depan.

3. Regulasi dalam Praktek Keperawatan

Sebagai sebuah organisasi, keperawatan tentu harus memiliki landasan hukum yang mengatur setiap hal terkait profesi. Hal ini tertuang dalam Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. Melalui undang-undang ini muncul harapan tentang kedaulatan praktek keperawatan dan kejelasan ranah praktek keperawatan sehingga dapat memisahkan tindakan mandiri maupun

kolaborasi bersama profesi lain. Perlunya kesadaran penuh dalam memaknai prinsip dasar keperawatan yaitu *care* bukan *cure*.

D. Profesionalisme Keperawatan di Masa Depan

Keperawatan yang masih dapat terus bertumbuh jika tenaga perawat yang ada sekarang dapat melihat celah dan memaksimalkan ruang gerak. Berbekal ilmu pengetahuan yang dimiliki, pengalaman, serta kolaborasi dapat memperkuat akar profesionalisme keperawatan di masa depan. Beberapa tantangan yang ada di depan mata diantaranya adalah era industri 4.0 yang secara cepat akan segera memasuki era industri 5.0. Perawat dituntut untuk dapat adaptif menjawab kebutuhan masyarakat akan kesehatan berbasis teknologi dengan tetap mengedepankan profesionalisme kerja.

Pengakuan profesi lain maupun masyarakat pada akhirnya akan diberikan jika perawat mau dan mampu menjiwai profesinya, mengembangkan ilmu pengetahuan yang dimiliki, menyuarakan aspirasi yang membangun, baik dengan cara duduk di bangku pemerintahan, pimpinan fasilitas layanan kesehatan, maupun melalui riset dan penelitian.

Perkembangan ilmu pengetahuan tidak terlepas dari penelitian, demikian juga dalam keperawatan, Ilmu keperawatan akan dapat terus menjawab kebutuhan zaman jika terus dikembangkan dan diperbaharui melalui *evidence based practice*. Dengan demikian akan terbentuk teori- teori baru yang dapat diuji, dijelaskan, kemudian di implementasikan secara luas. Perawat harus mulai bangun dan sadar bahwa dunia keperawatan tidak melulu soal bekerja di puskesmas, rumah sakit, maupun kampus, tapi bagaimana menjembatani antara ilmu pengetahuan, penelitian, dan juga praktek di lapangan demi

menjawab kebutuhan masyarakat akan dunia keperawatan. Tiga hal tersebut adalah hal yang saling berkesinambungan dan mempengaruhi satu sama lainnya.

Selaras dengan berbagai tuntutan yang ada tersebut, perawat profesional diharapkan dapat menerima kompensasi yang sesuai dengan usaha yang telah dilakukan melalui tunjangan dan gaji yang diberikan oleh institusi tiap bulan. Hal ini masih menjadi sebuah isu sensitif yang selanjutnya akan dijabatani oleh organisasi profesi.

E. Organisasi Profesi Keperawatan

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) merupakan organisasi profesi keperawatan yang lahir pada 17 Maret 1974. Para pemimpin organisasi perawat yang saat itu ada yaitu IPI, PPI, dan PDKI membentuk satu organisasi perawat dengan menyamakan persepsi dan tujuan. Para pemimpin yang hadir saat itu diantaranya adalah: Oyoh Hidayat, H.B Barnas, J. Soewardi, Maskoep Soerjo Soemantri, Sjuamsunir Adam, Wim Sumarandek, dan L. Harningsih. Organisasi profesi keperawatan telah mengalami pasang surut sejak masa sebelum proklamasi dengan banyaknya organisasi profesi dari tiap daerah.

Secara umum organisasi profesi berarti sekelompok orang yang menetapkan diri untuk bergabung bersama dan melaksanakan tugas dan fungsi sosial bersama yang tidak dapat dilakukan sendiri atau sebagai seorang individu (Syafriyani, 2019) Organisasi profesi PPNI merupakan salah satu prasyarat mutlak keperawatan sebagai profesi. PPNI saat ini telah menjadi organisasi profesi independen, tumbuh dalam perannya dalam mencapai profesionalisme dalam keperawatan. Namun demikian penelitian menunjukkan bahwa

sebagian besar perawat tidak mengetahui secara mendalam organisasi profesi yang menaunginya (Rs and Kartini, 2018).

1. Tujuan PPNI

Berdasarkan AD/ART tahun 2021 PPNI memiliki tujuan untuk (AD/ART PPNI, 2021):

- a. Meningkatkan dan atau mengembangkan pengetahuan, keterampilan, dan praktik keperawatan, martabat, kesejahteraan, dan etika profesi perawat.
- b. Memberdayakan perawat dalam rangka menunjang pembangunan kesehatan nasional.
- c. Memperkokoh persatuan dan kesatuan antar perawat.

2. Peran dan Fungsi PPNI

- a. PPNI berperan sebagai wadah yang menghimpun perawat secara nasional dan yang mendorong lahirnya kebijakan bagi kepentingan dan kesejahteraan perawat Indonesia.
- b. PPNI berfungsi sebagai pemersatu, pembina, pengembang, dan pengawas keperawatan di Indonesia.

3. Struktur PPNI

Dalam menjalankan fungsinya, PPNI memiliki struktur organisasi yang terdiri atas Dewan Pengurus dan Dewan Pertimbangan. Dewan Pengurus merupakan pengurus inti yang berkedudukan di pusat ibukota yaitu DPP, di provinsi yaitu DPW, di daerah kabupaten kota yaitu DPD, di komisariat yaitu DPK, serta di luar negeri yaitu DPLN.

Pengurus PPNI dipilih untuk lima tahun masa bakti. Sedangkan dewan pertimbangan merupakan dewan yang berfungsi memberikan saran, arahan, maupun masukan kepada pengurus dalam suatu pengambilan keputusan. Selain itu ada juga badan otonom lain

yang berfungsi mengembangkan keilmuan keperawatan, yaitu Kolegium, Badan Kelengkapan, dan Majelis Kehormatan Etik Keperawatan (MKEKep). Kolegium adalah badan yang berfungsi untuk mengembangkan cabang ilmu dan standar pendidikan keperawatan bagi kemajuan profesi. Sedangkan badan kelengkapan adalah Ikatan dan Himpunan sesuai dengan cabang ilmu keperawatan. Kedua badan ini berada di bawah badan hukum organisasi PPNI. Sehingga segala tugas dan kerja sama yang dilakukan di dalamnya wajib atas persetujuan PPNI. MKEKep merupakan badan yang dibentuk PPNI secara khusus dengan tugas menegakkan Kode Etik Keperawatan Indonesia.

4. Pembiayaan

Dalam memenuhi kebutuhan dan pembiayaan dalam organisasi, PPNI menetapkan sumber pendapatan yaitu uang pangkal, uang iuran wajib oleh anggota, hibah dan sumbangan, badan usaha, dan juga usaha lain yang sah.

PPNI merupakan satu-satunya organisasi profesi keperawatan yang diakui oleh pemerintah seperti tertuang dalam Undang-undang No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan, sehingga seluruh perawat diharapkan dapat terdaftar dalam PPNI dan memiliki nomor NIRA yang aktif. PPNI merupakan payung yang menaungi organisasi dan melindungi profesi keperawatan. Penguatan dan dukungan dari berbagai pihak merupakan factor kunci terciptanya organisasi profesi dan profesionalisme keperawatan di masa kini dan masa depan.

Rangkuman

Profesionalisme dalam profesi keperawatan dapat dicapai jika semua perawat dapat menyadari keberadaan dirinya dalam mendukung penguatan profesi. Perawat harus mampu meningkatkan bidang keilmuan dan peka terhadap perubahan kebutuhan masyarakat sehingga mampu mengintegrasikan praktek, penelitian, dan pendidikan keperawatan di masa depan. Profesionalisme juga dapat dilihat dari organisasi profesi yang mampu berdiri dan menjadi pelindung bagi anggota serta membawa perubahan yang positif guna kemajuan profesi itu sendiri.

Daftar Pustaka

AD/ART PPNI (2021).

Depkes RI (2005), *Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan*.

Nursalam (2014) *Manajemen keperawatan*. 4th edn. Edited by A. Susila. Jakarta: Salemba Medika.

Prayetni, P. *et al.* (2018) 'Efektivitas Model Praktik Kolaborasi Interprofesional (PKIP) Tenaga Kesehatan Terhadap Kinerja Pelayanan Kesehatan Rumah', *Jkep*, 3(1), pp. 24–37. doi: 10.32668/jkep.v3i1.198.

Purbobinuko, et al (2021) 'Upaya Meningkatkan Kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan Pasien Dalam Dokumentasi Rekam Medis', *Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 6(2), pp. 205–212. doi: 10.52943/jipiki.v6i2.607.

- Rs, D. I. and Kartini (2018), *Pengetahuan Dan Sikap Perawat Tentang Organisasi Profesi Ppni Di Rs Jasa Kartini Kota Tasikmalaya*.
- Susantiningih, T. *et al.* (2015) 'Analisis Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Non Intensive Rumah Sakit X', *J Majority*, 4(1), pp. 1689–1699.
- Syafridayani, F. (2019) 'Kolaborasi perawat dengan tim medis lain untuk mencapai keselamatan pasien'.



BAB 3

SISTEM DAN MUTU PELAYANAN KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., M.Kep.
Universitas Fort De Kock Bukittinggi

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Mutu dalam Pelayanan Kesehatan
2. Untuk Memahami Manajemen Mutu dalam Pelayanan Keperawatan
3. Untuk Memahami Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan
4. Untuk Memahami Instrumen Pengukuran Mutu Pelayanan Keperawatan

A. Pendahuluan

Kualitas pelayanan hingga saat ini masih terus menjadi aspek penting dalam bidang kesehatan. Kualitas pelayanan yang diberikan di rumah sakit dan tatanan pelayanan serta fasilitas kesehatan lainnya sangat berorientasi pada kepuasan yang dirasakan oleh pasien. Seluruh bagian di tatanan layanan kesehatan, termasuk sumber daya manusia yang terlibat di dalamnya, baik dokter, perawat dan tenaga medis lainnya memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Perawat sebagai salah satu tenaga medis tersebut, yang juga berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan, sudah seharusnya memberi pelayanan yang berkualitas untuk hasil yang baik termasuk untuk keselamatan pasien selama perawatan. Perawat juga dituntut memiliki pengetahuan tentang pentingnya asuhan keperawatan yang berkualitas dan pentingnya kompetensi perawat dalam memfasilitasi praktik keperawatan untuk mendorong peningkatan kualitas perawatan dan hasil terbaik pada pasien. Namun, banyak literatur mengungkapkan bahwa praktik keperawatan oleh tenaga perawat masih belum dilibatkan dalam mengembangkan atau mendefinisikan program peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan (Burhans & Alligood, 2010). Oleh karena itu, dalam buku ajar ini akan dijelaskan tentang sistem dan mutu pelayanan khususnya pada bidang keperawatan, agar perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas bagi pasien.

B. Konsep Mutu dalam Pelayanan Kesehatan

1. Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan dalam pemberian perawatan kesehatan telah

menjadi perhatian yang berkembang secara global, mengingat adanya peningkatan tuntutan pada penyedia layanan kesehatan. Berbagai kegiatan jaminan kualitas dan manajemen kualitas telah banyak dilakukan oleh praktisi perawatan kesehatan dalam memberikan perawatan kesehatan. Kualitas pelayanan yang selanjutnya dikenal dengan kata mutu adalah suatu hal yang diharapkan atau ditentukan oleh konsumen (Muninjaya, 2014). Mutu pelayanan kesehatan adalah bagian penting dalam pelayanan guna mencapai hasil optimal yang tujuan akhirnya adalah kepuasan pasien, seperti menghindarkan pasien dari komplikasi setelah mendapat pelayanan medis baik dari dokter maupun tenaga medis lainnya seperti perawat, adanya perhatian terhadap kebutuhan pasien yang harus dipenuhi dengan upaya yang memperhatikan efektivitas biaya serta terekam dalam suatu dokumentasi yang baik.

Rumah Sakit sebagai salah satu instansi yang memiliki peran dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dituntut untuk meningkatkan kualitas kinerja atau mutu pelayanannya dalam memenuhi kebutuhan dan harapan sehingga memberikan kepuasan kepada masyarakat. Inti dari konsep kualitas pelayanan adalah menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan yang memuaskan bagi pasien. Hal ini merupakan bagian dalam konsep mutu pelayanan kesehatan yang bermuara pada baik tidaknya kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kualitas pelayanan semakin diakui sebagai faktor utama dalam membedakan layanan dan membangun keunggulan kompetitif dalam organisasi layanan profesional. Dengan memelihara kualitas pelayanan, rumah sakit akan memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang gambaran kepuasan pasien yang diharapkan lebih baik secara berkelanjutan. Kualitas pelayanan tentunya sangatlah penting bagi rumah sakit dalam memverifikasi hasil kinerja layanan untuk selanjutnya

digunakan dalam peningkatan aspek yang dinilai kurang baik dari hasil setiap elemen dan struktur pemberi layanan kesehatan di rumah sakit (Taner *et al.*, 2007).

Kualitas pelayanan selanjutnya dapat menjelaskan mutu yang diharapkan di suatu rumah sakit. Beberapa teori mengenai mutu itu sendiri telah menjadi inisiatif dalam pengembangan definisi dan dimensi kualitas layanan dan mutu di rumah sakit. Salah satu yang paling berpengaruh adalah kerangka definisi praktis mengenai mutu adalah yang dikemukakan oleh (International Institute of Medicine, 2018), dimana menampilkan penekanan pada ketepatan sebagai suatu faktor kritis dalam penentuan mutu pelayanan kesehatan. Berikut definisi mutu pelayanan kesehatan menurut *Institute of Medicine*:

“Mutu pelayanan kesehatan merupakan suatu bagian percepatan dalam langkah pengembangan suatu layanan kesehatan menuju arah peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, dimana hal ini dilakukan tidak hanya untuk individu, tetapi juga untuk seluruh bagian masyarakat yang mendapat layanan kesehatan sehingga menghasilkan kepuasan bagi mereka. Pemberian pelayanan kesehatan harus mencerminkan ketepatan dari penggunaan pengetahuan terkini, terbaru, dan relevan secara ilmiah, klinis, teknis, interpersonal, manual, kognitif, organisasi dan unsur-unsur manajemen pelayanan kesehatan”.

Selain itu, *International Institute of Medicine* (2018) juga mendefinisikan enam dimensi yang menjadi cerminan kualitas pelayanan kesehatan yakni:

- a. Aman (*safe*) yakni pasien aman dan bebas dari bahaya,
- b. Efektif (*effective*) dimana memberikan pelayanan yang berdasarkan pengetahuan ilmiah sehingga terlihat manfaat dan menghindari pelayanan yang kurang dan penyalahgunaan,

- c. Berpusat pada pasien (*Patient-centered*) dimana memberikan suatu layanan perawatan dengan menghormati hak pasien serta berlaku responsif terhadap kebutuhan akan nilai individu pasien, serta melibatkan klien dalam pengambilan keputusan,
- d. Tepat waktu (*timely*) yakni mengurangi waktu menunggu dan terkadang penundaan yang merugikan baik pasien,
- e. Efisien (*efficient*) yakni menghindari pemborosan hal yang tidak perlu, dan terakhir
- f. Adil (*equitable*) yakni memberikan pelayanan yang tidak membedakan jenis kelamin, etnis, lokasi geografis, dan status sosial ekonomi.

Pengembangan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan secara berkelanjutan, diharapkan dapat mendorong institusi penyedia pelayanan kesehatan menjadi lebih kompetitif dan memberikan layanan yang berkualitas. Pencapaian ini dilakukan dengan beberapa kaidah mutu yang dapat diterapkan. Adapun empat kaidah jaminan mutu yang dapat diikuti menurut (Muninjaya, 2014) terdiri dari:

- 1) Pelayanan harus memenuhi kebutuhan serta harapan individu atau kelompok masyarakat sebagai bagian dari pengguna jasa pelayanan kesehatan.
- 2) Pelayanan yang diberikan harus mengikuti standar dari segi sistem dan proses yang ada di dalam institusi pelayanan kesehatan.
- 3) Pelayanan yang diberikan harus menggunakan data yang relevan untuk menganalisis proses penyediaan dan produk (*output dan outcome*) pelayanan kesehatan.
- 4) Pelayanan mestinya mendorong perkembangan kinerja tim dimana *team work* yang terbentuk akan solid guna

mengatasi hambatan serta kendala yang nantinya akan muncul selama proses pengembangan mutu yang dilakukan secara berkesinambungan.

2. Mutu Pelayanan Kesehatan dan Hubungannya Dengan Kepuasan Pasien

Dalam memberikan sebuah layanan yang baik, maka semua elemen pendukung di rumah sakit harus berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Hakikatnya, hasil mutu dan kualitas layanan akan menghadirkan kepuasan, karena kepuasan erat kaitannya dengan peningkatan pelayanan. Semakin *excellent* pelayanan yang diberikan kepada pasien maka makin tinggi pula tingkat kepuasan pasien. Pasien tentunya terlibat dalam pengukuran kepuasan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan melalui pengalaman yang dialaminya (Bombard *et al.*, 2018). Selain itu, faktor kompetensi tenaga medis dan komunikasi yang baik tentunya mempengaruhi kualitas pelayanan medis yang lebih baik (Kartika *et al.*, 2018).

Penyedia layanan kesehatan umumnya ingin pasien merasa puas dengan memperhatikan masalah kesehatan mereka. Kepuasan pasien merupakan unsur penting dalam mengukur kualitas kesehatan karena memberikan wawasan tentang kinerja tenaga medis sesuai dengan yang diharapkan dan keinginan pasien. Ini adalah faktor utama dalam harapan pasien. Dalam beberapa tahun terakhir, pasien mulai menuntut hak mereka untuk dilayani dengan lebih baik karena mereka menjadi lebih berpengetahuan dan memahami jenis perawatan dan pilihan pengobatan yang mungkin mereka terima. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh sikap petugas kesehatan terhadap pasien, kemampuan memberikan perhatian segera, waktu tunggu, kemampuan mengirimkan informasi, dan toleransi dokter untuk

menjelaskan secara intens dan edukatif kepada pasien apa yang terjadi dan penyakit yang dideritanya sebelum memberikan resep rinci mengenai obat-obatan mereka dan lingkungan (Umoke *et al.*, 2020). Sebuah penelitian menyatakan bahwa tingkat satu layanan yang diinginkan akan dibandingkan dengan harapan seseorang dan menjadi suatu kepuasan. Semakin banyak pasien yang mencapai harapan yang terpenuhi ketika mereka mengunjungi klinik akan membuat mereka mematuhi petugas rumah sakit, sehingga mengurangi keluhan pasien, profitabilitas yang tinggi, tingkat pengembalian pasien yang lebih tinggi, dan rujukan yang lebih banyak (Aikins *et al.*, 2014). Kepuasan pasien adalah penilaian, perasaan, atau respons yang diterima pasien, asalkan tercapai tingkat kepuasan yang menyenangkan (Aigbavboa & Thwala, 2013). Sebaliknya, kepuasan atau ketidakpuasan pasien bukanlah emosi atau perasaan tetapi penilaian emosi. menyatakan bahwa biaya untuk layanan, kualitas prosedur, dan keunggulan komunikasi memiliki efek maksimal pada kebahagiaan pasien secara umum. Banyak sekali faktor yang mempengaruhi kepuasan dan ketidakpuasan pasien terhadap fasilitas rumah sakit (Aikins *et al.*, 2014). Faktor-faktor tersebut meliputi akses, tenaga kesehatan, pembiayaan, pembuangan limbah, dan kebijakan pemerintah. Lainnya adalah prosedur masuk, layanan diagnostik, layanan teknis, komunikasi, dan cara interpersonal dokter, aksesibilitas, dan kenyamanan. Selain itu, peneliti lain berpendapat bahwa pasien dapat memutuskan kualitas pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kasih sayang, konsistensi, jawaban, informasi, dan perawatan yang mereka terima (Ilia *et al.*, 2007).

Kepuasan klien telah menjadi fokus utama dalam pemberian layanan kesehatan. Ini adalah konsep yang digunakan untuk mengukur pemenuhan kebutuhan pasien akan produk, atau layanan jasa dari sebuah rumah sakit. Agar klien atau pasien merasa puas

maka diperlukan fasilitas kesehatan/institusi kesehatan untuk memberikan pelayanan yang memberikan nilai dan kepuasan maksimal kepada pelanggan. Klien memilih kualitas sebagai salah satu kriteria penting dalam memilih produk atau layanan, terutama dengan diperkenalkannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimana terdapat persaingan yang ketat antar fasilitas kesehatan, sebagai akibat dari globalisasi dan liberalisasi perdagangan. Layanan berkualitas tinggi telah menjadi fokus utama untuk kelangsungan suatu institusi rumah sakit (Aikins *et al.*, 2014).

C. Manajemen Mutu dalam Pelayanan Keperawatan

Salah satu fungsi manajemen yang paling penting adalah pengendalian (*controlling*). Pada proses manajemen keperawatan, fungsi ini salah satunya melakukan pengendalian terhadap mutu pelayanan dan asuhan keperawatan. Mutu pelayanan keperawatan klinik merupakan komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada pasien. Mutu sendiri merupakan kemampuan dari suatu produk atau pelayanan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pelanggan (Gagnon *et al.*, 2006).

Berkaitan dengan pelayanan keperawatan, mutu mempunyai arti *caring* yang merupakan fokus atau inti dari keperawatan, mutu bersifat relatif untuk setiap klien, berupa kepuasan yang harus dicapai sesuai dengan standar operasional, merupakan pengawasan dimana diperlukan dalam lingkungan yang kompetitif dan merupakan tantangan yang harus diterima dan dipenuhi oleh keperawatan (Depkes, 2008). Tanggung jawab mutu dalam keperawatan mencakup tiga komponen yaitu hasil dari asuhan keperawatan, penampilan kinerja professional perawat dan pembiayaan keperawatan.

Upaya untuk menentukan kualitas praktik keperawatan dimulai dengan sosok perempuan pertama dalam keperawatan yakni, Florence Nightingale, saat ia bekerja sebagai perawat untuk meningkatkan pelayanan di rumah sakit dan mengukur hasil asuhan keperawatan pada pasien. Perawat memberikan pelayanan dalam perawatan sebagai konsep yang substantif yang membutuhkan hasil yang memuaskan pasien (Heslop & Lu, 2014). Pelayanan keperawatan seringkali tidak dipahami dengan baik dan dianggap tidak penting dalam menjabarkan kualitas pelayanan. Ke depannya, perlu dikembangkan konsep mutu pelayanan khusus bidang manajemen keperawatan sehingga dapat menjadi acuan dalam pemberian layanan keperawatan yang berkualitas. Dengan dukungan yang berkelanjutan signifikan dari pemerintah, diharapkan mutu pelayanan keperawatan bergerak maju dan seiring dengan mutu pelayanan kesehatan lainnya di tatanan layanan kesehatan di Indonesia.

D. Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan

Pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit tidak terlepas dari peranan akuntabilitas perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang berkualitas. Meskipun sistem perawatan kesehatan secara keseluruhan mungkin saja berbeda, namun semua memiliki tujuan yang sama yakni untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Pada sekitar tahun 1990-an, reformasi perawatan kesehatan dunia di Amerika Serikat melalui asosiasi perawat ANA (American Nurse Association) mendorong pengembangan mengenai indikator kualitas pelayanan keperawatan dengan istilah *Nursing Quality Indikator* (NQI). Database seperti *Californian Nursing Outcomes Coalition* dan *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) menggabungkan informasi eksekutif dan klinis

yang diperlukan untuk pelaporan tentang apa saja jaminan kualitas dalam lingkup keperawatan (Montalvo, 2007). Adapun kesimpulan pengembangan NQI tersebut adalah sebagai berikut:

1. Indikator struktur (*Structural Indicators*) meliputi ketersediaan staf keperawatan, tingkat keterampilan staf keperawatan, dan tingkat pendidikan dan sertifikasi staf keperawatan.
2. Indikator proses (*Process Indicators*) mengukur metode pengkajian pasien dan intervensi keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan pada pasien. Kepuasan kerja perawat juga dianggap sebagai indikator proses.
3. Indikator hasil (*Outcome Indicators*) mencerminkan hasil yang dirasakan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan karena bergantung pada kuantitas atau kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan perawat. Ini termasuk hal-hal seperti luka tekan (dekubitus) dan resiko jatuh serta keselamatan pasien (*patient safety*).

Mengikuti perkembangan ilmu dan keterampilan dalam keperawatan, berdasarkan indikator sebelumnya, pada tahun 2002, ANA menambahkan 10 indikator yang berlaku untuk pengaturan perawatan pasien di rumah sakit. Sejak saat itu, indikator tersebut telah disempurnakan dan dikembangkan berkali-kali, dengan indikator baru ditambahkan setiap tahun. Sepuluh indikator asli yang berlaku untuk keperawatan berbasis rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Kepuasan pasien dengan manajemen nyeri
- b. Kepuasan pasien dengan asuhan keperawatan
- c. Kepuasan pasien dengan perawatan diri (*self care*) secara keseluruhan

- d. Kepuasan pasien dengan informasi medis yang diberikan
- e. Luka dekubitus
- f. Resiko pasien jatuh
- g. Angka infeksi nosokomial
- h. Kepuasan kerja perawat
- i. Total jam asuhan keperawatan per pasien, per hari
- j. Keberagaman staf (rasio staf dengan lisensi dan staf tidak berlisensi)

Selama dalam kurun waktu satu dekade terakhir di Inggris, pengukuran kepatuhan dengan menerapkan indikator mutu yang terdefinisi dengan baik telah mendukung transparansi, akuntabilitas, dan peningkatan kualitas profesional (Connolly & Wright, 2017). Mengukur perawatan berdasarkan pengalaman pasien adalah pertimbangan yang relatif baru dan sekarang termasuk dalam banyak indikator asuhan keperawatan (McCance *et al.*, 2012). Indikator kualitas yang berbeda memungkinkan manajer untuk mengartikulasikan kontribusi profesi keperawatan terhadap perawatan berkualitas sehingga dapat meyakinkan unsur pimpinan di rumah sakit bahwa profesi perawat memberikan perawatan yang aman, efektif, dan berfokus pada pasien. Indikator mutu keperawatan juga berfokus pada kegiatan pembangunan di bidang yang selaras dengan kebijakan dan imperatif organisasi, yang bertujuan untuk secara proaktif meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Memasukkan NQI dalam sistem manajemen dan kinerja perawat, dapat memberikan kerangka kerja yang kuat untuk mendukung penyampaian dan jaminan pada tata kelola perawatan di klinis dan masyarakat (McCance *et al.*, 2012). Namun, dalam praktiknya, menerjemahkan nilai keperawatan melalui indikator kualitas merupakan tantangan sekaligus peluang bagi profesi dalam menerapkan indikator tersebut

secara akurat (Burston *et al.*, 2014). Indikator mutu ini menunjukkan kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan, mengumpulkan dan menganalisis data, dan berbagi hasil yang kompleks dalam proses penerapan indikator mutu keperawatan ini (Connolly & Wright, 2017).

Pada perkembangannya, di Indonesia sendiri, indikator mutu keperawatan telah disusun dalam bentuk draf sebagai Pedoman Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik di Sarana Kesehatan yang sebenarnya telah mulai disusun sejak tahun 2008 oleh Kementerian Kesehatan. Rancangan indikator pelayanan keperawatan tersebut meliputi enam indikator mutu yaitu: (1) Keselamatan pasien yang meliputi dekubitus, kejadian jatuh, kesalahan pemberian obat dan cedera akibat restrain, (2) Kenyamanan, (3) *Self care* (Perawatan diri), (4) Kecemasan, (5) Kepuasan pasien, dan (6) Pengetahuan.

Adapun penjabaran indikator mutu pelayanan keperawatan klinik menurut Kemenkes 2008 dalam (Nursalam, 2011) adalah sebagai berikut:

1) Keselamatan pasien (*Patient Safety*)

Indikator ini antara lain kejadian dekubitus, kesalahan pemberian obat (*medication error*), resiko jatuh dan cedera akibat restrain.

Dekubitus adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan gangguan integritas kulit. Ini terjadi sebagai akibat dari tekanan, gesekan dan atau kombinasi pada kulit dan jaringan di bawahnya. Komplikasi dekubitus dibagi menjadi empat tingkatan, yaitu: derajat I, II, III dan IV.

Perhitungan :
$$\frac{\text{Jumlah kejadian dekubitus}}{\text{Jumlah pasien beresiko terjadi dekubitus}} \times 100\%$$

Kesalahan dalam pemberian obat adalah kesalahan dalam pemberian obat yang dilakukan oleh perawat yang terjadi ketika perawat melakukan kesalahan prinsip enam benar pemberian obat, yakni benar pasien, benar obat, tepat waktu pemberian, benar dosis obat, benar rute pemberian dan benar dokumentasi. Timbulnya kesalahan pengobatan pasien di rawat inap dapat berakibat fatal atau kematian. Kejadian ini sebagai tanda bahwa terjadi kurangnya mutu dalam perawatan pasien.

$$\text{Perhitungan: } \frac{\text{Jumlah kejadian kesalahan pemberian obat}}{\text{Jumlah pasien hari tersebut}} \times 100\%$$

Resiko jatuh adalah jatuhnya pasien dari tempat tidur ke lantai atau lebih rendah pada saat istirahat dan pada saat pasien terjaga bukan disebabkan oleh stroke, epilepsi, kejang, atau terlalu banyak aktivitas. Angka kejadian pasien jatuh adalah persentase kejadian pasien jatuh dari tempat tidur yang terjadi di fasilitas kesehatan dalam kurun waktu tertentu setiap bulannya.

$$\text{Perhitungan: } \frac{\text{Jumlah pasien jatuh}}{\text{Jumlah pasien yang beresiko jatuh}} \times 100\%$$

Restrain adalah alat yang digunakan untuk mobilisasi, terutama untuk pasien kebingungan atau disorientasi. Penahanan hanya digunakan ketika metode lain tidak efektif.

$$\text{Perhitungan: } \frac{\text{Jumlah pasien yang cedera akibat Restrain}}{\text{Jumlah pasien yang dipasang Restrain}} \times 100\%$$

2) Kenyamanan

Rasa nyaman adalah kondisi fisik dan psikologis pasien berada dalam rentang kenyamanan bebas dari rasa sakit atau

kontrol rasa sakit. Nyeri dapat disebabkan oleh satu atau lebih penyebab atau tidak diketahui penyebabnya. Pentingnya pemahaman bahwa rasa sakit akan ada ketika seseorang mengatakan bahwa rasa sakit yang dialami. Nyeri dapat mempengaruhi sistem tubuh manusia, psikososial, ekonomi dan spiritual sehingga menyebabkan kondisi yang lebih buruk. Perhitungan untuk indikator kenyamanan adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dengan nyeri terkontrol}}{\text{Jumlah pasien yang terdokumentasi nyeri per periode waktu}} \times 100\%$$

3) Perawatan diri (*Self Care*)

Kebersihan dan perawatan diri merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi agar tidak timbul masalah lain sebagai akibat dari tidak terpenuhinya kebutuhan kebersihan dan perawatan diri. Keperawatan adalah suatu sistem yang membantu pasien memenuhi kebutuhan *personal hygiene*. Perawat membantu memelihara tindakan *personal hygiene* untuk pasien, membimbing pasien untuk melakukan perawatan, memberikan informasi dan sumber daya di masyarakat, memberikan dukungan, menyediakan lingkungan yang kondusif dan mengajarkan pasien dalam bentuk pengetahuan. dan keterampilan. Perhitungan untuk perawatan diri adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang memenuhi } \textit{hygiene} \text{ dan perawatan diri/bulan}}{\text{Jumlah pasien dirawat dengan tingkat ketergantungan total dan sebagian}} \times 100\%$$

4) Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan cemas atau tidak nyaman seolah-olah ada yang dipersepsikan sebagai ancaman. Kejadian

kecemasan dapat mempengaruhi status kesehatan pasien karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan, peningkatan biaya perawatan pasien dapat mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Angka kejadian pasien yang menunjukkan prevalensi kecemasan jumlah adalah pasien cemas yang dirawat di fasilitas kesehatan selama periode waktu tertentu setiap bulannya. Perhitungan jumlah kecemasan adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah kecemasan pasien } 3 \times 24 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat dalam } 3 \times 24 \text{ jam}} \times 100\%$$

5) Kepuasan Pasien

Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai bila terpenuhinya kebutuhan pasien atau keluarga terhadap pelayanan yang diharapkan. Kepuasan merupakan tujuan utama dalam memberikan pelayanan yang berkualitas. Kepuasan merupakan bagian yang penting dan akan terwujud bila ada komitmen, ketekunan dan tekad mulai dari top manajer perawatan hingga staf perawat. Perhitungan kepuasan pasien adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang merasa puas dengan pelayanan keperawatan}}{\text{Jumlah pasien yang melakukan survei dalam periode tertentu}} \times 100\%$$

6) Pengetahuan

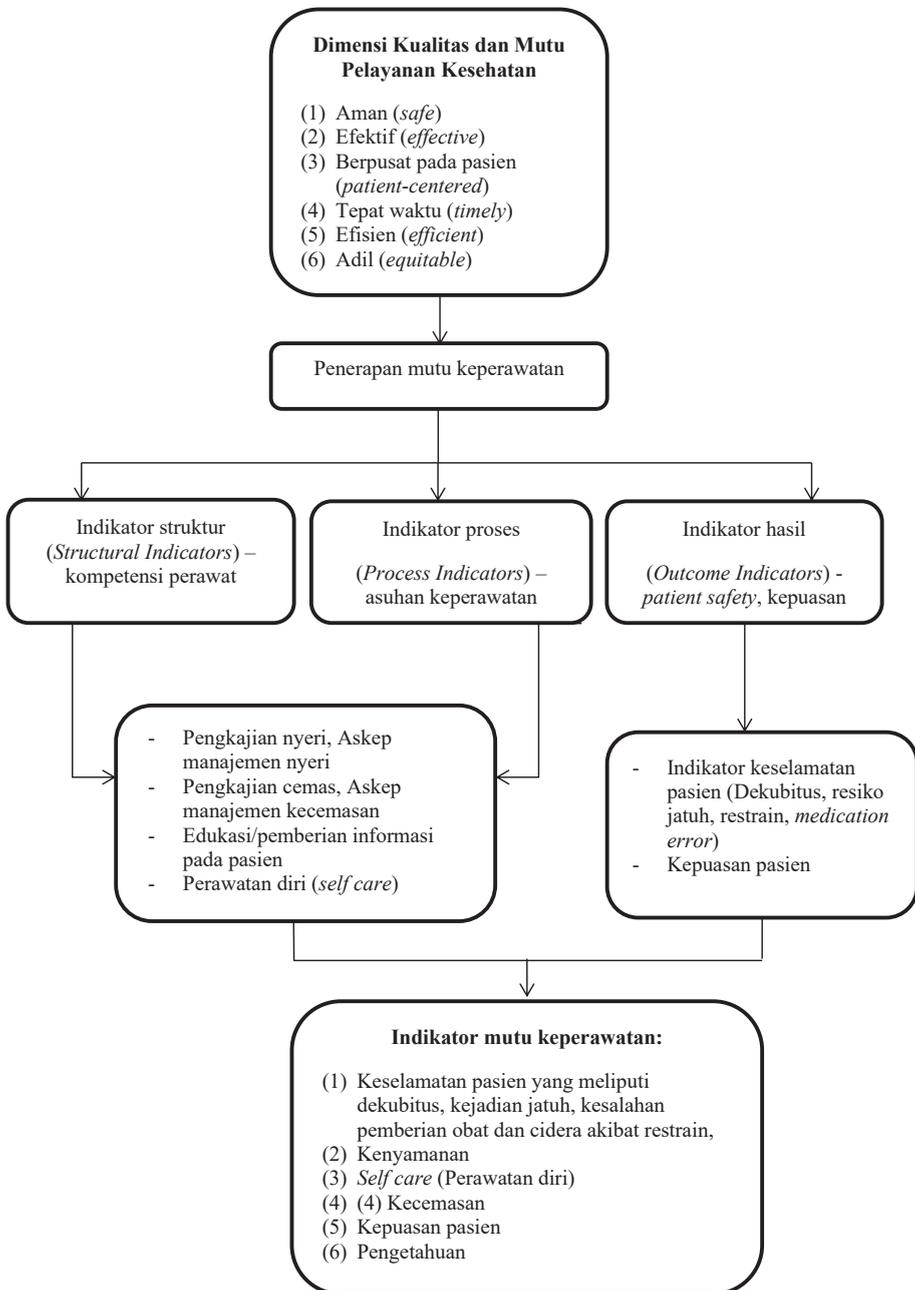
Pengetahuan ini berkaitan dengan pengetahuan pasien tentang penyakitnya dan perencanaan pulang pasien (*discharge planning*). Perawat perlu menggali pengetahuan pasien tentang penyakit, sumber penyakit, perawatan dan pencegahan terhadap penyakit. Pengetahuan ini berkaitan dengan pengetahuan tentang penyakit dan. Indikator ini menunjukkan potensi masalah dalam

pemberian informasi hingga pengetahuan pasien di ruang perawatan. Informasi yang diterima pasien berkaitan dengan kondisi dan pengobatan yang diterima. Perhitungan pengetahuan pasien adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kurang pengetahuan}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat per periode waktu}} \times 100\%$$

Pada perkembangannya, manajemen mutu menjadi tolak ukur keberhasilan layanan yang diberikan. Secara umum, mutu sebagai indikator pelayanan yang berkualitas, berfokus pada hasil yang diharapkan pada pasien dan berorientasi pada pasien. Indikator mutu menjadi penting dalam mengukur sejauh mana pelayanan yang diberikan dapat berhasil dalam pandangan penerima layanan yang dalam hal ini adalah pasien. Pada dasarnya, pengembangan indikator mutu ini menjadi hal penting untuk kualitas layanan keperawatan ke depannya. Adapun skema mutu layanan kesehatan dan mutu keperawatan hingga penentuan indikator mutu keperawatan di Indonesia, dapat dilihat di bawah ini:

Ilmu Keperawatan Dasar



Gambar 3.1 Pengembangan dan Kajian Teoritis Indikator Mutu Keperawatan

Sumber: (*International institute of Medicine*, 2018); (Montalvo, 2007) dan (Nursalam, 2011)

E. Instrumen Pengukuran Mutu Pelayanan Keperawatan

Penilaian indikator mutu dapat dinilai dengan menggunakan alat ukur yang merupakan terjemahan dan adopsi dari enam indikator mutu yang telah dijelaskan sebelumnya. Penilaian dapat dilakukan pada perawat di suatu ruang rawatan dengan mengimplementasikan indikator mutu yang ada. Berikut contoh bentuk kuesioner tersebut:

Tabel 3.1 Kuesioner Penerapan Indikator Mutu Keperawatan Oleh Perawat di Ruang Rawat Inap

Sumber: (*International institute of Medicine*, 2018); (Montalvo, 2007) & (Nursalam, 2011)

NO	PERNYATAAN	Tidak pernah (1)	Jarang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
1	Perawat mengetahui tentang cara penilaian pasien resiko jatuh				
2	Perawat melakukan pencegahan terhadap infeksi nosokomial				
3	Perawat melakukan cuci tangan pada sebelum dan sesudah tindakan keperawatan				
4	Perawat menggunakan hand scoon dan skor dalam setiap tindakan keperawatan				
5	Perawat melakukan prinsip 6 benar dalam pemberian medikasi				
6	Perawat mengetahui tentang cara penilaian skala nyeri pada pasien				
7	Perawat melakukan penilaian nyeri pada pasien				

8	Perawat mendokumentasikan hasil penilaian dan penatalaksanaan nyeri				
9	Perawat memberikan rasa nyaman kepada pasien				
10	Perawat mengetahui tentang cara penilaian pasien keterbasan perawatan diri				
11	Perawat melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien				
12	Perawat mengetahui tingkat kemandirian pasien				
13	Perawat melakukan pendokumentasian setiap perawatan diri pasien				
14	Perawat mengetahui tentang cara penilaian Kecemasan pada pasien				
15	Perawat melakukan penilaian kecemasan pada pasien				
16	Perawat mendokumentasikan hasil penilaian dan penatalaksanaan cemas				
17	Perawat melakukan penilaian pada pasien tentang kepuasan pelanggan				
18	Perawat memberikan pengetahuan kepada pasien tentang penyakitnya dan perawatannya				
19	Perawatan memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien pulang				
20	Perawat memberikan pengetahuan kepada pasien tentang penyakitnya dan perawatannya				

Rangkuman

Peningkatan kesehatan yang berkelanjutan dan berkualitas membutuhkan evaluasi perawatan yang sistematis yang diberikan kepada pengguna layanan kesehatan. Para pengelola institusi layanan kesehatan dapat mengadopsi metode untuk mengevaluasi layanan mereka berdasarkan indikator yang dibuat untuk peningkatan kualitas dan hasil perawatan kesehatan. Keperawatan, sebagai kunci komponen institusi rumah sakit, harus memiliki alat untuk mengevaluasi kinerja dan kualitas layanannya dan mengidentifikasi peluang untuk meningkatkan hasil. Kemenkes telah merancang enam indikator utama mutu pelayanan keperawatan di tatanan klinik yang dapat dijadikan pedoman dalam peningkatan kualitas pelayanan. Keenam jenis indikator mutu tersebut merupakan hasil dari pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

Daftar Pustaka

- Aigbavboa, C., & Thwala, W. (2013). A Theoretical Framework of Users ' Satisfaction / Dissatisfaction Theories and Models. *2nd International Conference on Arts, Behavioral Science and Economics Issues*, 17–18.
- Aikins, I., Ahmed, M., & Darko Adzimah, E. (2014). Assessing the Role of Quality Service Delivery in Client Choice for Healthcare: a Case Study of Bechem Government Hospital and Green Hill Hospital. *European Journal of Logistics Purchasing and Supply Chain Management*, 2(3), 1–23. www.eajournals.org
- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J. L., & Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: A systematic

- review. In *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
- Burhans, L. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(8), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x>
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(13–14), 1785–1795. <https://doi.org/10.1111/jocn.12337>
- Connolly, D., & Wright, F. (2017). The nursing quality indicator framework tool. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *30*(7), 603–616. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2016-0113>
- Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M., & Dubois, M.-F. (2006). Development and Validation of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) in Elders. *Journal of Nursing Measurement*, *14*(3), 190–204. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a004>
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(11), 2469–2482. <https://doi.org/10.1111/jan.12503>
- Ilija, L., Panagiotis, T., & Pandelis, I. (2007). Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital. *Management of International Business & Economic Systems*, *1*(1), 46–59.
- International institute of Medicine. (2018). Six Domains of Health Care Quality. *Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD*.
- Kartika, I. R., Hariyati, R. T. S., & Nelwati. (2018). Kompetensi Perawat Dan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan di Rawat Jalan. *NERS : Jurnal Keperawatan*, *14*(2), 46–54.

- McCance, T., Telford, L., Wilson, J., MacLeod, O., & Dowd, A. (2012). Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(7–8), 1145–1154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03820.x>
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, *12*(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man02>
- Muninjaya, A. . G. (2014). *Manajemen Buku Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>. Dumatubun.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (3rd ed.). Salemba Medika.
- Taner, M. T., Sezen, B., & Antony, J. (2007). An overview of six sigma applications in healthcare industry. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. <https://doi.org/10.1108/09526860710754398>
- Umoke, M., Umoke, P. C. I., Nwimo, I. O., Nwalieji, C. A., Onwe, R. N., Emmanuel Ifeanyi, N., & Samson Olaoluwa, A. (2020). Patients' satisfaction with quality of care in general hospitals in Ebonyi State, Nigeria, using SERVQUAL theory. *SAGE Open Medicine*. <https://doi.org/10.1177/2050312120945129>



BAB 4

ETIKA KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Maya Fadlilah, S.Kep., M.Kep.
Institut Ilmu Kesehatan dan Teknologi Muhammadiyah Palembang

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Etika, Nilai dan Norma
2. Untuk Memahami Pendekatan Etika
3. Untuk Memahami Teori Etika
4. Untuk Memahami Konsep dan Prinsip Etika Keperawatan

A. Pendahuluan

Dunia keperawatan di Indonesia akan terus mengalami perkembangan yang dapat menuntut tenaga kesehatan dimana salah satunya adalah perawat untuk dapat menyumbangkan

keahliannya di bidang kesehatan, dalam hal ini tentunya perawat dapat meningkatkan kapasitas kemampuan dan kualitas pelayanan para tenaga keperawatan baik itu kualitas maupun kuantitas. Perawat yang profesional harus dapat menjamin tugas keperawatannya dilaksanakan dengan baik, salah satunya dapat dilihat dari bentuk tanggungjawab perawat untuk semua tindakan keperawatan yang dilakukan. Petugas kesehatan yang salah satunya adalah perawat dalam melayani individu, keluarga dan masyarakat, tidak akan terlepas dari etika keperawatan, karena itu perawat harus paham mengenai etika keperawatan serta penerapan prinsip-prinsip etika keperawatan. Etika merupakan suatu aturan untuk bertindak atau berperilaku dalam suatu masyarakat atau suatu komunitas yang ditentukan oleh setiap kelompok masyarakat yang bersifat terus menerus dari setiap generasi. Perawat sebagai profesi yang juga mengupayakan tercapainya kesejahteraan manusia secara menyeluruh baik itu kesejahteraan fisik, biologis, sosial serta spiritual.

B. Konsep Etika, Nilai dan Norma

Pengertian etika, etika berasal dari kata Yunani, yaitu *Ethos* yang berarti kebiasaan, karakter yang berhubungan dengan pertimbangan dalam pembuat keputusan. Etika dapat mempengaruhi seseorang dalam menentukan suatu keputusan dalam menentukan perilaku, bagaimana menjalani hidup mana yang baik dan mana yang buruk yang biasa dikenal dengan dilema etik. Perawat sering dihadapkan pada situasi yang membuat perawat harus dapat mengambil keputusan dalam mengambil suatu tindakan, tugas utama perawat adalah memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual yang terdiri dari pengkajian, menegakkan diagnosa, merencanakan (intervensi),

melakukan tindakan (implementasi) serta melakukan evaluasi hal ini dilakukan perawat kepada baik itu klien, keluarga dan masyarakat yang merupakan fungsi utama perawat. Etika memiliki beberapa pemahaman antara lain:

1. Etika berkaitan dengan benar atau salah, baik atau buruk yang merupakan konsep yang dimiliki individu atau masyarakat.
2. Etika didefinisikan sebagai “*the discipline which can act as the performance or reference*” Martin (1993).
3. Etika merupakan “*self control*” yang merupakan sesuatu yang dibuat kemudian diterapkan dari dan untuk kepentingan sosial (profesi).
4. Etika mengatur pergaulan manusia dalam hubungan sosial.
5. Beberapa filosofi ada yang berpendapat bahwa etika dan moral itu sama, dan sebagian lagi mempunyai pendapat berbeda.

Etika dapat juga diartikan cara hidup yang menggambarkan sifat dan prinsip yang dapat mempengaruhi perilaku profesional yang mengatur seseorang dalam suatu kelompok sosial. Untuk menjalankan fungsinya ada beberapa yang terkait dengan masalah moral dalam etika yaitu:

a. Etika Memberikan Peta Moral

Masalah moral sebagian besar dapat membuat seseorang dilema, hal ini biasanya terjadi pertentangan antara perasaan dan pikiran rasional, hal ini etika dapat menyelesaikan masalah, dimana etika memberikan peraturan serta prinsip sehingga seseorang dapat menemukan jalan dalam menyelesaikan masalah. Contohnya adalah ketika seseorang dihadapkan pada masalah aborsi dan euthanasia.

b. Etika menunjukkan ketidaksepakatan

Kerangka etika dapat menyelesaikan perdebatan dimana seseorang menemukan bahwa hal yang menjadi perdebatan tersebut hanyalah bagian tertentu dari masalah, sehingga hal ini dapat menghilangkan perdebatan dan mengisyaratkan penyelesaian masalah.

c. Etika tidak memberikan jawaban yang benar

Terhadap masalah moral tidak selalu etika menunjukkan jawaban yang benar, hal ini dilihat dari banyak orang berpikir bahwa etika tidak ada jawaban yang pasti, namun etika merupakan seperangkat prinsip yang diterapkan pada kasus-kasus tertentu sehingga seseorang dapat memilih dengan jelas. Tapi beberapa filsuf ada yang berpendapat bahwa etika mampu menghilangkan kebingungan dan dapat mengklarifikasi isu moral, namun setelah itu diserahkan pada individu itu sendiri.

d. Etika memberikan alternatif jawaban

Alternatif jawaban yang benar untuk pertanyaan etis seringkali diinginkan oleh banyak orang, namun sering kali tidak ada jawaban yang benar dalam masalah etis. Individu harus memilih diantara jawaban paling buruk dan jawaban yang benar, sehingga hal ini membuat ambiguitas moral yang merupakan sesuatu yang sulit, hal ini dikarenakan ambiguitas moral akan memaksa untuk bertanggung jawab atas pilihan dan tindakannya sendiri, dibandingkan tunduk pada peraturan yang mudah dilakukan.

Etika berkaitan erat dengan nilai dan moral dimana nilai merupakan dimana individu memiliki kumpulan keyakinan yang menuntut tingkah laku individu itu sendiri. Nilai juga

dapat didefinisikan sebagai hal yang dihargai seseorang baik itu individu maupun kelompok. Nilai sangat berperan penting bagi individu atau kelompok untuk menilai hasil tindakan yang akan dipertimbangkan serta memilih alternatif tindakan yang akan dilakukan. Nilai berhubungan dengan etika, hal ini terlihat bahwa nilai menentukan apa yang benar dan salah, sedangkan etika adalah melakukan apa yang benar dan salah tersebut. Nilai memiliki beberapa karakteristik pertama nilai membentuk dasar perilaku individu, kedua nilai merupakan control internal perilaku individu, ketiga nilai merupakan komponen intelektual serta emosional seseorang, keempat nilai nyata individu dilihat dari perilaku yang konsisten dari individu tersebut.

Norma adalah aturan atau pedoman social terkait tingkah laku, sikap serta perbuatan yang boleh dilakukan dan perbuatan yang tidak boleh dilakukan di masyarakat. Norma berperan penting dalam mengatur tata kehidupan anggota masyarakat yang berlandaskan pada sistem budaya. Etika juga berkaitan dengan moral, dimana pengertian moral adalah prinsip perilaku benar dan salah dari karakter manusia, moral berasal dari bahasa Latin yaitu *mos* (tunggal) dan *mores* (jamak), artinya adat atau kebiasaan. Moral merupakan tingkah laku yang sudah ditentukan oleh etika, yang dibagi menjadi dua ada moral baik dan buruk. Moral baik merupakan tingkah laku etika yang baik, dan moral buruk kebalikannya yang merupakan tingkah laku yang dikenal etika sebagai yang buruk. Terdapat perbedaan antara etika dan moral adalah:

Tabel 4.1 Perbedaan Etika dan Moral

Sumber: (Mendri, N. K. (2021)

No	Perbedaan	Etika	Moral
1	Asal bahasa	Yunani “ethos” artinya “karakter”	Latin “mos” artinya “kebiasaan”
2	Berasal	Etika berasal dari sistem eksternal yaitu sosial	Moral berasal dari internal individu
3	Definisi	Aturan perilaku yang diakui oleh masyarakat yang berkaitan dengan tindakan tertentu dari manusia, kelompok atau budaya.	Kebiasaan yang berkaitan dengan perilaku salah atau benar.
4	Mengapa melakukannya?	Masyarakat mengatakan bahwa hal itu adalah yang benar dilakukan.	Kepercayaan bahwa sesuatu itu adalah benar atau salah
5	Keberterimaan	Diatur dalam pedoman profesional dan hukum	Melampaui norma budaya
6	Fleksibilitas	Konsisten dalam konteks tertentu, tapi dapat bervariasi antar konteks	Konsisten, namun bisa berubah jika kepercayaan individu berubah
7	Dilema	Bisa saja orang yang melanggar prinsip etika dilakukan untuk menjaga integritas moral serta sebaliknya.	Dapat memilih untuk mengikuti kode etik dikarenakan kode etik berlaku dalam sebuah sistem

C. Pendekatan Etika

Etika merupakan ilmu tentang tingkah laku etis atau moral dengan beberapa pendekatan antara lain:

1. Etika Deskriptif

Etika yang bertujuan untuk menggambarkan tingkah laku moral

manusia tentang baik dan buruk serta yang boleh dan tidak boleh dari suatu tindakan yang sesuai dengan norma etik yang dianut masyarakat atau komunitas, tanpa memberikan penilaian. Etika deskriptif dapat bermanfaat dalam mengembangkan pemahaman budaya satu terhadap budaya yang lainnya dalam membangun toleransi. Contoh dari etika deskriptif adalah tata cara upacara dalam perkawinan pada masing-masing suku bangsa yang ada di Indonesia.

2. Etika Normatif

Etika deskriptif menggambarkan etika dari masyarakat atau komunitas, maka etika normatif ini memberikan penilaian terhadap etika-etika yang berlaku dengan menggunakan kriteria etis dan tidak etis atau benar atau tidak benar. Contoh dari etika normative dalam fenomena sosial adalah “*siphon*” yang merupakan tradisi atau budaya Nusa Tenggara Timur yang mengharuskan anak laki-laki yang baru disunat melakukan hubungan seks dengan wanita, yang bertujuan untuk mempercepat kesembuhan setelah dilakukan sunat, sehingga etika normative ini dapat bertujuan merumuskan prinsip-prinsip etis yang dapat dipertanggungjawabkan secara rasional.

Etika normative yang mengkaji ukuran baik buruk tindakan manusia, dikelompokkan menjadi etika umum dan etika khusus, dimana etika umum terkait dengan hal yang berhubungan dengan kondisi manusia untuk bertindak etis berdasarkan teori dan prinsip moral, dan etika khusus dibagi menjadi tiga kelompok yaitu etika individu, etika sosial, etika terapan, dimana etika individu menekankan pada kewajiban manusia sebagai pribadi, etika social menekankan tanggung jawab social serta hubungan antar manusia dalam melakukan aktifitas, sedangkan etika terapan lebih menekankan pada etika yang diterapkan didalam profesi.

D. Teori Etika

1. Teori Utilitarisme

Utilitarisme ialah upaya dalam memberikan suatu jawaban terhadap suatu pertanyaan yang praktis “Apa yang harus dilakukan oleh manusia?” maka jawabannya ialah dia harus bertindak untuk dapat menghasilkan konsekuensi yang terbaik. Kata konsekuensi, utilitarisme ini mencakup semua hal yang baik dan buruk yang dihasilkan tindakan tersebut. Pendekatan utilitarian dimana keputusan dipilih berdasarkan jumlah manfaat terbesar yang diperoleh bagi individu dengan jumlah terbanyak, ini dikenal dengan pendekatan konsekuensial karena hasilnya menentukan moralitas intervensi, namun pendekatan ini dapat mengakibatkan kerugian bagi beberapa individu. Dua tipe utilitarianisme; *pertama* utilitarianisme tindakan yang berkaitan dengan keputusan yang diambil dalam setiap pemecahan kasus, dimana setiap keputusan yang ada selalu dihadapkan dengan pengukuran keseimbangan manfaat dan kerugian, dengan tidak memeriksa bukti masa lalu, kerugian dari tipe ini dapat menghasilkan pemborosan energi serta waktu dan keputusan yang diambil sering kali bias. *Kedua* utilitarianisme peraturan, tipe ini dimana keputusan dipandu oleh peraturan preformed berdasarkan bukti, sehingga tipe ini memberikan panduan lebih baik dari pada tipe utilitarianisme tindakan.

2. Teori Deontologi

Deontologi berasal dari bahasa Yunani “*deon*” yang berarti “tugas”, dan “*logos*” berarti “pengetahuan”. Deontologi merupakan teori yang menekankan pada hubungan antara tugas dan moralitas dari tindakan manusia. Pada etika deontologi sesuatu tindakan dianggap moral baik dilihat dari karakteristik tindakan bukan karena produk

dari tindakan. Immanuel Kant pendiri filsafat kritis Jerman pada abad ke-18 merupakan filsuf pertama yang mendefinisikan prinsip deontologi bahwa tidak ada yang baik tanpa kualifikasi kecuali kemauan yang baik, yang merupakan keinginan untuk bertindak sesuai dengan hukum moral dan untuk menghormati undang-undang tersebut dari pada karena kecenderungan alami. Disebut sebagai deontologi kantian hal ini karena konsep ini diperkenalkan oleh Immanuel Kant diaman deontologi adalah etika tugas dimana moralitas suatu tindakan bergantung pada sifat tindakan.

3. Teori Hak

Beauchamp dan Childress (2009) mendefinisikan hak sebagai “klaim yang dibenarkan bahwa individu dan kelompok dapat membuat orang lain atau masyarakat, memiliki hak untuk berada dalam posisi menentukan pilihan seseorang apa yang orang lain harus lakukan atau tidak perlu lakukan”. Perbedaan lain yang berguna adalah (1) hak positif yang merupakan hak untuk menerima kebaikan atau pelayanan tertentu dari orang lain, karena itu hak positif mengasumsikan bahwa seseorang berkewajiban untuk melakukan sesuatu untuk orang lain, (2) hak negatif yang merupakan hak untuk bebas dari tindakan orang lain yang mewajibkan orang lain untuk tidak melakukan tindakan yang berhubungan dengan orang lain secara langsung maupun tidak langsung.

4. Teori Keutamaan

Teori keutamaan ini sebagian besar mengambil inspirasi dari Aristoteles yang menyatakan bahwa orang yang berbudi luhur adalah seseorang yang baik dalam banyak situasi selama seumur hidup yang merupakan ketrakturnya dan bukan karena ingin memaksimalkan *utilitas*. Tiga pengembangan etika keutamaan yaitu eudaimonisme, etika berbasis agen dan terakhir etika perawatan.

a. Eudaimonisme

Eudaimonisme adalah kebahagiaan, kepuasan dan pemenuhan nama jenis kehidupan terbaik, yang merupakan akhir dari dirinya sendiri dan sarana untuk hidup dan berjalan dengan baik.

b. Etika berbasis agen

Teori yang berbasis agen memahami kehidupan moral dalam hal apa adanya menjadi individu yang baik, dimana kebajikan adalah disposisi batin.

c. Etika perawatan

Nilai etika keutamaan ini dimotivasi oleh pemikiran bahwa pria berpikir dalam istilah maskulin seperti keadilan dan otonomi, dan wanita mendapatkan istilah peminim yang artinya peduli, ini dikembangkan oleh penulis peminis, Annette Baier (1929-2012), yang merupakan filsuf Selandia Baru.

E. Konsep dan Prinsip Etika Keperawatan

1. Pengertian Etika Keperawatan

Etika keperawatan yaitu merupakan filsafat yang mengarahkan perawat pada tanggung jawab moral yang mendasari pelaksanaan praktik keperawatan yang dilaksanakan oleh seluruh anggota profesi keperawatan, dan masyarakat sebagai penerima pelayanan keperawatan.

2. Tujuan Etika Keperawatan

Tujuan etika keperawatan adalah sebagai alat dalam mengukur perilaku moral keperawatan, yang dilihat berdasarkan kode etik

keperawatan, yang dapat mengukur dan mengevaluasi perilaku moral dari perawat, sehingga perawat harus mengembangkan etika profesi secara berkesinambungan agar dapat mengatasi masalah-masalah yang sifatnya baru, sehingga dapat menurunkan etika profesi kepada perawatan generasi baru.

3. Prinsip Etika Keperawatan

Terdapat beberapa prinsip etika dalam keperawatan yaitu:

a. Otonomi (*autonomy*)

Otonomi adalah kemampuan individu atau seseorang dalam mengambil keputusan yang rasional. Prinsip otonomi merupakan prinsip yang memandang hak individu untuk menentukan nasibnya sendiri, oleh karena itu pasien memiliki otonomi baik itu pemikiran, niat serta tindakan dalam membuat keputusan mengenai tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien itu sendiri tanpa adanya paksaan dari pihak manapun, oleh karena itu pasien harus paham mengenai tujuan serta resiko terhadap tindakan keperawatan yang akan diberikan kepadanya sehingga pengambilan keputusan yang disampaikan adalah tepat. Banyaknya orang yang memiliki kehilangan hal otonomi ini dikarenakan mengalami gangguan misalnya demensia, dimana demensia ini merupakan penyakit kronis dan progresif yang menyerang otak yang dapat mempengaruhi ingatan seseorang yang mengakibatkan penurunan pemikiran yang rasional.

b. Keadilan (*justice*)

Justice merupakan prinsip yang didasarkan pada bahwa beban dan manfaat pengobatan baru atau eksperimental harus disebarkan secara merata dimasyarakat, dimana prinsip justice ini membutuhkan prosedur yang menjunjung tinggi hukum dan

keadilan bagi semua pihak yang terlibat. Akses adil dalam asuhan keperawatan menunjukkan bahwa perawat tersedia dalam memberikan asuhan keperawatan dan bahwa penerima asuhan keperawatan seperti pasien, keluarga dan masyarakat secara luas, mengetahui bahwa perawatan tersedia bagi mereka.

c. Kebermanfaatan (*beneficence*)

Prinsip kebermanfaatan diperlukan supaya prosedur keperawatan yang diberikan dan penyedia layanan kesehatan dapat mengembangkan, memperbaharui, pengetahuan dan keterampilan, untuk kebermanfaatan bagi pasien. *Beneficence* mengacu pada tindakan mempromosikan pada kesejahteraan orang lain, artinya dapat mengambil tindakan yang terbaik untuk pasien.

d. Tidak membahayakan (*nonmaleficence*)

Nonmaleficence merupakan prinsip agar prosedur yang dilakukan tidak membahayakan pasien/individu atau masyarakat. Beberapa perawatan yang dapat menimbulkan resiko bahaya pada pasien, misalnya tanpa dilakukan perawatan maka pasien akan semakin parah, namun ketika dilakukan perawatan maka juga memiliki resiko dapat melukai pasien, sehingga prinsip *nonmaleficence* ini dapat memiliki efek ganda, sehingga tindakan keperawatan yang akan diberikan setidaknya meminimalkan bahaya dan memaksimalkan dalam mencapai nilai keberhasilan yang diinginkan.

e. Kejujuran (*veracity*)

Prinsip pengajaran kebenaran disebut dengan kejujuran yang didasarkan pada pasien serta konsep otonomi. Ada dua penerapan prinsip kejujuran dalam konteks perawatan kesehatan yaitu:

- 1) Berhubungan dengan perawatan pasien seperti adanya informed consent (persetujuan), dalam memutuskan dalam membuat pilihan yang berkaitan dengan tindakan medis pasien dan keluarga bergantung pada perawat dan dokter, termasuk terhadap informasi mengenai perawatan yang akan diberikan kepada pasien.
- 2) Etika professional, bahwa dalam perawat melakukan tindakan keperawatan harus dilakukan dengan jujur sesuai dengan etika professional, dalam penerapan kejujuran professional dapat dilihat dari hubungan professional, standar dokumentasi, hubungan masyarakat, manajemen resiko, pelaporan peraturan dan kepatuhan serta *peer review*.

f. Kesetiaan (*fidelity*)

Fidelity merupakan prinsip kesetiaan secara luas yang mensyaratkan bertindak dengan cara prinsip setia. Termasuk dari prinsip kesetiaan adalah bagaimana kita dapat menepati janji, dapat dipercaya, melakukan sesuai dengan apa yang diharapkan dengan menunjukkan sifat professional.

Lima harapan dalam konteks perawatan kesehatan menurut Purtillo (2005). *Pertama* perawat memperlakukan mereka dengan hormat, *kedua* perawat mematuhi kode etik professional, *ketiga* perawat menghormati kesepakatan yang dibuat dengan pasien, *keempat* perawat mengikuti kebijakan dan prosedur organisasi dan hukum yang berlaku, *kelima* perawat, pengasuh atau professional perawatan kesehatan lainnya, kompeten dan mampu menjalankan tugas yang diperlukan dari peran profesional.

g. *Informed Consent*

Dalam etika *informed consent* biasanya mengacu pada bahwa seseorang harus diinformasikan sepenuhnya serta memahami manfaat dan potensi terdapat tindakan yang akan diberikan. Jika informasi tidak disampaikan atau kurang dalam penyampaian informasi maka akan berdampak pada resiko hasil tidak mencerminkan nilai yang diinginkan. Pasien dapat memilih dalam membuat keputusan mengenai tindakan yang akan dilakukan pada pasien itu sendiri, atau dapat juga mendelegasikan persetujuan pada pihak lain, jika pasien tidak mampu. Tujuan *informed consent* adalah memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjadi peserta informasi dalam keputusan perawatannya.

Rangkuman

Etika merupakan aturan mengenai perilaku dalam suatu masyarakat. Tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan termasuk perawat harus memiliki etika dan hukum serta kode etik dalam penerapan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan masyarakat yang diatur dalam profesi keperawatan. Etika keperawatan adalah filsafat yang mengarahkan kepada tanggungjawab moral (Noatmodjo Soekidjo, 2018) perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan, yakni hak dan martabat manusia yang berfokus kepada sifat manusia yang unik, dimana perawat harus memiliki tanggungjawab dalam melaksanakan praktik keperawatan, diantaranya perawat harus dapat melihat, mengidentifikasi serta menganalisa situasi. Etika keperawatan merupakan hal yang sangat perlu dipahami oleh perawat karena ini merupakan dasar dalam perawat melakukan asuhan keperawatan, sehingga perawat dapat

menerapkan etika keperawatan serta prinsip-prinsip dalam etika keperawatan seperti Otonomi dimana perawat harus memahami bahwa ada otonomi pasien dalam menentukan tindakan yang akan diberikan adanya prinsip keadilan, kebermanfaatn, prinsip tidak membahayakan, kejujuran, kesetiaan serta adanya *Informed Consent*.

Daftar Pustaka

- Kurniadi Anwar. (2018). *Etika dan Hukum Keperawatan*. PT Raja Grafindo Persada.
- Mendri, N. K. (2021). *Etika Profesi & Hukum Keperawatan* (1st ed.). PT Pustaka Baru.
- Noatmodjo Soekidjo, P. D. (2018). *Etika dan Hukum Kesehatan* (kedua). PT Rineka Cipta.
- Siswati Sri. (2017). *Etika dan Hukum Kesehatan Dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan* (ketiga). PT Raja grafindo Persada.



BAB 5

DASAR-DASAR KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Yenny Safitri, S.Kep., M.Kep.
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

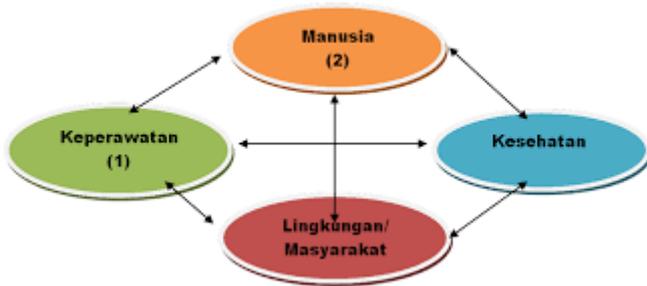
Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Paradigma Keperawatan
2. Untuk Memahami Konsep Manusia
3. Untuk Memahami Konsep Lingkungan
4. Untuk Memahami Konsep Sehat Sakit
5. Untuk Memahami Konsep Keperawatan
6. Untuk Memahami Konsep Asuhan Keperawatan
7. Untuk Memahami Sejarah Perkembangan Keperawatan
8. Untuk Memahami Konsep Caring
9. Untuk Memahami Kebutuhan Dasar Manusia

A. Pendahuluan

Keperawatan adalah suatu profesi yang berorientasi pada pelayanan kesehatan dengan segala perencanaan atau tindakan untuk membantu meningkatkan kesejahteraan kehidupan masyarakat (Hidayat, 2007). Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Kusnanto, 2003). Jadi, keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan professional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bermanfaat dalam peningkatan kesejahteraan hidup masyarakat.

B. Konsep Paradigma Keperawatan



Gambar 5.1 Paradigma Keperawatan

Sumber: (Hidayat, 2007)

Paradigma keperawatan merupakan cara pandang seorang perawat dalam memandang suatu permasalahan yang ada di dalam kehidupan manusia, baik dalam rentang sehat maupun sakit, yang berfokus pada empat unsur dasar yaitu manusia, lingkungan,

kesehatan, dan keperawatan. Beberapa ahli telah mengemukakan pendapatnya tentang *paradigma keperawatan*, diantaranya sebagai berikut:

Tabel 5.1 Pendapat Ahli Tentang Paradigma Keperawatan
Sumber: (Hidayat, 2007)

Pendapat Ahli	Manusia	Lingkungan	Kesehatan	Keperawatan
<p>1</p>  <p>Betty Neuman</p>	<p>a. Fisiologi, merupakan struktur fisik dan biokimia serta fungsi tubuh pada manusia.</p> <p>b. Psikologis, merupakan proses mental dan emosional seorang manusia.</p> <p>c. Sosiokultural, merupakan hubungan antar manusia, kultur yang mendasari dan mempengaruhi aktivitas manusia.</p> <p>d. Spiritual, merupakan kepercayaan yang diyakini setiap manusia.</p> <p>e. Perkembangan, merupakan segala suatu proses yang berhubungan</p>	<p>a. Lingkungan internal, segala hal yang terdapat didalam diri setiap individu.</p> <p>b. Lingkungan eksternal, segala hal yang berada di luar diri individu</p> <p>c. Lingkungan yang diciptakan (<i>created environment</i>), adalah lingkungan yang terbentuk dan berkembang tanpa disadari oleh pasien dan merupakan simbol sistem secara keseluruhan</p>	<p>Suatu kondisi terdapat kecocokan atau keserasian pada sebagian atau seluruh system pada diri pasien</p>	<p>suatu profesi yang unik dimana fokus atau perhatiannya tertuju pada semua variabel yang terdapat dalam diri pasien disertai dengan respon individu saat menghadapi suatu stressor</p>

Ilmu Keperawatan Dasar

		dengan perkembangan manusia sepanjang siklus kehidupannya			
2	 <p>Dorothy E. Johnson</p>	Manusia mempunyai dua sistem utama dalam dirinya yaitu sistem biologis dan sistem behavior, dimana pengobatan sebagai system biologis dan keperawatan sebagai system behavior	Kondisi ini berhubungan dengan keberadaan individu berada, di mana perilaku individu dipengaruhi oleh lingkungannya.	Suatu keadaan di mana tercapai suatu respon yang adaptif baik secara fisik, mental, emosional, dan sosial dari internal dan eksternal stimulus yang mencapai stabilitas dan kenyamanan	Perawat harus focus pada seluruh kebutuhan pasien secara terintegrasi, namun fokus utama perawat yaitu untuk mempertahankan keseimbangan sistem perilaku ketika dalam keadaan sakit
3	 <p>Dorothea Orem.</p>	Manusia dipandang secara menyeluruh dan komprehensif, di mana mereka membutuhkan perkembangan diri dan kemampuan melakukan perawatan diri sendiri secara berkelanjutan. Jadi, manusia merupakan suatu kesatuan dari fungsi biologi, simbolik, dan sosial	Lingkungan meliputi elemen, kondisi, dan perkembangan lingkungan.	Suatu kondisi dimana struktur dan fungsi saling berintegrasi dengan baik. Kondisi ini memungkinkan manusia untuk mampu menghubungkan berbagai macam mekanisme baik secara psikologis,	Merupakan suatu bentuk seni, pelayanan atau bantuan serta teknologi. Tujuan : agar pasien dan keluarganya mampu melakukan perawatan sendiri, seperti mempertahankan kesehatan, mencapai kondisi normal

				<p>fisiologis, serta melakukan hubungan dengan orang lain</p>	<p>ketika terjadi bahaya, serta mengontrol, menstabilisasi dan meminimalisasi efek dari penyakit atau kondisi yang kronis atau kondisi ketidakmampuan.</p>
4	 <p>Calista Roy</p>	<p>Manusia dipandang sebagai makhluk biologis-psikologis-spiritual yang selalu berinteraksi dengan perubahan lingkungan, serta berinteraksi dengan menggunakan inisiasi bawaan dan mekanisme yang di dapat.</p>	<p>Fokal, meliputi lingkungan internal dan eksternal yang dialami oleh manusia. Kontekstual, semua stimulus pada setiap situasi yang memberikan pengaruh terhadap lingkungan internal dan eksternal Residual, dimana faktor yang dampaknya tidak jelas dalam suatu kondisi. Seluruh kondisi lingkungan akan mempengaruhi perkembangan dan perilaku manusia.</p>	<p>Manusia disebutkan berada dalam suatu rentang sehat dan sakit, merupakan suatu bagian yang tidak dapat dihindari oleh setiap manusia.</p>	<p>Meningkatkan kemampuan individu dan keluarga terhadap empat model adaptif, yang berkontribusi terhadap kesehatan, kualitas kehidupan, kematian dengan bermartabat dengan mengkaji perilaku, dan faktor kemampuan adaptif</p>

5	 <p>Imogene King</p>	<p>Manusia mempunyai tiga kebutuhan dasar, yaitu :</p> <p>a. Manusia memerlukan informasi kesehatan</p> <p>b. Manusia memerlukan pencegahan terhadap sakit.</p> <p>c. Manusia memerlukan perawatan ketika dia mengalami sakit.</p>	<p>Lingkungan internal, di dalamnya terdapat transformasi energi untuk mengatur perubahan lingkungan eksternal.</p> <p>Lingkungan eksternal, meliputi organisasi formal dan informal.</p>	<p>Suatu pengalaman yang dinamis pada kehidupan manusia, di mana kondisi tersebut merupakan penyesuaian terhadap adanya stressor lingkungan, baik internal maupun eksternal, dengan menggunakan sumber yang banyak sehingga menghasilkan aktivitas yang berlebih</p>	<p>Terdapat proses aksi, reaksi, dan interaksi antara perawat dan pasien, dimana di dalam kondisi tersebut ada kondisi saling tukar menukar informasi dan kondisi keperawatan</p>
---	--	--	---	--	---

C. Konsep Manusia

Manusia dapat ditinjau dari dua sudut pandang, yaitu manusia sebagai makhluk holistik dan manusia sebagai sistem (Potter dan Perry, 1997; Hidayah & Uliyah, 2014).

1. Manusia Sebagai Makhluk Holistik

Merupakan makhluk yang utuh paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Sebagai makhluk biologis, manusia tersusun atas sistem

dan kemampuan berfikir serta kecerdasan. Sebagai makhluk sosial, manusia perlu hidup bersama orang lain saling bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup mudah dipengaruhi kebudayaan, serta dituntut untuk bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang ada. Sebagai makhluk spiritual, manusia memiliki keyakinan, pandangan hidup, dan dorongan hidup yang sejalan dengan keyakinan yang dianutnya.

2. Manusia Sebagai Sistem

Manusia sebagai sistem terdiri atas sistem adaptif, personal, interpersonal dan sosial. Sistem adaptif merupakan proses perubahan individu sebagai respon terhadap perubahan lingkungan yang dapat mempengaruhi integritas atau keutuhan. Sebagai sistem personal, manusia memiliki proses persepsi dan bertumbuh kembang. Sebagai sistem interpersonal manusia dapat berinteraksi, berperan, dan berkomunikasi terhadap orang lain. Sementara itu sebagai sistem sosial, manusia memiliki kekuatan dan wewenang dalam pengambilan keputusan di lingkungannya, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun lingkungan pekerjaan. *Jadi*, manusia merupakan makhluk holistik mempunyai sistem organ tubuh untuk mempertahankan hidupnya, mempunyai kemampuan untuk berpikir, berkomunikasi, berinteraksi, membutuhkan orang lain untuk memenuhi kebutuhan hidup, serta mempunyai keyakinan kepada san Pencipta-Nya.

D. Konsep Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia, yang terdiri dari faktor internal (seperti aspek-aspek genetika, struktur, fungsi tubuh dan psikologis) maupun faktor eksternal (seperti lingkungan fisik, biologik, sosial, kultural, dan

spiritual. Berdasarkan teori Nightingale yang berfokus pada aspek lingkungan. Nightingale meyakini bahwa kondisi lingkungan yang sehat penting untuk penanganan perawatan yang layak. Komponen lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan yaitu: udara segar, air bersih, saluran pembuangan yang efisien, kebersihan dan cahaya.

Selain itu, Nightingale juga yakin sinar matahari dapat memberi manfaat yang besar bagi kesehatan pasien. Oleh sebab itu, perawat juga perlu membawa pasien berjalan-jalan keluar untuk merasakan sinar matahari selama tidak terdapat kontraindikasi (Asmadi, 2008). Namun, inti dari konsep Florence Nightingale, pasien dipandang dalam konteks lingkungan secara keseluruhan terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan psikologis dan lingkungan sosial.

1. Lingkungan fisik (*physical enviroment*), merupakan lingkungan dasar/alami yang berhubungan dengan ventilasi dan udara.
2. Lingkungan psikologi (*psychologi enviroment*), kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stres fisik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Oleh karena itu, ditekankan kepada pasien menjaga rangsangan fisiknya.
3. Lingkungan sosial (*social environment*), setiap perawat harus menggunakan kemampuan observasi dalam hubungan dengan kasus-kasus secara spesifik lebih dari sekedar data-data yang ditunjukkan pasien pada umumnya.

E. Konsep Sehat Sakit

WHO mendefinisikannya sehat sebagai sejahtera fisik, mental dan sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan. Di Indonesia, sehat diyakini sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara

sosial dan ekonomi sesuai UU no 23/1992 tentang kesehatan. Sehat ini merupakan tanggung jawab individu dan harus dipertahankan dan ditingkatkan melalui upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif. Konsep sehat sakit ini dapat dijelaskan dalam beberapa model, diantaranya model rentang sehat sakit yang kemukakan oleh Neuman, (1990); model High-level wellness; model agen-host-environment sebagai berikut:

1. Model rentang sehat sakit Neuman, (1990)

Konsep ini menyatakan bahwa sehat sebagai derajat kesehatan pada suatu waktu dalam rentang kesehatan optimal dengan penyediaan energi yang banyak sampai proses kematian yang menggambarkan pengurangan energi secara menyeluruh. Sakit diartikan sebagai suatu proses dimana fungsi individu hilang atau terganggu pada salah satu dimensi dibanding dengan sebelumnya.

2. Model High-Level Wellness (Dunn, 1977)

Konsep ini dianggap mampu meningkatkan kemampuan/potensi kesehatan individu, dan individu dianggap mampu menjaga keseimbangan.

3. Model Agen-Host-Environment (Leavell, 1965)

Konsep ini diyakini terdapat hubungan yang dinamis antara agen, host dan environment.

4. Model Health Believe (Rosenstoch's, 1974; Becher & Maiman, 1975)

Konsep ini diyakini adanya hubungan antara keyakinan dan tingkah laku seseorang. Hubungan ini dipengaruhi oleh persepsi individu terhadap penyakit, persepsi individu terhadap keseriusan penyakit dan persepsi keuntungan dalam bertindak. Definisi sakit secara tradisional adalah tidak sehat. Parson (1972) menjelaskan

sakit sebagai “*a state of disturbance in the normal functioning of the total human individual, including both the state of organism as a biological system and his person and social adjustment*”. Sikap seseorang yang menderita sakit berbeda, tergantung pada faktor budaya/kultur dan sosial. Ada beberapa tahap saat seseorang menderita sakit, yaitu:

a. *Symptom Experience*. Pada tahap ini individu akan merasakan “*something is wrong*” dan ia akan mencari pengobatan sendiri atau secara tradisional. Ia juga akan menolak atau menyangkal bahwa ia menderita suatu penyakit. Sikap ini biasanya akan menyebabkan ia terlambat untuk berobat. Jika sikap menolak/menyangkalnya telah berubah menjadi menerima, maka ia akan masuk dalam tahap kedua.

b. *Assumption Of The Sick Role*

Pada tahap ini, individu akan melakukan kepastian pada orang-orang disekitarnya tentang gejala-gejala penyakit yang dirasakannya.

c. *Medical Care Contac*

Pada tahap ini individu akan mulai mencari pengobatan ke pelayan kesehatan, tetapi ia masih melakukan negosiasi tentang pengobatan yang harus dijalannya.

d. *Dependent Patien Role*

Di tahap ini pasien sudah menerima pengobatan yang memang harus dijalannya untuk mengobati penyakitnya.

5. *Recovery and Rehabilitation*

Pada tahap ini, individu melepaskan peran sakit dan mulai kembali ke peran normal. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku sakit seseorang adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan,

sosioekonomi, agama, kebudayaan, keseimbangan psikologis, kepribadian, pendidikan, coping yang dimiliki. Sakit akan mempengaruhi banyak hal, antara lain:

- a. Perubahan tingkah laku dan emosi, misalnya shock, denial, marah, menarik diri
- b. Perubahan peran dalam keluarga
- c. Gambaran diri
- d. Konsep diri
- e. Dinamika keluarga

F. Konsep Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bermanfaat dalam peningkatan kesejahteraan hidup masyarakat. Teori dan konsep keperawatan diimplementasikan secara terpadu dalam tahapan yang terorganisasikan dalam bentuk proses keperawatan teori dan konsep ini merupakan metode penyelesaian masalah secara ilmiah, meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi hasil tindakan keperawatan.

G. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses kegiatan praktik keperawatan langsung pada pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Ali, 2009). Proses keperawatan adalah suatu metode yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan

biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (Suarli & Bahtiar, 2009). Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk pasien merupakan salah satu wujud tanggung jawab perawat terhadap pasien. Sehingga penerapan proses keperawatan ini akan meningkatkan kualitas layanan keperawatan pada pasien (Asmadi, 2008).

Jadi, asuhan keperawatan merupakan praktik kegiatan professional yang langsung diberikan kepada pasien melalui proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, identifikasi diagnosa keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan.

1. Tujuan Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu upaya pemecahan masalah dengan tujuan untuk membantu perawat dalam menangani pasien secara menyeluruh berdasarkan alasan ilmiah, keterampilan teknis, dan keterampilan interpersonal. Penerapan proses keperawatan tidak hanya ditujukan untuk kepentingan pasien, tetapi juga profesi keperawatan itu sendiri (Asmadi, 2008). Tujuan penerapan proses keperawatan bagi pasien adalah (Asmadi, 2008) sebagai berikut:

- a. Mempertahankan kesehatan pasien.
- b. Mencegah sakit yang lebih parah dan penyebaran penyakit/komplikasi akibat penyakit.
- c. Membantu pemulihan kondisi pasien setelah sakit.
- d. Mengembalikan fungsi maksimal tubuh.
- e. Membantu pasien terminal meninggal dengan tenang.

Tujuan penerapan proses keperawatan bagi profesionalitas keperawatan, adalah sebagai berikut:

- a. Mempraktikkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
 - b. Menggunakan standar praktik keperawatan.
 - c. Memperoleh metode yang baku, rasional, dan sistematis.
 - d. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan efektifitas yang tinggi.
2. Sifat-sifat Proses Keperawatan
- a. Dinamis, artinya setiap proses keperawatan dapat kita perbarui jika situasi yang kita hadapi berubah.
 - b. Siklus, artinya proses keperawatan berjalan menurut alur seperti pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
 - c. Saling ketergantungan, artinya masing-masing tahapan pada proses keperawatan saling berkaitan.
 - d. Fleksibilitas, artinya urutan pelaksanaan proses keperawatan dapat berubah sewaktu-waktu, sesuai dengan situasi dan kondisi pasien
3. Komponen Proses Keperawatan
- a. Pengkajian
- Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dengan tujuan untuk menggumpulkan data-data pasien. Data tersebut dikumpulkan secara komprehensif dan sistematis untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Beberapa metode yang dapat digunakan dalam pengumpulan data pasien seperti wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah kesimpulan yang diperoleh oleh perawat dari analisa data yang dilakukan pada pasien

c. Perencanaan

Perencanaan merupakan suatu proses yang ditentukan oleh perawat dalam memecahkan masalah pasien sesuai dengan kebutuhannya.

Tahap perencanaan merupakan keputusan awal dalam mencapai tujuan yang diinginkan, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan.

d. Implementasi

Implementasi merupakan proses pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Kegiatan ini dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*).

H. Sejarah Perkembangan Keperawatan

Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia memberikan gambaran bahwa keperawatan dari zaman ke zaman mengalami perubahan secara berkelanjutan sebagaimana dijabarkan berikut ini:

1. Sejarah Keperawatan Masa Sebelum Masehi

Pada masa sebelum masehi perawatan belum begitu berkembang, disebabkan masyarakat lebih mempercayai dukun untuk mengobati dan merawat penyakit. Dukun dianggap lebih mampu untuk mencari, mengetahui, dan mengatasi roh yang masuk ke tubuh orang sakit. Demikian juga di Mesir yang bangsanya masih menyembah Dewa Iris agar dapat disembuhkan dari penyakit. Sementara itu bangsa Cina menganggap penyakit disebabkan oleh setan atau makhluk halus dan akan bertambah parah jika orang lain menyentuh orang sakit tersebut.

2. Sejarah Keperawatan Masa Setelah Masehi

Kemajuan peradaban manusia dimulai ketika manusia mengenal agama. Penyebaran agama sangat mempengaruhi perkembangan peradaban manusia, sehingga berdampak positif terhadap perkembangan keperawatan.

a. Sejarah Keperawatan Masa Penyebaran Kristen

Pada permulaan Masehi, Agama Kristen mulai berkembang. Pada masa itu, keperawatan mengalami kemajuan yang berarti, seiring dengan kepesatan perkembangan Agama Kristen. Ini dapat di lihat pada masa pemerintahan Lord Constantine, yang mendirikan Xenodhoeum atau hospes (latin), yaitu tempat penampungan orang yang membutuhkan pertolongan terutama bagi orang-orang sakit yang memerlukan pertolongan dan perawatan.

b. Sejarah Keperawatan Masa Penyebaran Islam

Pada pertengahan Abad VI Masehi, Agama Islam mulai berkembang. Pengaruh Agama Islam terhadap perkembangan keperawatan tidak terlepas dari keberhasilan Nabi Muhammad SAW menyebarkan Agama Islam.

Memasuki Abad VII Masehi Agama Islam tersebar ke berbagai pelosok Negara. 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 pentingnya menjaga kebersihan makanan, air dan lingkungan berkembang secara pesat. Tokoh keperawatan yang terkenal dari dunia Arab pada masa tersebut adalah “Rafida”.

c. Sejarah Keperawatan Masa Kekuasaan

Pada permulaan Abad XVI, struktur dan orientasi masyarakat mengalami perubahan, dari orientasi kepada agama berubah menjadi orientasi kepada kekuasaan, yaitu: perang, eksplorasi kekayaan alam serta semangat kolonialisme.

Pada masa itu telah terjadi kemunduran terhadap perkembangan keperawatan, dimana gereja dan tempat-tempat ibadah ditutup, sehingga tenaga perawat sangat jauh berkurang. Untuk memenuhi kekurangan tenaga tersebut maka digunakanlah bekas wanita jalanan (WTS) yang telah bertobat sebagai, sehingga derajat seorang perawat turun sangat drastis dipandangan masyarakat saat itu.

d. Sejarah Keperawatan Inggris

Perkembangan keperawatan di Inggris sangat penting untuk kita pahami, karena Inggris melalui Florence Nightingale telah

membuka jalan bagi kemajuan dan perkembangan keperawatan yang kemudian diikuti oleh negara-negara lain. Florence Nightingale, lahir dari keluarga kaya dan terhormat pada tahun 1820 di Florence (Italia). Setahun setelah kelahirannya, keluarga Florence kembali ke Inggris. Di Inggris Florence mendapatkan pendidikan sekolah yang baik sehingga ia mampu menguasai bahasa Perancis, Jerman, dan Italia. Pada usia 31 tahun Florence mengikuti kursus pendidikan perawat di Keiserwerth (Italia) dan Liefdezuster di Paris, dan setelah pendidikan ia kembali ke Inggris.

Pada saat Perang Krim (Crimean War) terjadi di Turki tahun 1854, Florence bersama 38 suster lainnya di kirim ke Turki. Berkat usaha Florence dan teman-teman, telah terjadi perubahan pada bidang hygiene dan keperawatan dengan indikator angka kematian turun sampai 2%.

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 suatu standar okupasi bagi pasien wanita, mengembangkan pendidikan keperawatan, menetapkan 2 (dua) komponen keperawatan, yaitu: kesehatan dan penyakit.

Hal tersebut menegaskan bahwa keperawatan berdiri sendiri dan berbeda dan berbeda dengan profesi kedokteran dan menekankan kebutuhan pendidikan berlanjut bagi perawat.

3. Sejarah Penyebaran Keperawatan di Dunia

a. Mesir

Bangsa mesir pada zaman purba telah menyembah banyak dewa. Dewa yang terkenal antara lain Isis. Mereka beranggapan bahwa dewa ini menaruh minat terhadap orang sakit dan memberikan pertolongan pada waktu si sakit sedang tidur. Didirikanlah kuil yang merupakan rumah sakit pertama di mesir. Ilmu ketabiban terutama ilmu bedah telah dikenal oleh bangsa mesir 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. Didalam buku-buku tertulis dalam kitab Papyrus didalamnya memuat kurang lebih 700 macam resep obat-obatan dari Mesir.

b. Babylon dan Syiria

Ilmu pengetahuan tentang anatomi dan obat-obat ramuan telah diketahui oleh bangsa Babylon sejak beberapa abad SM. Pada salah satu tulisan yang menyatakan bahwa pada 680 SM orang telah mengetahui cara menahan darah yang keluar dari hidung dan merawat jerawat pada muka. Bangsa Babylon menyembah dewa oleh karena itu perawatan atau pengobatan berdasarkan kepercayaan tersebut.

c. Yahudi Kuno

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 pimpinannya bangsa Yahgudi memajukan minatnya yang besar terhadap kebersihan umum dan kebersihan diri. Undang-undang kesehatan bangsa Yahudi menjadi dasar

bagi hygiene modern dimana cara-cara dan peraturannya sesuai dengan bakteriologi zaman sekarang, misalnya :Pemeriksaan dan pemilahan bahan makanan yang akan di makan. Mengadakan cara pembuangan kotoran manusia. Pelarangan makan daging babi karena dapat menimbulkan suatu penyakit.Memberitahukan kepada yang berwajib bila ada penyakit yang berbahaya, sehingga dapat diambil tindakan.

4. Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia

a. Sejarah Keperawatan Sebelum Kemerdekaan

Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat berasal dari penduduk pribumi yang disebut “velpleger” dengan dibantu “zieken oppaser” sebagai penjaga orang sakit. Mereka bekerja pada rumah sakit Binnen Hospital di Jakarta yang didirikan tahun 1799. Pada masa VOC berkuasa, Gubernur Jendral Inggris Raffles (1812-1816), telah memiliki semboyan “Kesehatan adalah milik manusia” Pada saat itu Raffles telah melakukan pencacaran umum, membenahi cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa serta memperhatikan kesehatan dan perawatan tahanan. Setelah pemerintah kolonial kembali ke tangan Belanda, di Jakarta pada tahun 1819 didirikan beberapa rumah sakit. Salah satunya adalah rumah sakit Sadsverband yang berlokasi di Glodok-Jakarta Barat. Pada tahun 1919 rumah sakit tersebut dipindahkan ke Salemba dan sekarang dengan nama RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Dalam kurun waktu 1816-1942 telah berdiri beberapa rumah sakit swasta milik misionaris katolik dan zending protestan seperti: RS. Persatuan Gereja Indonesia (PGI) Cikini-Jakarta Pusat, RS. St. Carolos Salemba-Jakarta Pusat. RS. St Bromeus di Bandung dan RS. Elizabeth di Semarang. Bahkan pada tahun 1906 di RS. PGI dan tahun 1912 di RSCM telah

menyelenggarakan pendidikan juru rawat. Namun kedatangan Jepang (1942-1945) menyebabkan perkembangan keperawatan mengalami kemunduran.

b. Sejarah Keperawatan Setelah Kemerdekaan

1) Periode 1945-1962

Tahun 1945 s/d 1950 merupakan masa transisi pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia. Perkembangan keperawatan pun masih jalan di tempat. Ini dapat dilihat dari pengembanaan tenaga keperawatan yang masih menggunakan system pendidikan yang telah ada, yaitu perawat lulusan pendidikan Belanda (MULO + 3 tahun pendidikan), untuk ijazah A (perawat umum) dan ijazah B untuk perawat jiwa. Terdapat pula pendidikan perawat dengan dasar (SR + 4 tahun pendidikan) yang lulusannya disebut mantri juru rawat. Baru kemudian tahun 1953 dibuka sekolah pengatur rawat dengan tujuan menghasilkan tenaga perawat yang lebih berkualitas. Pada tahun 1955, dibuka Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) dengan pendidikan SR ditambah pendidikan satu tahun dan sekolah pengamat kesehatan sebagai pengembangan SDK, ditambah pendidikan lagi selama satu tahun. Pada tahun 1962 telah dibuka Akademi Keperawatan dengan pendidikan dasar umum SMA yang bertempat di Jakarta, di RS. Cipto Mangunkusumo. Sekarang dikenal dengan nama Akper Depkes di Jl. Kimia No. 17 Jakarta Pusat. Walaupun sudah ada pendidikan tinggi namun pola pengembangan pendidikan keperawatan belum tampak, ini ditinjau dari kelembagaan organisasi di rumah sakit. Kemudian juga ditinjau dari masih berorientasinya perawat pada keterampilan tindakan

dan belum dikenalkannya konsep kurikulum keperawatan. Konsep-konsep perkembangan keperawatan belum jelas, dan bentuk kegiatan keperawatan masih berorientasi pada keterampilan prosedural yang lebih dikemas dengan perpanjangan dari pelayanan medis.

2) Periode 1963-1983

Periode ini masih belum banyak perkembangan dalam bidang keperawatan. Pada tahun 1972 tepatnya tanggal 17 April lahirlah organisasi profesi dengan nama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Jakarta. Ini merupakan suatu langkah maju dalam perkembangan keperawatan. Namun baru mulai tahun 1983 organisasi profesi ini terlibat penuh dalam membenahan keperawatan melalui kerjasama dengan CHS, Depkes dan organisasi lainnya.

3) Periode 1984 Sampai Sekarang

Pada tahun 1985, resmi dibukanya pendidikan S1 keperawatan dengan nama Progran Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesi di Jakarta.

Sejak saat itulah PSIK-UI telah menghasilkan tenaga keperawatan tingkat sarjana sehingga pada tahun 1992 dikeluarkannya UU No. 23 tentang kesehatan yang mengakui tenaga keperawatan sebagai profesi.

Pada tahun 1996 dibukanya PSIK di Universitas Padjajaran Bandung. Pada tahun 1997 PSIK-UI berubah statusnya menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI), dan untuk meningkatkan kualitas lulusan, pada tahun 1998 kurikulum pendidikan Ners

disyahkan dan digunakan. Selanjutnya juga pada tahun 1999 kurikulum D-III keperawatan mulai dibenahi dan mulai digunakan pada tahun 2000 sampai dengan sekarang.

I. Konsep Caring

1. Definisi Caring

Caring adalah suatu hubungan maupun proses antara seorang pemberi asuhan (perawat) dan pasien untuk meningkatkan suatu kepedulian demi terciptanya suatu kondisi pasien yang baik (Teting, 2018). Caring didefinisikan sebagai pemberian perhatian ataupun penghargaan kepada seseorang yang tidak mampu melakukan dan memenuhi kebutuhan dasarnya (Nursalam, 2009). Jadi, caring adalah suatu kegiatan atau tindakan pemberian perhatian atau kepedulian yang dilakukan antara perawat dan pasien yang berguna untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Caring

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat caring sebagai berikut:

a. Faktor Individu

- 1) Usia, faktor yang dapat mempengaruhi caring karena semakin dewasa usia seseorang maka tingkat caring seseorangpun juga semakin tinggi.
- 2) Tingkat pendidikan, hal ini dijelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin luas pula cara berfikirnya dan untuk memperlakukan seseorang akan semakin baik.
- 3) Faktor organisasi seperti sumber daya, kepemimpinan, desain pekerjaan, imbalan, teman sejawat

3. Komponen caring

Asuhan keperawatan kepada pasien yang dilakukan oleh seorang perawat harus memahami beberapa komponen caring. Komponen caring menurut Rouch (1997) terbagi menjadi tujuh komponen atau disebut sebagai komponen caring 7'C (Hurun Ain, 2019). Berikut adalah beberapa komponen caring:

- a. Belas kasih
- b. Komunikasi
- c. Kompetensi
- d. Kenyamanan
- e. Kepedulian
- f. Komitmen
- g. Legal etik keperawatan

Selain tujuh komponen yang disampaikan oleh Rouch, adapula 4 komponen caring yang harus dimiliki oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan (Febriana, 2017). Komponen-komponen caring tersebut sebagai berikut:

- 1) Kehadiran (*Presence*)
- 2) Sentuhan (*Contact*)
- 3) Mendengarkan (*Listen*)
- 4) Memahami pasien

4. Manfaat-Manfaat Caring

Manfaat-manfaat caring antara lain:

- a. Pasien memberikan respon yang positif
- b. Berkomunikasi dengan pasien
- c. Kontribusi positif yang memuaskan

- d. Memandang pasien sebagai teman
- e. Dihargai oleh pasien
- f. Melakukan sesuatu yang berguna
- g. Belajar banyak tentang manusia
- h. Perkembangan pribadi

J. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang diperlukan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologi maupun psikologis yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam “**Teori Hierarki Kebutuhan**” menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Perry, 1997; Hidayah & Uliyah, 2014).



Gambar 5.2 Teori Hierarki Kebutuhan

Sumber: (Potter dan Perry, 1997; Hidayah & Uliyah, 2014)

Abraham Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan setiap manusia tumbuh secara progresif, yaitu ketika kebutuhan tingkat terendah terpuaskan maka individu bersangkutan mencari kebutuhan

berikutnya yang lebih tinggi lagi sampai yang tertinggi. Maslow memandang setiap orang tidak pernah puas hanya dengan satu atau beberapa kebutuhan saja. Hirarki kebutuhan individu mulai dari terendah yaitu kebutuhan fisik, kebutuhan rasa aman sosial, harga diri, sampai yang tertinggi yaitu aktualisasi diri. Artinya, menurut Maslow, setiap individu baru akan melakukan pekerjaan terbaiknya jika semua kebutuhannya terpenuhi. Sebaliknya seseorang tidak akan berespon positif untuk mengerjakan yang terbaik ketika dirinya merasa terancam atau tidak dihargai walaupun kebutuhan fisiknya sudah terpenuhi.

1. Ciri Kebutuhan Dasar Manusia

Setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar yang bersifat heterogen dan setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena terdapat perbedaan budaya atau kultur, maka kebutuhan tersebut pun ikut berbeda. Lalu jika tidak mampu memenuhi kebutuhannya, manusia akan berfikir lebih keras dan bergerak untuk berusaha mendapatkan kebutuhan tersebut.

2. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia dipengaruhi oleh berbagai faktor sebagai berikut:

- a. Penyakit
- b. Hubungan Keluarga
- c. Konsep diri
- d. Tahap Perkembangan

Sejalan dengan meningkatnya usia, manusia mengalami perkembangan. Setiap tahap perkembangan tersebut memiliki kebutuhan yang berbeda, baik kebutuhan biologis, psikologis dan sosial maupun spiritual, mengingat berbagai fungsi organ tubuh

mengalami proses kematangan dengan aktifitas yang berbeda.

3. Teori Tentang Kebutuhan Dasar Manusia

Berikut akan dijelaskan secara singkat pendapat beberapa ahli tentang model kebutuhan dasar manusia.

a. Virginia Henderson



Virginia Henderson (dalam Potter dan Perry, 1997) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen sebagai berikut:

- 1) Bernafas secara normal
- 2) Makan dan minum yang cukup
- 3) Eliminasi (buang air besar dan kecil)
- 4) Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan
- 5) Tidur dan istirahat
- 6) Memilih pakaian yang tepat
- 7) Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan modifikasi lingkungan
- 8) Menjaga kebersihan diri dan penampilan
- 9) Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain
- 10) Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresi emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini

- 11) Beribadah sesuai dengan keyakinan agama dan kepercayaan
- 12) Bekerja sedemikian rupa sesuai modal untuk membiayai kebutuhan hidup
- 13) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi
- 14) Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia

b. Jean Waston



Jean Watson terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur pandangan Watson mengacu pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia mempunyai empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan di antaranya kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) yang mencakup kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang mencakup kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang mencakup kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.

c. Abraham Maslow



Teori Hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow dalam Potter dan Perry (1997) dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- 1) Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling utama atau dasar dan terkait dengan kebutuhan tubuh secara biologis, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan, nutrisi, keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat, suhu tubuh normal, tidur serta kebutuhan seksual. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan dasar yang menyokong kehidupan manusia. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan dasar pertama yang akan dicari oleh manusia untuk mencapai kepuasan hidup. Apabila salah satu dari kebutuhan fisiologis ini tidak didapatkan, maka akan mengganggu pemenuhan kebutuhan dasar selanjutnya.
- 2) Kebutuhan dasar yang kedua adalah keamanan. Ketika kebutuhan dasar pertama sudah terpenuhi, kebutuhan akan keamanan menjadi aktif. Kebutuhan keamanan ini lebih banyak pada anak-anak karena kesadaran mereka terhadap batasan diri masih kurang. Sehingga perlu adanya orang lain untuk memberikan keamanan bagi mereka. Pada orang dewasa, kebutuhan keamanan sedikit kecuali pada keadaan darurat, bencana, atau kegagalan organisasi dalam struktur

sosial. Adanya situasi yang tidak menyenangkan membuat orang dewasa mencari tempat atau orang yang dapat memenuhi kebutuhan keamanannya.

- 3) Ketika kebutuhan fisiologis dan keamanan sudah terpenuhi, tingkatan selanjutnya adalah kebutuhan akan cinta, kasih sayang, dan kepemilikan. Maslow menyatakan bahwa orang mencari cara untuk mengatasi rasa kesepian atau kesendirian. Manusia membutuhkan rasa cinta, kasih sayang dan rasa memiliki. Tidak hanya dicintai, namun juga mencintai yaitu memberikan kebutuhan yang sama terhadap orang lain juga akan memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri.
- 4) Ketika kebutuhan pada tingkat ketiga terpenuhi makan akan muncul kebutuhan akan harga diri. Manusia memiliki kebutuhan untuk dihormati oleh orang lain, dipercaya oleh orang lain, dan stabil diri. Ketika kebutuhan ini sudah dicapai maka tingkat percaya diri seseorang tersebut juga akan meningkat dan memiliki harga diri yang tinggi. Hal ini akan berpengaruh terhadap peran sosial dan aktivitasnya dalam interaksi sosial. Apabila kebutuhan percaya diri ini tidak bisa dicapai, maka orang menjadi depresi, tidak percaya diri, harga diri rendah, dan merasa tidak berharga atau berguna.

3. Kebutuhan Perawatan Diri (Personal Hygiene)

Perawatan diri atau kebersihan diri (personal hygiene) adalah perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis. Pemenuhan perawatan diri dipengaruhi berbagai faktor, di antaranya: budaya, nilai sosial pada individu atau keluarga, pengetahuan terhadap perawatan diri, serta persepsi terhadap perawatan diri. Dalam kehidupan sehari-hari kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus

diperhatikan karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang.

4. Jenis Kebersihan Diri

- a. Kebersihan diri
- b. Kesehatan Gigi dan Mulut
- c. Kesehatan Rambut dan kulit rambut
- d. Kesehatan kulit
- e. Kesehatan telinga
- f. Kesehatan kuku
- g. Perawatan mata

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kebersihan dan Perawatan Diri

- a. Citra tubuh
- b. Praktik social
- c. Status sosio-ekonomi
- d. Pengetahuan
- e. Kebudayaan
- f. Pilihan pribadi
- g. Kondisi fisik.

6. Tujuan Kebersihan dan Perawatan Diri

- a. Menghilangkan minyak yang menumpuk, keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri.
- b. Menghilangkan bau badan yang berlebihan.
- c. Memelihara integritas permukaan kulit.
- d. Menstimulasi sirkulasi/peredaran darah.
- e. Meningkatkan perasaan sembuh bagi klien.

- f. Memberikan kesempatan pada perawat untuk mengkaji kondisi kulit klien.
- g. Meningkatkan percaya diri seseorang
- h. Menciptakan keindahan.
- i. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

Rangkuman

Keperawatan adalah suatu profesi yang berorientasi pada pelayanan kesehatan dengan segala perencanaan atau tindakan untuk membantu meningkatkan kesejahteraan kehidupan masyarakat. Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Jadi, keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bermanfaat dalam peningkatan kesejahteraan hidup masyarakat.

Daftar Pustaka

Buku:

- Arifin, E. Zaenal. (2008). *Dasar-dasar Penulisan Karya Ilmiah*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. & Uliyah, Musrifatul. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry, (2005). *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktek edisi 4*, Jakarta: EGC
- Hidayat A. Aziz Alimul. (2007). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan Eds 2*. Salemba Medika: Jakarta
- Hidayat A. Aziz Alimul (2002), *Pengantar Pendidikan Keperawatan*. Sagung Seto: Jakarta
- Effendy, N. (1995), *Pengantar Proses Keperawatan*. EGC: Jakarta
- Gaffar, L.O.J. (1999), *Pengantar Praktik Keperawatan Professional*. EGC: Jakarta

Artikel Jurnal:

- Munir, M. (2018). *Manajemen Pemasaran Pendidikan dalam Peningkatan Kuantitas Peserta Didik*. *Intizam, Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*
- Aini (2018) 'Konsep Keperawatan Virginia Henderson', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 168–1699.
- Airlangga, P. U. *et al.* (2004) 'Ir - perpustakaan universitas airlangga 1', 4, pp. 1–5. Ii, B. A. B. (2016) 'c (100)', pp. 6–19.
- Jeklin, A. (2016) 'Konsep Keperawatan Kritis', (July), pp. 1–23.
- Kebutuhan, A. K. P. and Hidayah, B. S. (2017) 'Poltekkes Kemenkes RI Padang', *Pustaka.Poltekkes-Pdg.Ac.Id*. Available at: http://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/repository/KTI_Bintang_Syarifatul_Hidayah_163110159_Poltekkes_Kemenkes2.pdf.



BAB 6

KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Fitria Nola Rezkiki, S.Kep., M.Kep.
Universitas Fort De Kock

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Dasar Komunikasi dalam Keperawatan
2. Untuk Memahami Karakteristik Perawat dalam Komunikasi Keperawatan
3. Untuk Memahami *Self Awareness* / Kesadaran Diri
4. Untuk Memahami Tahapan Komunikasi Terapeutik
5. Untuk Memahami Strategi Komunikasi Terapeutik
6. Untuk Memahami Hambatan Komunikasi Terapeutik

A. Pendahuluan

Komunikasi secara komprehensif mengacu pada berbagi informasi, ide, dan perasaan, biasanya ditujukan untuk saling memahami. Dengan cara ini, kita harus mempertimbangkan pengirim, penerima, dan transaksi. Sederhananya, pengirim adalah orang yang menyampaikan pesan, penerima adalah orang yang menerima dan menafsirkan pesan, dan transaksi adalah cara pesan disampaikan dan faktor-faktor yang mempengaruhi konteks dan lingkungan komunikasi. Seperti yang Anda lihat, komunikasi adalah proses yang kompleks (Lapum *et al.*, 2020). Ini melibatkan lebih dari sekadar apa yang kita katakan dan mengambil banyak makna seperti yang tercermin dalam gambar berikut:



Gambar 6.1 Komunikasi Dengan Banyak Makna

Sumber: (Boyd & Dare, 2014)

Komunikasi dapat dibedakan ke dalam berbagai bentuk, seperti lisan atau tertulis. Namun, dalam profesi keperawatan, komunikasi yang sederhana bisa menjadi proses yang rumit. Dalam praktik keperawatan, kita sering memiliki banyak informasi untuk diberikan atau dikirim kepada orang lain, dan kita perlu melakukan ini secara efektif (Boyd & Dare, 2014).

B. Konsep Dasar Komunikasi dalam Keperawatan

1. Pengertian Komunikasi Dalam Keperawatan (Komunikasi Terapeutik)

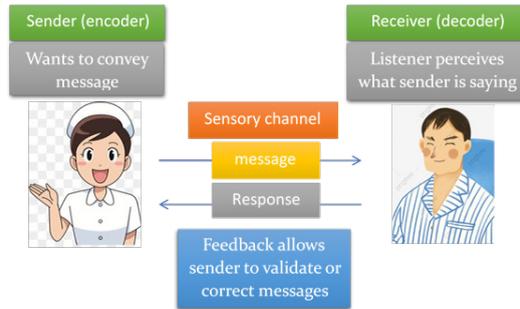
Bagi perawat, komunikasi yang baik dalam pelayanan kesehatan berarti mendekati setiap interaksi klien dengan maksud untuk memahami kecemasan, keprihatinan, pengalaman, dan pendapat klien (Novita, 2015). Perilaku klien dapat diubah dan tingkat kesehatan optimal dapat dicapai dengan komunikasi yang terapeutik saat perawat memberikan asuhan keperawatan. Oleh karena komunikasi dalam keperawatan bertujuan untuk terapi, maka pada profesi keperawatan komunikasi lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik (Musliha. & Fatmawati, 2009).

Komunikasi terapeutik adalah proses dimana perawat secara sadar mempengaruhi klien atau membantu klien untuk pemahaman yang lebih baik melalui komunikasi verbal atau nonverbal untuk tercapainya kondisi yang adaptif dan positif dalam proses penyembuhan (Fatimah, 2014). Komunikasi terapeutik melibatkan penggunaan strategi khusus yang mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan ide dan yang menyampaikan penerimaan dan rasa hormat (Khoir *et al.*, 2020).

Komponen komunikasi terapeutik terdiri dari (Musliha. & Fatmawati, 2009):

- a. *Sender*, yaitu orang yang menyampaikan pesan
- b. *Message*: stimulus yang dihasilkan oleh pengirim dan ditanggapi oleh penerima
- c. *Receiver*: orang yang mempersepsikan pesan, yang perilakunya dipengaruhi oleh pesan

- d. *Feedback*: informasi yang diterima pengirim tentang reaksi penerima terhadap pesan
- e. *Channel*: media dimana pesan ditransmisikan.



Gambar 6.2 Komponen Komunikasi Terapeutik

Sumber: (Boyd & Dare, 2014)

Pada saat setiap kali perawat berkomunikasi, kita harus selalu menyadari bahwa ada faktor-faktor yang dapat mempengaruhi bagaimana pesan kita dapat ditafsirkan, diantaranya (Boyd & Dare, 2014):

- 1) Dengan siapa kita berkomunikasi, baik itu anak-anak, klien dewasa, rekan kerja, atau klien dengan ketidakmampuan belajar.
- 2) Setting tempat terjadinya komunikasi, seperti di rumah sakit, bangsal bersalin atau di rumah pengguna jasa itu sendiri.
- 3) Pengalaman masa lalu pengirim dan/atau penerima.
- 4) Persepsi pribadi pengirim dan/atau penerima (jika diketahui).
- 5) Waktu pesan

2. Tujuan Komunikasi Dalam Keperawatan

Tujuan komunikasi terapeutik (Kourkouta & Papathanasiou, 2014) adalah:

a. Kembangkan Kepercayaan & Empati

Kita semua pernah mendengar istilah “cara di samping tempat tidur” untuk menggambarkan gaya komunikasi dokter atau perawat dan kemampuan untuk terhubung dengan klien. Kebanyakan orang menghargai dokter yang ramah, empati, dan mematuhi privasi saat mendiskusikan masalah kesehatan, ketakutan, dan prognosis mereka. Klien harus dapat mempercayai tim kesehatan mereka. Jika tidak, mereka mungkin tidak akan datang dengan informasi penting atau mungkin tidak dapat bersantai di kantor atau rumah sakit. Komunikasi terapeutik menumbuhkan kepercayaan dan empati yang sangat penting dalam hubungan klien-perawat atau klien-dokter.

b. Pembelajaran & Pertumbuhan Berkelanjutan

Perawat yang berkembang di lapangan dalam jangka panjang adalah mereka yang terus-menerus berusaha untuk belajar dan tumbuh. Mereka belajar dari rekan-rekan mereka, supervisor mereka, dan klien mereka. Pembelajaran hanya dapat terjadi ketika perawat berpikiran terbuka dan meluangkan waktu untuk mendengarkan orang lain. Komunikasi terapeutik membantu memfasilitasi pembelajaran dan pertumbuhan berkelanjutan dengan membantu perawat berempati, mendengarkan, dan membangun kesadaran. Berkomunikasi dengan basis klien yang beragam membantu perawat menjadi lebih dan lebih berempati dan sadar akan tantangan individu yang dihadapi klien. Interaksi ini dibangun dari waktu ke waktu, membantu membuat perawat lebih efektif dan lebih mampu terhubung dengan klien.

c. Mengelola Perilaku

Klien tidak selalu dalam keadaan pikiran yang baik ketika mereka berada di fasilitas medis dan kadang-kadang bertingkah. Mereka mungkin mengalami keadaan darurat kesehatan mental atau mereka mungkin hanya kesakitan atau ketakutan. Selain itu, anggota keluarga mereka mungkin menunjukkan perilaku bermasalah karena mereka marah, takut, dan khawatir tentang orang yang mereka cintai. Perawat tidak selalu dapat mengatasi masalah perilaku sendiri, tetapi komunikasi terapeutik dapat memainkan peran penting dalam meredakan situasi, mengelola perilaku, dan menenangkan klien dan keluarganya. Perawat yang terampil dalam komunikasi dapat beradaptasi dengan situasi dan membantu memastikan keselamatan semua orang yang terlibat. Beberapa klien hanya perlu merasa didengar dan menjadi frustrasi ketika komunikasi dengan perawat mereka buruk atau terbatas.

d. Berikan Klien Teknik Relaksasi yang Dapat Ditindaklanjuti

Rumah sakit adalah lingkungan yang penuh tekanan. Klien mungkin menjadi gelisah atau panik selama mereka tinggal, yang dapat membahayakan kemajuan dan kesejahteraan mereka atau bahkan menyebabkan masalah keamanan. Seorang perawat yang mengerti bagaimana berkomunikasi secara efektif dengan klien, bagaimanapun, dapat membantu dalam situasi ini. Perawat harus memahami teknik pernapasan dan kesadaran dasar yang dapat mereka jalani bersama klien. Memberi klien alat untuk membantu mereka tetap tenang dan tenang selama mereka tinggal dapat membuat perbedaan besar dalam hasil dan pengalaman mereka secara keseluruhan.

- e. Mengembangkan Pemahaman Klien tentang Masalah & Peluang Kesehatan.

Komunikasi terapeutik adalah kunci untuk membantu klien merasa aman dan nyaman selama berada di rumah sakit atau klinik. Tapi itu juga bisa digunakan untuk membantu orang hidup lebih baik dan lebih sehat. Klien merasa lebih memegang kendali ketika perawat transparan dengan mereka tentang kondisi mereka dan apa artinya bagi masa depan. Setelah perawat mendapatkan kepercayaan klien, klien akan lebih cenderung mendengarkan mereka dan menerima saran mereka. Perawat dapat menggunakan kesempatan ini untuk mendidik klien tentang kesehatan dan kesejahteraan mereka saat ini dan tentang apa yang dapat mereka lakukan untuk menjalani hidup yang lebih sehat.

3. Jenis Komunikasi dalam Keperawatan

Jenis Komunikasi dalam keperawatan terdiri atas 3, yaitu (Lapum *et al.*, 2020):

- a. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah komunikasi lisan yang terjadi melalui ucapan, suara, intonasi vokal, dan kecepatan. Hal ini dapat terjadi pada saat tatap muka satu-satu atau dalam kelompok, melalui telepon, atau konferensi video. Sebagai perawat, Anda akan terlibat dalam komunikasi verbal dengan klien, keluarga, kolega, dan tim interprofesional.

- b. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi nonverbal adalah jenis komunikasi yang terjadi melalui ekspresi wajah, kontak mata, gerak tubuh, serta posisi dan gerakan tubuh. Sebagai seorang perawat, Anda akan belajar bahwa komunikasi non-verbal Anda penting karena dapat

memperkuat atau bertentangan dengan apa yang Anda katakan secara verbal. Selain itu, komunikasi non-verbal lebih sering digunakan daripada komunikasi verbal. Dengan demikian, Anda harus menyadari komunikasi non-verbal Anda.

Pesan nonverbal dapat berupa pesan kinesik, pesan prosemik, pesan artifaktual, pesan paralinguistik, dan pesan sentuhan serta bau-bauan.

- 1) **Pesan Kinesik.** Kata kinesik berasal dari akar kata kinesis, yang berarti “gerakan”, dan mengacu pada studi tentang gerakan tangan, lengan, tubuh, dan wajah. Secara khusus, bagian ini akan menguraikan penggunaan gestur, gerakan dan postur kepala, kontak mata, dan ekspresi wajah sebagai komunikasi nonverbal.
- 2) **Pesan Proksemik** mengacu pada studi tentang bagaimana ruang dan jarak mempengaruhi komunikasi. Kita hanya perlu melihat bagaimana ruang muncul dalam metafora umum untuk melihat bahwa ruang, komunikasi, dan hubungan saling terkait erat. Misalnya, ketika kita puas dan tertarik pada seseorang, kita mengatakan bahwa kita “dekat” dengannya.
- 3) **Pesan Artifaktual** diungkapkan melalui penampilan (tubuh, pakaian, dan kosmetik). Penampilan pribadi dan lingkungan mengacu pada bagaimana benda-benda yang menghiasi diri kita sendiri dan lingkungan kita, disebut sebagai artefak karena memberikan isyarat nonverbal bahwa orang lain membuat makna dari dan bagaimana lingkungan fisik kita
- 4) **Pesan Paralinguistik** mengacu pada bagian pesan yang disuarakan tetapi nonverbal yaitu vokal. Vokal adalah

studi tentang paralinguistik, yang mencakup kualitas vokal yang sejalan dengan pesan verbal, seperti nada, volume suara, kecepatan, kualitas suara, dan ritme. Satu pesan secara verbal yang sama dapat memberikan makna yang berbeda bila diucapkan dengan intonasi suara (vocal) yang berbeda.

- 5) **Pesan Sentuhan dan Bau-Bauan** (*tactile and olfactory message*) mengacu pada perilaku sentuhan yang menyampaikan makna selama interaksi. Sentuhan bisa diberikan perawat di area punggung tangan, di pundak klien, dan dapat berupa rangkulan. Tetapi perawat harus memperhatikan budaya dan kepercayaan klien dalam *touching*. Sementara pesan bau-bauan ini hanya dapat ditangkap melalui indera peraba dan indera penciuman. Pesan ini seperti wangi parfum perawat yang menyegarkan dan tidak menyengat, atau justru sebaliknya bau badan perawat-klien yang mengganggu dalam berkomunikasi.

c. Komunikasi Tertulis

Komunikasi tertulis adalah jenis komunikasi yang terjadi melalui kata-kata tertulis, simbol, gambar, dan diagram. Anda mungkin akrab dengan beberapa jenis komunikasi tertulis informal, seperti mengirim SMS atau mengirim email kepada seseorang, memposting gambar di Instagram, atau menggunakan emoji di Twitter. Anda mungkin juga terlibat dalam bentuk komunikasi tertulis yang lebih ilmiah seperti surat dan makalah. Sebagai perawat, komunikasi tertulis juga melibatkan catatan dokumentasi dan tulisan ilmiah seperti esai, publikasi peer-review, protokol, standar praktik, dan pedoman praktik terbaik.

Anda mungkin belum terbiasa dengan beberapa jenis komunikasi tertulis ini, tetapi Anda akan lebih mengenalnya selama program keperawatan Anda.

4. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah cara berkomunikasi yang menekankan pembelajaran pengalaman bersama klien untuk meningkatkan emosi klien dengan hubungan terapeutik yang saling menguntungkan. Komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh kualitas pribadi klien yang unik, komunikasi fasilitatif, dimensi respon, dimensi tindakan, dan hambatan terapeutik. Komunikasi terapeutik yang tetap menjaga harga diri perawat dan klien akan merangsang seseorang untuk membuka diri terhadap orang lain dan lingkungannya sehingga kemampuan adaptasinya meningkat. Kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan akan menciptakan hubungan saling percaya (*trust*) dan meminimalkan persona (*topeng*) sehingga akan lebih nyaman dalam mengembangkan dirinya. Keterampilan komunikasi terapeutik yang baik akan meningkatkan kepercayaan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien sehingga dapat meningkatkan kepuasan perawat dalam bekerja (Khoir et al., 2020).

5. Sikap Komunikasi Terapeutik

Lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik menurut Egan (Musliha. & Fatmawati, 2009), yaitu:

Berhadapan.

- a. *National Commission on Correctional Health Care* menyampaikan bahwa komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai proses interaksi tatap muka (berhadapan) yang

berfokus pada peningkatan kesejahteraan fisik dan emosional klien. Berhadapan diartikan sebagai suatu posisi yang menyatakan bahwa perawat siap untuk kliennya.

b. Mempertahankan kontak mata.

Duduklah jika perlu, sehingga mata perawat dekat dengan ketinggian yang sama (sejajar) dengan mata klien. Kontak mata memberikan pesan bahwa klien dihargai oleh perawat dan klien sangat ingin diajak perawat untuk berkomunikasi.

c. Membungkuk kearah klien.

Posisi ini menyampaikan pesan bahwa perawat memiliki keinginan untuk mengatakan atau mendengarkan perasaan klien ataupun keluhan klien.

d. Mempertahankan sikap terbuka,

Sikap terbuka ditampilkan perawat dengan tidak melipat kaki atau tangan saat berkomunikasi dengan klien. Sikap terbuka menyampaikan pesan keterbukaan perawat dalam menghadapi permasalahan klien.

e. Tetap rileks.

Pada kondisi rileks perawat diharapkan tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan ketenangan dalam menanggapi respon klien.

C. Karakteristik Perawat dalam Komunikasi Keperawatan

Dalam memfasilitasi tumbuhnya hubungan terapeutik, perawat harus memiliki karakteristik sebagai berikut (Suryani, 2015):

1. Dapat Dipercaya (*Trustworthy*)

Kepercayaan antara perawat dan pasien dalam pengaturan perawatan kesehatan diidentifikasi sebagai komunikasi, koneksi, dan timbal balik. Perawat dan pasien yang saling percaya akan menunjukkan adaptasi dan kolaborasi yang lebih baik untuk peningkatan kesehatan, mengungkapkan rasa aman, dan menunjukkan kesediaan untuk terlibat dalam hubungan saling percaya. Ketika hubungan yang dilandasi kepercayaan tidak terbina, maka akan terlihat kurangnya rasa hormat dan perawatan yang tidak kompeten dan/atau tidak etis..

2. Tidak Membingungkan dan Cukup Ekspresif

Ekspresi adalah prasyarat untuk komunikasi. Dalam berkomunikasi perawat hendaknya dapat memilih kata-kata yang diungkapkan ke pasien untuk menghindari kesalahpahaman atau salah tafsir. Spontanitas menyampaikan isi perasaan dengan apa yang diungkapkan juga haruslah sejalan, jangan sampai pasien menerima pesan yang berbeda dikarenakan ekspresi wajah yang tidak mendukung ungkapan kalimat dari perawat (Williams, 1993)

3. Bersikap Positif

Komunikasi positif bersifat konstruktif, efektif, suportif dan diwarnai dengan emosi yang baik. Komunikasi yang positif terlihat pada intensionalitas perawat terhadap pasien, inisiatif, cepat beradaptasi dengan pasien, mendengarkan empatik dan

dukungan social terhadap pasien.

4. Empati Bukan Simpati

Empati adalah “kapasitas” untuk berbagi dan memahami “keadaan pikiran” atau emosi orang lain. Dia sering dicirikan sebagai kemampuan untuk “menempatkan diri pada posisi orang lain”, atau dalam beberapa cara mengalami pandangan atau emosi klien dalam diri perawat. Empati efektif meningkatkan efektivitas terapeutik hubungan perawat dan klien. Penggunaan empati yang tepat sebagai alat komunikasi memfasilitasi pengkajian perawat, meningkatkan efisiensi pengumpulan informasi dan keluhan klien, dan menghormati pasien.

5. Mampu Melihat Permasalahan Dari Kacamata Klien

Perawat harus focus terhadap klien dalam memberikan asuhan keperawatan. Permasalahan klien hendaknya dipandang perawat dari sudut pandang klien, agar permasalahan klien bisa segera diselesaikan oleh perawat. Semua ungkapan klien didengarkan perawat dengan sabar dengan menggunakan teknik *active listening*.

6. Menerima Klien Apa Adanya

Menghormati klien adalah salah satu bentuk penerimaan perawat terhadap klien. Kepribadian klien berbeda satu dengan yang lainnya. Ketika mendapatkan perawatan, klien dengan pribadi yang paling baik pun bisa menjadi sangat rentan. Dengan rasa hormat yang dihadirkan perawat kepada klien, memungkinkan semua klien dirawat secara tulus oleh perawat.

7. Sensitif Terhadap Perasaan Klien

Sensitif memiliki makna kesadaran diri perawat untuk peka dan adaptif terhadap apa yang dirasakan klien. Perawat yang

sensitive akan mudah memahami kondisi klien dan tentunya akan memudahkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien.

8. Tidak Mudah Terpengaruh oleh Masa Lalu Klien ataupun Diri Perawat Sendiri

Seseorang yang mampu melakukan hal terbaik hari ini adalah individu yang tidak lagi terlalu menyesali masa lalunya. Klien sangat sulit dibantu oleh perawat, ketika perawat sendiri masih memiliki banyak permasalahan dan ketidakpuasan.

D. *Self Awareness* (Kesadaran Diri)

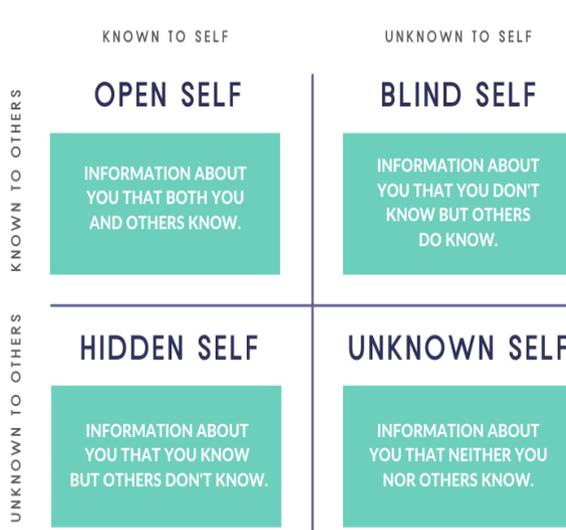
Self Awareness adalah salah satu komponen penting dalam hubungan perawat klien. Perawat menghabiskan sebagian besar waktu bersama klien sehingga kesadaran diri dianggap sebagai alat penting untuk mengembangkan hubungan terapeutik dengan klien. Menurut kepada Hildegard Peplau (Seperti dikutip dalam Vandemark, 2006), “Tugas utama dari profesional dasar keperawatan dipandang dari perkembangan perawat sebagai pribadi yang sadar tentang bagaimana dia berfungsi dalam suatu situasi”. Jadi ini sangat menekankan pentingnya self-kesadaran dalam pendidikan keperawatan serta dalam asuhan keperawatan (Rasheed, 2015).

Perawat sebagai penolong harus mampu menjawab pertanyaan “Siapakah Saya?”, “perawat seperti apakah saya ini?”. Perawat memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, dan social-kultural klien dari sudut pandang klien. Perawat harus belajar untuk menghadapi kecemasan, kemarahan, kesedihan, dan kegembiraan yang mungkin terjadi pada klien dalam menghadapi masalah kesehatannya. Perawat harus mampu memahami perasaan,

perilaku, dan pikiran secara pribadi maupun sebagai pemberi asuhan keperawatan (Sarfika *et al.*, 2018).

Perawat yang memiliki kemampuan *self-awareness* dapat menjadikan keunikan klien dihargai, perbedaan pendapat dan pemikiran klien pun dengan sentiasa diterima oleh perawat. Semua perasaan, tindakan dan reaksi yang dimunculkan perawat harus mampu dinilai oleh perawat itu sendiri. Semakin seseorang mengetahui tentang dirinya sendiri, semakin lebih banyak fleksibilitas yang diperoleh seseorang untuk secara realistis menafsirkan dan mengatasi secara konstruktif mengatasi situasi kesehatan yang menantang. Dengan melakukan itu, orang menjadi sadar akan banyak pribadi karakteristik. Oleh karena itu, dengan kesadaran diri, perawat cenderung mengurangi stigma klien. Kesadaran diri membantu perawat bekerja dari kekuatan mereka dan mengatasi lebih efektif untuk meminimalkan kelemahan pribadi dalam interaksi dengan orang lain. Selain itu, membantu perawat untuk berhenti menghindari klien dan mengurangi kecemasan mereka, yang memiliki efek pada kualitas asuhan keperawatan (Han & Kim, 2016).

Kesadaran diri dapat ditingkatkan dengan menggunakan alat yang merepresentasikan diri yaitu Johari Window. Johari Window didasarkan pada konsep “tidak ada yang pernah sepenuhnya mengetahui dirinya sendiri”. Kesadaran diri adalah komponen kunci dari pengalaman keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran diri dengan meningkatkan ukuran kuadran yang mewakili *open self* atau publik (Rasheed, 2015).



Gambar 6.3 Kuadran Johari Window

Sumber: (Sarfika *et al.*, 2018)

1. **Open Self** adalah suatu kepribadian yang diketahui oleh dirinya sendiri dan orang lain., baik informasi, tingkah laku, sikap, perasaan, hasrat, motivasi, dan ide. Individu yang terbuka untuk diri sendiri dan orang lain memiliki kemampuan spontan dan dengan mudah berbagi emosi dan pengalaman dengan orang lain. Peningkatan area *open-self* akan memudahkan perawat untuk beradaptasi dan berinteraksi dengan klien secara nyaman. Perawat yang didominasi oleh area *open-self* juga akan dengan mudah menerima perbedaan orang lain dan menghormati hak klien secara bermartabat (Sarfika *et al.*, 2018).
2. **Blind Self** adalah pribadi yang buta, dimana individu ini sering mengabaikan yang orang lain ketahui tentang dirinya. Dengan meminta umpan balik dari orang lain, diharapkan area dapat mengecil dan dengan demikian meningkatkan open

area, yaitu untuk meningkatkan kesadaran diri. *Blind area* ini bukanlah ruang yang efektif untuk individu atau kelompok. Blind area juga bisa disebut sebagai ketidaksadaran tentang diri sendiri, atau masalah di mana seseorang tertipu. Blind area bisa juga merangkul isu-isu yang orang lain sengaja menahan dari seseorang. Kita semua tahu, akan sangat rumit ketika permasalahan disimpan sendiri. Perawat harus mendorong iklim umpan balik yang tidak menghakimi, dan tanggapan orang lain terhadap pengungkapan klien, sehingga mengurangi rasa takut dan akibatnya dapat menciptakan keterbukaan antara klien dengan perawat. Pada karakter klien yang lebih lembut daripada yang lain, maka perhatian perlu ditingkatkan untuk menghindari gangguan emosional. Komunikasi akan menjadi sulit jika individu mempertahankan *Blind area*. Oleh karena area ini akan selalu ada pada setiap pribadi dan tidak akan mampu untuk dihilangkan, maka tugas kita adalah berusaha untuk mengecilkan area *blind self* ini (Rasheed, 2015).

3. ***Hidden Self*** adalah diri yang tersembunyi, artinya segala hal yang kita ketahui tentang diri kita namun tidak terlihat bagi orang lain. Semua hal yang diketahui tentang diri sendiri atau tentang orang lain tetapi disimpan hanya untuk dirinya sendiri. Hidden area juga bisa merangkul kepekaan, keraguan, agenda tersembunyi, niat licik, dan rahasia - apa pun yang orang tahu tetapi tidak membocorkannya, untuk motif apa pun. Wajar jika informasi dan perasaan pribadi dan pribadi tetap dirahasiakan, tentu saja, pasti. informasi, perasaan, dan pengalaman tidak berpengaruh dan harus tetap tersembunyi. Sebaliknya, banyak informasi tersembunyi yang tidak terlalu pribadi, itu berhubungan dengan pekerjaan, dan lebih baik terletak di area terbuka. Informasi tersembunyi terkait perasaan, harus dipindahkan ke area terbuka

melalui proses pengungkapan dengan cara *'self-disclosure'* dan *'exposure process'*, sehingga meningkatkan area terbuka. Ketika kita sudah mampu memberi tahu orang lain bagaimana perasaan kita, maka kita sudah dikatakan mengurangi area tersembunyi, dan memperkuat area terbuka, dengan memfasilitasi pemahaman yang lebih baik, bantuan, keyakinan, efisiensi kerja tim dan produktifitas. Mengurangi area tersembunyi juga mengurangi potensi kebingungan, kesalahpahaman, komunikasi yang buruk yang merusak efektivitas tim (Han & Kim, 2016).

4. ***Unknown Self*** adalah diri yang tidak dikenal, artinya kebenaran tentang dirinya tidak diketahui oleh dirinya sendiri maupun orang lain. Ini adalah informasi yang tenggelam di alam bawah sadar atau sesuatu yang lupa dari perhatian. *Unknown self* merupakan zona menyenangkan, karena individu dapat menemukan potensi diri pribadi melalui aktivitas baru. Ini adalah kesempatan individu untuk menumbuhkan mindset berkembang, menciptakan tantangan baru untuk diri sendiri, belajar dan tumbuh. Interaksi yang terbuka dengan orang lain, kejujuran, empati dan *trust* terhadap orang lain dapat mengeksplorasi area ini. Support system utama dari pribadi ini adalah orang tua, sahabat, kekasih, konselor, anak-anak yang mampu memberikan gambaran terhadap dirinya (Sarfika *et al.*, 2018).

E. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah sarana dimana proses keperawatan diimplementasikan. Suryani (2015) memaparkan tugas hubungan terapeutik telah dikategorikan ke dalam empat tahapan, yaitu (Prameilia, 2019):

1. Tahap Persiapan (Pra interaksi)

Tahap ini adalah masa persiapan sebelum berinteraksi dengan klien.

Tugas perawat dalam tahap ini adalah:

- a. Eksplorasi perasaan, fantasi, harapan dan kecemasan perawat.
- b. Identifikasi kekuatan professional sendiri keterbatasan agar dapat lebih mengoptimalkan dirinya sehingga lebih bernilai terapeutik bagi klien
- c. Kumpulkan data tentang klien bila memungkinkan.
- d. Rencanakan pertemuan pertama dengan klien.

2. Tahap Orientasi

Tahap ini adalah tahap perawat dan klien bertemu untuk pertama kalinya. Perawat melakukan perkenalan saat pertama bertemu dengan klien.

Tugas perawat pada tahap ini adalah (Suryani, 2015):

- a. Salam terapeutik, “Assalamu alaikum Pak!” atau “Selamat pagi, Pak !”
- b. Perkenalkan diri, “Perkenalkan, saya perawat Abiyyu yang berdinis pada pagi hari ini, dari jam 07.30 sampai dengan jam 2 siang nanti”
- c. Validasi dan evaluasi, “Apakah benar Bapak adalah Pak Alex umur 50 tahun dari Bukittinggi ?!”
- d. Menyampaikan pertanyaan terbuka untuk mengetahui pikiran dan perasaan serta masalah klien, “Bagaimana perasaan Pak Alex pagi ini?” atau “Bagaimana kondisi Pak Alex pagi ini?”

- e. Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan dan topik pembicaraan) Bersama-sama dengan klien dan menjelaskan atau mengklarifikasi Kembali kontrak yang telah disepakati bersama.
- f. Menetapkan tujuan yang dapat disetujui bersama oleh perawat dan klien.

3. Tahap Kerja

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bekerja sama dengan klien untuk menghadapi masalah yang dihadapi klien. Tahap kerja ini berhubungan dengan rencana pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan oleh perawat untuk klien. Perawat dituntut untuk mempunyai tingkat analisa yang tinggi sehingga dapat mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.

4. Tahap Terminasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pertemuan antara perawat dengan klien. Tahap terminasi ini dibagi menjadi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir.

Tugas perawat pada tahap ini adalah:

- a. Evaluasi Subjektif, “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita berkomunikasi tadi ?”.
- b. Evaluasi Objektif, perawat mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan. “Apakah bisa Bapak sampaikan lagi tentang apa yang sudah kita bicarakan tadi ?”
- c. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
- d. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya

F. Strategi Komunikasi Terapeutik

Salah satu cara utama perawat membangun kepercayaan dengan klien adalah melalui komunikasi. Karena perawat cenderung memiliki kontak paling langsung dengan klien, komunikasi perawat-klien yang efektif sangat penting. Perawat dapat memanfaatkan teknik komunikasi terapeutik yang telah terbukti yang mempromosikan perawatan berkualitas.

Ada berbagai teknik komunikasi terapeutik yang dapat dimasukkan perawat ke dalam praktik (Nashua, 2022).

1. *Using Silence* (Diam)

Terkadang berguna untuk tidak berbicara sama sekali. Keheningan yang disengaja dapat memberi perawat dan klien kesempatan untuk memikirkan dan memproses apa yang terjadi selanjutnya dalam percakapan. Ini mungkin memberi klien waktu dan ruang yang mereka butuhkan untuk memulai topik baru. Perawat harus selalu membiarkan klien memecah keheningan.

2. *Accepting* (Menerima)

Perawat perlu untuk mengakui apa yang klien katakan dan menegaskan bahwa mereka telah didengar. Penerimaan tidak harus sama dengan persetujuan; cukup dengan melakukan kontak mata dan berkata, “Ya, saya mengerti.” Klien yang merasa perawat mendengarkan mereka akan menganggap perawat serius dalam memberikan perawatan sehingga memungkinkan klien dengan mudah menerima perawatan dari perawat.

3. *Giving Recognition* (Memberikan Pengakuan)

Pengakuan mengakui perilaku klien dan menyorotinya tanpa memberikan pujian terbuka. Pujian terkadang bisa dianggap

merendahkan, terutama jika menyangkut tugas rutin seperti merapikan tempat tidur. Namun, mengatakan sesuatu seperti “Saya perhatikan Anda meminum semua obat Anda” menarik perhatian pada tindakan dan mendorongnya tanpa memerlukan pujian.

4. Menawarkan Diri

Mengingat di rumah sakit bisa menjadi saat-saat yang sepi dan penuh tekanan. Ketika perawat menawarkan waktu mereka, itu menunjukkan bahwa mereka menghargai klien dan bahwa seseorang bersedia memberi mereka waktu dan perhatian. Menawarkan untuk menemani makan siang, menonton acara TV, atau sekadar duduk bersama klien sebentar dapat membantu meningkatkan *mood* mereka.

5. *Opened Question* (Memberikan Pertanyaan Terbuka)

Komunikasi terapeutik seringkali paling efektif ketika klien mengarahkan alur percakapan dan memutuskan apa yang akan dibicarakan. Untuk itu, berikan klien pembukaan yang luas seperti “Apa yang Anda pikirkan hari ini?” atau “Apa yang ingin Anda bicarakan?” dapat menjadi cara yang baik untuk memberikan klien kesempatan untuk mendiskusikan apa yang ada di pikiran mereka.

6. *Active Listening* (Mendengar Aktif)

Dengan menggunakan isyarat nonverbal dan verbal seperti mengangguk dan berkata “Saya mengerti,” perawat dapat mendorong klien untuk terus berbicara. Mendengarkan secara aktif melibatkan menunjukkan minat pada apa yang klien katakan, mengakui bahwa Anda mendengarkan dan memahami, dan terlibat dengan mereka sepanjang percakapan. Perawat dapat menawarkan petunjuk umum seperti “Apa yang terjadi selanjutnya?” untuk memandu percakapan atau mendorongnya ke depan.

7. *Seeking Clarification* (Klarifikasi)

Mirip dengan mendengarkan secara aktif, meminta klien untuk klarifikasi ketika mereka mengatakan sesuatu yang membingungkan atau ambigu adalah penting. Mengatakan sesuatu seperti “Saya tidak yakin saya mengerti. Bisakah Anda menjelaskannya kepada saya?” membantu perawat memastikan mereka memahami apa yang sebenarnya dikatakan dan dapat membantu klien memproses ide-ide mereka dengan lebih teliti.

8. Menempatkan Peristiwa Sesuai Waktu atau Urutan

Mengajukan pertanyaan tentang kapan peristiwa tertentu terjadi dalam kaitannya dengan peristiwa lain dapat membantu klien (dan perawat) mendapatkan gambaran yang lebih jelas tentang gambaran keseluruhan. Ini memaksa klien untuk memikirkan urutan kejadian dan mungkin mendorong mereka untuk mengingat sesuatu yang tidak akan mereka ingat.

9. Observations (Melakukan Pengamatan)

Pengamatan tentang penampilan, sikap, atau perilaku klien dapat membantu perawat dalam mendapatkan informasi tentang apa yang dirasakan oleh klien saat dirawat. Mengamati bahwa klien terlihat lelah dan berupaya mendorong klien untuk menjelaskan mengapa mereka kurang tidur akhir-akhir ini; membuat pengamatan bahwa mereka belum makan banyak dapat mengarah pada penemuan gejala baru.

10. Mendorong Klien Mendeskripsikan Persepsinya

Untuk klien yang mengalami masalah sensorik atau halusinasi, akan sangat membantu jika menanyakannya dengan cara yang membesarkan hati dan tidak menghakimi. Frasa seperti “Apa yang kamu dengar sekarang?” atau “Bagaimana menurutmu?” beri

klien dorongan untuk menjelaskan apa yang mereka rasakan tanpa memberikan persepsi mereka secara negatif.

11. *Compare* (Mendorong Perbandingan)

Seringkali, klien dapat memanfaatkan pengalaman untuk menangani masalah saat ini. Dengan mendorong mereka untuk membuat perbandingan, perawat dapat membantu klien menemukan solusi untuk masalah mereka.

12. *Summarizing* (Menyimpulkan)

Seringkali berguna bagi perawat untuk meringkas apa yang dikatakan klien setelah kejadian. Ini menunjukkan kepada klien bahwa perawat mendengarkan dan memungkinkan perawat untuk mendokumentasikan percakapan. Mengakhiri ringkasan dengan frasa seperti “Apakah itu terdengar benar?” memberikan izin eksplisit kepada klien untuk melakukan koreksi jika diperlukan.

13. Refleksi

Klien sering meminta saran perawat tentang apa yang harus mereka lakukan tentang masalah tertentu atau dalam situasi tertentu. Perawat dapat menanyakan klien apa yang mereka pikir harus mereka lakukan, yang mendorong klien untuk bertanggung jawab atas tindakan mereka sendiri dan membantu mereka menemukan solusi sendiri.

14. *Focusing* (Memfokuskan)

Terkadang selama percakapan, klien menyebutkan sesuatu yang sangat penting. Ketika ini terjadi, perawat dapat fokus pada pernyataan mereka, mendorong klien untuk mendiskusikannya lebih lanjut. Klien tidak selalu memiliki perspektif objektif tentang apa yang relevan dengan kasus mereka; sebagai pengamat yang

tidak memihak, perawat dapat lebih mudah memilih topik untuk difokuskan.

15. Konfrontasi (Menghadapi)

Perawat hanya boleh menerapkan teknik ini setelah mereka membangun kepercayaan. Sangat penting bagi perawatan klien untuk tidak setuju dengan mereka, menyajikan mereka dengan kenyataan, atau menantang asumsi mereka. Jika konfrontasi dimanfaatkan dengan benar oleh perawat, maka situasi yang akan memperberat status kesehatan klien akan dengan mudah dihentikan oleh perawat.

16. *Clarification*

Menyatakan keraguan bisa menjadi cara yang lebih lembut untuk menarik perhatian pada ide dan persepsi klien yang salah atau delusi. Klien terpaksa mengevaluasi kembali perkataannya ketika perawat mengungkapkan keraguannya tersebut.

17. Menawarkan Harapan dan Humor

Karena rumah sakit dapat menjadi tempat stres bagi klien, berbagi harapan bahwa mereka dapat bertahan melalui situasi mereka saat ini dan meringankan suasana hati dengan humor dapat membantu perawat membangun hubungan dengan cepat. Teknik ini dapat menjaga klien dalam keadaan pikiran yang lebih positif.

G. Hambatan Komunikasi Terapeutik

Hambatan komunikasi terapeutik dalam hubungan perawat-klien terdiri atas (Suryani, 2015) yaitu:

1. *Resisten*

Resisten adalah upaya klien bertahan dengan pendiriannya untuk tidak mau berubah. *Resisten* ditandai dengan klien sering

menghindar jika diajak berkomunikasi oleh perawat, klien sulit diajak berkomunikasi, klien berusaha untuk tidak menyampaikan kecemasannya. Perilaku *resisten* sering terlihat selama fase penyelesaian masalah yaitu fase kerja.

2. *Transferen*

Transferen adalah respon klien terhadap perawat yang memiliki kesamaan (fisik dan perilaku) di masa lalu klien. Respon yang dimunculkan oleh klien biasanya adalah respon bermusuhan dan respon ketergantungan. Respon bermusuhan terjadi ketika perawat mirip dengan orang yang pernah menyakitinya atau memmbuat tidak nyaman di masa lalu. Sedangkan respon ketergantungan muncul ketika perawat yang merawatnya mirip dengan orang yang disayanginya di masa lalu.

3. *Kontertransferen*

Kontertransferen merupakan kebalikan dari *transferen* yaitu respon perawat terhadap klien yang memiliki kesamaan (fisik dan perilaku) di masa lalu perawat.

Ketika perawat dihadapkan dengan kondisi seperti ini, biasanya perawat akan bereaksi sesuai dengan apa yang dirasakannya terhadap orang yang mirip dengan klien tersebut di masa lalunya, seperti perhatian yang berlebihan, enggan bertemu dan berkomunikasi dengan klien, atau bahkan rasa takut karena traumatik masa lalus.

4. Memberi Jaminan

Memberi jaminan biasa dilakukan perawat untuk mengurangi kecemasan klien, missal perawat menjanjikan klien bisa pulang dalam waktu 3 hari. Teknik ini akan menghambat komunikasi

terapeutik karenan dengan apa yang dijaminan, klien menjadi tidak percaya lagi atau mungkin menjadi marah kepada perawat.

5. Memberi Saran

Memberi saran dinyatakan kurang terapeutik ketika saran yang disampaikan tidak berdasarkan ilmu. Jika saran yang diberikan perawat tidak sesuai dengan hasil yang diharapkan, maka klien bisa saja menyalahkan perawat. Sehingga yang boleh disampaikan perawat adalah informasi jelas yang bersifat ilmiah (*informing*) dalam menyelesaikan masalah klien, bukan saran yang bersifat pengalaman masa lalu perawat.

6. Pemberian Hadiah

Pemberian hadiah dari klien ke perawat merupakan masalah yang kontroversial sampai saat sekarang. Ketika perawat menerima hadiah atau pemberian dari klien, maka perawat akan merasa canggung (Long, 1994) dan merubah hubungan terapeutik menjadi interaksi sosial (Stuart, 1998).

Sedangkan (Amoah *et al.*, 2018) menyampaikan bahwa hambatan komunikasi terapeutik terjadi ketika perawat-klien salah menafsirkan pesan. Hambatan untuk komunikasi terapeutik yang efektif diuraikan dibawah ini agar dapat membantu perawat memahami tantangan selama berkomunikasi dengan klien.

a. Kendala Bahasa

Ketika perawat dan klien tidak menggunakan bahasa yang sama, interaksi antara mereka menjadi tegang dan sangat terbatas. Akibatnya, klien mungkin gagal memahami instruksi dari perawat mengenai frekuensi minum obat di rumah.

b. Perbedaan Budaya

Budaya pasien dapat menghalangi interaksi perawat-klien yang efektif karena persepsi tentang kesehatan dan kematian berbeda antara klien. Perawat perlu peka ketika berhadapan dengan klien dari budaya yang berbeda. Mengingat kompleksitas budaya, tidak ada yang mungkin mengetahui kepercayaan dan praktik kesehatan dari setiap budaya. Perawat perlu memeriksa dengan klien apakah dia lebih suka dipanggil dengan nama depan atau nama belakang. Penggunaan kontak mata, sentuhan dan ruang pribadi berbeda dalam berbagai budaya dan aturan tentang kontak mata biasanya kompleks, bervariasi menurut ras, status sosial dan jenis kelamin. Kontak fisik antar jenis kelamin dilarang keras di beberapa budaya dan dapat mencakup berjabat tangan, berpelukan atau meletakkan tangan di lengan atau bahu. Kata 'ya' tidak selalu berarti 'ya'. Senyum tidak menunjukkan kebahagiaan, pengakuan atau persetujuan

c. Pengaturan perawatan

Peningkatan beban kerja dan batasan waktu membatasi perawat untuk mendiskusikan masalah klien mereka secara efektif. Perawat bekerja di lingkungan yang sibuk di mana mereka diharapkan untuk menyelesaikan sejumlah pekerjaan tertentu dalam sehari dan bekerja dengan berbagai profesional lain, klien, dan keluarga mereka. Hal ini menyebabkan inkonsistensi dalam informasi yang diberikan kepada klien sehingga menyulitkan pemahaman klien dan keluarganya.

d. Mental/Emosional Distress

Ketakutan dan kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendengarkan apa yang dikatakan perawat. Orang dengan perasaan takut dan marah dapat merasa sulit untuk mendengar. Penyakit dan kesusahan dapat mengubah proses berpikir seseorang. Mengurangi penyebab kecemasan, kesusahan, dan kemarahan akan menjadi langkah pertama untuk meningkatkan komunikasi terapeutik.

e. Medikasi

Obat dapat memiliki efek yang signifikan pada komunikasi misalnya dapat menyebabkan mulut kering atau air liur berlebih, mual dan gangguan pencernaan, yang semuanya mempengaruhi kemampuan dan motivasi seseorang untuk terlibat dalam percakapan. Jika pasien merasa malu atau khawatir bahwa mereka tidak akan dapat berbicara dengan benar atau mengendalikan mulut mereka, mereka dapat menjadi enggan untuk berbicara.

f. Kebisingan

Peralatan atau kebisingan lingkungan menghalangi komunikasi yang jelas. Pengirim dan penerima pesan keduanya harus dapat berkonsentrasi pada pesan yang mereka kirim satu sama lain tanpa gangguan.

Rangkuman

Komunikasi terapeutik adalah dasar dari hubungan perawat-klien. Komunikasi terapeutik adalah salah satu dari empat standar untuk “membangun, memelihara, membangun kembali, dan mengakhiri hubungan perawat-klien” sesuai dengan tahapan komunikasi terapeutik. Privasi dan kerahasiaan merupakan komponen penting dari komunikasi terapeutik perawat-klien. Pertimbangkan komunikasi klien dengan serius dan gunakan kombinasi strategi komunikasi sesuai dengan tahapan dalam komunikasi terapeutik. Penting untuk memperhatikan *Self awareness* yang dianggap sebagai salah satu faktor kunci yang menentukan kualitas proses komunikasi dan kualitas terapeutik perawat-klien. Oleh karena itu, *self awareness* diyakini sebagai kompetensi yang penting untuk membantu para profesional termasuk perawat.

Daftar Pustaka

- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., & Gyamfi, N. (2018). Perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients at Kumasi South Hospital. *Cogent Medicine*, 5(1), 1459341. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2018.1459341>
- Boyd, C., & Dare, J. (2014). Communication Skills For Nurses. In *John Wiley & Sons, Ltd* (1st ed.). Library of Congress Cataloging.
- Fatimah, S. (2014). *Therapeutic Communication And Nurse Patient Relationship*.
- Han, S., & Kim, S. (2016). An Integrative Literature Review on Self-awareness Education/Training Programs in the Nursing Area. *Perspectives in Nursing Science*, 13(2), 59. <https://doi.org/10.16952/pns.2016.13.2.59>
- Khoir, M., Fauzi, A., & Holis, W. (2020). Therapeutic Communication Skills of Nurses in Hospital. *International Journal of Nursing and Health Services*, 3(2), 686–694. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i2.197>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica*, 26(1), 65. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
- Lapum, J., St-Amant, O., Hughes, M., & Garmaise-Yee, and J. (2020). Introduction to Communication in Nursing. In *Ryerson University*. Licensed under a Creative Commons. <https://pressbooks.library.ryerson.ca/communicationnursing/part/introduction-therapeutic-communication/>
- Musliha., & Fatmawati, S. (2009). Komunikasi Keperawatan Plus Materi Komunikasi Terapeutik. In *Modul komunikasi terapeutik ... [Ahmad Sanusi]* (1st ed.). Nuha Medika.

- Nashua. (2022). *17 Therapeutic Communication Techniques*. Rivier University.
- Novita, E. A. (2015). *Gambaran Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Oleh Perawat Pelaksana Pada Pasien Di Rsud Dr. Rasidin Padang*.
- Prameilia, A. N. (2019). Tahapan Komunikasi Terapeutik Dalam Penyembuhan Pasien Depresi. In *Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta*.
- Rasheed, S. P. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse / Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 211–217.
- Sarfika, R., Maisa, E. A., & Freska, W. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Dasar 2*. Andalas University Press.
- Suryani. (2015). *Komunikasi Terapeutik. Teori dan Praktik. Edisi 2*. EGC.
- Williams, J. R. (1993). Expression and Communication as Basic Linguistic Functions. *Intercultural Communication Studies III*, 91–101.



BAB 7

PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Dwi Yogo Budi Prabowo, S.Kep., M.Kep.
Akademi Keperawatan Rumkit TK III Manado

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Proses Keperawatan

A. Pendahuluan

Keperawatan ialah ilmu dan kiat yang berkaitan dengan permasalahan fisik, psikologis, sosiologi, budaya maupun spiritual dari individu. Ilmu keperawatan berdasar terhadap suatu kerangka teori yang luas, kiatnya bergantung kepada ketrampilan merawat dan kemampuan perawat secara individu. Keperawatan adalah bentuk pelayanan professional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami

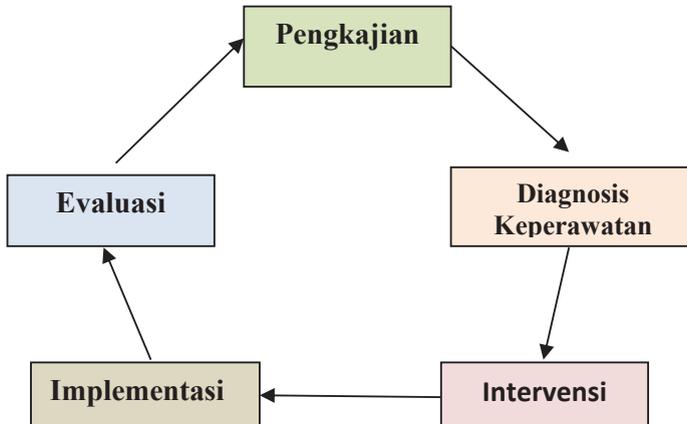
gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal (Nursalam, 2011). Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik yang meliputi bio-psiko-sosio-spiritual-kultural, ini menjadi prinsip keperawatan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan harus memperhatikan aspek tersebut, klien yang dirawat dirumah sakit harus mendapatkan perhatian bukan hanya dari aspek biologis saja tapi juga dengan aspek-aspek lainnya (Asmadi, 2014). Pelayanan keperawatan dilakukan sebagai upaya dalam peningkatan derajat kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi, serta pemeliharaan kesehatan dengan menekan upaya pelayanan kesehatan utama untuk memungkinkan setiap penduduk mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif yang dilakukan sesuai wewenang, tanggung jawab dan etika profesi keperawatan. Profesi keperawatan itu sendiri sedang menyatakan kebutuhan untuk para praktisinya agar menjadi profesional dan bertanggung jawab. Profesi Perawat merupakan suatu profesi yang bergerak dalam bidang jasa. Untuk pemberian layanan yang diberikan pada klien, seorang perawat tidak akan terlepas dengan namanya asuhan keperawatan. Asuhan Keperawatan merupakan suatu rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya guna mencapai tujuan tertentu dalam memenuhi kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (UU No. 38 Th 2014).

B. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang

bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012). Proses keperawatan adalah salah satu metoda efektif pemecahan masalah yang dilakukan perawat terhadap klien dengan pendekatan metodologi ilmiah. Asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistimatis, dinamis dan terstruktur. Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami Pada saat proses keperawatan, perawat harus memenuhi segala aspek kebutuhan klien secara holistik dengan cara melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengimplementasikan rencana keperawatan dan mengevaluasi rencana keperawatan yang telah diberikan.

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya.



Gambar 7.1. Proses Keperawatan

Sumber: (Dermawan, 2012)

Orientasi dari pelayanan asuhan keperawatan adalah pada pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan baru dapat dikatakan berhasil dan selesai jika semua tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dalam perencanaan keperawatan telah tercapai. Pendapat beberapa ahli tentang proses keperawatan sebagai berikut:

- a. Menurut Florence Nightingale menyatakan bahwa tindakan dalam asuhan keperawatan harus selalu terpisah dari tindakan medis. Tugas pokok Anda sebagai perawat adalah memenuhi kebutuhan dasar manusianya klien dan menata lingkungan keperawatan menjadi lingkungan yang adekuat untuk pemulihan kondisi klien.
- b. Yura and Walsh (1983) yang menyebutkan proses keperawatan terdiri atas 4 tahap. Perkembangan selanjutnya pada tahun 1982 melalui National Council of State Boards of Nursing menyatakan bahwa proses keperawatan terdiri atas 5 tahap yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa

keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

a. Definisi

Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya (Setiadi, 2012).

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

b. Tujuan Pengkajian

- 1) Untuk memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien.
- 2) Untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien.
- 3) Untuk menilai keadaan kesehatan pasien.
- 4) Untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

c. Pengumpulan Data

Pada saat melakukan pengkajian keperawatan harus mengetahui berbagai macam data yang diperoleh. Berikut merupakan data dalam pengkajian keperawatan:

1) Data Dasar

Data dasar merupakan keseluruhan informasi tentang status kesehatan klien, data dasar ini meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan. Data dasar yang menunjukkan pola fungsi kesehatan efektif/optimal merupakan data yang dipakai dasar untuk menegakkan diagnosa keperawatan sejahtera.

2) Data Fokus

Data fokus merupakan informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung Anda sebagai seorang perawat.

3) Data Subjektif

Data yang berasal dari keluhan klien secara langsung dari klien maupun tidak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan klien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi kepada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada klien. Untuk mendapatkan data subjektif, dilakukan anamnesis, salah satu contoh: "saya merasa pusing", "saya merasa mual dan muntah", "saya merasakan nyeri dada" dan lain-lain.

4) Data Objektif

Data yang diperoleh Anda secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien. Data objektif harus dapat diukur dan diobservasi, bukan merupakan interpretasi atau asumsi dari Anda, contoh: tekanan darah 120/80 mmHg, konjungtiva anemis.

d. Teknik Pengumpulan Data

1) Anamnesa

Anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak klien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan non verbal, empati dan rasa kepedulian yg tinggi. Teknik Verbal, meliputi: pertanyaan terbuka/tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon klien. Sedangkan teknik non Verbal, meliputi: mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata

2) Observasi

Observasi yaitu pengamatan perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Kegiatan observasi, meliputi 2S HFT: *Sight* yaitu seperti kelainan fisik, perdarahan, terbakar, menangis; *Smell* yaitu seperti alkohol, darah, feces, medicine, urine; *Hearing* yaitu seperti tekanan darah, batuk, menangis, ekspresi nyeri, heart rate dan ritme

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan metode atau teknik P.E. (Physical Examination) yang terdiri dari :

a) Inspeksi

Teknik yang dilakukan dengan cara mengamati keadaan fisik pasien misalnya pasien tampak terjadi hematoma pada bagian kepala

b) Palpasi

Suatu teknik dilakukan lakukan dengan menggunakan indera peraba. Contoh palapsi abdomen, palpasi adanya nyeri tekan,dll

c) Perkusi

pemeriksaan yang dapat Anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara.

Perkusi bertujuan untuk: mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: Sonor, Redup, Pekak, Hipersonor/timpani.

d) Auskultasi

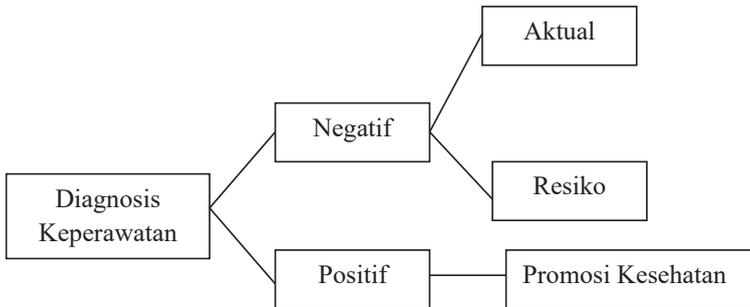
Auskultas adalah merupakan pemeriksaan yang yang dilakukan dengan mendengarkan suara yg dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

2. **Diagnosis Keperawatan**

a. Definisi

Diagnosis keperawatan merupakan tahapan kedua dari proses keperawatan. Diganosis keperawatan ialah suatu penilaian klinis terhadap respon pasien terkait masalah kesehatan yang dialami klien baik bersifat actual maupun potensial (SDKI, 2016).

b. Jenis Diagnosis Keperawatan



Gambar 7.2 Diagnosis Keperawatan

Sumber: (Dermawan, 2012)

Diagnosis keperawatan terbagi dalam 2 jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif mengartikan bahwa klien dalam kondisi sakit atau mempunyai resiko mengalami sakit. Diagnosis negatif terdiri dari diagnosis actual dan diagnosis resiko. Diagnosis positif mengartikan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal/ Diagnosis ini dinamakan sebagai diagnosis promosi kesehatan (SDKI, 2016).

1) Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan

2) Diagnosis Resiko

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi yang menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan.

3) **Diagnosis Promosi Kesehatan**

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal

c. **Komponen Diagnosis Keperawatan**

Komponen diagnosa keperawatan menurut Dermawan (2012) sebagai berikut:

1) **Problem**

Problem adalah gambaran keadaan pasien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah atau problem adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

2) **Etiologi atau faktor penyebab**

faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Merupakan pedoman untuk merumuskan intervensi. Unsur – unsur dalam identifikasi etiologi meliputi:

- a) **Patofisiologi penyakit:** semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah.
- b) **Situasional:** personal dan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial).
- c) **Medikasi (berhubungan dengan program perawatan atau pengobatan):** keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.

- d) Maturasional: adolensent (ketergantungan dalam kelompok), young adult (menikah, hamil, menjadi orang tua), dewasa (tekanan karier).
- 3) Sign and symptom Data subyektif dan obyektif yang ditemukan sebagai komponen pendukung terhadap diagnosa keperawatan. Sign and symptom (tanda dan gejala) adalah ciri, tanda atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan.
- 4) Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan.

3. Intervensi/Perencanaan Keperawatan

a. Definsi

Intervensi keperawatan merupakan proses untuk memecahkan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Perencanaan keperawatan ialah suatu perencanaan tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik. Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

b. Tujuan perencanaan keperawatan

Tujuan rencana tindakan dibagi menjadi dua menurut Dermawan (2012) yaitu:

- 1) Tujuan administratif
 - a) Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada pasien atau kelompok.
 - b) Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya.
 - c) Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan.
 - d) Untuk menyediakan kriteria klasifikasi pasien.
 - 2) Tujuan klinik
 - a) Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.
 - b) Mengkomunikasikan dengan staf perawat; apa yang diajarkan, diobservasi dan dilaksanakan.
 - c) Rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan
- c. Langkah-langkah Perencanaan Keperawatan

Langkah-langkah perencanaan keperawatan menurut Manurung (2011) adalah sebagai berikut:

- 1) Menentukan prioritas masalah.

Prioritas keperawatan adalah penyusunan diagnosa keperawatan atau masalah pasien dengan menggunakan tingkat kedaruratan atau kepentingan untuk memperoleh tahapan intervensi keperawatan yang dibutuhkan. Saat menentukan prioritas diagnosa keperawatan digunakan standar prioritas kebutuhan dari Maslow, sebagai berikut:

- a) Prioritas 1: masalah yang berhubungan dengan kebutuhan fisiologis seperti respirasi, sirkulasi, nutrisi, hidrasi, eliminasi, suhu dan kesenjangan fisik.

- b) Prioritas 2: masalah yang berpengaruh pada keselamatan dan keamanan.
- c) Prioritas 3: masalah yang berpengaruh terhadap cinta dan rasa memiliki.
- d) Prioritas 4: masalah yang berpengaruh pada rasa harga diri.
- e) Prioritas 5: masalah yang berpengaruh pada kemampuan mencapai sasaran pribadi atau aktualisasi diri.

Pengurutan prioritas akan dipengaruhi oleh faktor-faktor persepsi pasien terhadap prioritas, untuk itu menanyakan kepada pasien tentang apa yang dirasakannya merupakan hal yang penting

2) Menuliskan tujuan dan kriteria hasil.

Tujuan perawatan adalah hasil yang diinginkan dari asuhan keperawatan yang diharapkan dapat dicapai bersama pasien serta direncanakan untuk mengurangi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Manurung, 2011). Saat merumuskan tujuan, ada beberapa petunjuk umum yang perlu diperhatikan yaitu:

- a) Tujuan dinyatakan dengan istilah hasil yang ingin dicapai, bukan tindakan keperawatannya.
- b) Tujuan keperawatan harus menggambarkan perilaku pasien yang dapat diamati dan diukur.
- c) Tujuan harus realistis, mencerminkan kemampuan dan keterlibatan pasien.
- d) Setiap tujuan berdasarkan dari satu diagnosis keperawatan.

Kriteria hasil mempunyai ciri-ciri menurut Dermawan (2012) yaitu setiap kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, hasil yang ditetapkan dalam kriteria hasil, memungkinkan untuk dicapai, setiap kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, kriteria harus sekonkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran, kriteria cukup besar atau dapat diukur, kriteria menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negatif. Pedoman penulisan kriteria hasil menurut Setiadi (2012) adalah berfokus pada pasien, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan dapat diukur, ada batas waktu, ditentukan oleh perawat dan pasien.

Dalam menentukan tujuan perencanaan dan kriteria hasil menggunakan **SMART**

- Spesifik : Tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda
- Measurable : Tujuan harus dapat diukur
- Archivable : Tujuan harus dapat dicapai
- Reasonable : Tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah
- Time : Tercapai dalam jangka waktu yang ditentukan

- 3) Memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan. Dalam menentukan rencana tindakan menurut (Potter, P.A. & Perry, 2014) dalam (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan

- a) Karakteristik Diagnosis Keperawatan
Intervensi keperawatan diharapkan dapat mengatasi etiologi atau tanda/gejala diagnosis keperawatan.
- b) Luaran Keperawatan yang diharapkan
Luaran keperawatan akan membeikan arahan yang jelas dalam penentuan intervensi keperawatan
- c) Kemampulaksanaan Intervensi Keperawatan
Perawat perlu mempertimbangkan waktu, tenaga/staf dan sumber daya yang tersedia dalam melakukan perencanaan keperawatan
- d) Kemampuan Perawat
- e) Perawat diharapkan mengetahui rasionalisasi ilmiah terkait intervensi keperawatan yang akan dilakukan
- f) Penerimaan Pasien
Intervensi keperawatan yang dipilih harus dapat diterima oleh pasien
- g) Hasil Penelitian
Bukti penelitian akan menunjukkan efektifitas intervensi keperawatan yang diberikan. Untuk menyusun dan menentukan rencana tindakan harus memperhatikan unsur OTEK (Observasi, Terapeutik, Edukasi dan Kolaborasi)

4. Implementasi

a. Pengertian

Implementasi keperawatan Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien. Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan

perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

b. Pedoman implementasi keperawatan

Pedoman implementasi keperawatan menurut Dermawan (2012) sebagai berikut:

- 1) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.

Validasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik dan diindividualisasikan. Perawat memastikan bahwa tindakan yang sedang diimplementasikan, baik oleh pasien,

- 2) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.

Perawat harus kompeten dan mampu melaksanakan keterampilan ini secara efisien guna menjalankan rencana. Kesadaran diri dan kekuatan serta keterbatasan perawat menunjang pemberian asuhan yang kompeten dan efisien sekaligus memerankan peran keperawatan profesional.

- 3) Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi.

Selama melaksanakan implementasi, keamanan fisik dan psikologis dipastikan dengan mempersiapkan pasien secara adekuat, melakukan asuhan keperawatan dengan terampil dan efisien, menerapkan prinsip yang baik, mengindividualisasikan tindakan dan mendukung pasien selama tindakan tersebut.

- 4) Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan. Dokumentasi dalam catatan perawatan kesehatan terdiri atas deskripsi tindakan yang diimplementasikan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang tidak diimplementasikan juga dicatat disertai alasan. Dokumentasi rencana asuhan untuk meningkatkan kesinambungan asuhan dan untuk mencatat perkembangan pasien guna mencapai kriteria hasil.

5. Evaluasi

a. Pengertian Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

b. Penilaian Keberhasilan

Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor:

- 1) Tujuan tidak realistis.
- 2) Tindakan keperawatan yang tidak tepat.
- 3) Terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

Alasan pentingnya penilaian sebagai berikut:

- 1) Menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna.
- 2) Untuk menambah ketepatan tindakan keperawatan.
- 3) Sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan.
- 4) Untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

c. Tipe Pernyataan Evaluasi

Tipe pernyataan evaluasi menurut (Setiadi, 2012) sebagai berikut: Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

- 1) Pernyataan evaluasi formatif.

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

- 2) Pernyataan evaluasi sumatif.

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan.

d. Bentuk Evaluasi

- 1) Evaluasi struktur.

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan.

2) Evaluasi proses.

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang.

3) Evaluasi hasil.

Evaluasi hasil berfokus pada respon dan fungsi pasien. Respon perilaku pasien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil

Rangkuman

Proses keperawatan merupakan praktek keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melakukan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk melakukan pengkajian status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut. Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya.

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2014). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC.
- Dermawan. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja (1st ed.)*. Gosyen Publishing.
- Manurung. (2011). *Keperawatan Professional*. Trans Info Media.
- Nursalam. (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Medika.
- Potter, P.A. & Perry, A. G. (2014). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. (Edisi 4 Vo). EGC.
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik (1st ed.)*. DPP PPNI.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Proses Keperawatan Teori dan Praktik*. Graha Ilmu.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. DPP PPNI.



BAB 8

TEORI KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep.
Holding PT. Perkebunan Nusantara

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Teori Keperawatan

A. Pendahuluan

Teori keperawatan merupakan kumpulan dari konsep-konsep yang menjelaskan tentang proses, peristiwa atau kejadian mengenai keperawatan yang didasari oleh fakta-fakta yang telah diobservasi. Dari kumpulan teori-teori yang terkumpul maka dapat dibentuk suatu model konsep dalam keperawatan. Selain itu, karena model praktek keperawatan mengandung hal-hal dasar seperti keyakinan dan nilai-nilai yang menjadi dasar sebuah model. Menurut Torrest (1985) dan

Chinn & Jacob (1983) menegaskan terdapat lima karakteristik dasar teori keperawatan:

1. Teori keperawatan mengidentifikasi dan mendefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep-konsep keperawatan seperti hubungan antara konsep manusia, konsep sehat-sakit, konsep lingkungan dan keperawatan.
2. Teori keperawatan bersifat ilmiah, artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis.
3. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum, artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktek keperawatan.
4. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya *body of knowledge* keperawatan yang dilakukan melalui penelitian
5. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktek keperawatan.

B. Teori Keperawatan

1. Teori Lingkungan Nightingale

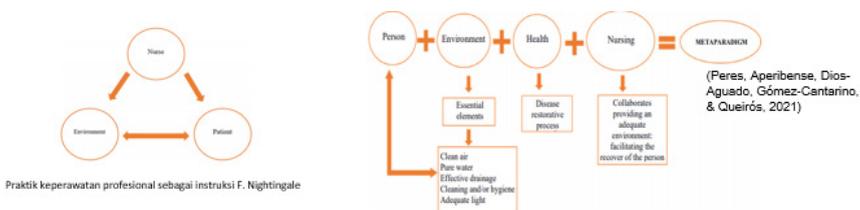
Teori Lingkungan oleh Florence Nightingale mendefinisikan Keperawatan sebagai **“Tindakan memanfaatkan lingkungan pasien untuk membantunya dalam pemulihannya.”** Teori Ini melibatkan inisiatif perawat untuk mengkonfigurasi pengaturan lingkungan yang sesuai dengan kondisi pasien untuk pemulihan kesehatan pasien secara bertahap dan bahwa faktor-faktor eksternal yang terkait dengan lingkungan pasien mempengaruhi kehidupan atau proses

biologis dan fisiologis dan perkembangannya. Nightingale membahas Teori Lingkungan dalam bukunya **Notes on Nursing: What it is, What it is Not**. Dia dianggap sebagai ahli teori pertama dalam keperawatan dan membuka jalan di dasar profesi keperawatan yang kita kenal sekarang. Teori keperawatan membantu Perawat untuk memberikan kontribusi unik dalam merawat pasien mereka. Florence Nightingale menekankan pada manipulasi lingkungan fisik sebagai dasar komponen asuhan keperawatan yang paling utama pada: **ventilasi, cahaya, kebisingan, kebersihan kamar/dinding, tempat tidur, kebersihan diri, dan tempat makanan**. Menurut Nightingale, jika komponen lingkungan tersebut sudah disesuaikan dengan kondisi pasien secara baik dan tepat, maka membantu pasien untuk memulihkan kesehatannya. Karenanya, Nightingale memberikan dasar untuk memberikan **perawatan holistik** kepada pasien dan masih berlaku sampai sekarang. Disarankan bahwa kesadaran tentang kebersihan lingkungan, merupakan hal dasar yang harus diberikan di tingkat komunitas dan rumah sakit (Sabza & Pirani, 2016). “Tantangan sebenarnya adalah untuk mengintegrasikan pengetahuan dari disiplin profesional yang berbeda untuk menciptakan lingkungan perawatan yang lebih baik dan lebih aman.” (Lamb & Zimring, 2010, hal. 8). Ditemukan enam domain untuk mencapai hal tersebut antara lain:

- a. Ilmu desain perawatan kesehatan: menerapkan dan memperluas Evidence base practice berbasis riset.
- b. Sistem dan lingkungan perawatan kesehatan: menggambarkan dan memengaruhi konteks di mana layanan direncanakan, disampaikan, dan dievaluasi.
- c. Perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga: melibatkan pasien dalam perawatan mereka sendiri dan memobilisasi untuk memanfaatkan sistem pendukung.

- d. Kerja tim: memfasilitasi, kolaborasi dan komunikasi di antar pemangku kepentingan lintas profesi.
- e. Budaya profesional: mengidentifikasi dan memanfaatkan keahlian dari desainer, arsitek, insinyur, dokter, dan sebagainya.
- f. Inovasi: berpikir kreatif untuk memecahkan masalah.

Laporan dari Institute of Medicine untuk mencegah bahaya, menyoroti kemajuan dan kesenjangan yang terus-menerus dalam mengubah paradigma pekerja (pasien)-perawat-lingkungan, sehingga memerlukan penelitian, kebijakan, dan instrumen untuk mengembangkan konsep ini. Peningkatan lingkungan kerja perawat harus difokuskan pada orang, proses, dan tempat sebagai konsep yang saling terkait. Kreitzer dan Zborowsky (2009) menggunakan konsep-konsep ini untuk mengeksplorasi penciptaan “**Lingkungan Penyembuhan Optimal.**” Meneliti hubungan antara orang dengan proses saja tidak cukup, tetapi lingkungan yang dirancang harus memasukkan peran perawat dalam melakukan intervensi keperawatan (Zborowsky, 2014).



Gambar 8.1 Teori Lingkungan Nightingale

Sumber: (Zborowsky, 2014)

“Lingkungan adalah payung dari konsep dalam teori keperawatan Nightingale. Itu adalah pendapatnya bahwa lingkungan dapat diubah sedemikian rupa untuk memperbaiki kondisi penyembuhan penyakit” Nightingale (1860) (Karim, 2016).



Florence nightingale main concepts of environment described in 6 D's	
elements	comments
Diet & Dust	personal hygiene as well as sanitation of houses
Drinking water	Pure Drinking water
Dietary habits	must take healthy fresh and balanced diet
Dampng	dried out and a little warm environment
Draughts	Air ventilations
Drainage system	proper drainage and sewer systems

Nightingale menyatakan bahwa “proses perawatan pasien harus memperhatikan udara yang segar, cahaya, kehangatan, kebersihan, ketenangan, dan pemilihan dan pemberian diet yang tepat, semuanya dengan memperhatikan tanda - tanda vital pasien dan energi yang dikeluarkan oleh pasien.” Perhatikan bahwa klien, perawat, dan konsep lingkungan yang utama harus seimbang. Maka dari itu hendaknya perawat dapat memodifikasi lingkungan untuk mengkompensasi respons klien terhadap sakitnya. Tujuan perawat adalah membantu kondisi pasien agar tetap stabil, Jika lingkungan klien tidak seimbang, klien mengeluarkan energi yang tidak perlu.

Gambar 8.2 Lingkungan dan Manusia

Sumber: (F. Barbosa, Sayonara de Fatimma., Abbot, Patricia., M. Dal Sasso, 2021)

Florence Nightingale tidak hanya menjadi referensi untuk keperawatan modern, tetapi juga pelopor visualisasi data. Dia meneliti penyebab kematian di rumah sakit di Krimea War, menggunakan keahlian statistiknya, mengumpulkan dan menganalisis data pasien, dan membuat bentuk kue bagan yang dikenal sebagai bagan area kutub, pendekatan baru untuk menyajikan data pada saat itu. Dengan grafik itu, dia menunjukkan bahwa jauh lebih banyak tentara yang meninggal karena penyakit menular yang dapat dicegah daripada karena luka pertempuran. Karena data digital menjadi landasan praktik berbasis bukti kontemporer, pekerjaannya dan relevansinya tidak boleh luput dari perhatian (O’Connor, Waite, Duce, O’Donnell, & Ronquillo, 2020). Penting bagi keperawatan untuk memahami implikasi dari pengembangan, implementasi, dan evaluasi teknologi digital yang berbeda. Dengan demikian, diperlukan keterampilan

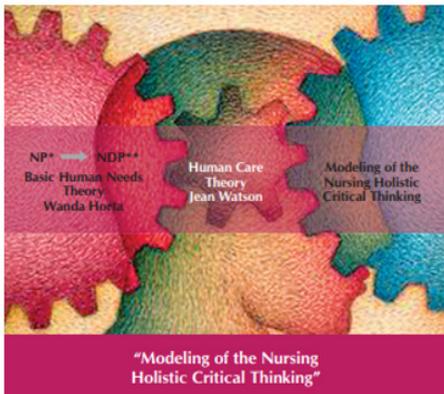
untuk memberikan perawatan harus mengikuti etika dan hukum prinsip, menghormati kerahasiaan dan masalah privasi. Teknologi berpotensi memberikan banyak manfaat untuk kesehatan, akan tetapi belum bermanfaat jika dilakukan tanpa adanya pendekatan yang berakar pada sains, budaya, dan etika (The Lancet Digital Health, 2020). Teknologi mengubah cara perawat memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan keperawatan akan bertransisi untuk mempelajari cara berpikir baru tentang proses informasi kesehatan (Robert, 2019). Proses dimana perawat menerima dan meninjau informasi diagnostik, membuat keputusan klinis, berkomunikasi dan bersosialisasi dengan pasien dan kerabat mereka, dan menerapkan klinis intervensi akan dimodifikasi secara mendasar (Rouleau dkk., 2017). **Namun, kita bisa mendigitalkan data kesehatan, tapi kita tidak bisa mendigitalkan sisi manusiawi dari keperawatan** (WHO, 2019). Kematangan transformasi kesehatan digital adalah kesempatan untuk memenuhi syarat pekerjaan keperawatan, sehingga ini menjadi satu tantangan tersendiri bahwa perawat perlu mengembangkan keterampilan khusus di era digital (Lapão, 2020) dimasa depan perawat perlu meningkatkan pengetahuan tentang bagaimana perawat menggabungkan dan mengevaluasi kesehatan berbasis digital ke dalam praktik, dan tidak kalah penting peran pendidik yang dapat mempersiapkan tenaga kerja perawat dimasa depan (F. Barbosa, Sayonara de Fatimma., Abbot, Patricia., M. Dal Sasso, 2021)

2. Jean Watson: Theory of Human Caring

Apa Teori of Human Caring Watson?

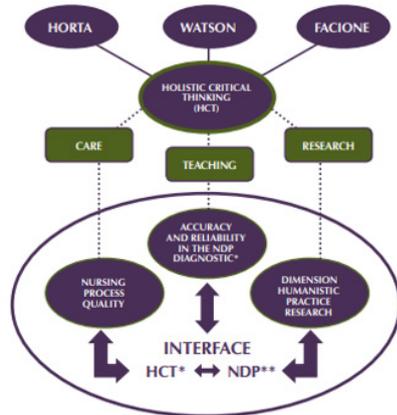
Menurut teori Watson, “Keperawatan berkaitan dengan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, merawat yang sakit, dan memulihkan kesehatan.” Ini berfokus pada promosi

kesehatan,serta pengobatan penyakit. Menurut Watson, caring merupakan inti dari praktik keperawatan dan meningkatkan kesehatan lebih baik daripada pengobatan medis sederhana. Caring adalah konsep inti (Ruh) dalam keperawatan, Caring meliputi merawat dan peduli terhadap klien, Yang pertama dari dua domain utama dalam keperawatan holistik terkait untuk pengetahuan dan keahlian profesional dan yang kedua untuk psikologis dan spiritual klien (Pajnkihar, 2003). Salah satu cara untuk memastikan bahwa kepedulian adalah inti dari pengalaman pasien adalah untuk mendukung teori Watson tentang kepedulian manusia sebagai dasar atau panduan untuk praktik keperawatan. Untuk dapat melakukan tindakan caring, perawat membutuhkan keterampilan artistik serta pengetahuan dan keahlian ilmiah (Pajnkihar, 2008). Pendidikan keperawatan berperan peran penting dalam perolehan dan kemajuan atribut kepedulian (Labrague et al., 2015) dan ini harus ditekankan sepanjang kehidupan profesional mereka (Pajnkihar, 2003).



Source: adapted from the website Estado de Direito. Available at <https://goo.gl/x6KAe5>. Access on 28 lev. 2018.

Notes: * NP: nursing process; ** NDP: nursing diagnosis process.



Notes: * HCT: holistic critical thinking; ** NDP: nursing diagnosis process.

Gambar 8.3 Theory of Human Caring
 Sumber: (Riegel, Crossetti, & Siqueira, 2018)

Perilaku Caring oleh perawat dapat berkontribusi pada kepuasan dan kesejahteraan pasien dan lebih dari sekedar kinerja organisasi kesehatan atau spesifik. jenis profesional dan kontak manusia-ke-manusia. Ketika kepedulian tidak hadir, non-peduli konsekuensi dan ketidakpuasan dengan perawatan, di mana orang tersebut merasa seperti sebuah objek, dapat terjadi. Kepedulian harus dilakukan dalam praktik dan penelitian (Watson, 2009), karena kurangnya kepedulian adalah yang utama ancaman terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Karena pesatnya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengetahuan tentang perawatan dalam praktek harus terus-menerus diperiksa kembali (Pajnkihar, 2003).

Inti dari keperawatan adalah merawat orang lain dan diri sendiri. Perawat harus peduli dan mampu menjalin kontak personal, bisa berkomunikasi dan membangun hubungan interpersonal dengan pasien. Intervensi yang diberikan harus mencerminkan sikap profesionalisme dan peduli terhadap masalah individu, agar tidak hanya dilihat sebagai pekerjaan rutin saja (Pajnkihar, 2003). Pasien akan menghargai “caring” yang baik, maka persepsi mereka tentang kepedulian dan kepuasan harus diperhatikan. Seperti yang dijelaskan oleh Douglas (2010), kepedulian itu penting untuk kesejahteraan staf perawat yang bekerja menangani pasien. Lingkungan dan budaya di institusi pelayanan kesehatan memiliki peran penting berdampak pada persepsi perawat tentang faktor karative, protektif, dan/atau korektif mental, fisik, sosial, dan lingkungan spiritual (Pajnkihar, Stiglic, & Vrbnjak, 2017).

Teori Kepedulian Manusia Watson dapat menjadi panduan yang mendasari untuk memperkaya hubungan human-to-human dan menciptakan lingkungan kerja yang “caring”-“healing”. Ketika kepedulian manusia diterapkan dalam tim interprofessional,

profesional kesehatan menemukan perhatian kesadaran untuk merawat diri sendiri dan satu sama lain, dan dengan demikian pemberian asuhan keperawatan kepada pasien akan efektif (Wei & Watson, 2019) Firmansyah dkk. (2019) mengemukakan bahwa caring adalah sikap perawat yang ditunjukkan melalui perhatian, penghargaan, dan kesediaan untuk memenuhi kebutuhan medis mereka dengan empati. Tindakan peduli Sikap perawat dapat berupa kemampuan menjaga hubungan baik dengan ibu melalui komunikasi yang baik dan perilaku peduli selama kunjungan mereka ke Puskesmas. Mayseless (2016) membedakan sikap peduli ke dalam beberapa kategori yaitu, ikatan peduli, hubungan peduli, kesempatan/momen peduli, dan perilaku peduli. Perilaku peduli didefinisikan sebagai tindakan menunjukkan empati, memberikan perhatian dan prioritas kepada orang lain, menghormati orang lain harga diri, fokus pada kemanusiaan dan komitmen untuk mencegah kondisi kesehatan yang menurun (Nursalam, 2014).

Sikap caring perawat perlu selalu ditingkatkan melalui berbagai cara, seperti berpikir positif. Dengan selalu berpikir positif, perawat memberikan contoh kepada orang lain, tidak hanya kepada klien tetapi juga rekan kerja mereka, untuk selalu melihat sesuatu dari sudut pandang yang lebih perspektif positif. Selain itu, perawat juga harus mengembangkan empati mereka kepada orang lain dan memahami keadaan emosional mereka, sehingga perawat mampu secara pribadi mendekati dan mempengaruhi orang lain secara lebih baik arah positif. Mereka juga dapat memotivasi orang lain untuk menerima kondisi mereka dan merasa puas meskipun dalam situasi sulit, sehingga kondisi kesehatan mereka akan meningkat. Dengan berlatih sikap peduli, perawat menciptakan lingkungan yang mendukung untuk pasien mereka yang baik untuk mereka proses penyembuhan, melindungi dan meningkatkan kondisi mental

pasien akibat kesehatannya yang buruk kondisi. Sikap caring dari perawat akan berpengaruh positif terhadap klien sehingga klien dapat mengikuti arahan dan saran dari perawat (Pardede, Simamora, & Irwan, 2020).

Teori *Human Cring* mencakup sepuluh Proses Caritas®: *Merangkul, Menginspirasi, Mempercayai, Memelihara, Memaafkan, Memperdalam, Menyeimbangkan, Menciptakan Bersama, Melayani, dan Terbuka*. Sepuluh Proses Caritas® adalah fondasi dari strategi inti model pembangunan ketahanan. Merangkul cinta kasih untuk diri sendiri dan orang lain adalah salah satu Caritas paling mendasar dari Teori Kepedulian Manusia Watson. Cinta kasih adalah inti dari hubungan kita dengan diri kita sendiri dan orang lain. Kebaikan dapat ditularkan; perbuatan baik dapat mengangkat suasana hati orang yang melakukannya dan orang yang menerimanya. Kita semua milik alam semesta, di mana kita merangkul bidang cinta universal. Kita dapat hidup dan tumbuh di dunia ini karena cinta yang mengelilingi kita, memelihara kita dan membuat hidup kita bermakna. Penelitian menunjukkan bahwa tindakan kebaikan dapat memiliki efek positif pada otak dan sistem neuroendokrin, melepaskan hormon ‘bahagia’ seperti oksitosin, dopamin, dan serotonin. Oksitosin, juga dikenal sebagai ‘hormon cinta’, dapat meningkatkan kepercayaan dan ikatan kita dengan orang lain, meningkatkan fungsi sosial, dan meningkatkan harga diri dan optimisme kita. Oksitosin juga dapat menurunkan peradangan, mengendurkan pembuluh darah, meningkatkan fungsi jantung, merangsang angiogenesis, dan meningkatkan penyembuhan. Dopamin dapat mengangkat mood kita dan menghasilkan ‘helper’s high.’ Serotonin dapat mengatur emosi kita dan memberi kita perasaan euforia; tingkat serotonin yang lebih rendah terkait dengan memori yang buruk dan depresi. Tindakan cinta kasih membuat orang merasa lebih bahagia dan lebih puas, menjadikan cinta kasih

sebagai faktor ketahanan yang penting. Penggunaan diri secara kreatif adalah kombinasi dari pengetahuan, nilai, dan keterampilan yang dipelajari dalam pendidikan keperawatan dan kedokteran dengan diri pribadi, termasuk keyakinan dan pengalaman pribadi. Penggunaan diri yang kreatif oleh para klinisi membantu mereka berjuang untuk berkontribusi dengan keaslian dan keaslian melalui empati dan pengungkapan diri yang terampil, berkomunikasi dan mengungkapkan diri dengan terampil (Wei, Hardin, & Watson, 2021).



Proses caritas terjadi dalam interaksi antara pasien dan perawat dan merupakan "manifestasi nyata dan perwujudan kepedulian manusia" (DiNapoli, Nelson, Turkel, & Watson, 2010, hal. 17). Sepuluh Proses Caritas (Watson, 2006) tercantum di bawah ini dengan 'contoh pegerasan nyata'.

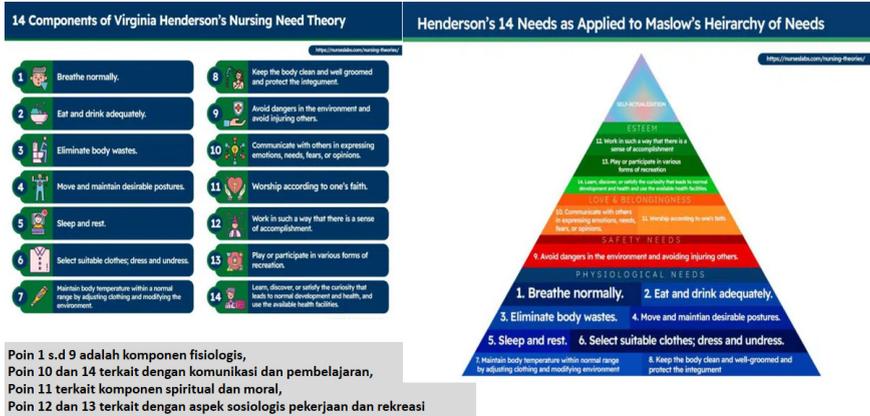
1. Praktik cinta kasih— Bersikap baiklah kepada pasien dan rekan kerja. Praktek kebaikan (atau kurangnya) akan melampaui sisi tempat tidur.
2. Pengambilan keputusan—utamakan pasien dalam semua keputusan.
3. Tanamkan iman dan harapan—Tetap positif. Pasien membutuhkan Anda sebagai sumber kekuatan.
4. Praktekan pengajaran dan pembelajaran yang memenuhi kebutuhan pasien dan gaya belajar—melibatkan keluarga dan pengunjung (yang ingin terlibat) dalam pendidikan pasien.
5. Memelihara keyakinan dan praktik spiritual individu—Panggil pendeta untuk berbicara dengan pasien yang jelas-jelas kesepian
6. Perawatan Holistik—Pastikan kebutuhan perawat mencakup semua dan akan dipenuhi di luar tempat tidur.
7. Hubungan Membantu dan Percaya—jika Anda berjanji untuk kembali dan memeriksa sesuatu, tepati janji itu. Membangun kehadiran peduli dengan pasien Anda.
8. Ciptakan lingkungan yang Menyembuhkan—Hindari kebisingan agar pasien dapat beristirahat
9. Tingkatkan ekspresi perasaan negatif dan positif—Tarik kursi, duduk dan dengarkan pasien yang jelas-jelas kesal tentang sesuatu. Lakukan hal yang sama untuk rekan kerja yang sedang mengalami shift yang sulit.
10. Keajaiban—Percayalah padanya. Hidup adalah satu dan orang yang menyembuhkan juga bisa menjadi satu.

Gambar 8.4 *Human Cring*

Sumber: (Wei, Hardin, & Watson, 2021).

3. Teori Kebutuhan Virginia Henderson

Henderson berasumsi bahwa pasien ingin mendapatkan kesehatan, tetapi ini tidak diungkapkan dengan jelas dalam teori. Berdasarkan definisinya tentang keperawatan dan istilah “dasar” asuhan keperawatan”, Teori ini sebagian berasal dari teori motivasi hierarki kebutuhan Maslow tetapi berfokus terutama pada perawatan kesehatan dan bantuan kepada orang-orang yang mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan hidup dasar mereka, sehingga mereka dapat lebih mandiri sesegera mungkin (Lovrić, Farčić, Mikšić, & Debeljak, 2020) Henderson mengidentifikasi 14 komponen dasar asuhan keperawatan yang membahas kebutuhan hidup bersih dan sehat. Ke-14 komponen dasar tersebut adalah sebagai berikut:



Gambar 8.5 Komponen Dasar Asuhan Keperawatan
 Sumber: (Gligor & Domnariu, 2020)

Terminologi Henderson berhubungan langsung dengan intervensi keperawatan dan pencapaian tujuan keperawatan. Catatan keperawatan merupakan bagian dari riwayat klinis pasien, karena merupakan “penilaian dan informasi tentang situasi pasien dan kemajuan klinis selama proses perawatan mereka, penyelesaian yang benar yang merupakan tanggung jawab profesional kesehatan”. Beralih ke format digital akan mengubah metode perekaman tetapi tidak mengubah isi dokumen. Ini berarti catatan klinis elektronik akan terus bertindak sebagai pusat informasi klinis pasien dan dukungan untuk komunikasi di antara berbagai profesional kesehatan yang merawat pasien (Lopez *et al.*, 2020)(Gonzalo, 2022).

4. Betty Neuman: Neuman Systems Model

Konsep yang dikemukakan oleh Betty Neuman adalah konsep “Health Care System” yaitu model konsep yang menggambarkan aktifitas keperawatan yang ditujukan kepada penekanan penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri secara fleksibel atau

normal maupun resisten dengan sasaran pelayanan adalah komunitas. Serta Betty Neuman mendefinisikan manusia secara utuh merupakan Konsep yang dikemukakan oleh Betty Nueman adalah konsep “Health Care System” yaitu model konsep yang menggambarkan aktifitas keperawatan yang ditujukan kepada penekanan penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri secara fleksibel atau normal maupun resisten dengan sasaran pelayanan adalah komunitas. Sesuai dengan hasil penelitian A Community Nursing Center For the health Promotion of Senior Citizens based on the neuman System Model (Diana M.L. Newman) dalam jurnal ini menggunakan model sistem Neuman pada pusat keperawatan komunitas, di mana dalam memandang klien sebagai sistem dalam interaksi dengan stressor lingkungan. Intervensi keperawatan berfokus pada pelayanan promosi kesehatan kesehatan bagi penduduk lanjut usia. Manfaat menggunakan sistem model Neuman untuk perawatan pasien, pendidikan, dan penelitian.

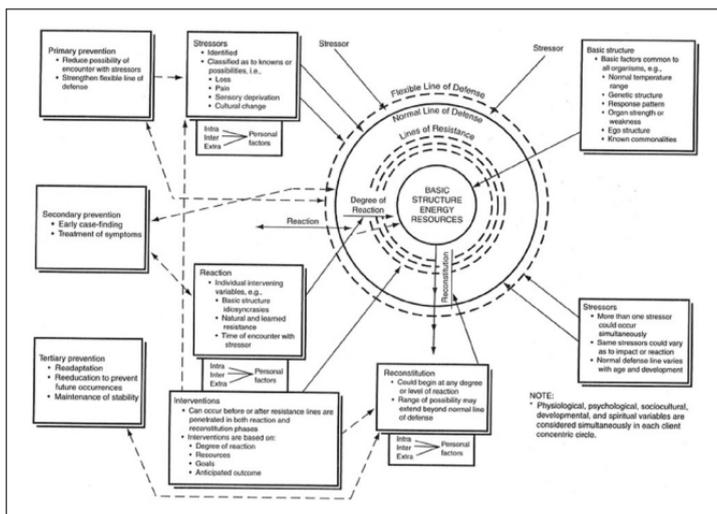


Figure 1. The Neuman Systems Model (Original diagram copyright 1970 by Betty Neuman).

Gambar 8.6 Health Care System

Sumber: (Gligor & Domnariu, 2020)

Konsep utama yang teridentifikasi dalam model ini seperti yang dilukiskan pada skema Neuman System Model (gambar 1-1) adalah pendekatan holistik, system terbuka (meliputi fungsi, *input* dan *output*, *feed back*, *negentropy*, *egentropy* dan stabilitas), lingkungan, lingkungan yang dibuat, sehat, sakit, system klien (meluputi lima variable klien, struktur dasar, garis pertahanan, garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel), stressor, tingkat reaksi, pencegahan dan intervensi dan rekontruksi. Adapun maksud dari konsep-konsep utama tersebut adalah :

a. Pendekatan Holistik

Klien sebagai suatu system dapat didefinisikan sebagai orang, keluarga, kelompok, masyarakat atau sosial. Klien digambarkan sebagai sesuatu yang utuh bagian dari interaksi dinamis. Model ini mempertimbangkan semua variabel yang secara simultan mempengaruhi klien: fisiologi, psikologi, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.

b. *Open System*:

Elemen-elemen system secara continue bertukar informasi dan energi dalam suatu organisasi yang kompleks. Stress dan reaksi terhadap stress adalah komponen dasar pada suatu system terbuka.

c. Fungsi atau Proses:

Klien sebagai system bertukar energi, informasi, berbagai hal dengan lingkungannya dan menggunakan sumber energi yang didapat untuk bergerak kearah stabilitas yang utuh.

d. *Input* dan *Output*:

Klien sebagai suatu system, input dan output adalah zat-zat, energy, informasi yang saling bertukar antara klien dan lingkungan.

e. *Feed Back:*

Sistem output dalam bentuk zat, energi, dan informasi memberikan sebagai feed back untuk input selanjutnya untuk memperbaiki tindakan untuk merubah, meningkatkan, atau menstabilkan system.

f. *Negentropy:*

Suatu proses pemanfaatan energy konservasi yang membantu kemajuan system kearah stabilitas atau baik.

g. *Entropy:*

Suatu proses kehabisan energi atau disorganisasi yang menggerakkan sistem kearah sakit atau kemungkinan kematian.

h. *Stability:*

Suatu keinginan keadaan seimbang antara penanggulangan system dan stressor untuk memelihara tingkat kesehatan yang optimal dan integritas.

i. *Enviroment:*

Kekuatan internal atau eksternal disekitarnya dan mempengaruhi klien setiap saat sebagai bagian dari lingkungan.

j. *Created Enviroment:*

Suatu pengembangan yang tidak disadari oleh klien untuk mengekspresikan system secara simbolik dari keseluruhan system. Tujuannya adalah menyediakan suatu arena aman untuk system fungsi klien. Dan untuk membatasi klien dari stressor.

k. *Client System:*

Lima Variabel (fisiologi, psikologi, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual) klien dalam berinteraksi dengan lingkungan bagian dari klien sebagai system.

l. Basic Clien Structure:

Klien sebagai system terdiri dari pusat inti yang dikelilingi oleh lingkaran terpusat. Pusat diagram dari lingkaran menghadirkan faktor kehidupan dasar atau sumber energi klien. Inti struktur ini terdiri dari faktor kehidupan dasar yang umum untuk seluruh anggota organisme. Seperti sebagai faktor bawaan atau genetik.

m. Lines of Resistance:

Serangkaian yang merusak lingkaran disekitar struktur inti dasar disebut garis pertahanan, lingkaran ini menyediakan sumber-sumber yang membantu klien mempertahankan melawan suatu stressor. Sebagai contoh adalah respon system imun tubuh. Ketika garis pertahanan efektif, klien dapat menyusun system kembali. Jika tidak efektif maka kematian dapat terjadi. Jumlah pertahanan stressor ditentukan oleh interrelationship kelima variable system klien.

n. Normal Line defence:

Garis pertahanan normal adalah suatu model diluar lingkaran padat. Hal itu menghadirkan suatu keadaan stabil untuk individu atau system. Itu dipelihara dari waktu ke waktu dan melayani sebagai suatu standar untuk mengkaji penyimpangan dari kebiasaan baik klien. Itu semua meliputi variabel system dan perilaku seperti kebiasaan pola koping seseorang, gaya hidup, dan tahap perkembangan. Pelebaran dari garis normal merefleksikan suatu peningkatan keadaan sehat, pengecilan, suatu penyusutan keadaan kesehatan.

o. Garis Pertahanan Fleksibel:

Garis lingkaran patah-patah terluar dinamakan garis pertahanan fleksibel. Hal ini dinamis dan dapat berubah dengan

cepat dalam waktu yang singkat. Hal ini dipersepsikan sebagai penahan yang melindungi terhadap stressor dari pecahnya/ berubahnya kondisi kesehatan yang stabil yang di presentasikan sebagai garis pertahanan normal. Hubungan antara variabel (fisiologi, psikologi, sosioikultural, perkembangan, dan spiritual) dapat mempengaruhi tingkat kemampuan individu untuk menggunakan pertahanan garis fleksibel untuk melawan kemungkinan dari reaksi stressor seperti gangguan tidur.

p. Kesejahteraan (*Wellness*):

Keadaan sejahtera merupakan kondisi ketika tiap bagian dari sistem klien berinteraksi secara harmoni dengan seluruh sistem. Kebutuhan sistem terpenuhi.

q. Sakit (*Illness*):

Sakit terjadi ketika kebutuhan tidak terpenuhi yang mengakibatkan keadaan tidak seimbang dan penurunan energy.

r. Stressor:

Stressor adalah kekuatan yang secara potensial dapat mengakibatkan gangguan pada system yang stabil. Stressor dapat berupa :

- 1) Kekuatan intrapersonal yang ada pada tiap individu, seperti respon kondisional seseorang.
- 2) Kekuatan interpersonal yang terjadi antara satu atau lebih individu, seperti harapan peran.
- 3) Kekuatn ekstrapersonal yang terjadi diluat individu, seperti keadaan finansial.

s. Tingkat reaksi:

Tingkat reaksi merupakan jumlah energy yang diperlukan oleh klien untuk menyesuaikan terhadap stressor.

t. Pencegahan sebagai intervensi:

Intervensi adalah tindakan yang bertujuan untuk membantu klien menahan, mencapai, atau mempertahankan stabilitas system. Intervensi dapat terjadi sebelum dan sesudah garis perlindungan dan perlawanan yang dilakukan pada fase reaksi dan rekonstitusi. Intervensi didasarkan pada kemungkinan atau faktual dari tingkat reaksi, sumber daya, tujuan, dan hasilantisipasi. Neuman mengidentifikasi tiga level intervensi:

- 1) Pencegahan primer, pencegahan primer dilakukan ketika stressor dicurigai atau diidentifikasi. Reaksi belum terjadi tetapi tingkat resiko diketahui. Neuman menyatakan sebagai berikut : Pelaku atau pengintervensi akan berusaha untuk mengurangi kemungkinan pertemuan individu dengan stressor, atau dengan kata lain usaha untuk memperkuat seseorang bertemu dengan stressor, atau menguatkan garis pertahanan fleksibel untuk menurunkan kemungkinan reaksi.
- 2) Pencegahan sekunder, pencegahan sekunder meliputi intervensi atau treatment awal sesudah gejala dari stress telah terjadi. Sumber daya internal dan eksternal digunakan agar sistem stabil dengan menguatkan garis internal resistensi, mengurangi reaksi, dan meningkatkan faktor resistensi.
- 3) Pencegahan tersier, pencegahan tersier terjadi sesudah treatment atau pencegahan sekunder. Pencegahan ini difokuskan pada penyesuaian kearah kestabilan sistem yang optimal. Tujuan utamanya yaitu meningkatkan resistensi terhadap stressor untuk membantu mencegah terjadinya kembali reaksi atau regresi. Proses ini men-

dorong untuk kembali pada tipe siklus ke pencegahan primer. Sebagai contoh akan dihindarinya suatu stressor yang telah diketahui akan membahayakan klien.

u. Rekonstitusi:

Rekonstitusi terjadi mengikut treatment reaksi stressor. Hal ini menggambarkan kembalinya sistem stabil dimana tingkat kesejahteraannya lebih tinggi atau lebih rendah dari sebelumnya untuk melawan stressor. Hal ini menacakup faktor interpersonal, intrapersonal, ekstrapersonal, dan lingkungan yang berhubungan dengan variable sistem klien 9 fisiologi, psikologi, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual). (Angosta, Ceria-Ulep, & Tse, 2014)(Gonzalo, 2021) (Hardin & Moody, 2004) (Montano, 2021). Model Sistem Neuman dapat digunakan untuk menjelaskan kerangka teoritis keperawatan dan bagaimana tindakan pencegahan harus diambil untuk mencapai hasil keselamatan bagi pasien dan petugas kesehatan (Yang, 2022).

Table 1. Summary of Betty Neuman's nursing process steps.

<p>A. Nursing diagnosis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Database and assessment <ul style="list-style-type: none"> - Identification, classification, and evaluation of interactions among five client variables - Identification of stressors and resources in the intra-, inter-, and extra-personal areas - Identification and differentiation of client and caregiver perceptions - Attempt to resolve perceptual differences 2. Actual or potential variances from wellness (These are what most other theorists call 'nursing diagnoses') <p>B. Nursing goals</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expected outcomes, specific desirable behavioral responses to deal with the actual or potential variances from wellness (decided jointly by the client and the caregiver) 2. Planned interventions, specific actions of the client, the caregiver or others to effect the expected outcomes <p>C. Nursing outcomes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actual interventions 2. Evaluation and goal reformulation <ul style="list-style-type: none"> - Analysis of specific client responses - Determination of the attainment of expected outcomes - If incomplete attainment, determination of cause of non-attainment - Goal reformulation as needed

Tabel 8.1 *Summary of Betty Neuman's Nursing Process Steps*

Sumber: (Ahmadi & Sadeghi, 2017)

Model sistem Neuman didasarkan pada seseorang hubungan dengan dan respon terhadap stres. Tiga kunci konsep dalam teori Neuman meliputi stres, homeostasis dan persepsi pasien. Peran perawat adalah untuk fokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi respons individu terhadap stres dan melindungi pasien dari risiko yang relevan faktor. Tujuan utama keperawatan dalam model ini adalah untuk mengevaluasi pasien dalam hal mencapai stabilitas melalui perolehan dan pemeliharaan kesehatan. Perawat menciptakan hubungan antara pasien, lingkungan, dan kesehatan serta mewujudkan keberlanjutan sistem. Sistem ini mempertimbangkan pasien dan perawat pemahaman tentang perawatan pasien. Karena pasien stabilitas dan hasil kesehatannya, perlu untuk mengevaluasi stresor yang dirasakan oleh perawat dan sabar. Dengan kemajuan kerjasama antara perawat dan pasien dan dengan hubungan timbal balik mereka pemahaman, mereka dapat menghilangkan perbedaan mereka pemahaman dan membuat hubungan yang konstruktif (Akhlaghi, Babaei, & Abolhassani, 2020). Ditemukan dalam sebuah Studi kualitatif yang menggunakan Sistem Neuman Model (1995) sebagai kerangka teoritis untuk mengembangkan pengetahuan baru tentang Resiliensi mahasiswa, ditemukan 4 subtema yang menjadi pokok bahasan, antara lain:

- a. Strategi. Subtema strategis yang dikembangkan antara lain: berpikir kritis, bercerita naratif, dan manajemen stres.
- b. Teknik. Subtema teknik yang dikembangkan adalah kerja tim, refleksi, dan umpan balik yang mendukung.
- c. Perilaku .Subtema perilaku yang diidentifikasi oleh fakultas termasuk promosi lingkungan yang peduli, teladan profesional, dan efektif komunikasi.

- d. Definisi Resiliensi. Subtema definisi termasuk beradaptasi, bangkit kembali, menghadapi tantangan, mengelola stres, dan ketekunan (Tench, 2022).

Selain itu penerapan SNM (System Neuman Model), dapat memainkan peran penting dalam mengurangi biaya pengobatan, komplikasi dan lama rawat inap, serta peningkatan kualitas dari asuhan keperawatan. Oleh karena itu, manajer dan profesional kesehatan direkomendasikan untuk menekankan pada penggunaan teori dan model keperawatan. Penggunaan model dan teori keperawatan memiliki peran penting dalam meningkatkan profesionalisme, mengurangi biaya pengobatan dan komplikasi penyakit, dan meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan pasien (Sadeghi, Sahebanmaleki, Roodposhti, Eshaghzadeh, & Ahmadi, 2022)

5. *Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory*

Teori defisit perawatan diri Dorothea Orem mendukung kita untuk terus memperoleh pengetahuan yang membantu kita untuk meningkatkan setiap hari praktik melalui deskripsi dan penjelasan; bahkan membantu profesional keperawatan untuk melakukan aktivitas dengan lebih otonomi, dalam aspek pendidikan dan penelitian. Perawatan diri berorientasi pada pengelolaan, tindakan dan tindakan yang diambil oleh individu untuk kesejahteraan mereka sendiri dengan kegiatan yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, tanpa pengawasan tenaga kesehatan, sedemikian rupa untuk mencegah penyakit, meningkatkan individu, keluarga dan kualitas hidup masyarakat.

Objective 2. Educational intervention to promote self-care in the face of health emergencies.

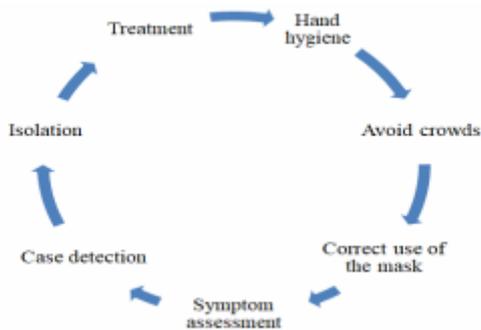


Figure 1: Behavioral map of COVID-19 (29)

Gambar 8.6 *Self Care Defisit Theory*

Sumber: (Zhizhpon-quinde, Mesa-cano, & Ramírez-coronel, 2021)

Penguatan kemampuan pasien untuk tindakan perawatan diri merupakan tujuan utama asuhan keperawatan menurut teori defisit perawatan diri Dorothea Orem. Teori keperawatan yang umum dan terkenal ini didasarkan pada asumsi bahwa semua intervensi keperawatan harus ditujukan untuk memperkuat kemampuan pasien sendiri untuk melakukan aktivitas manajemen diri untuk mengelola perawatan diri mereka sendiri “dalam rangka mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan.” Orem mengakui perawatan diri sebagai konsep yang luas mengenai semua aspek kehidupan dan bukan hanya manajemen penyakit, meskipun dukungan keperawatan terutama berfokus pada dukungan defisit perawatan diri karena dampak penyakit atau kesehatan yang buruk. Teori defisit perawatan diri sebagian berkaitan dengan asumsi yang lebih filosofis yang mendasari keperawatan, tetapi di atas semua itu, ini adalah teori tindakan yang dimaksudkan untuk digunakan dalam pekerjaan klinis. Teori tersebut memiliki spesifikasi yang jelas untuk peran perawat dan pasien dalam rangka meningkatkan perawatan diri (Hellqvist, 2021)

defisit untuk mempraktikkan perawatan diri, sehingga menyebabkan kualitas hidup (QoL) yang buruk. Self-Care Theory (SCT) Orem dikenal sebagai salah satu model keperawatan yang melibatkan pasien dalam perawatan dan lebih menekankan pada perawatan diri (Khazaei, Razaghi, & Behnam Vashani, 2021), meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu : 1). *Self Care*, 2). *Self care defisit* dan 3) *nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep *sentral* yaitu; *self care*, *self care agency*, kebutuhan *self care terapeutik*, *self care defisit*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar). *self care* teori mengatakan bahwa *self care* tergantung dari prilaku yang telah dipelajari, individu berinisiatif dan membentuk sendiri untuk memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya.

a. *Teori Self Care*

Untuk memahami teori *self care* sangat penting terlebih dahulu memahami konsep *self care*, *self care agency*, *basic conditioning factor* dan kebutuhan *self care terapeutik*. *Self care* adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk prilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *self care* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia. *Self care agency* adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care* dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber. Kebutuhan *self care terapeutik* (*Therapeutic*

self care demand) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan *self care* dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan. Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasi tiga katagori *self care requisite*:

- 1) Universal meliputi; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.
- 2) Developmental, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.
- 3) Perubahan kesehatan (*Health Deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan self care akibat suatu penyakit atau injury.

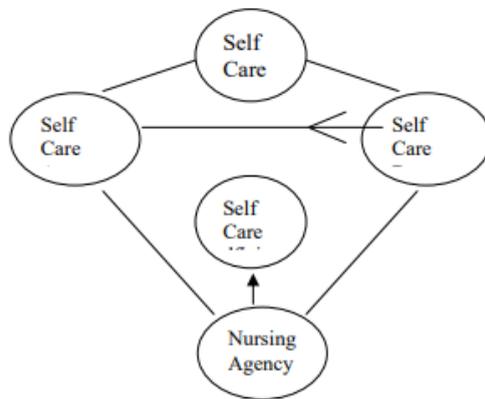
b. Teori Self Care Deficit

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan self care secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care*:

- 1) Tindakan untuk atau lakukan untuk orang lain.
- 2) Memberikan petunjuk dan pengarahan

- 3) Memberikan dukungan fisik dan psychologis.
- 4) Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.
- 5) Pendidikan.

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care*. Orem menggambarkan hubungan diantara konsep yang telah dikemukakannya.



Gambar 8.7 *Self Care Defisit*

Sumber: (Zhizhpon-quinde, Mesa-cano, & Ramírez-coronel, 2021)

Berdasarkan gambar diatas dapat dilihat bahwa jika kebutuhan lebih banyak dari kemampuan, maka keperawatan akan dibutuhkan. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagai domain keperawatan. Orem (1991) mengidentifikasi lima area aktifitas keperawatan yaitu:

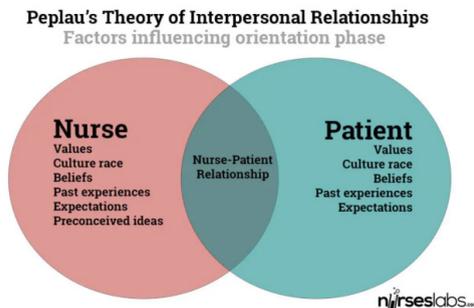
- a) Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.

- b) Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
- c) Bertanggungjawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
- d) Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
- e) Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien, atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima (Muhlisin & Irdawati, 2010).

6. *Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory*

Hubungan Terapeutik perawat-klien

Hubungan profesional dan terencana antara klien dan perawat berfokus pada kebutuhan, perasaan, masalah, dan ide klien. Ini melibatkan interaksi antara dua atau lebih individu dengan tujuan yang sama. Pencapaian tujuan ini, atau tujuan apa pun, dicapai melalui serangkaian langkah mengikuti pola yang berurutan.



Gambar 8.8 *Interpersonal Relationship*

Sumber: (Zhizhpon-quinde, Mesa-cano, & Ramirez-coronel, 2021)

Tabel 8.2 Hubungan Fase-Fase Peplau dengan Proses Keperawatan
 Sumber: (Zhizhpon-quinde, Mesa-cano, & Ramírez-coronel, 2021)

Empat Fase dari hubungan terapeutik perawat-pasien:

Fase	Fokus
Orientasi	perawat bekerja sama dengan pasien dalam menganalisis masalah
Eksplorasi	Pemilihan bantuan profesional yang tepat
Resolusi	Penggunaan bantuan profesional untuk pemecahan masalah Pemutusan hubungan profesional pasien dengan perawat

Hubungan Fase-Fase Peplau dengan Proses Keperawatan:

PROSES KEPERAWATAN	FASE-FASE PEPLAU
Pengkajian Pengumpulan data dan analisis Tidak perlu selalu berarti "kebutuhan yang dirasakan" mungkin perawat dimulai. Diagnosa keperawatan Ringkasan pernyataan berdasarkan analisis.	Orientasi Perawat dan pasien sebagai orang yang asing, pertemuan diawali oleh pasien yang mengekspresikan perasaan butuh, bekerja sama mengenali dan menentukan masalah (Catatan: pengumpulan data kontinu.) Pasien menjelaskan "kebutuhan yang dirasakan."
Perencanaan Saling menetapkan tujuan.	Identifikasi. Meletakkan tujuan yang sama, pasien mempunyai perasaan memiliki dan merespons secara selektif untuk memenuhi kebutuhannya.
Pelaksanaan Rencana memulai ke arah pencapaian tujuan yang saling ditetapkan. Dapat dicapai dengan perawatan pasien, kesehatan profesional, atau keluarga pasien.	Eksplorasi Pelayanan yang diberikan berdasarkan minat dan kebutuhan dari pasien. Pada fase ini pasien mulai menerima informasi-informasi yang diberikan padanya tentang penyembuhannya
Evaluasi Berdasarkan perilaku akhir yang diharapkan. Dapat menyebabkan penghentian atau inisiasi rencana baru.	Resolusi Terjadi setelah fase-fase yang lain sukses secara lengkap kemudian dilakukan pengakhiran hubungan pasien dengan perawat

Berikut ini adalah peran Perawat dalam hubungan terapeutik yang diidentifikasi oleh Peplau:

- a. Orang asing: menawarkan penerimaan dan kesopanan yang sama kepada klien seperti yang akan ditanggapi oleh perawat kepada orang asing
- b. Narasumber: memberikan jawaban spesifik untuk pertanyaan dalam konteks yang lebih besar
- c. Guru: membantu klien untuk belajar secara formal atau informal
- d. Pemimpin: menawarkan arahan kepada klien atau kelompok
- e. Pengganti: berfungsi sebagai pengganti orang lain seperti orang tua atau saudara kandung
- f. Konselor: mempromosikan pengalaman yang mengarah pada kesehatan bagi klien seperti ekspresi perasaan
- g. Ahli Teknis: memberikan perawatan fisik untuk pasien dan mengoperasikan peralatan

Peplau juga percaya bahwa perawat dapat mengambil banyak peran lain, tetapi ini tidak didefinisikan secara rinci. Namun, mereka “dibiarkan pada kecerdasan dan imajinasi pembaca.” (Peplau, 1952). Peran tambahan meliputi: Ahli teknis, Konsultan, Guru kesehatan, guru, Agen sosialisasi, Agen keamanan, Manajer lingkungan, Penengah, Administrator, Pengamat perekam, Peneliti (Gonzalo, Angelo, Wayne, G., Rmires, 2022) hubungan perawat-pasien hubungan antara perawat pasien. Hildegard Peplau pertama kali mendefinisikan hubungan sebagai “hubungan, keterkaitan, batas atau pola yang berkembang dan dapat diidentifikasi dalam hubungan”. Teori Hubungan Interpersonal Peplau mencakup fase-fase yang berbeda dari hubungan perawat-pasien, dari perkembangan hingga

pemutusan hubungan. Hubungan perawat-pasien sebagian besar telah dipelajari dalam pengaturan rawat inap perawatan (Maloney, 2022) Saat merawat pasien, perawat harus menyadari apa pemicu yang berada di rumah sakit dan pengaruhnya terhadap pasien. Pasien harus merasa bahwa mereka dengan nyaman berbicara dengan perawat mereka dan mempercayai mereka (Fabricante, 2022).

7. Imogene King: Theory of Goal Attainment

Apa itu Teori Pencapaian Tujuan?

Teori Pencapaian Tujuan menyatakan bahwa “Keperawatan adalah proses tindakan, reaksi, dan interaksi dimana perawat dan klien berbagi informasi tentang persepsi mereka dalam situasi keperawatan “ dan “proses interaksi manusia antara perawat dan klien dimana masing-masing merasakan yang lain. dan situasi, dan melalui komunikasi, mereka menetapkan tujuan, mengeksplorasi cara, dan menyepakati cara untuk mencapai tujuan.” perawat perlu mengetahui bagaimana orang berinteraksi dengan lingkungannya. (Adob-Hajbaghery, Mohsen., Tahmouresi, 2018). Dalam definisi ini, tindakan adalah urutan perilaku yang melibatkan aktivitas mental dan fisik, dan reaksi termasuk dalam urutan perilaku yang dijelaskan dalam tindakan. King menyatakan bahwa tujuan perawat adalah untuk membantu individu menjaga kesehatan mereka sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran mereka. Domain perawat “termasuk mempromosikan, memelihara, dan memulihkan kesehatan, dan merawat yang sakit, terluka dan sekarat.” Fungsi perawat profesional adalah “menafsirkan informasi dalam proses keperawatan untuk merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan”. Dengan pengetahuan tentang konsep dan proses, perawat memiliki dasar ilmiah yang lebih luas untuk praktik efektif yang dapat diartikulasikan dan jelas dokumentasi untuk menunjukkan

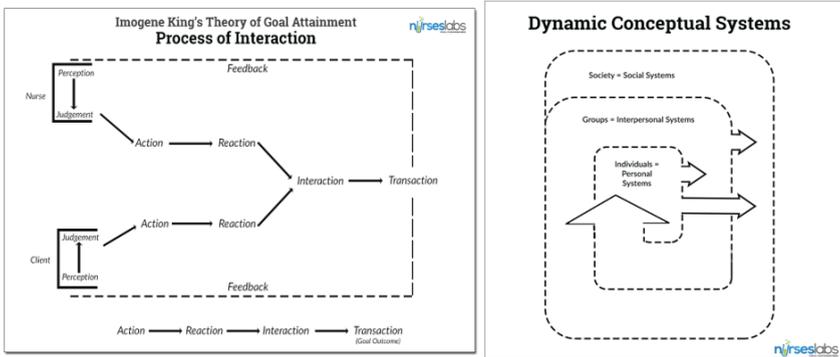
perawatan berkualitas yang hemat biaya (Joseph, Ann George, Jose, & Sebastian, 2021).

Suatu pendekatan sistem digunakan dalam mengembangkan teori pencapaian tujuan (theory of goal attainment), yang menggambarkan hubungan proses interaksi perawat-pasien yang membawa kepada pencapaian tujuan. Tahun 1971 King menyebut tindakan keperawatan sebagai proses, yang merupakan urutan tindakan yang berkonotasi aksi, reaksi, interaksi. Transaksi mengikuti ketika hubungan respirokal dibangun oleh perawat dan pasien dan kedua hubungan tersebut membuat tujuan yang harus dicapai. Penting untuk mendorong kesejahteraan pengasuh sendiri untuk menjamin dan meningkatkan akses ke perawatan kesehatan, mencegah penurunan fungsional pengasuh ini, menawarkan panduan tentang perawatan yang tepat dan dengan risiko yang lebih kecil (Bezerra *et al.*, 2022). Teori ini kerap di implementasikan pada kelompok besar individu dengan tujuan yang sama (seperti keluarga, perusahaan, masyarakat). Komunikasi dengan sistem sosial mempengaruhi individu dalam banyak hal (Frey, 2002; haji, 2018) (Yasemin, Fisun, 2020). Adapun beberapa karakteristik teori Imogene King (Christensen & Kenney, 1995):

- a. Sistem personal adalah individu atau klien yang dilihat sebagai sistem terbuka, mampu berinteraksi, mengubah energi, dan informasi dengan lingkungannya. Individu merupakan anggota masyarakat, mempunyai perasaan, rasional, dan kemampuan dalam bereaksi, menerima, mengontrol, mempunyai maksud-maksud tertentu sesuai dengan hak dan respon yang dimilikinya serta berorientasi pada tindakan dan waktu. Sistem personal dapat dipahami dengan memperhatikan konsep yang berinteraksi yaitu: persepsi, diri, gambaran diri, pertumbuhan dan

perkembangan, waktu dan jarak.

- b. Sistem interpersonal adalah dua atau lebih individu atau grup yang berinteraksi. Interaksi ini dapat dipahami dengan melihat lebih jauh konsep tentang peran, interaksi, komunikasi, transaksi, stress, koping.
- c. Sistem sosial merupakan sistem dinamis yang akan menjaga keselamatan lingkungan. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat, interaksi, persepsi, dan kesehatan.



Gambar 8.9 Process Interection \

Sumber: (Zhizhpon-quinde, Mesa-cano, & Ramirez-coronel, 2021)

Konsep-Konsep Utama dan Definisi-Definisi Sebagai Berikut:

- 1) Interaksi, King mendefinisikan interaksi sebagai “proses persepsi dan komunikasi antara orang dan lingkungan dan antara orang dengan orang, direpresentasikan oleh perilaku verbal dan non verbal yang diarahkan untuk mencapai tujuan”. Setiap individu dalam interaksi (perawat dan klien) “membawa pengetahuan yang berbeda, kebutuhan-kebutuhan, tujuan-tujuan, pengalaman dahu-

- lu dan persepsi-persepsi yang mempengaruhi interaksi.
- 2) Persepsi, Persepsi didefinisikan sebagai “representasi setiap orang tentang realitas”. Menurut King konsep ini termasuk impor dan transformasi energi, proses, tingkatan dan ekspor informasi. Persepsi-persepsi berhubungan dengan pengalaman masa lalu, konsep-konsep sendiri, group sosio-ekonomi, pewarisan biologis dan latar belakang pendidikan.
 - 3) Komunikasi, Komunikasi didefinisikan sebagai “Proses pemberian informasi dari satu orang ke orang berikutnya, baik langsung atau tidak langsung. Komunikasi merupakan komponen informasi dari interaksi”. Perubahan tanda-tanda nonverbal dan simbol-simbol antara perawat dan klien, atau klien dengan lingkungan, merupakan komunikasi.
 - 4) Transaksi, Transaksi didefinisikan sebagai maksud tujuan interaksi yang membawa kepada pencapaian tujuan. King kemudian melanjutkan memperluas definisi transaksi termasuk, tingkah laku yang terobservasi dari interaksi manusia dengan lingkungannya.
 - 5) Peran, Peran didefinisikan sebagai seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari orang lain yang memiliki posisi dalam sistem sosial, peraturan-peraturan yang menjelaskan hak dan kewajiban. Jika harapan-harapan peran berbeda, dibanding konflik peran dan keberadaannya membingungkan. Ini dapat membawa kepada penurunan keefektifan perawatan yang disediakan perawat.
 - 6) Stress, Stress adalah tingkatan dinamis dalam interaksi.

si antara manusia dan lingkungan. Stres melibatkan perpindahan energi dan informasi antara orang dan lingkungan untuk pengaturan dan pengendalian stressor, respon energi dari individu ke orang, objek dan peristiwa-peristiwa. Peningkatan dalam stress interaksi individu dapat mempersempit bidang perseptual dan menurunkan kerasionalan. Meningkatkan stress dapat juga mempengaruhi perawatan keperawatan.

- 7) Pertumbuhan Dan Perkembangan, King mendefinisikan pertumbuhan dan perkembangan sebagai “Perubahan terus menerus dalam diri individu secara selular, molekular dan tingkat-tingkat aktivitas perilaku, kondusif untuk menolong individu-individu bergerak menuju kedewasaan”.
- 8) Waktu, Waktu didefinisikan sebagai tahapan kejadian-kejadian bergerak maju ke masa depan. Waktu merupakan durasi antara kejadian dan yang lain sebagai pengalaman unik manusia.
- 9) Tempat, Didefinisikan sebagai keberadaan di seluruh jarak dan di tempat yang sama. Tempat “lingkungan dimana perawat dan klien berinteraksi”.
- 10) Jarak, Jarak secara fisik berhubungan dengan batas wilayah yang memiliki kebijakan masing-masing, kadang dapat diidentifikasi dari perilaku individu untuk memperlihatkan batasan wilayah tersebut.

Rangkuman

King mendefinisikan keperawatan sebagai interaksi dan hubungan manusia dengan lingkungan untuk mencapai kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan manusia. penting untuk mengeksplorasi bagaimana sistem sosial Kings teori (organisasi, otoritas, kekuasaan, status, kontrol, pengambilan keputusan) mempengaruhi kerjasama antara pasien dan perawat dalam situasi ketika tujuan pasien dan tujuan perawatan kesehatan profesional mungkin tidak sesuai (Kuntuganova, A Doskeldinova, A Vaartio-Rajalin, 2021).

Daftar Pustaka

- Adob-Hajbaghery, Mohsen., Tahmouresi, M. (2018). Discussion Archive of SID Nurse–patient Relationship Based on the Imogene King’s Theory of Goal Attainment. *Nmsjournal*. <https://doi.org/10.4103/nms.nms>
- Ahmadi, Z., & Sadeghi, T. (2017). Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal - Experimental, Translational and Clinical*, 3(3). <https://doi.org/10.1177/2055217317726798>
- Akhlaghi, E., Babaei, S., & Abolhassani, S. (2020). Modifying Stressors Using Betty Neuman System Modeling in Coronary Artery Bypass Graft: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 9(1), 13–19. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.003>
- Angosta, A. D., Ceria-Ulep, C. D., & Tse, A. M. (2014). Care Delivery for Filipino Americans Using the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 27(2), 142–148. <https://doi.org/10.1177/0894318414522605>

- Bezerra, A. K. S., Bezerra, E. K. S., Nogueira, E. C., Almeida, J. P. da S., Ramos, L. de S., & Vieira, M. de C. M. (2022). O idoso portador de Alzheimer e o cuidador familiar: contribuições da teoria de alcance de metas de Imogene King. *Research, Society and Development*, *11*(3), e1611326083. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26083>
- Budiono. (2016). KONSEP DASAR KEPERAWATAN. In *MODUL BAHAN AJAR CETAK KEPERAWATAN*. P2M2 Kemenkes RI.
- F. Barbosa, Sayonara de Fatimma., Abbot, Patricia., M. Dal Sasso, G. T. (2021). *Nursing in the Digital Health Era*. 5–6.
- Fabricante, A. M. (2022). *Practicing Trauma-Informed Care in Nursing for a Better Outcome in Hospitalized Adolescents with Adverse Childhood Experiences and Trauma*.
- Gligor, L., & Domnariu, C. D. (2020). Patient Care Approach Using Nursing Theories - Comparative Analysis of Orem's Self-Care Deficit Theory and Henderson's Model. *Acta Medica Transilvanica*, *25*(2), 11–14. <https://doi.org/10.2478/amsb-2020-0019>
- Gonzalo, Angelo, Wayne, G., Rmires, Q. (2022). Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory.
- Gonzalo, A. (2021). Betty Neuman : Model Sistem.
- Gonzalo, A. (2022). Virginia Henderson: Nursing Need Theory. Retrieved from Nurseslabs website: <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>
- Hardin, S., & Moody, L. E. (2004). The Neuman Systems Model (4th Ed.). *Nursing Science Quarterly*, *17*(1), 93–95. <https://doi.org/10.1177/0894318404171020>
- Hellqvist, C. (2021). Promoting self-care in nursing encounters with persons affected by long-term conditions—a proposed model to guide clinical care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>

- Joseph, S. S., Ann George, R., Jose, R., & Sebastian, B. (2021). Application of a Nursing Care Protocol Based on King's Theory of Goal Attainment: a Pre-Experimental Study. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(12), 3481–3484. <https://doi.org/10.53350/pjmhs2115123481>
- Karim, H. N. (2016). “ *Clinical Application of Nightingale Theory* .” 4(March), 9–12.
- Khazaei, F., Razaghi, N., & Behnam Vashani, H. (2021). Effectiveness of a Support-Training Program based on the Orem's Self-Care Deficit Theory on the Quality of Life of Children Undergoing Hemodialysis. *Evidence Based Care*, 11(1), 7–15. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2021.53217.2405>
- Kuntuganova, A Dorskeldinova, A Vaartio-Rajalin, H. (2021). King's middle-range theory of goal attainment – a feasible framework for nursing. *Astana Medical Journal*, 110(4), 45–52. <https://doi.org/10.54500/2790-1203.110.4.2021.45-52>
- Lopez, M., Jimenez, J.-M., Fernández-Castro, M., Martin-Gil, B., Garcia, S., Cao, M.-J., ... Castro, M.-J. (2020). Impact of Nursing Methodology Training Sessions on Completion of the Virginia Henderson Assessment Record. *Nursing Reports*, 10(2), 106–114. <https://doi.org/10.3390/nursrep10020014>
- Lovrić, R., Farčić, N., Mikšić, Š., & Debeljak, A. G. (2020). Parental perception of changes in basic life needs of children with disabilities after six months of therapeutic horseback riding: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 9–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041213>
- Maloney, K. W. (2022). *Seeking Common Ground in Ambulatory Cancer Treatment: A Grounded Theory*. The Catholic University of America.
- Montano, A. R. (2021). Neuman Systems Model With Nurse-Led Interprofessional Collaborative Practice. *Nursing Science Quarterly*, 34(1), 45–53. <https://doi.org/10.1177/0894318420965219>

- Muhlisin, A., & Irdawati. (2010). Teori self care dari Orem dan pendekatan dalam praktek keperawatn. *Berita Ilmu Keperawatan*, 2(2), 97–100. Retrieved from https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/2044/BIK_Vol_2_No_2_9_Abi_Muhlisin.pdf?sequence=1
- Pajnkihar, M., Stiglic, G., & Vrbnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*, 2017(2), 1–16. <https://doi.org/10.7717/peerj.2940>
- Pardede, J. A., Simamora, M., & Irwan, F. (2020). The Caring Attitude of Nurses and Mother's Motivation for Child Immunization Attendance. *Caring: Indonesian Journal of Nursing Science*, 2(1), 1–7. <https://doi.org/10.32734/ijns.v2i1.4003>
- Riegel, F., Crossetti, M. da G. O., & Siqueira, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2072–2076. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>
- Sabza, S., & Pirani, A. (2016). Application of Nightingale's Theory in Nursing Practice. *Ann Nurs Pract*, 3(1), 1040. Retrieved from <https://www.jscimedcentral.com/Nursing/nursing-3-1040.pdf>
- Sadeghi, Z., Sahebanmaleki, M., Roodposhti, M. E., Eshaghzadeh, M., & Ahmadi, M. (2022). *The Effect of Betty Newman System Model on Anxiety of Patients Undergoing Endoscopy at Torbat Heydariyeh 9 th Day Hospital*. 15. <https://doi.org/10.3371/CSRP.SZMS.010622>
- Tench, T. (2022). EXPLORATION OF FACULTY'S DESCRIPTION OF BACCALAUREATE STUDENT NURSE RESILIENCE: A QUALITATIVE STUDY. Capella University.
- Wayne, G. (2021). Nursing Theories and Theorists. Retrieved from Nurseslabs website: <https://nurseslabs.com/nursing-theories/>
- Wei, H., Hardin, S. R., & Watson, J. (2021). A unitary caring science resilience-building model: Unifying the human caring theory and research-informed psychology and neuroscience evidence.

- International Journal of Nursing Sciences*, 8(1), 130–135. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.11.003>
- Wei, H., & Watson, J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
- Yang, J. (2022). *Nursing | Senior Theses. 48. An Exploration of COVID-19 Impact on Healthcare Workers*. Retrieved from <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2022.NURS.ST.04>
- Yasemin, Fisun, A. (2020). ROHHAD Sendromlu Olgunun King'in Amaca Ulaşma Kuramına Dayalı Bakımının Planlanması. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, (August), 131–140. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.754892>
- Zborowsky, T. (2014). The legacy of florence Nightingale's environmental theory: Nursing research focusing on the impact of healthcare environments. *Health Environments Research and Design Journal*, 7(4), 19–34. <https://doi.org/10.1177/193758671400700404>



BAB 8

KONSEP MANUSIA DAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Oleh: Ns. Wiwit Febrina, S.Kep., M.Kep.

Universitas Fotr De Kock

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Manusia
2. Untuk Memahami Kebutuhan Dasar Manusia

A. Pendahuluan

Semua unsur dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan disebut dengan kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar yang penting dan harus dipenuhi adalah makan, keamanan dan cinta, serta air. Implementasi pemenuhan kebutuhan dasar manusia digunakan dalam hubungan antara kebutuhan dasar

manusia dengan aplikasi ilmu keperawatan. Kebutuhan dasar yang terpenuhi dapat menentukan tingkat kesehatan melalui rentang sehat-sakit. Perawat harus mampu berpikir secara kritis untuk memahami kebutuhan yang mendasar bagi pasien dan menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan dasar pasien yang belum terpenuhi (Hidayat & Uliyah, 2015).

B. Konsep Manusia

Manusia merupakan salah satu bagian dari sentral disiplin ilmu keperawatan

1. Manusia Sebagai Makhluk Holistik

Manusia disebut makhluk yang utuh dan merupakan perpaduan dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat harus bersifat holistik atau menyeluruh karena pasien yang dirawat di rumah sakit tidak hanya mengalami satu gangguan saja namun akan mengalami beberapa gangguan dalam tubuhnya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

2. Manusia Sebagai Sistem

Manusia disebut sebagai sistem yang terdiri dari sistem adaptif, personal, interpersonal dan sosial. Saat seseorang dirawat di rumah sakit, maka sistem dalam tubuhnya akan beradaptasi dengan lingkungan di rumah sakit baik itu terhadap perawat maupun sesama pasien. Sebaliknya, pasien akan mengalami gangguan jika tidak mampu beradaptasi (Hidayat & Uliyah, 2015). Konsep manusia yang berkaitan dengan analisis perspektif disiplin keperawatan menurut (Smith & Gullett, 2020):

- a. Keutuhan manusia yang merupakan perspektif kesatuan atau integrasi manusia yang mencerminkan pemenuhan kebutuhan yang kompleks.
- b. Kesehatan, penyembuhan, kesejahteraan dalam kaitannya dengan pengalaman dan manifestasi yang dinamis dan transformasi antara kehidupan dan kematian.
- c. Keterkaitan antara manusia dengan lingkungan yang multidimensi.
- d. Kepedulian akan niat, ekspresi, perilaku, tindakan, dan pengalaman yang berlandaskan pada moral, etika spiritual yang memupuk humanisasi, kesehatan, penyembuhan dan kesejahteraan.

C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Semua organisme memiliki kebutuhan, termasuk manusia. Ketika kebutuhan dasar tidak terpenuhi, itu membuat organisme stres dan dapat memiliki efek jangka panjang. Jika kebutuhan dasar tidak terpenuhi dalam waktu yang lama maka manusia tidak akan bisa bertahan hidup. Kebutuhan dasar biasanya dijadikan sebagai penggerak fisiologis tubuh dalam proses homeostasis. Homeostasis mengacu kepada upaya tubuh secara otomatis untuk mempertahankan keadaan aliran darah dalam keadaan normal. Proses homeostasis melibatkan kadar air dalam darah, garam, gula, protein, lemak, kalsium, oksigen, keseimbangan asam basa dan suhu yang konstan. (Williams, 2017). Kebutuhan dasar manusia merupakan segala sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis serta psikologis tubuh yang dibuktikan dengan respons perilaku. Kebutuhan dasar ini bersifat heterogen

karena manusia pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama namun karena perbedaan kultur membuat kebutuhan manusia berbeda satu sama lainnya (Novieastari, Ibrahim, Deswani, & Ramdaniati, 2020).

Kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi akan menimbulkan kondisi yang tidak stabil, sehingga diperlukan bantuan untuk mengoptimalkan pemenuhan kebutuhan dasar tersebut. Peran perawat dalam hal ini sangat penting sebagai profesi kesehatan untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan dengan memfasilitasi pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Pelayanan keperawatan bersifat *holistic* yang mencakup pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Asmadi, 2008).

1. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut (Rosdahl & Kowalski, 2012) faktor yang dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia diantaranya: (a) Penyakit, (b) Hubungan keluarga, (c) Konsep diri, (d) Tahap perkembangan seseorang. Seseorang akan mengalami gangguan kesehatan atau resiko penyakit ketika tidak mampu memenuhi atau memuaskan kebutuhannya secara mandiri. Seseorang akan mengalami penurunan dari fungsi tubuhnya biasanya disebabkan oleh penyakit ataupun cedera sehingga pemenuhan kebutuhan dasarnya terganggu. Saat perseptif dari kebutuhan dasar tidak terpenuhi secara optimal, mengakibatkan stres yang dirasakan akan semakin meningkat. Seseorang akan melakukan distraksi terhadap perhatian mereka pada kebutuhan dasar tersebut dan akan mengurangi perhatian pada masalah lainnya jika kebutuhan dasarnya tidak terpenuhi. (Cappelletti, Kreuter, Boyum, & Thompson, 2015).

2. Ciri Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia pada dasarnya sama, namun dapat bersifat heterogen karena adanya perbedaan budaya. Manusia harus

mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Jika individu gagal dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, maka ia akan berpikir lebih keras lagi dan bergerak untuk mendapatkannya (Hidayat & Uliyah, 2014).

3. Peran *Care Giver* Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

Peran perawat sebagai *care giver* berfokus kepada kebutuhan dasar manusia dengan memberikan pelayanan keperawatan menggunakan proses keperawatan yang sederhana sampai kompleks. Peran perawat ini sejalan dengan tugas mandiri perawat dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien yaitu oksigenasi, cairan elektrolit, aktivitas istirahat, keamanan dan kenyamanan, cinta dan mencintai serta pemenuhan harga diri dan aktualisasi diri.

Perawat juga bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan yang meliputi aspek bio-psiko-spiritual dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi ; Membantu pasien dalam mengembalikan status kesehatannya, pasien yang sehat dapat memelihara kesehatannya, bagi pasien yang tidak bisa sembuh untuk dapat menerima kondisinya, serta bagi pasien menjelang ajal dapat diperlakukan secara manusiawi sesuai dengan martabatnya sampai meninggal dengan tenang (Ariga, 2020).

4. Pemenuhan Kebutuhan Dasar Selama Pandemi *Covid-19*

Saat ini Indonesia berada pada masa pandemi Covid-19 karena penyebaran virusnya sangat cepat. Berbagai upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah untuk menekan penyebaran virus *Covid-19* tersebut diantaranya mewajibkan masyarakat menggunakan masker, cuci tangan, menjaga jarak yang aman, membatasi mobilitas serta vaksinasi. Kebutuhan dasar manusia yang terganggu akibat pandemi

Covid-19 yang paling krusial adalah kebutuhan fisiologis. Ketika kebutuhan fisiologis terpenuhi, maka manusia akan lebih berusaha untuk mencapai kebutuhan di atasnya, seperti kebutuhan akan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan akan rasa kasih sayang dan memiliki, kebutuhan akan penghargaan, serta kebutuhan akan aktualisasi diri. Motivasi terbesar dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan di atasnya adalah seseorang mampu memenuhi kebutuhan fisiologisnya (Putri *et al.*, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Febrina & Dewi, 2022) tentang pemenuhan kebutuhan dasar lansia selama pandemi *Covid-19* di PSTW yang menghasilkan tema hambatan lansia dalam pemenuhan kebutuhan dasar, upaya lansia dalam pemenuhan kebutuhan dasar, motivasi lansia dalam pemenuhan kebutuhan dasar serta harapan lansia dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Dalam hal ini dibutuhkan peran *care giver* yaitu pengasuh panti sebagai *support system* dalam menunjang pemenuhan kebutuhan dasar lansia.

5. Model Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Para Ahli

a. Virginia Henderson

Tujuan keperawatan teori Virginia Henderson adalah bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dalam meningkatkan status kesehatan pasien melalui pemenuhan 14 kebutuhan dasar yaitu (1) Bernapas dengan normal, (2) Kebutuhan makan dan minum yang adekuat, (3) Kebutuhan eliminasi, (4) Kebutuhan mobilisasi dalam mempertahankan postur tubuh, (5) Kebutuhan istirahat dan tidur, (6) Kebutuhan berpakaian, (7) Menjaga suhu tubuh yang stabil dengan cara modifikasi lingkungan, (8) Menjaga tubuh tetap bersih serta melindungi kulit, (9) Menghindari bahaya lingkungan terhadap cedera, (10) Komunikasi untuk sharing perasaan emosi, kebutuhan,

ketakutan serta pendapat, (11) Kebutuhan spiritual sesuai keyakinan, (12) Kebutuhan akan pekerjaan dan dihargai, (13) Kebutuhan akan rekreasi, (14) Belajar kearah perkembangan status kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia (Aini, 2018).

b. Jean Watson

Rosdahl & Kowalski, 2016 menyatakan tujuan keperawatan teori Jean Watson adalah memberikan pelayanan keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan prinsip caring. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus mempertahankan sikap kepedulian terhadap pasien yang nantinya akan meningkatkan output dari asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu kepuasan pasien. Untuk mendukung asuhan keperawatan yang optimal, Jean Watson menerapkan 10 aspek atau prinsip caring yang disebut *creative* faktor yaitu:

- 1) Pembentukan sistem humanistic dan altruistic yang dapat ditingkatkan melalui pengalaman hidup sistem nilai humanistic dan altruistic berhubungan dengan kepuasan melalui *sense of self*. Perawat dapat mengaplikasikan perilaku caring dalam melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi.
- 2) Menanamkan keyakinan dan harapan untuk meningkatkan status kesehatan dengan mempertahankan perilaku pasien dalam mencari pertolongan kesehatan. Penting dalam *caratif* dan *curative* adalah *positif thinking* perawat harus ditransfer kepada pasien sehingga sugesti tersebut dapat membantu meningkatkan kesembuhan pasien.
- 3) Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain serta memberikan kesempatan kepada orang lain untuk mengekspresikan perasaan mereka.

- 4) Membina hubungan saling percaya dan saling membantu dengan memfasilitasi penerimaan perasaan baik yang positif maupun negatif. Perawat dapat menunjukkan sikap empatinya dalam memberikan informasi dengan jujur.
- 5) Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif dengan menjadi pendengar yang aktif, memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan perasaannya, perawat mengungkapkan penerimaannya terhadap pasien, dan memotivasi pasien untuk mengungkapkan harapannya.
- 6) Menggunakan metode pemecahan masalah yang sistematis dalam mengambil keputusan berfokus pada pasien dengan cara melibatkan pasien dan keluarga dalam setiap tindakan dan evaluasi.
- 7) Meningkatkan dan memfasilitasi proses belajar mengajar transpersonal dengan menciptakan situasi yang nyaman dalam memberikan edukasi kepada pasien.
- 8) Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi dan memperbaiki mental, sosiokultural, dan spiritual dengan menyetujui keinginan dan memfasilitasi pasien untuk bertemu dengan orang yang didinginkannya.
- 9) Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang meliputi biofisik, psikofisik, psikososial, dan kebutuhan interpersonal pasien. Menghormati *privacy* pasien dengan menunjukkan kepada pasien bahwa pasien orang yang pantas untuk dihormati dan dihargai.
- 10) Mengizinkan untuk terbuka pada *eksistensial fenomenological* untuk mencapai pertumbuhan diri serta kematangan jiwa pasien.

c. Abraham Maslow

Maslow dalam Kasiati & Rosmalawati, 2016 membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan yaitu:

1) Kebutuhan Fisiologis

Merupakan kebutuhan yang paling mendasar dan memiliki prioritas tertinggi dan merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk mempertahankan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.

2) Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

Terdiri dari perlindungan (1) Fisik yang meliputi perlindungan tubuh dari ancaman penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan (2) Psikologis merupakan perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru.

3) Kebutuhan akan rasa cinta

Merupakan kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki melalui memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapatkan tempat dalam keluarga, kelompok sosial. Maslow berpendapat bahwa begitu kebutuhan fisiologis dan rasa aman terpenuhi, kebutuhan akan hubungan kasih sayang akan sangat terasa dan menjadi tujuan utama.

4) Kebutuhan harga diri

Perasaan dihargai dan pengakuan oleh orang lain yang bertujuan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi dan rasa percaya diri. Pemuasan kebutuhan harga diri mengarah pada kepercayaan diri dan perasaan bermanfaat.

5) **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri mengacu pada pemenuhan kodrat diri sendiri untuk berkontribusi pada orang lain/ lingkungan serta mencapai potens diri seutuhnya.

d. Imogine King

Manusia merupakan individu yang reaktif dan dapat berespons terhadap situasi orang serta objek tertentu, berorientasi pada waktu yang tidak terlepas dari tiga kejadian dalam hidup yaitu masa lalu, masa sekarang dan masa yang akan datang. Kebutuhan manusia menurut King adalah (1) Kebutuhan akan informasi kesehatan, (2) Kebutuhan akan pencegahan penyakit, (3) Kebutuhan akan perawatan jika sakit (Alligood, 2014).

e. Martha E. Rogers

Manusia merupakan satu kesatuan yang utuh dengan sifat dan karakter yang berbeda. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan dan saling mempengaruhi antara satu dengan yang lainnya sehingga konsep ini dikenal sebagai konsep manusia sebagai unit (Smith & Gullett, 2020).

f. Johnson

Pendekatan sistem perilaku yang memandang manusia sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai status stabilitas baik internal maupun eksternal. Individu memiliki keinginan untu mengatur dan beradaptasi terhadap pengaruh yang terjadi (Papathanasiou, 2013).

g. Sister Calista Roy

Manusia sebagai individu dapat meningkatkan status kesehatannya dengan mempertahankan perilaku yang adaptif.

Manusia harus mampu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi di lingkungannya untuk mempertahankan keseimbangan atau homeostasis. Adaptasi dilakukan dengan beberapa stimulus yaitu fokal, kontekstual, dan residual (Smith & Gullett, 2020).

h. Faye Glenn Abdellah

Tujuan dari teori Abdellah adalah menyediakan fasilitas bagi individu, keluarga, serta lingkungan sosial masyarakat dengan berlaku baik serta care namun kompeten dengan persiapan yang baik secara teknik untuk menyediakan fasilitas tersebut. Teori ini melibatkan 21 masalah keperawatan yaitu (1) mempertahankan kebersihan dan kenyamanan fisik, (2) Meningkatkan aktivitas dengan optimal melalui latihan fisik, istirahat dan tidur, (3) Meningkatkan keselamatan pasien melalui upaya pencegahan kecelakaan, cedera, dan trauma serta upaya pencegahan terhadap penyebaran infeksi, (4) Mempertahankan mekanisme tubuh normal dan mencegah serta memperbaiki deformitas, (5) Memfasilitasi ketersediaan oksigen untuk seluruh sel tubuh, (6) Untuk memfasilitasi terpeliharanya nutrisi untuk seluruh sel tubuh, (7) Untuk memfasilitasi terpeliharanya eliminasi tubuh, (8) Memfasilitasi terpeliharanya keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, (9) Mengenali respon respon fisiologis tubuh terhadap beberapa kondisi penyakit apakah bersefiat patologis, fisiologis, dan kompensatif, (10) Memfasilitasi terpeliharanya keteraturan mekanisme dan fungsi tubuh, (11) Memfasilitasi terpeliharanya fungsi sensoris, (12) Mengidentifikasi dan menerima ekspresi, perasaan, dan reaksi positif dan negative, (13) Mengidentifikasi dan menerima keterkaitan antara emosi dan penyakit organik, (14) Memfasilitasi terpeliharanya komunikasi verbal dan nonverbal yang efektif, (15) Meningkatkan perkembangan hubungan interpersonal yang efektif, (16) Memfasilitasi kemajuan menuju pencapaian

individu dan pencapaian tujuan spritual personal, (17) Menciptkana atau mempertahankan lingkungan yang terapeutik, (18) Memfasilitasi kesadaran diri seseorang sebagai individu dengan kebutuhan fisik, emosi dan perkembangan yang beragam, (19) Menentukan tujuan yang paling mungkin tercapai dikaitkan dengan keterbatasan fisik dan emosi seseorang, (20) Menggunakan sumber-sumber di masyarakat sebagai pendukung dalam memecahkan masalah yang muncul akibat suatu penyakit, (21) Memahami peran masalah sosial yang mempengaruhi munculnya suatu penyakit (Meleis, 2007).

i. Hall

Teori Hall memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan rasa kenyamanan bagi pasien selama proses penyembuhan pasien. Hall menjelaskan pasien terdiri dari bagian-bagian yang saling berhubungan yaitu manusia (inti), status perjalanan penyakit dan pengobatannya untuk sembuh serta tubuh (perawatan).

j. Orem

Alligood, 2022 menjelaskan teori Orem membantu klien untuk mampu secara mandiri merawat dirinya sendiri. Pelayanan keperawatan hanya diberikan jika pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan perawatan diri. Terdapat 3 kategori kebutuhan *self care* pasien dan 3 *nursing system* (tindakan keperawatan) untuk membantu memenuhi kebutuhan dasarnya yaitu:

- 1) *Self care theory* yang menjelaskan tujuan dan cara individu melakukan perawatan diri.
- 2) *Deficit self care theory* menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri dari profesi perawat.
- 3) *Nursing system theory* yaitu hubungan interpersonal yang

harus dilakukan dan dipertahankan perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif.

k. Leininger

Teori Leininger memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan pertimbangan tradisi kultur serta nilai-nilai kepercayaan dalam rencana asuhan keperawatan. Dalam teori ini, pelayanan merupakan sentral dan gabungan ruang lingkup pengetahuan keperawatan dan praktik (Aini, 2018).

l. Rosemarie Rizzo Parse

Aini, 2018 menyatakan teori Parse menerapkan seni dalam pemberian asuhan keperawatan. Perawat merupakan seni dengan pengetahuan yang abstrak untuk melayani masyarakat. Teori ini terdiri dari 3 konsep utama yaitu:

1) Meaning

Pencitraan dan penilaian bahasa yang mana setiap orang mempunyai sudut pandang yang berbeda tentang kehidupan yang meliputi menungutarakan pendapat, mengungkapkan cara pandang terhadap realita.

2) Rhythmicity

Pola hidup yang menceritakan tentang makna dan nilai pribadi dengan keterlibatan dan pelepasan ikatan secara kompleks dengan orang lain, gagasan serta preferensi.

3) Transcendence

Berhubungan dengan powering atau kemampuan untuk mengatasi kesulitan, originating atau menampilkan ide baru untuk bisa beadaptasi dengan masyarakat, dan transformation yaitu mengubah untuk memulai kembali dengan melakukan inovasi.

Rangkuman

Kebutuhan dasar merupakan hal sangat krusial dalam mencapai status kesehatan pasien dan bertahan hidup. Manusia sebagai bagian integral yang saling berintegrasi satu sama lainnya dalam motivasinya untuk memenuhi kebutuhan dasar. Seorang individu akan merasa puas jika kebutuhan dasarnya sudah terpenuhi dengan optimal, namun jika pemenuhan kebutuhan dasar terganggu, akan berdampak terhadap timbulnya kondisi patologis.

Daftar Pustaka

- Aini, N. (2018). *Teori Model Keperawatan*. Malang: UMM Press.
- Alligood, M. . (2014). *Nursing Theorists And Their Work* (8 Edition). Missouri: Elsevier Mosby.
- Alligood, M. . (2022). *Nursing Theorists And Their Work* (10th Editi). Missouri: Elsevier.
- Ariga, R. . (2020). *Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan.Pdf*. Jakarta: EGC.
- Cappelletti, E. R., Kreuter, M. W., Boyum, S., & Thompson, T. (2015). Basic needs, stress and the effects of tailored health communication in vulnerable populations. *Health Education Research, 30*(4), 591–598. <https://doi.org/10.1093/her/cyv033>
- Febrina, W., & Dewi, R. (2022). PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR LANSIA SELAMA PANDEMI COVID-19. *Endurance Journal, 7*(1), 13–22.
- Hidayat, A. ., & Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.

- Hidayat, A. ., & Uliyah, M. (2015). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Kasiati, & Rosmalawati, N. W. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Meleis, A. . (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress* (Fourth Edi). Philade: Lippincott William & Wilkins.
- Novieastari, E., Ibrahim, K., Deswani, & Ramdaniati, S. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan* (ke-9). Indonesia: Elsevier.
- Papathanasiou, I. (2013). Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>
- Putri, A., Widyani, K. N., Mazida, Z., Husna, A. B., Sari, Y. P., Putri, M. Y., & Wahyuni, Y. T. (2021). Analisis Pemahaman Pemenuhan Kebutuhan Dasar Anak Usia Dini selama Masa Pandemi COVID-19 berdasarkan Karakteristik Ibu. *BIOGRAPH-I: Journal of Biostatistics and Demographic Dynamic*, 1(2), 72. <https://doi.org/10.19184/biograph-i.v1i2.23522>
- Rosdahl, C. ., & Kowalski, M. . (2012). *Basic Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosdahl, C. ., & Kowalski, M. . (2016). *Basic Nursing* (11th Editi). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Smith, M. ., & Gullett, D. . (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Williams, P. (2017). *Fundamental Concepts and Skill for Nursing* (5th ed.). Missouri: Elsevier - Health Sciences Division.



BAB 10

KONSEP SEHAT SAKIT DAN STRES ADAPTASI

Oleh: Ns. Antonia Helena Hamu, S.Kep., M.Kep.
Poltekkes Kemenkes Kupang

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk memahami Konsep Sehat Sakit
2. Untuk Memahami Konsep Stres Adaptasi

A. Pendahuluan

Kesehatan adalah hal yang paling berharga dalam hidup seseorang. Tanpa kesehatan yang baik, tidak ada yang bisa dicapai. Oleh karena itu telah tepat dikatakan bahwa ‘Kesehatan adalah Kekayaan’. Konsep kesehatan dapat dianggap sebagai pusat paradigma medis. Karena kesehatan adalah prioritas tertinggi di antara orang-orang, terutama pasien, para profesional medis

diharapkan dapat meringankan penderitaan dan membangun kembali kesehatan yang baik. Oleh karena itu, ketiga komponen paradigma kedokteran yaitu kesehatan, pasien, dan kedokteran saling terkait erat dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Perlu dicatat bahwa konsep kesehatan dapat bervariasi antara budaya yang berbeda. Apa yang dianggap sebagai penyakit dalam satu budaya, dapat dianggap normal di budaya lain. Yang penting, konsep kesehatan memiliki banyak segi mencakup dimensi fisik, psikologis, intelektual, emosional, spiritual, dan sosial.

B. Konsep Sehat Sakit

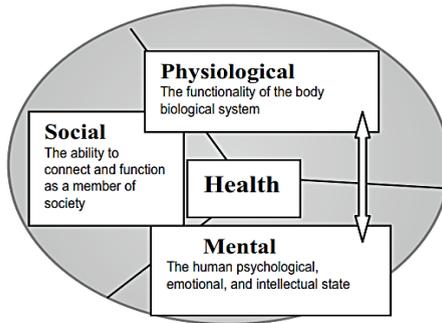
1. Konsep Sehat

Pengertian Sehat

Konsep sehat telah didefinisikan secara berbeda oleh individu secara berbeda-beda. Misalnya: Florence Nightingale, lebih dikenal sebagai "*Lady with the Lamp*" mendefinisikan Health sebagai keadaan sehat dan menggunakan setiap kekuatan yang dimiliki individu secara maksimal.

Sehat diakui sebagai konsep abstrak dan diperdebatkan yang sangat subjektif dan sulit untuk didefinisikan (Dixey Cross R ; S Foster ; J Woodall, 2013) (Green et all, 2019). Menurut World Health Organization Kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera secara fisik, mental dan sosial bukan hanya bebas dari penyakit dan kelemahan. Pengertian ini bersifat umum, luas dan positif. Ini jauh dari ide bahwa menjadi sehat hanyalah tentang tidak sakit dan, yang terpenting, memperhitungkan sehat sosial dan mental yang merupakan dimensi penting dari kesehatan, meskipun juga sulit untuk didefinisikan. (Green *et al.*, 2019)., Namun, definisi ini telah

dikritik tidak mempertimbangkan dimensi kesehatan lainnya, yaitu kesehatan seksual dan emosional (Scriven Angela, 2017). Pengertian ini sangat holistik, mencakup tiga komponen utama terkait kesehatan terlihat seperti pada gambar di bawah ini:



Gambar 10.1 Komponen Sehat
Sumber: (Amzat J; Razum O, 2014)

Keterangan

- a. **Fisik:** fisiologis atau biologis. Sering digunakan untuk menyimpulkan kesehatan tubuh. Paling sering, penyakit yang menyebabkan gangguan dari sistem tubuh yang disebabkan antara lain virus atau parasit. Aspek fisiologis ini merupakan kriteria biomedis yang paling penting dalam penentuan kesehatan. Untuk seseorang untuk menjadi sehat, komponen biologisnya harus teratur. Utama prosedur diagnosis melibatkan penentuan apa yang bisa salah dengan komponen tubuh dengan melacak jalur penyakit dari penyebab yang mendasari ke patologi pada sistem tubuh manusia dan pemeriksaan gejala yang muncul. Untuk menentukan masalah ini perlu serangkaian tes laboratorium atau pemeriksaan klinis.

- b. Sosial:** mewakili aspek perilaku kesehatan manusia. Menjadi anggota masyarakat berada dalam lingkaran interaksi sosial untuk memenuhi peran dan harapan sosial. Jika seorang individu tidak aktif atau melanggar norma dan nilai masyarakat dalam lingkungan sosial salah satu bentuk patologi sosial, Aspek Sosial juga termasuk dimensi spiritual. Aspek spiritual bisa bersifat pribadi bagi individu dengan menghubungkan ke dunia realitas dan keilahian. Larson (1999) mengamati bahwa sejak definisi WHO tentang kesehatan, kedokteran telah memperlakukan individu sebagai makhluk sosial yang kesehatannya dipengaruhi oleh perilaku dan interaksi sosial
- c. Mental:** mewakili status psikologis, emosional, dan mental dari individu. Aspek emosional, fiksasi, dan kepribadian yang tidak dapat disesuaikan merupakan bagian dari manifestasi penyakit.

Pengertian sehat seringkali sulit menggabungkan dengan tiga aspek kehidupan manusia. Karena untuk mendapatkan kepuasan penuh untuk mendapatkan semua aspek. Hal ini karena kesehatan adalah suatu tujuan, tidak hanya dari sistem perawatan kesehatan tetapi juga individu dan masyarakat pada umumnya, ideal bagi badan seperti WHO untuk menyajikan definisi realistik yang dapat dioperasionalkan dan dapat dicapai (Godlee 2011).

2. Pengertian Sehat

Menurut mahasiswa Amerika: Empat komponen kesehatan yaitu 1. Kesehatan Sosial-Emosional, 2. Praktik Kesehatan Positif, 3. Tidak Ada Stres/ Kecemasan, 4. Istirahat yang Cukup (Downey and Chang (2013).

Menurut Māori tentang kesehatan (Selandia Baru) ada empat dimensi kesehatan: 1. Hinengaro (kesehatan mental: mengenali ketidakterpisahan pikiran dan tubuh; mengungkapkan pikiran dan perasaan), 2. Wairua (kesehatan rohani : tak terlihat dan tak terucap energi; iman dan rohani kesadaran), 3. Whānau (kesehatan keluarga besar lebih luas sistem sosial; termasuk, berbagi dan peduli) 4. Tinana (kesehatan fisik kesehatan fisik yang baik) (Rolleston Anna K; Doughty Robert ; Poppe Katrina , 2016). Menurut wanita Nepal, Kesehatan adalah Konsep kesehatan terkait dengan tidak adanya penyakit, kedamaian dalam keluarga dan mampu bekerja. (Yang Youngran, Bekemeier Betty, Choi Jongsan, 2018).

Menurut (Bishop Felicity , Yardley Lucy , 2010), ada tiga pokok utama tentang kesehatan yaitu: 1) kesehatan sebagai tidak adanya penyakit, 2) kesehatan sebagai kemampuan untuk melakukan sehari-hari kegiatan,3) kesehatan sebagai pengalaman vitalitas dan keseimbangan kesehatan bisa menjadi sesuatu yang dapat dilakukan seseorang.

3. Sakit

Sebutan sakit (*illness*) dan penyakit (*disease*) memusingkan dalam penggunaan sehari- hari, sedangkan kata tersebut mempunyai pengertian yang berbeda. Kita perlu membedakan individu yang sakit (gangguan fisik) dengan orang yang bermasalah. Kata penyakit selalu di pakai oleh dunia kesehatan digambarkan sebagai gangguan pada fungsi tubuh yang mengakibatkan penurunan kondisi. Penyakit terjadi ketika tubuh mengalami ketidakseimbangan dan dalam kondisi abnormal.

Sakit terjadi ketika manusia tidak lagi dalam kondisi terganggu. Misalnya, pada orang dengan asma, ketika tubuhnya mampu melawan

penyakitnya, dia akan sehat. Elemen penting penyakit yang ditakar bahwa dalam perkembangannya tidak melibatkan bentuknya, melainkan dilihat dari asal mula proses kehidupan normal pada individu. Dapat disimpulkan bahwa penyakit adalah suatu proses fisiologis yang berubah.

Penemuan kasus penyakit jika tidak secara dini dan di kelolah dengan baik , kemungkinan besar akan membentuk fenomena model gejala unik. Beberapa akan sembuh sendiri (*self limiting*) atau sembuh dengan sedikit penanganan, bisa juga menjadi menahun dan tidak dapat disembuhkan. Penyakit yang sudah terdeteksi mengakibatkan terjadi proses metabolisme dan pembelahan sel akan kelihatan tanda dan gejala. Dibawah ini akan dijelaskan bagaimana prose terjadinya penyakit sebagai berikut:

- a. Pada sel/jaringan yang menjadi tujuan terjadi perlukaan
- b. Masa laten atau masa inkubasi (fase ini belum ada indikasi)
- c. Prodromal period (tanda dan gejala biasanya tidak khas)
- d. Tahap awal (penyakitnya serius dan bisa memicu komplikasi, tahap ini disebut juga tahap akut subklinis)
- e. Remisi (secara terselubung terjadi pada beberapa penyakit dan biasanya muncul oleh fase akut lainnya)
- f. *Convalescence* (kondisi tahap mulai pemulihan)
- g. Kondisi sembuh, pasien sudah sehat dan kembali ke rumahnya , tubuh kembali normal dan tidak ada gejala sisa.

Suatu kondisi peran perkembangan fisik, emosional, intelektual, sosial atau spiritual seseorang menurun atau terganggu. Kondisi ini ditandai dengan penyimpangan dari keadaan normal dan sehat. Menurut (Ancheta, Melquiades C., 2015) Ada 3 tahap penyakit:

- 1) Tahap Penolakan (Stage of Denial) – Penolakan untuk mengakui penyakit; kecemasan, ketakutan, lekas marah dan agresivitas.
- 2) Tahap Penerimaan (Stage of Acceptance) – Beralih ke bantuan profesional untuk mendapatkan bantuan
- 3) Tahap Pemulihan (Rehabilitasi atau Penyembuhan)/ Stage of Recovery (Rehabilitation or Convalescence) – Pasien mengalami pemulihan kehilangan atau gangguan fungsi

4. Model Kesehatan dan Penyakit

a. *Health-Illness Continuum* (Menurut Betty Neuman)

Derajat kesehatan klien yang ada pada setiap saat, mulai dari kondisi kesehatan yang optimal, dengan energi yang tersedia secara maksimal, hingga kematian yang merupakan deplesi energi total.

b. Model Kesehatan Tingkat Tinggi (Menurut Halbert Dunn)

Model ini berorientasi pada pemaksimalan potensi kesehatan individu. Model ini mengharuskan individu untuk menjaga keseimbangan dan arah yang terarah dalam lingkungan.

c. *Agent – Host – environment Model* (Menurut Leavell)

Tingkat kesehatan individu atau kelompok tergantung pada hubungan dinamis dari agent, host dan environment: (1) Agen :setiap faktor internal atau eksternal penyakit atau penyakit. (2) Tuan rumah: orang atau orang-orang yang mungkin rentan terhadap penyakit atau penyakit tertentu, (3) Lingkungan: terdiri dari semua faktor di luar tuan rumah.

d. Kesehatan – Model Keyakinan:

Membahas relasi antara kepercayaan dan perilaku seseorang. Upaya mempelajari dan melakukan estimasi penyakit dengan

mengobservasi klien terhadap bertingkah laku dalam kaitan dengan kesehatannya. Empat Komponen antar lain: (1) Individu adalah bagaimana seseorang dipersepsi kerentanan terhadap *disease*, (2) Pengertian seseorang sekitar kesungguhan penyakit (3) Ancaman dirasakan dari suatu penyakit, (5) Manfaat yang dirasakan dari mengambil tindakan pencegahan yang diperlukan.

e. Model Berbasis Evolusioner

Penyakit dan kematian berfungsi sebagai fungsi evolusioner. Viabilitas evolusioner mencerminkan sejauh mana fungsi individu untuk meningkatkan kelangsungan hidup dan kesejahteraan. Model tersebut menghubungkan elemen-elemen berikut: Peristiwa kehidupan, Penentu gaya hidup, Kelangsungan hidup evolusioner dalam konteks sosial, Kontrol persepsi, Emosi kelangsungan hidup, Hasil kesehatan

f. Model Promosi Kesehatan

Model pendamping perlindungan kesehatan gratis. Ditujukan untuk meningkatkan tingkat kesejahteraan klien. Jelaskan alasan klien melakukan perilaku promosi kesehatan. Model ini berfokus pada tiga fungsi: Ini mengidentifikasi faktor (demografis dan sosial) meningkatkan atau menurunkan partisipasi dalam promosi kesehatan, Ini mengatur isyarat ke dalam pola untuk menjelaskan kemungkinan perilaku promosi kesehatan partisipasi klien, Ini menjelaskan alasan individu terlibat dalam kegiatan kesehatan

C. Konsep Stres Adaptasi

Seorang mengalami tekanan psikis yang luar biasa dan susah untuk kembali ke sebelumnya. Situasi ini menyebabkan tekanan psikis tersebut dinamakan stresor. Asal stresor bisa dari lingkungan, kondisi

dirinya serta pikiran. Jika kita mengalami stres maka akan timbul gejala contohnya: depresi, lelah, suka marah-marah, gelisah, impoten, dan menurunnya kinerja dalam pekerjaan. (Selye, 1976). Reaksi badan ini tidak khas setiap beban yang di terima. Apabila seorang mengalami stres contoh dari beban kerja yang berlebihan, dia tidak bisa atasi maka reaksi tubuh sehingga dapat disimpulkan suatu reaksi dari tubuh tidak khas dari tiap beban yang di terima atau tidak bisa atasi beban tersebut. Tetapi jika orang tersebut mendapat beban befrat tetapi ia melakukan adaptasi dan reaksi yang baik maka dia akan bebas dari stres. Orang selalu beranggapan stres itu negatif.

Stres sebagai suatu rangsangan, etiologi dari stres merupakan suatu yang luar biasa. Stres juga dikatakan sebagai respons artinya dapat menanggapi apa yang terjadi, juga disebut sebagai transaksi alasannya adanya hubungan antara orang yang mengalami stresor dengan lingkungannya.

Sumber stresor digolongkan sebagai Ada beberapa sumber yang dapat dikategorikan sebagai *causa stress*, yaitu: (1) Tension adalah keadaan dimana orang merasa tegang atau stres psikis, contoh: banyak hutang, masalah Rumah tangga, hadapi ujian, dll. (2) Frustrasi, adalah suatu perasaan kecewa akibat dari tidak tercapainya target hidupnya atau mengalami hambatan atau ketika kita mengalami ketidaksuksesan dalam hidup seperti: gagal nikah, tidak naik kelas atau tidak lulus ujian, gagal panen, dll. (3) Konflik, merupakan suatu kondisi konfrontasi akibat sulit yang dirasakan karena beda visi dan misi. Contoh: pertengkaran dalam rumah tangga, sulit memutuskan untuk bercerai atau tidak. (4) Krisis, merupakan suatu kemelut yang dirasakan akibat kejadian tak terduga dan berada diluar kemampuan, sehingga dibutuhkan usaha untuk

mengatasinya dengan segera, misalnya banjir bandang, gunung meletus, badai seroja (Hamu Antonia, 2022).

Stresor yang berasal dari stimulus baik dari pendengaran, penglihatan akan menyebabkan hipotalamus pituitari axis (HPA Axis) yang terletak di bagian otak bagian tengah di antara kelenjar pituitari dan talamus, fungsinya sebagai penghubung antara endokrin dan sistem saraf. Jika tubuh dalam keadaan tertekan akibat banyak hal misalnya masalah di rumah tangga, maka HPA axis langsung aktif dan melepaskan hormone kortisol. menyebabkan gejala psikosomatis seperti: leher tegang, susah tidur, gangguna pencernaan dll. Meningkatnya kortisoid dalam darah akan berdampak pada otak. Stress yang dialami dalam waktu lama dapat mempengaruhi aktivitas amygdala (pusat ketakutan pada otak) dan juga menyebabkan sinyal listrik pada hippocampus (pusat Kontrol belajar, ingata, dan stress) akan memburuk, sebaliknya kadar kortisol yang tinggi juga maka hippocampus memproduksi lebih sedikit sel otak Sehingga terjadi *loss* koneksi sinaptik antara neuron, sehingga kemampuan belajar dan daya ingatt akan menurun. Selain itu juga bisa menyebabkan masalah kesehatan mental, seperti depresi dan alzheimer.

1. Sumber Stres

Sumber stresor merupakan cikal bakal yang menyebabkan stres dipengaruhi sumber stresor. Contoh: seperti tempat tinggal, air minum, makanan, atau tempat umum, hubungan antara manusia, tempat ibadah, kondisi psikis. Asal mula stres antar lain:

a. *Come from within yourself*

Sumber stress dalam diri sendiri kebanyakan akibat konflik yang terjadi antara ambisi dan fakta berbeda, ini menandakan setiap aproblem yang tidak diselesaikan dengan baik dan tidak sesuai dengan keinginannya sehingga dapat timbul stress.

b. *Sources of Stress in the Family*

Stres ini bersumber dari problem keluarga misalnya percesokan keluarga, masalah finansial dan adanya perbedaan misi antar keluarga. Problem yang dilamai keluarga ini akan menimbulkan stres.

c. *Sources of Stress in Society and the Environment*

Stres berasal di masyarakat pada umumnya, contoh di tempat kerjayang di kenal stres pekerja karena lingkungan fisik, efek *relationship* antar individu dan kurangnya legalisasi dari komunitas sehingga tidak bisa maju.

2. *Adaptation Concept*

Individu merespon terhadap stimulus yang masuk, secara langsung maupun tidak, intinya dilakukan untuk proses adaptasi, tujuannya menyelaraskan dan keseimbangan (equilibrium). Para ahli mengemukakan defenisis adaptasi seperti Gerungan (1996) menyatakan bahwa adaptasi adalah merubah diri sendiri sesuai situasi lingkungan, dan juga mengganti lingkungan sesuai dengan keinginan diri (*self-desire*).

Menurut Herdjan (1987), adaptasi merupakan suatu usaha atau tingkah laku yang bertujuan untuk menangani kerumitan dan kendala. Penyesuaian atau adaptasi adalah suatu kondisi berubah baik secara fisi, psikis seorang yang terjadi sebagai reaksi terhadap stres.

Proses penyesuaian ini di peroleh dari sejak lahir dengna cara belajar dari pengalaman bagaimana mengatasi stres dan membebaskannya sehingga tidak ada efek yang di dapat di kemudian hari. Proses ini berfokus pada tugas (*Task Oriented*).

3. Macam - Macam Proses Adaptasi:

a. *Physiological Adaptation*

Ada dua jenis yaitu: 1) LAS (*local Adaptation Syndrom*): insiden atau proses penyesuaian bersifat lokal, contoh jika tangan terkena luka infeksi maka daerah sekitar luka akna mengalami kolor, dolor, tumor dan fungsiolesa. 2) GAS (*General Adaptation Syndrom*): Apabila adaptasi d daerah lokal tidak bisa ditangani maka masalah secara menyeluruh, dan selanjutnya badan mengadakan proses penyesuaian/adaptasi seperti semua badan terasa panas dan keringat. Proses ini ddijalankan dengan tiga tahap yaitu tahap alarm *reaction*, tahap resistensi dan tahap akhir.

b. Tahan Alarm *Reaction*

Adalah pemahaman terhadap munculnya stresor secara tiba - tiba sehingga ada reaksi waspada. Tujuan reaksi ini untuk mempertahankan tubuh. Tahap ini dapat diawali dengan keswaspadaan (*flight or flight*), dimana terjadi perubahan fisiologis yaitu pengeluaran hormon oleh hipotalamus menyebabkan kelenjar adrenal mengeluarkan adrenalin sehingga denyut jantung meningkat dan nafas menjadi cepat dan dangkal, lalu hipotalamus melepaskan hormon ACTH (adrenokortikotropik) merangsang adrenal keluaran kortikoid yang berdampak pada berbagai fungsi tubuh. Pengukur reaksi tubuh terhadap stressor mengalami gagal, tubuh akan melakukan *countershock* untuk mengatasinya.

c. Tahap Resistensi (*Stage of Resistance*)

Adalah fase di mana badan berjuang untuk bertahan menghadapi stress yang lama dan membentengi sumber-sumber kekuatan (membangun energi baru dan membenahi kerusakan). Ini adalah fase penyesuaian di mana sistem endokrin dan sistem simpatis akan mengeluarkan hormon-hormon stres tetapi masih dalam batas

toleransi. misalnya denyut jantung berdenyut cepat dan kuat untuk beradaptasi dengan situasi vasokonstriksi.

d. Tahap Akhir (*stage of exhaustion*)

Adalah fase penurunan *resistance*, sistem saraf para simpatis meningkat dan tubuh akan mengalami degradasi, apabila selama proses adaptasi tidak mampu mengatasi stressor yang ada, maka dapat menyebar ke seluruh tubuh. Pada fase ini tubuh mengalami kelelahan. Tandanya detak jantung dan pernafasan menurun.

4. Psychological Adaptation

Perilaku adaptasi psikologi menolong sorang untuk bisa menghadapi stresor, penatalaksanaan didapat sejalan dengan proses belajar dan pengalaman seseorang dengan mengenali tingkah laku yang di terima dan hasilnya baik. Perilaku ini dikenal dengan mekanisme koping. Ada yang membantu seseorang untuk menerima tantangan untuk penyelesaikn konflik yang disebut dengan perilaku konstruktif; Sedangkan kemampuan seseorang dalam *problem solving*, oerietasinya realita, merasa kondisi situasi sangat berat disebut dengan perilaku destruksi.

Dalam proses adaptasi secara psikologis terdapat dua cara untuk mempertahankan diri dari berbagai stressor yaitu: 1) *Task Oriented reaction* (reaksi berorientasi pada tugas): Perilaku adaptasi psikologi menolong sorang untuk bisa menghadapi stresor, penatalaksanaan didapat sejalan dengan proses belajar dan pengalaman seseorang dengan mengenali tingkah laku yang di terima dan hasilnya baik. Perilaku ini dikenal dengan mekanisme koping. Ada yang membantu seseorang untuk menerima tantangan untuk penyelesaikn konflik yang disebut dengan perilaku konstruktif; Sedangkan kemampuan seseorang dalam *problem solving*, oerietasinya realita, merasa kondisi situasi sangat berat disebut dengan perilaku destruksi.

Mekanisme ini dapat berorientasi pada tugas, yang meliputi pemakaian teknik pemecahan masalah secara langsung saat berhadapan dengan ancaman atau bisa juga sebagai mekanisme pertahanan ego, manfaatnya adalah untuk mengelolah distres emosional dan sebagai menjaga seorang terhadap cemas dan stres.2) *Ego Oriented reaction* (reaksi berorientasi pada ego): Perilaku tidak sadar yang memberikan perlindungan psikologis terhadap peristiwa yang menegangkan. Mekanisme yang berorientasi pada ego antar lain:

a. Rasionalisasi

Berusaha memperlihatkan tingkah laku yang tampak sebagai pemikiran yang logis bukan karena keinginan yang tidak disadari. Misalnya: seorang mahasiswa mendapat nilai buruk, ketika di tanya orang tuanya ia mengatakan bahwa cara mengajar dosennya.

b. Displacement

Memindahkan perasaan emosional dari obyek sebenarnya kepada obyek pengganti. Misalnya: Seorang remaja laki- laki bertengkar dengan pacarnya dan sepulangnya ke rumah marah-marah pada adik-adiknya.

c. Kompensasi

Menutupi kelemahan dengan menonjolkan kemampuannya atau kelebihanannya. Misalnya: Maria yang merasa fisiknya pendek sebagai sesuatu yang negative untuk menutupinya dia berusaha dalam hal menonjolkan prestasinya dalam hal pendidikan.

d. Proyeksi

Memproyeksikan keinginan, perasaan, impuls, pikiran pada orang lain/obyek lain/lingkungan untuk mengingkari. Contoh: Seorang pemuda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual

terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayunya.

e. Represi

Menekan keinginan, impuls/dorongan, pikiran yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar dengan cara tidak sadar. Represi membantu individu mengontrol impuls-impuls berbahaya. Contoh : Suatu pengalaman traumatis menjadi terlupakan

f. Denial

Mengingkari pikiran, keinginan, fakta dan kesedihan. Menolak untuk menerima atau menghadapi kenyataan yang tidak enak. Misalnya: Seorang gadis yang telah putus dengan pacarnya menghindarkan diri dari pembicaraan mengenai pacar, perkawinan atau kebahagiaan.

5. Kesehatan Sebagai Kesejahteraan dan Kebahagiaan (*Health as Wellbeing and Happiness*)

Kesejahteraan sangat erat kaitannya dengan kesehatan, yang memiliki tiga aspek utama: fisik, sosial dan psikologis (Grant adam M *et al.*, 2007). Kesejahteraan fisik berkaitan dengan fungsi yang sehat, kebugaran dan kinerja, sosial berkaitan dengan hubungan interpersonal dan komunitas (keterlibatan), dan psikologis berkaitan dengan kemampuan untuk mengatasi atau beradaptasi. Menurut (Daniel Johnson, *et al.*, 2016) kesejahteraan juga mencakup terpenuhinya kebutuhan psikologis dasar seseorang, mengalami emosi positif, terlibat dengan orang lain, memiliki hubungan yang bermakna dengan orang lain. Kesejahteraan sering dikaitkan erat dengan kesehatan mental (Gu Jenny, *et al.*, 2015) dan terkait erat antara hubungan sosial dengan pengalaman kesehatan (Emma Sappala; Rossamando Timothy; Doly James R, 2013).

Rangkuman

Kesehatan adalah hal yang paling berharga dalam hidup seseorang. Tanpa kesehatan yang baik, tidak ada yang bisa dicapai. Oleh karena itu telah tepat dikatakan bahwa 'Kesehatan adalah Kekayaan'. Konsep kesehatan dapat dianggap sebagai pusat paradigma medis. Karena kesehatan adalah prioritas tertinggi di antara orang-orang, terutama pasien, para profesional medis diharapkan dapat meringankan penderitaan dan membangun kembali kesehatan yang baik. Oleh karena itu, ketiga komponen paradigma kedokteran yaitu kesehatan, pasien, dan kedokteran saling terkait erat dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Perlu dicatat bahwa konsep kesehatan dapat bervariasi antara budaya yang berbeda. Apa yang dianggap sebagai penyakit dalam satu budaya, dapat dianggap normal di budaya lain. Yang penting, konsep kesehatan memiliki banyak segi mencakup dimensi fisik, psikologis, intelektual, emosional, spiritual, dan sosial.

Daftar Pustaka

- Amzat J; Razum O. (2014). *Health, Disease and illness conceptual Tools*. Switzerland: Springer International.
- Ancheta, Melquiades C. (2015). *Concepts of Health, Illness and wellness*. USA: St. Louis University .
- Bishop Felicity , Yardley Lucy . (2010). The development and initial validation of a new measure of lay definitions of health: The wellness beliefs scale. *Psychol Health*.
- Daniel Johnson, et all. (2016). Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature. *National Library of medicine*.
- Dixey Cross R ; S Foster ; J Woodall. (2013). *The Foundations Of Health Promotion In: Dixey R Health Promotion*:. Wallingford CABI.
- Emma Sappala; Rossamando Timothy; Doly James R. (2013). *Social Connection and compassion Important Predictor Of Health And well Being*. United States: The Johns Hopkins University Press.
- Grant adam M et all. (2007). Happiness, Health, or Relationships? Managerial Practices and Employee Well-Being Tradeoffs. *Academy of Management Perspectives*.
- Green et all. (2019). *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: SAGE.
- Gu Jenny, et all. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychoogy*.
- Hamu Antonia. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa*. Indonesia: Media sains Indonesia.

- Rolleston Anna K; Doughty Robert ; Poppe Katrina . (2016).
Pounamu: Integration of kaupapa Māori concepts in health
research: a way forward for Māori cardiovascular health? *J
Prim Health Care*.
- Scriven Angela. (2017). *Promoting Health: A Practical Guide*.
London, United Kingdom: Elsevier Health Sciences.
- Yang Youngran, Bekemeier Betty, Choi Jongsan. (2018). A cultural
and contextual analysis of health concepts and needs of women
in a rural district of Nepal. *Glob Health Promot*.



BAB 11

KONSEP PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN MANUSIA

Oleh: Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, S.Kep., M.Kep.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wira Medika Bali

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan
2. Untuk Memahami Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan
3. Untuk Memahami Aspek-Aspek Perkembangan
4. Untuk Memahami Ciri-Ciri Tumbuh Kembang
5. Untuk Memahami Prinsip-Prinsip Perkembangan
6. Untuk Memahami Gangguan Tumbuh Kembang
7. Untuk Memahami Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak (DDTK)
8. Untuk Memahami Teori Perkembangan

A. Pendahuluan

Manusia adalah makhluk hidup yang selalu mengalami perubahan dari waktu ke waktu, mulai dari dalam kandungan, lahir kemudian menjadi dewasa dan tua, kemudian terus terjadi perubahan - perubahan di aspek kematangan, motorik, emosional, fisik dan berpikir. Setiap fase perkembangan terjadi dalam batasan usia tertentu. Tumbuh kembang anak merupakan hasil dari interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan, baik lingkungan sebelum anak dilahirkan maupun lingkungan setelah anak itu lahir. Kualitas tumbuh kembang anak dapat ditingkatkan dengan berbagai usaha baik yang dilakukan oleh orang tua, masyarakat maupun oleh pemerintah. Berbagai faktor baik genetik maupun lingkungan yang begitu majemuk mempengaruhi tumbuh kembang anak sejak prenatal, perinatal dan postnatal (Soetjiningsih, 2012). Tumbuh kembang anak pada masa satu tahun pertama melaju begitu pesat. Proses ini dimulai dari hal-hal sederhana hingga ke hal-hal yang lebih kompleks. Setiap gerakan yang dilakukan anak juga berproses. Mulai dari gerakan reflex hingga menjadi sebuah gerakan yang disengaja untuk maksud tertentu. Gerakan dan tindakan yang mereka lakukan akan semakin kompleks saat anak menginjak usia di atas satu tahun. Mereka sudah mulai mengoptimalkan fungsi dari tangan dan kakinya (Khomsan dan Sitti, 2008). Kenaikan berat badan yang rendah dalam beberapa bulan menyebabkan pertumbuhan anak bermasalah, anak mengalami gangguan pertumbuhan. Jadi tidak benar, bahwa kondisi anak baik asal berat badannya naik (Prawirohartono dkk, 2009). Dalam setiap tugas perkembangan diharapkan berkembang sesuai dengan usianya dan tidak boleh terlewati, apabila terlewati akan terjadi masalah perkembangan yang sulit untuk dirubah dan dididik kembali. Perubahan dalam diri manusia terdiri dari perubahan

kualitatif akibat dari perubahan psikis, dan perubahan kuantitatif akibat dari perubahan fisik. Perubahan kualitatif tersebut sering disebut dengan perkembangan, sedangkan perubahan kuantitatif sering disebut dengan pertumbuhan.

B. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interselular, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Pertumbuhan berkaitan dengan perubahan dalam jumlah, ukuran dan fungsi tingkat sel, organ, maupun individu (Kemenkes RI, 2012). Pertumbuhan adalah proses peningkatan yang ada pada diri seseorang yang bersifat kuantitatif, atau peningkatan dalam hal ukuran. Proses peningkatan ini dikarenakan kesempurnaan dan bukan karena penambahan bagian yang baru (Encep Sudirjo, 2018).

Proses pertumbuhan ini meliputi pertumbuhan yang bersifat linear dan pertumbuhan massa jaringan. Dimana pertumbuhan linear menggambarkan status gizi yang dihubungkan pada masa lampau. Ukuran linear yang rendah biasanya menunjukkan keadaan gizi yang kurang akibat kekurangan energi dan protein yang diderita waktu lampau. Ukuran linear yang sering digunakan adalah tinggi atau panjang badan. Sedangkan yang termasuk pertumbuhan adalah lingkaran lengan atas, tebal lemak bawah kulit dan berat badan. Contoh sederhana dari bentuk penilaian massa jaringan yang sering digunakan adalah berat badan (Supariasa dkk, 2016).

C. Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan

Prosen pertumbuhan ini dipengaruhi oleh faktor internal (genetik) dan faktor eksternal (lingkungan). Berikut yang termasuk dalam faktor internal adalah obstetrik, jenis kelamin, dan ras. Jika faktor ini dapat berinteraksi dengan lingkungan yang baik, diharapkan akan menghasilkan pertumbuhan yang optimal. Faktor eksternal sangat menentukan tercapainya potensi genetik yang optimal (Supariasa dkk, 2016) .

Menurut Supariasa dkk, (2016) faktor lingkungan dibagi menjadi dua, yaitu faktor pranatal dan lingkungan pascanatal. Berikut yang merupakan faktor pranatal yaitu lingkungan pada waktu masih dalam kandungan. Menurut Soetjiningsih (1998 dalam Supariasa dkk, 2016), menyebutkan bahwa lingkungan pranatal yang mempengaruhi pertumbuhan janin meliputi:

1. Status Gizi Ibu

Pada masa kehamilan, status gizi ibu sangat mempengaruhi dalam proses pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila kondisi ibu dalam hal ini adalah status gizi ibu tidak baik selama hamil, berisiko membuat kondisi Berat bayi Lahir Rendah (BBLR), abortus, anemia pada bayi baru lahir maupun mengalami infeksi.

2. Toksin/Zat Kimia

Obat-obatan yang bersifat toksin dan obat anti kanker yang dikonsumsi oleh ibu pada saat hamil, berisiko mengakibatkan kelainan bawaan. Ibu hamil yang kecanduan alkohol dan perokok berat, dapat melahirkan bayi dengan retardasi mental, BBLR, lahir mati. Pada ibu hamil yang mengalami keracunan logam berat, seperti mengkonsumsi makan ikan yang terkontaminasi merkuri dapat menyebabkan mikrosefali.

3. Radiasi

Pengaruh radiasi pada bayi sebelum berumur 18 minggu dapat mengakibatkan cacat bawaan, kerusakan otak, kematian, mikrosefali.

4. Infeksi

Cacat bawaan juga bisa disebabkan oleh infeksi intrauterin, varisela, malaria, HIV, virus hepatitis dan virus influenza.

5. Stres

Ibu hamil yang mengalami stress akan mempengaruhi tumbuh kembang janin, seperti cacat bawaan dan kelainan kejiwaan.

6. Anoksia Embrio

Menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta dapat menyebabkan berat badan lahir rendah. Berikut yang termasuk dalam faktor lingkungan pascanatal adalah beberapa faktor lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan anak setelah lahir meliputi:

- a. Lingkungan biologis meliputi ras, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis dan fungsi metabolisme yang saling terkait satu dengan yang lain. Faktor dominan yang mempengaruhi pertumbuhan adalah status gizi bayi yang dilahirkan. Bayi yang mengalami kekurangan gizi, dapat dipastikan pertumbuhan anak akan terhambat dan tidak akan mengikuti potensi genetik yang optimal (Soetjiningsih 1998 dalam Supriasa dkk 2016). Selain itu, dijelaskan juga bahwa hubungan antara gizi dan tumbuh kembang anak. Kasdu (2008) mengatakan bahwa tumbuh kembang balita dapat optimal jika anak mendapat asupan gizi yang cukup dan rangsang yang tepat. Asupan gizi mendukung perkembangan kecerdasan gerakan tubuh

- karena otot tubuh terbangun dengan baik, jika gizi terpenuhi.
- b. Lingkungan fisik meliputi cuaca, keadaan geografis, sanitasi lingkungan, keadaan rumah dan radiasi. Cuaca dan keadaan geografis berkaitan dengan pertanian dan kandungan unsur mineral dalam tanah. Daerah kekeringan atau musim kemarau yang panjang menyebabkan kegagalan panen. Kegagalan panen menyebabkan persediaan pangan di tingkat rumah tangga menurun yang berakibat pada asupan gizi keluarga rendah. Keadaan ini dapat menyebabkan gizi kurang dan pertumbuhan anak akan terhambat. Di daerah endemik, gangguan akibat kekurangan iodium (GAKY) menyebabkan pertumbuhan penduduknya sangat terhambat seperti kerdil atau kretinisme.
 - c. Keadaan sanitasi lingkungan, kondisi lingkungan yang kurang baik memungkinkan munculnya berbagai jenis penyakit antara lain cacingan, diare, dan infeksi saluran pencernaan. Anak yang menderita infeksi saluran pencernaan akan mengalami gangguan penyerapan zat gizi sehingga terjadi kekurangan zat gizi. Anak yang kekurangan zat gizi akan mudah terserang penyakit dan pertumbuhan akan terganggu.
 - d. Faktor psikososial, meliputi stimulasi, motivasi, ganjaran, kelompok sebaya, stres, lingkungan sekolah, cinta dan kasih sayang serta kualitas interaksi antara anak dan orang tua. Interaksi tidak ditentukan oleh seberapa lama orang tua berinteraksi dengan anak, tetapi ditentukan oleh kualitas interaksi yaitu pemahaman terhadap kebutuhan masing-masing dan upaya optimal untuk memenuhi kebutuhan tersebut yang dilandasi oleh rasa kasih sayang.

- e. Faktor keluarga dan adat istiadat, antara lain: pekerjaan atau pendapatan keluarga, stabilitas rumah tangga, norma serta urbanisasi
- f. Faktor sosial ekonomi, antara lain: pendapatan keluarga, budaya, pendidikan, pekerjaan, teknologi. Faktor tersebut akan berinteraksi satu dengan yang lainnya sehingga dapat mempengaruhi masukan zat gizi dan infeksi pada anak.

D. Pengertian Perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil proses pematangan. Perkembangan menyangkut adanya proses diferensiasi sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsi di dalamnya termasuk pula perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya. Perkembangan juga merupakan proses perubahan kemampuan kerja organ-organ tubuh ke keadaan yang terorganisasi. Perkembangan merupakan aspek perilaku dari pertumbuhan, misalnya individu mengembangkan kemampuan untuk berjalan, berbicara, dan berlari dan melakukan suatu aktivitas yang semakin kompleks (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2011).

Perkembangan juga bisa terjadi dalam bentuk perubahan kuantitatif dan kualitatif. Perubahan kuantitatif adalah perubahan yang bisa diukur. Perubahan kualitatif adalah perubahan dalam bentuk semakin baik, semakin lancar, yang pada dasarnya tidak bisa diukur. Mengukur perkembangan tidak dapat dilakukan dengan menggunakan antropometri, tetapi pada anak yang sehat

perkembangannya searah dengan pertumbuhannya (Supriasa dkk, 2016). Menurut Kemenkes (2012), perkembangan merupakan hasil interaksi kematangan susunan syaraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, misalnya perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi.

E. Aspek-Aspek Perkembangan

1. Motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri.
2. Motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak yang melibatkan bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis dan sebagainya.
3. Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.
4. Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya.

F. Ciri-Ciri Tumbuh Kembang

Proses tumbuh kembang mempunyai beberapa ciri yang meliputi:

1. Perkembangan menimbulkan perubahan. Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi, misalnya perkembangan intelegensia pada anak akan menyertai pertumbuhan otak dan serabut saraf.
2. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya. Perkembangan awal merupakan masa kritis karena akan menentukan perkembangan selanjutnya.
3. Pertumbuhan fisik maupun perkembangan fungsi organ pada masing-masing anak mempunyai kecepatan yang berbeda.
4. Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan. Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat, perkembangan pun demikian, terjadi peningkatan mental, memori, daya nalar, asosiasi dan lain-lain.
5. Perkembangan mempunyai pola yang tetap

Perkembangan fungsi organ tubuh terjadi menurut dua hukum yang tetap, yaitu

- a. Perkembangan terjadi lebih dahulu di daerah kepala, kemudian menuju ke arah kaudal/anggota tubuh (pola sefalokaudal).
- b. Perkembangan terjadi terlebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu berkembang ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai kemampuan gerak halus (pola proksimodistal).

6. Perkembangan memiliki tahap yang berurutan. Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan, tidak bisa terjadi terbalik.

Periode rentang kehidupan dibagi ke dalam delapan periode (Papalia dkk., 2009), yang meliputi periode pranatal, bayi dan toddler, kanak-kanak awal, usia sekolah, remaja, dewasa muda, dewasa madya, dan dewasa akhir. Terkait dengan perkembangan anak, berikut ini akan diuraikan secara khusus perkembangan anak dari masa pranatal hingga remaja (Berk, 2009, Santrock, 2009, Papalia dkk., 2009).

- 1) Periode Pranatal

Periode ini berlangsung kurang lebih sembilan bulan di dalam kandungan. Pada periode ini, perkembangan berlangsung paling cepat, diawali dari satu sel organisme hingga berkembang menjadi janin dengan kapasitas yang penting untuk menyesuaikan diri dengan dunia di sekitarnya.

- 2) Periode Bayi dan Toddler

Periode bayi adalah masa ketika seseorang tergantung secara ekstrim pada orang dewasa untuk pemenuhan kebutuhan dasarnya, seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, dan afeksi. Pada masa ini ikatan yang erat dengan orang lain terbentuk untuk pertama kali. Periode bayi berlangsung kurang lebih selama satu tahun pertama kehidupan.

- 3) Periode Toddler

Pada periode ini, seorang anak mulai mengembangkan otonomi sejalan dengan kemampuannya untuk berbicara dan melakukan mobilitas. Bagaimanapun mereka tetap membutuhkan

orang tua dan pengasuh untuk menyediakan lingkungan yang aman bagi mereka dalam melakukan berbagai hal.

4) Periode Prasekolah.

Berlangsung sekitar usia 4 hingga 6 tahun. Pada periode ini tubuh menjadi lebih panjang dan lebih ramping. Keterampilan motor juga menjadi lebih baik. Anak pada periode ini lebih mampu mengontrol diri dan mengurus dirinya sendiri. Mereka juga mengembangkan keterampilan kesiapan sekolah (seperti kemampuan mengikuti instruksi, mengenal huruf), dan menghabiskan banyak waktunya untuk bermain bersama teman. Hal tersebut didukung oleh perkembangan berpikir dan bahasa yang luar biasa pada masa ini.

5) Periode Usia Sekolah

Pada periode ini anak-anak belajar tentang lingkungan yang lebih luas dan menguasai tanggung jawab baru yang menyerupai tanggung jawab orang dewasa. Keutamaan dari periode ini adalah meningkatnya kemampuan atletik, partisipasi dalam permainan yang memiliki aturan, proses berpikir yang lebih logis, penguasaan keterampilan dasar membaca, menulis, dan berhitung serta kemajuan dalam pemahaman diri, moralitas, dan hubungan persahabatan.

6) Periode Remaja

Berlangsung sekitar usia 11 hingga 18 tahun. Periode ini mengawali transisi ke masa dewasa. Pubertas mengarah pada ukuran tubuh orang dewasa dan kematangan seksual, perubahan fisik berlangsung pesat, sekolah mengarah pada persiapan ke tahap perkuliahan dan dunia kerja. Remaja juga mulai membangun kemandirian dari keluarga dan mulai menetapkan

nilai-nilai dan tujuan pribadi. Tugas perkembangan utama pada masa ini adalah pencapaian identitas.

G. Prinsip-Prinsip Perkembangan

Baltes, dkk. (dalam Papalia dkk, 2009) mengidentifikasi tujuh prinsip kunci tentang pendekatan perkembangan sepanjang hidup.

1. *Development is Life long*

Perkembangan adalah proses perubahan sepanjang hidup. Setiap periode dari rentang kehidupan dipengaruhi oleh apa yang terjadi pada periode sebelumnya dan apa yang terjadi saat ini akan pula mempengaruhi apa yang akan terjadi kemudian.

2. *Development is Multidimensional*

Perkembangan berlangsung dalam banyak dimensi, dimana perkembangan terjadi pada dimensi sosial, psikologis, biologis. Setiap dimensi dapat berkembang dalam derajat yang bervariasi, misalnya seorang anak berusia 9 tahun yang sangat cerdas, belum tentu memiliki kematangan emosi pada tingkat yang seimbang dengan kecerdasannya.

3. *Development is Multidirectional*

Perkembangan berlangsung dalam lebih dari satu arah. Sejalan dengan meningkatnya kemampuan di satu area, seseorang mungkin akan mengalami penurunan dalam area yang lain dalam waktu yang bersamaan. Contoh anak-anak tumbuh dalam satu arah, yaitu ke arah peningkatan, baik dalam ukuran maupun kemampuan. Manusia belajar untuk memaksimalkan hal-hal yang dapat ditingkatkan dan meminimalkan penurunan dengan cara belajar mengelola atau mengompensasi hal-hal tersebut.

4. Relative Influences of Biology and Culture Shift Over the Life Span

Proses perkembangan dipengaruhi oleh faktor biologis dan budaya. Pengaruh biologis, seperti ketajaman sensoris dan memori, menurun sejalan dengan bertambahnya usia. Akan tetapi, dukungan budaya, seperti penemuan kacamata dan buku agenda, dapat mengompensasi penurunan yang terjadi.

5. Development Shows Plasticity

Banyak kemampuan dapat ditingkatkan melalui latihan, misal anak yang mengalami kesulitan untuk membaca dan menulis, dapat dilatih dengan mengikuti program tambahan. Namun, beberapa kemampuan tetap memiliki keterbatasan sekalipun telah dimodifikasi.

6. Development is Influenced by the Historical and Cultural Context

Manusia tidak hanya mempengaruhi tetapi juga dipengaruhi oleh konteks sejarah dan budayanya, misalnya seorang anak yang terbiasa hidup bebas, mungkin akan memberontak saat berada di lingkungan yang penuh dengan peraturan.

H. Gangguan Tumbuh Kembang

1. Gangguan Bicara dan Bahasa

Kemampuan berbahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak, karena kemampuan berbahasa sensitif terhadap keterlambatan atau kerusakan pada sistem lainnya, melibatkan kemampuan kognitif, motor, psikologis, emosi dan lingkungan. Apabila kurang diberikan stimulus, dapat menyebabkan gangguan bicara dan berbahasa (Kemenkes, 2012).

2. *Cerebral Palsy*

Merupakan suatu kelainan gerakan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh karena suatu kerusakan/gangguan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

3. *Sindrom Down*

Kondisi anak dengan kondisi ini mengalami perkembangan lebih lambat dari anak yang normal. Beberapa faktor seperti kelainan jantung kongenital, hipotonia yang berat, masalah biologis atau lingkungan lainnya dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik dan keterampilan untuk menolong diri sendiri.

4. Perawakan Pendek (stunting)

Penyebabnya dapat dikarenakan mengalami gangguan gizi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau karena kelainan endokrin.

5. Gangguan Autisme

Termasuk gangguan perkembangan pervasif, yang meliputi seluruh aspek perkembangan sehingga gangguan tersebut sangat luas dan berat, yang mempengaruhi anak secara mendalam. Gangguan perkembangan yang ditemukan pada autisme mencakup bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.

6. Retardasi Mental

Suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensia yang rendah (IQ < 70) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal.

7. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) adalah gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk

memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas (Kemenkes, 2012).

I. Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak (DDTK)

Deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) anak adalah salah satu bentuk pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah. (Kemenkes RI, 2012).

Jenis deteksi dini tumbuh kembang anak yang dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan, meliputi :

1. Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan.

Deteksi ini bisa dilakukan di semua tingkat pelayanan yaitu keluarga, masyarakat dan Puskesmas. Pengukuran Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) bertujuan untuk menentukan status gizi anak termasuk normal, kurus, kurus sekali atau gemuk. Jadwal pengukuran BB/TB disesuaikan dengan jadwal deteksi dini tumbuh kembang balita. Pengukuran dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih Pengukuran Berat Badan (BB) menggunakan timbangan dacin, pengukuran Panjang Badan (PB) atau Tinggi Badan (TB) dengan menggunakan Infantometer dan microtoise (Kemenkes, 2012).

2. Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan

Salah satu alat yang digunakan adalah skrining perkembangan anak menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). Tujuan skrining mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan. Perkembangan yang dideteksi adalah motorik/gerak kasar, motorik/gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian. (Kemenkes, 2012). Jadwal skrining KPSP rutin

adalah pada umur 3,6,9,12,15,18,21,24,30,36,42,48,54,60,66 dan 72 bulan. Skrining dilakukan oleh tenaga kesehatan, guru TK dan kader posyandu. Alat bantu pemeriksaan berupa pensil, kertas, bola sebesar bola tenis, kerincingan, kubus berukuran sisi 2,5 cm sebanyak 6 buah, kismis, kacang tanah, potongan biskuit kecil berukuran 0,5-1 cm (Kemenkes, 2012). Interpretasi hasil KPSP dengan menghitung berapa jumlah jawaban Ya. Jumlah jawaban 'Ya' = 9 atau 10, perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (S), jumlah jawaban 'Ya' = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan, jumlah jawaban 'Ya' = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P). Bila perkembangan anak meragukan (M) dilakukan pemeriksaan kesehatan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit yang menyebabkan penyimpangan perkembangan dan dilakukan penilaian ulang KPSP dua minggu kemudian dengan menggunakan daftar KPSP yang sesuai dengan umur anak. Bila tahapan perkembangan anak terjadi penyimpangan (P) dilakukan rujukan ke Rumah sakit dengan menuliskan jenis dan jumlah penyimpangan perkembangan (gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian) (Kemenkes RI, 2012).

3. Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional.

Jenis pemeriksaan ini untuk mendeteksi secara dini adanya masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak, agar dapat segera dilakukan tindakan intervensi (Kemenkes, 2012). Beberapa jenis alat yang digunakan untuk mendeteksi secara dini adanya penyimpangan mental emosional pada anak yaitu Kuesioner Masalah Mental emosional (KMME) bagi anak umur 36 bulan sampai 72 bulan, ceklis autis anak prasekolah (Checklist for Autism in Toddlers/CHAT) bagi anak umur 18 bulan sampai 36 bulan dan formulir deteksi

dini Gangguan pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH) menggunakan Abreviated Conner Rating Scale bagi anak umur 36 bulan ke atas (Kemenkes RI, 2012).

J. Teori Perkembangan

1. Teori Nativisme (Teori yang Berorientasi pada Biologi)

Kata nativisme berasal dari kata natus (lahir) dan nativis (pembawaan) yang ajarannya memandang manusia sejak lahir telah membawa sesuatu kekuatan yang disebut potensi. Dengan kata lain bahwa aliran nativisme berpandangan segala sesuatunya ditentukan dari faktor yang sudah dibawa dari sejak lahir, jadi perkembangan individu itu ditentukan oleh dasar turunan. Berdasarkan pandangan ini, maka keberhasilan pendidikan ditentukan oleh manusia itu sendiri. Tokoh utama (pelopor) aliran nativisme adalah Arthur Schopenhaur German 1788-1860). Tokoh lain seperti J.J. Rousseau seorang ahli filsafat dan pendidikan dari Perancis.

2. Teori Empirisme (Teori Lingkungan)

Aliran empirisme, bertentangan dengan paham aliran nativisme. Empirisme (*empiri*: pengalaman), tidak mengakui adanya pembawaan atau potensinya dibawa lahir, Dengan kata lain bahwa aliran ini berpandangan bahwa basil belajar peserta didik besar pengaruhnya pada faktor lingkungan. Tokoh perintis aliran empirisme adalah seorang filisor Inggris bernama John Locke (1704-1932) yang mengembangkan teori tabula Rasa”, yakni anak lahir di dunia bagaikan kertas putih yang bersih. Pengalaman empirik yang diperoleh dari lingkungan akan berpengaruh besar dalam menentukan perkembangan anak. Dengan demikian, dipahami bahwa aliran

empirisme ini. seorang pendidik memegang peranan penting terhadap keberhasilan belajar peserta didiknya.

3. Teori Konvergensi

Aliran konvergensi berasal dari kata konvergen, artinya bersifat menuju satu titik pertemuan. Aliran ini berpandangan bahwa perkembangan individu berasal dari bakat/keturunan maupun lingkungan. Akan tetapi bakat saja tanpa pengaruh lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan perkembangan tersebut, tidak cukup. Perintis aliran konvergensi adalah William Stern (1871-1939), seorang ahli pendidikan bangsa Jerman yang berpendapat bahwa seorang anak dilahirkan di dunia disertai pembawaan baik maupun pembawaan buruk. Bakat yang dibawa anak sejak kelahirannya tidak berkembang dengan baik tanpa adanya dukungan lingkungan yang sesuai untuk perkembangan bakat itu. Jadi seorang anak yang memiliki otak yang cerdas, namun tidak didukung oleh pendidik yang mengarahkannya, maka kecerdasan anak tersebut tidak berkembang.

4. Teori interaksionisme

Perintis teori ini adalah Piaget. Cara berpikir tertentu sangat sederhana bagi seorang dewasa. tidaklah sesederhana pemikiran yang dilakukan seorang anak.

5. Teori Psikodinamika

Teori Psikodinamika adalah teori yang berupaya menjelaskan hakekat dan perkembangan kepribadian. Unsur-unsur yang sangat diutamakan dalam teori ini adalah emosi, motivasi. Teori ini mengasumsikan bahwa kepribadian berkembang ketika terjadi konflik dari aspek-aspek psikologi tersebut. Pada masing-masing tahap anak mengalami konflik internal yang harus diselesaikan

sebelum memasuki tahap berikutnya. Teori Psikodinamik dalam psikologi perkembangan banyak dipengaruhi oleh Sigmund Freud dan Eric Erikson. Teori ini menitik beratkan pada perkembangan sosio-afektif.

Rangkuman

Proses tumbuh dan berkembang anak merupakan proses yang alamiah dan memerlukan perhatian dari orang tua dan semua pihak yang terlibat dalam masa pertumbuhan dan perkembangan anak. Ciri khas dari proses ini adalah bertambahnya kematangan fisik, emosional anak, social, psikologis, dan kecerdasan. Faktor penting yang perlu mendapat perhatian adalah peningkatan berat dan tinggi badan anak, diperlukan kecukupan konsumsi makanan yang berkualitas, pentingnya pemeliharaan kesehatan anak dari berbagai penyakit. Selain itu, tidak kalah penting adalah dalam proses perkembangan anak, dapat dilihat dari peningkatan kemampuan social, emosional anak, kelancaran berbicara, meningkatnya berbagai kecerdasan anak serta kemandirian anak.

Daftar Pustaka

- Hardinsyah, P., & Supariasa, I. D. N. 2016. *Ilmu Gizi: Teori Aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Kasdu, D. 2008. *Anak Cerdas*. Jakarta : Puspa Swara.
- Kemenkes RI. 2012. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta
- Khomsan, A dan Sitti R. 2008. *50 Menu Sehat untuk Tumbuh Kembang Anak usia 6-24 bulan*. Jakarta : PT Agromedia Pustaka.
- Papalia, Olds, & Feldman, 2009. *Perkembangan Manusia* (Edisi 10 Buku ke 2). Jakarta. Penerbit Salemba Humanika.
- Prawirohartono, E.P., dkk. 2009. *Menu Sehari-hari untuk Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : PT Agromedia Pustaka.
- Soetjiningsih. 2012. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sudirjo, Encep dan Muhammad Nur Alif. 2018. *Pertumbuhan dan Perkembangan Motorik: Konsep Perkembangan dan Pertumbuhan Fisik dan Gerak Manusia*. Jawa Barat: UPI Sumedang Press.



BAB 12

KONSEP DASAR PEMBERIAN OBAT-OBATAN DALAM KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Ratna Dewi, S.Kep., M.Kep.

Universitas Fort De Kock

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Konsep Dasar Pemberian Obat Dalam Keperawatan
2. Untuk Memahami Penggolongan Obat
3. Untuk Memahami Prinsip Pemberian Obat Dalam Keperawatan
4. Untuk Memahami Peran Perawat Dalam Pemberian Obat
5. Untuk Memahami Keselamatan Dalam Pemberian Obat
6. Untuk Memahami *Medications Errors*

A. Pendahuluan

Perawat merupakan muara dari disiplin ilmu dalam rantai pemberian obat sehingga berdampak terhadap peran penting perawat dalam manajemen pengobatan untuk mencegah terjadinya *medical errors* atau kesalahan dalam pemberian obat. Meskipun semua disiplin ilmu beresiko melakukan kesalahan dalam rangkaian langkah dalam proses manajemen pengobatan, namun posisi perawat dalam implementasi kolaborasi sangatlah penting. Untuk mencegah terjadinya kesalahan tersebut, perawat harus kompeten dan mampu berpikir secara kritis dalam hal semua aspek keamanan obat: dosis yang aman, pengencer yang aman dan tepat, efek samping dan tanda-tanda overdosis, serta obat-obatan yang mirip. Perawat harus mampu melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang prosedur terapi pengobatan. Tanggung jawab yang diemban perawat memang berat, dan peran perawat dalam keselamatan pengobatan merupakan tantangan yang tidak boleh dianggap enteng (Cima & Clarke, 2012).

Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat yang profesional mampu melindungi pasien dengan mempertahankan keselamatan pasien yang meliputi mencegah kesalahan pengobatan, mengurangi tingkat infeksi bahkan memfasilitasi masa pemulihan pasien. Dalam pemberian obat, perawat memiliki banyak kesempatan untuk menilai, menganalisis, dan memberikan umpan balik mengenai sistem tersebut dalam upaya mencegah kesalahan pengobatan dan meningkatkan proses keperawatan yang berkelanjutan (Institute of Medicine, 2011). Agar perawat dapat menyusun perencanaan keperawatan kolaborasi yang berkaitan dengan pemberian obat, perlu dibahas lebih lanjut tentang konsep dasar pemberian obat-obatan dalam keperawatan yang meliputi farmasetik, farmakodinamik, farmakokinetik, penggolongan obat yang meliputi dosis, indikasi-

kontra indikasi obat, efek samping dan pertimbangan pemberian obat pada pasien. Selanjutnya, peran kolaboratif perawat dalam pelaksanaan prinsip farmakologi serta penghitungan dosis, termasuk bagaimana implikasinya dalam keperawatan juga merupakan hal penting yang harus dikuasai oleh perawat.

B. Konsep Dasar Pemberian Obat-Obat Dalam Keperawatan

Obat merupakan segala sesuatu termasuk semua zat-zat baik kimiawi, hewani maupun nabati yang dapat membuat kondisi tubuh seseorang menjadi stabil serta dapat mencegah komplikasi dari suatu penyakit. Pemberian obat-obatan melalui oral dapat melewati 3 fase yaitu farmasetik, farmakodinamik dan farmakokinetik (Lestari, 2016).

1. Farmasetik

Pada fase farmasetik, obat akan berubah menjadi larutan yang dapat menembus membrane biologi. Berbeda dengan obat yang diberikan melalui subkutan, intramuskuler, dan intravena tidak terjadi fase farmasetik. Rata-rata obat diberikan secara oral. Obat tersebut perlu dilarutkan dalam saluran pencernaan agar dapat diabsorpsi. Fase farmasetik terdiri atas 2 yaitu: (1) Disintegrasi, merupakan pemecahan tablet ataupun pil menjadi partikel yang lebih kecil (2) Disolusi, merupakan proses melarutnya partikel yang lebih kecil dalam cairan pada saluran pencernaan untuk diabsorpsi. Waktu yang dibutuhkan oleh obat untuk berdisintegrasi hingga menjadi siap untuk diabsorpsi oleh tubuh. Obat-obatan dalam bentuk cair akan lebih cepat diserap oleh saluran pencernaan daripada obat dalam bentuk padat. Obat tidak akan bisa didisintegrasi oleh asam lambung jika dalam bentuk *enteric coated* namun dalam kondisi

basa disintegrasinya terjadi di usus halus. Makanan dalam saluran pencernaan dapat mengganggu pengenceran dan absorpsi obat tertentu karena sebagian dapat mengiritasi mukosa lambung sehingga membuat cairan atau makanan diperlukan untuk mengencerkan konsentrasi obat (Kee & Hayes, 2015).

2. Farmakodinamik

Farmakodinamik merupakan efek dari pengobatan yang masuk ke dalam tubuh terhadap respons fisiologis dan biokimia seluler dan bagaimana mekanisme kerja dari obat yang masuk. Efek tersebut bisa berupa efek yang diharapkan (primer) bahkan dapat juga berupa efek yang tidak diharapkan (sekunder). Lebih spesifiknya farmakodinamik ini menggambarkan bagaimana interaksi molekul obat berkaitan dengan molekul biologis yang mengarah kepada respons terapeutik yang diinginkan (Lestari, 2016).

3. Farmakokinetik

Menurut (Nuridah, 2022) farmakokinetik merupakan proses perjalanan obat sehingga tercapainya kerja obat tersebut. Adapun proses yang harus dilewati adalah absorpsi, distribusi, metabolisme (atau biotransformasi), dan ekskresi (atau eliminasi).

a. Absorpsi

Proses pergerakan zat-zat yang terkandung dalam obat dari saluran gastrointestinal, ke dalam cairan tubuh melalui absorpsi pasif, absorpsi aktif atau pinositosis. Pada umumnya obat oral diabsorpsi pada usus halus. Obat dengan kandungan dasar protein, seperti insulin dan *growth hormone* akan dihancurkan oleh enzim-enzim pencernaan. absorpsi obat juga dipengaruhi (Nuridah, 2022) oleh aliran darah, rasa nyeri, stress, status lapar serta pH tubuh. Rasa nyeri, stress, makanan padat pedas dan berlemak

berdampak kepada perlambatan pengosongan lambung sehingga obat akan lama berada dalam lambung. Sebagian obat tidak langsung masuk ke dalam sirkulasi sistemik setelah diabsorpsi namun harus melewati lumen usus dan masuk ke dalam hepar melalui vena porta.

b. Distribusi

Proses dimana obat sampai berada dalam cairan serta jaringan tubuh yang dipengaruhi oleh aliran darah, afinitas (kekuatan penggabungan) terhadap jaringan, dan efek pengikatan dengan protein. Jika kadar protein rendah akan berdampak menurunkan jumlah tempat pengikatan dengan protein sehingga meningkatkan jumlah obat bebas dalam plasma. Efek lanjutannya adalah terjadinya kelebihan dosis atau over dosis. Dalam hal ini dituntut perawat untuk melakukan pemeriksaan kadar protein plasma dan albumin plasma klien karena penurunan protein (albumin) plasma akan menurunkan tempat pengikatan dengan protein yang membuat obat bebas lebih banyak dalam sirkulasi.

c. Metabolisme

Tempat utama untuk metabolisme adalah hepar. Rata-rata obat dinaktifkan oleh enzim hati dan selanjutnya akan ditransformasikan menjadi zat yang larut dalam air untuk diekskresikan. Metabolisme dan eliminasi mempengaruhi waktu paruh obat sehingga jika obat diberikan terus menerus maka dapat beresiko terjadi penumpukan obat.

d. Ekskresi

Organ utama yang terlibat dalam proses ekskresi adalah ginjal, empedu, feces, paru-paru, saliva, keringat, dan air susu ibu. Obat bebas yang tidak berikatan dan larut dalam air difiltrasi

oleh ginjal namun obat-obatan yang berikatan dengan protein tidak dapat difiltrasi oleh ginjal. Obat yang ikatannya dilepaskan dari protein, maka obat menjadi bebas dan akan dikskresikan melalui urin.

C. Penggolongan Obat

Penggolongan obat bertujuan untuk meningkatkan keamanan dan ketepatan penggunaan serta keamanan dari segi distribusi. Menurut (Nuryati, 2017), terdapat 5 jenis penggolongan obat:

1. Berdasarkan Jenis

a. Obat bebas

Obat dengan label lingkaran berwarna hijau dan tergolong aman. Biasanya obat dijual bebas dan dapat dibeli tanpa resep dokter. Obat jenis ini digunakan untuk mengobati dan meringankan gejala penyakit.

b. Obat bebas terbatas

Obat dengan label biru yang dengan jumlah tertentu aman dikonsumsi namun efeknya akan berbahaya jika terlalu banyak dikonsumsi. Untuk mendapatkan obat jenis ini tidak perlu resep dari dokter.

c. Obat wajib apotek

Termasuk golongan obat keras yang dibuat bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya untuk melakukan pengobatan sendiri secara tepat.

d. Obat keras

Obat yang penggunaan harus dibawah pengawasan dokter dan hanya dapat diperoleh dari apotek, puskesmas dan fasilitas

pelayanan kesehatan lainnya dengan resep dokter.

e. Psikotropika dan Narkotika

Obat dengan label lingkaran berwarna merah dengan symbol huruf K. Psikotropika merupakan zat atau obat ini bersifat alamiah bertujuan untuk memberikan pengaruh secara selektif pada SSP dan dapat menyebabkan perubahan pada aktivitas mental dan perilaku. Narkotika merupakan obat dapat menyebabkan perubahan status kesadaran bahkan bisa sampai kehilangan kesadaran, mengurangi dan menghilangkan nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Obat jenis ini ditandai dengan label lingkaran berwarna kuning dengan symbol palang (+) merah.

2. Berdasarkan Mekanisme Kerja Obat

- a. Obat yang bekerja pada penyebab penyakit. Misalnya penyakit akibat bakteri atau mikroba yaitu antibiotik.
- b. Obat yang bekerja untuk mencegah kondisi patologis dari penyakit. Misalnya analgesik
- c. Obat yang menghilangkan simptomatik atau gejala
- d. Obat yang bekerja menambah atau mengganti fungsi-fungsi zat yang kurang. Misalnya vitamin dan hormon
- e. Pemberian placebo merupakan obat yang tidak mengandung unsur zat aktif pada pasien normal yang menganggap dirinya dalam keadaan sakit. Misalnya aqua pro injeksi dan tablet placebo.

3. Berdasarkan Tempat atau Lokasi Pemakaian

- a. Obat dalam, merupakan obat yang dikonsumsi per oral (melalui mulut). Misalnya antibiotik, paracetamol.

- b. Obat luar, merupakan obat yang digunakan secara topical atau tubuh bagian luar. Misalnya caladine, sulfur salep

4. Berdasarkan Efek yang Ditimbulkan

- a. Sistemik, merupakan obat atau zat aktif yang masuk ke dalam peredaran darah
- b. Lokal, obat atau zat aktif yang hanya berdampak untuk mempengaruhi bagian tertentu tempat obat tersebut berada misalnya hidung, mata, kulit, telinga, dll.

5. Berdasarkan Asal Obat

- a. Alamiah, merupakan obat yang berasal dari tumbuh-tumbuhan, hewan dan mineral.
- b. Sintetik, merupakan cara pembuatan obat dengan melakukan reaksi-reaksi kimia.

D. Prinsip Pemberian Obat dalam Keperawatan

Prinsip pemberian obat dalam keperawatan telah diidentifikasi sebagai standar perawatan tambahan yang terkait dengan terapi obat. Penerapan prinsip tersebut lebih berfokus kepada individu atau pasien.

Menurut (Lilley, Collins, & Snyder, 2017), prinsip dalam pemberian obat yaitu:

1. Obat yang tepat

Untuk memastikan bahwa obat yang diberikan benar, orderan obat tertentu harus diperiksa label atau keterangan obat sebelum memberikan obat kepada pasien. Peran perawat disini dituntut untuk mampu berpikir kritis, apakah obat yang diresepkan oleh dokter sesuai dengan keluhan pasien karena bisa saja ada

resiko kesalahan dalam pemberian obat. Jika perawat merasa ragu dengan resep yang ditulis oleh dokter, sebaiknya dilakukan klarifikasi untuk memvalidasi kebenaran obat yang diresepkan.

2. Dosis yang tepat

Perawat harus memastikan dosis obat yang diresepkan oleh dokter, apakah sudah sesuai dengan usia ataupun berat badan pasien melalui perhitungan dosis obat sebelum diberikan kepada pasien. Dosis obat yang diberikan tergantung kepada kondisi tanda-tanda vital, usia, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan. Perhatian khusus diberikan kepada pasien anak dan lanjut usia, karena mereka lebih sensitif terhadap obat dibandingkan pasien dewasa muda.

3. Waktu pemberian yang tepat

Waktu yang tepat dalam pemberian obat juga menjadi perhatian perawat yang meliputi frekuensi pemberian, waktu pemberian dan kapan dosis obat tersebut harus diberikan. Perawat biasanya akan memperhatikan waktu yang disarankan dokter serta sifat farmakokinetik dan farmakodinamik jika obat tersebut diberikan secara bersamaan. Perawat harus mendokumentasikan dalam bentuk catatan perkembangan pasien selama diberikan terapi pengobatan, apakah sekali dalam sehari, dua kali sehari, atau bahkan empat kali sehari. Frekuensi pemberian bisa saja berubah jika tidak membahayakan bagi pasien.

4. Rute yang benar

Perawat harus mengetahui dan memahami rincian tentang setiap obat yang diberikan termasuk rute obat dan bentuk sediaan yang tepat. Sebelum melakukan tindakan pemberian obat, perawat mengkomunikasikan rute cara pemberian obat sehingga pasien

memahami dan menerima obat dengan rute yang telah ditentukan. Perawat perlu memberikan obat yang tepat melalui rute yang benar sesuai dengan penggunaan bentuk sediaan.

5. Pasien yang tepat

Memeriksa identitas pasien sebelum memberikan obat sangat penting untuk keselamatan pasien. Perawat harus melakukan konfirmasi nama pada resep yang yang diberikan, minta pasien untuk menyebutkan namanya, dan validasi melalui gelang identitas pasien untuk mengkonfirmasi nama pasien, nomor identitas, usia dan riwayat alergi.

6. Dokumentasi yang benar

Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan pemberian obat sangat penting untuk keselamatan pasien. Tanggung jawab etis bagi perawat dalam mendokumentasikan dan dapat dijadikan sebagai pertimbangan medis dan hukum. Hal-hal yang perlu didokumentasikan perawat adalah: (a) Jika obat tidak diberikan dengan berbagai alasan, (b) Waktu pemberian obat yang sebenarnya, (c) data mengenai observasi klinis dan pengobatan pasien jika terjadi kesalahan pengobatan.

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh (Suryani & Permana, 2020) terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku perawat dalam menjalankan prinsip pemberian obat dua belas benar. Perawat harus terampil dalam memberikan obat kepada pasien, mulai dari obat diberikan sampai respons tubuh pasien dari obat tersebut. Pemberian medikasi merupakan salah satu fungsi terpenting dalam keperawatan karena tindakan ini berisiko tinggi menyebabkan bahaya sehingga untuk meningkatkan kompetensi perawat tersebut juga harus didukung oleh pengetahuan perawat.

E. Peran Perawat dalam Pemberian Obat

Proses pencegahan kesalahan dalam pemberian obat memerlukan kewaspadaan perawat dalam pengecekan ulang selama proses terapi pengobatan pasien. Manajemen pengobatan harus didukung oleh output yaitu melindungi keselamatan pasien. Tujuan tersebut harus dicapai dengan bekerjasama dengan disiplin ilmu lain yang terlibat seperti dokter, ahli farmasi serta rekan perawat lainnya. Dengan adanya peningkatan standarisasi pemesanan obat, sistem pengiriman yang terkomputerisasi, perawat harus mampu menyampaikan dan meminta klarifikasi jika orderan obat tidak rasional. Meskipun banyak tim yang terlibat dalam manajemen medikasi, namun posisi perawat merupakan ujung tombak dari proses memiliki peran yang cukup unik dalam mencegah kesalahan proses pengobatan. Perawat harus kompeten dengan berbagai obat yang terus berkembang. Perawat harus mempunyai skill yang baik dalam berinteraksi dengan obat-obatan dengan toxic seperti kemoterapi. Disamping perawat harus mengetahui dosis yang aman, pengencer yang aman dan tepat, efek samping obat, tanda-tanda over dosis, serta obat yang mirip atau hampir sama tulisan dan pelafalannya, perawat juga harus mampu melakukan edukasi kepada pasien maupun keluarga tentang regimen pengobatan. Jadi tanggung jawab yang diemban perawat memang berat, dan peran perawat dalam keselamatan pengobatan merupakan tantangan yang tidak boleh dianggap enteng (Cima & Clarke, 2012).

F. Keselamatan dalam Pemberian Obat

Kesalahan pemberian medikasi merupakan fenomena yang harus menjadi perhatian di seluruh dunia karena dapat menimbulkan dampak yang sangat serius yaitu dapat menyebabkan cedera bahkan

kematian. Perawat merupakan pihak yang paling banyak terlibat dalam proses pemberian medikasi, sehingga sangat penting perannya untuk mencegah, mengenali, dan mengatasi terjadinya kesalahan untuk meningkatkan keselamatan pemberian medikasi dengan pendekatan proses pemberian asuhan keperawatan mulai dari tahap pengkajian sampai evaluasi dan dokumentasi (Indracahyani, 2010). Menurut (International JC, 2017), kesalahan dalam pemberian obat merupakan salah satu hal yang harus menjadi perhatian oleh tenaga kesehatan yang terlibat termasuk profesi perawat. Kesalahan tersebut dapat berupa : (1) *Selection and procurement* merupakan seleksi dan pembelian, (2) *Storage* yaitu penyimpanan, (3) *Ordering and transcribing* adalah pemesanan dan penyalinan, (4) *Preparing and dispensing* adalah pemesanan dan penyalinan, (5) *Administration* atau pemberian obat, (6) *Monitoring and reporting* yaitu pemantauan dan pelaporan.

G. Medication Errors

Kesalahan pengobatan dapat terjadi jika prinsip pemberian obat tidak terlaksana secara optimal. Ini merupakan masalah utama dalam pelayanan kesehatan. Fenomena tersebut dapat dikaitkan dengan praktik profesional, produk perawatan kesehatan, prosedur, atau sistem, termasuk persepan, komunikasi saat order obat (pelabelan, pengemasan dan nomenklatur produk, penggabungan, pengeluaran,, distribusi, administrasi dan pendidikan. Untuk meencegah kesalahan dalam pengobatan, semua faktor yang berhubungan dengan pasien maupun yang berhubungan dengan sistem harus selalu dipertimbangkan dalam pemberian obat (Kohn, Janet, & Molla, 2000).

Rangkuman

Sebagai tindakan kolaborasi dengan dokter, perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam memberikan terapi obat. Perawat harus kompeten dalam memberikan obat secara aman kepada pasien. Untuk menunjang kompetensi perawat dalam memberikan terapi pengobatan. Disamping harus menguasai indikasi obat, kontra indikasi obat seta efek samping obat, perawat juga harus kompeten dalam menganalisis patofisiologi perjalanan penyakit pasien.

Daftar Pustaka

- Cima, L., & Clarke, S. (2012). *Nurse's Role in Medication Safety* (Second Edi). USA: JCI.
- Indracahyani, A. (2010). Keselamatan Pemberian Medikasi. *Keperawatan Indonesia*, 13(2), 105–111.
- Institute of Medicine. (2011). *The Future of Nursing Leading Change, Advancing Health*. Washington DC: The National Academic Press.
- International JC. (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 6th ed. *United States. Joint Commission Resources*, (July), 43-8 p.
- Kee, J. ., & Hayes, E. . (2015). *Pharmacology a Patient-Centered Nursing Process Approach*. Missouri: Elsevier.
- Kohn, L. ., Janet, M. ., & Molla, S. . (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academies Press.
- Lestari, S. (2016). *Farmakologi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Lilley, L. L., Collins, S. R., & Snyder, J. S. (2017). *Pharmacology And The Nursing Process* (Eight). St. Louis Missouri: Elsevier.
- Nuridah. (2022). *Farmakologi Untuk Keperawatan*. Bogor: LINDAN Bestari.
- Nuryati. (2017). *Farmakologi* (Pertama). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Suryani, L., & Permana, L. (2020). Peningkatan Perilaku Perawat Melalui Pengetahuan dalam Menjalankan Prinsip Pemberian Obat Dua Belas Benar. *Journal of Health Science*, 5(2), 78–85.



BAB 13

DOKUMENTASI KEPERAWATAN DAN FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh: **Ns. Rahmawati Raharjo, S.Kep., M.Kes.**
Universitas Bakti Indonesia

Tujuan Pembelajaran

1. Untuk Memahami Dokumentasi Keperawatan
2. Untuk Memahami Model Dokumentasi Keperawatan
3. Untuk Memahami Proses Asuhan Keperawatan
4. Untuk Memahami Format Asuhan Keperawatan

A. Pendahuluan

Dalam pengaturan klinis dan komunitas, layanan keperawatan, yang merupakan aspek penting dari perawatan kesehatan yang diberikan kepada klien (individu dan/atau keluarga), berfungsi

sebagai penentu kualitas dan efektivitas layanan kesehatan secara keseluruhan. Aspek penting dalam meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan keperawatan adalah dokumentasi keperawatan. Pencatatan atau pendokumentasian pemberian asuhan keperawatan merupakan tugas dan kewajiban perawat harus dilakukan secara akurat dan berkelanjutan atau kontinuitas karena akuntabilitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dapat dievaluasi dari kualitas dokumentasi keperawatan. Dalam pendokumentasian keperawatan terdapat beberapa unsur yang harus dicantumkan dan dievaluasi. Elemen-elemen tersebut meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa perawat, perencanaan keperawatan, aktivitas keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Untuk menjaga pasien aman dari diagnosis dan pengobatan yang salah, dokumentasi keperawatan harus akurat dan komprehensif. Dengan kata lain, penting dari banyak sudut, termasuk sistem pelayanan, komunikasi antara perawat dan tim perawatan kesehatan lainnya, serta dari sudut pandang hukum, keuangan, pendidikan, dan akreditasi penelitian.

Selain itu penilaian kinerja perawat dapat ditentukan dari pelaksanaan dokumentasi. Dokumentasi asuhan keperawatan yang baik memiliki ciri-ciri berdasarkan fakta akta (faktual basis), akurat (accuracy, lengkap (completeness), ringkas (conciseness), terorganisir sedangkan keenam dan waktu yang tepat (time liness) dan bersifat mudah dibaca (legibility).

B. Dokumentasi Keperawatan

Potter dan Perry (2005) menggambarkan dokumentasi keperawatan sebagai segala sesuatu yang ditulis atau dicetak oleh individu yang berwenang yang mencakup perawatan

komprehensif untuk klien, serta keadaan dan kebutuhan mereka saat ini. Sederhananya, frasa “dokumentasi keperawatan” mengacu pada kompilasi sistematis dan validasi catatan tertulis yang dapat digunakan untuk menjelaskan alasan moral dan hukum, serta untuk desain, implementasi, dan proses peninjauan intervensi keperawatann.

Menurut Nursalam (2017), dokumentasi keperawatan penerapan manajemen asuhan keperawatan professional yang tertuang dalam catatan otentik yang dapat digunakan oleh ners professional dalam menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan.

Tujuan kegiatan mendokumentasi asuhan keperawatan diantaranya:

1. Sebagai alat komunikasi antara tim kesehatan dengan klien, keluarga keluarga tentang perawatan klien baik perawatan individual, edukasi, dan proses rujukan atau rencana pemulangan sehingga koordinasi koordinasi antar sesama atau pihak lain lebih efektif dan menghindari informasi yang tumpang tindih.
2. Aspek edukasi, catatan yang berisi tentang data pasien dapat digunakan oleh peserta didik belajar tentang berbagai masalah kesehatan pada klien dan mampu mengantisipasi atau memberikan perawatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan klien.
3. Aspek finansial, dokumentasi keperawatan sebagai bukti tertulis untuk penagihan, sejauh mana lembaga pelayanan kesehatan mendapatkan ganti rugi atas pelayanan yang diterima klien.
4. Aspek legal hukum, pendokumentasian yang akurat, valid dan berkesinambungan digunakan sebagai perlindungan diri perawat dalam menghadapi tuntutan hukum yang berkaitan dengan asuhan

keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan di pengadilan.

5. Aspek penelitian, kumpulan catatan informasi tentang klien, kondisi, masalah dan faktor-faktro tertentu yang berhubungan dapat digunakan sebagai bahan penelitian, audit, pemantauan dan tinjauan literatur berguna dalam mengevaluasi kulaitas dan ketepatan perawatan yang diberikan institusi kepada klien.
6. Informasi statistik, Dalam rangka memberikan pelayanan keperawatan yang optimal, dokumentasi keperawatan harus digunakan sebagai pedoman dalam merencanakan kebutuhan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia yang sesuai dengan tuntutan institusi.

Demi terwujudnya tujuan pendokumentasian keperawatan, menurut Potter and Perry terdapat rujukan cara mendokumentasikan asuhan keperawatan yang benar diantaranya:

- a. Jika terdapat kesalahan dalam mencatat, tidak diperbolehkan menghapus catatan tersebut menggunakan cairan penghapus atau mencoret tulisan tersebut. Namun pada tulisan yang salah ditulis garis lurus dengan ketentuan tulisan tersebut masih bisa dibaca kemudian pada akhir kalimat yang salah diparaf dilanjutkan dengan tulisan kata yang benar.
- b. Tidak diperbolehkan menulis yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lain.
- c. Sesegeera mungkin koreksi semua kesalahan
- d. Jika tidak dilakukan perbaikan pada tulisan yang salah mengakibatkan kesalahan tindakan.
- e. Catatan berisis data fakfa, bersifat objektif, akurat, valid dan reliabel, serta tidak diperbolehkan menulis hasil pikiran sendiri yang bersifat spekulatif.

- f. Hindari bagian-bagian yang kosong pada catatan, karena kemungkinan orang lain dapat menambah catatan atau informasi.
- g. Catatan ditulis secara jelas menggunakan tinta sehingga dapat dibaca.
- h. Tidak diperbolehkan menuliskan istilah yang memiliki arti asing atau lain atau ambigu.
- i. Mencatat hanya untuk diri sendiri, karena catatan tersebut digunakan dalam aspek legal hukum.
- j. Dokumentasi dimulai dengan waktu dan di akhir diberi tanda tangan dan nama terang dari perawat yang bertugas.

C. Model Dokumentasi Keperawatan

Berdasarkan kondisi dan kebutuhan pasien, model dokumentasi keperawatan terdapat enam jenis model yaitu *SOR (Source-Oriented Record)*, *POR (Problem Oriented Record)*, *Progress Notes*, *CBE (Charting By Exception)*, *PIE (Problems Intervention and Evaluation)*, *Focus (Process Oriented System)*

1. *SOR (Source-Oriented Record)*

Dalam hal mendokumentasikan informasi, *SOR* adalah metode yang berfokus pada satu sumber. Menurut pendekatan ini, catatan seseorang atau organisasi dikategorikan ke dalam beberapa kategori informasi. Setiap anggota tim Kesehatan melaporkan temuan mereka. Staf medis dapat beroperasi secara mandiri berkat pemusatan catatan mereka dalam satu tempat penyimpanan. Informasi atau laporan lebih lanjut, seperti lembar biodata sebagai bukti penerimaan, lembar instruksi dokter serta halaman riwayat kesehatan dan catatan perawat, semuanya termasuk dalam model dokumentasi ini. Berikut ini adalah beberapa keuntungan dan kerugian dari metode dokumentasi ini:

a. Keuntungan

- 1) Data yang disajikan berurutan dan mudah diidentifikasi
- 2) Cara pendokumentasian yang mudah dilakukan oleh perawat
- 3) Model pendokumentasian yang sederhana

b. Kerugian

- 1) Data sebelumnya sulit ditemukan
- 2) Memerlukan waktu yang banyak dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
- 3) Dalam menentukan masalah dan intervensi bagi pasien diperlukan data yang didapatkan dari pengkajian
- 4) Sulit dalam memantau perkembangan pasien.

2. *POR (Problem Oriented Record)*

Seorang yang bernama Lawrence Weed berasal dari Amerika Serikat memperkenalkan model dokumentasi POR. Dokumentasi berisi data pasien dan masalah-masalah yang dialami pasien, dimana keduanya merupakan point utama model dokumentasi POR. Model dokumentasi ini dilakukan secara terintegrasi, mencatat seluruh permasalahan pasien dan mencatat hasil observasi dari masalah pasien sehingga memudahkan pendokumentasian. Dokumentasi POR terdiri dua komponen utama yaitu:

a. Data dasar.

Data ini berasal dari pengkajian tentang pasien sejak masuk rumah sakit. Data yang dikaji meliputi identitas pasien, keadaan umum, keadaan yang dialami saat ini berkaitan dengan penyakitnya, riwayat penyakit pasien sebelumnya, Riwayat keluarga, Tindakan keperawatan yang pernah

didapatkan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan hasil diganostik.

b. Daftar masalah

Setelah mendapatkan data dasar. Data tersebut dianalisis untuk dirumuskan daftar masalah berdasarkan perubahan data pasien. Dari hasil analisa dan penafsiran akan diketahui keadaan atau nilai abnormal. Data-data abnormal yang ada, diurutkan dalam bentuk tulisan berdasarkan prioritas masalah yang dialami pasien. Dan pada setiap pergantian jam dinas data dan daftar masalah diserahkan kepada perawat yang bertugas di jam dinas selanjutnya.

c. Daftar rencana awal asuhan keperawatan

Rencana asuhan keperawatan awal didasarkan pada daftar prioritas masalah yang telah dikumpulkan. Diagnosis, manajemen kasus, dan pendidikan kesehatan semuanya termasuk dalam rencana perawatan awal perawat.

d. Catatan perkembangan

Catatan perkembangan berisi tentang masalah pasien, keadaan pasien, perubahan masalah kesehatan pasien baik yang bersifat kemajuan atau kemunduran dan revisi atau rencana dan atau tindakan yang mengalami pembaharuan yang beracuan pada keadaan pasien. Terdapat tiga bentuk catatan perkembangan yang dapat digunakan yaitu : 1. SOAP, yaitu *Subjective* (data subjektif), *Objective* (data objektif), *Analisis* (analisa), *Planning* (perencanaan); 2. SOAPIER, yaitu *Subjective* (data subjektif), *Objective* (data objektif), *Analisis* (analisa), *Planning* (perencanaan), *Implementation* (implementasi atau tindakan), *Evaluation* (evaluasi), dan

Reassessment (penaksiran/peninjauan kembali/ pengkajian ulang); 3. PIE, yaitu: *Problem* (masalah), *Intervention* (rencana tindakan), *Evaluation* (evaluasi).

Pada model ini juga didapatkan keuntungan dan kerugian dalam penggunaan dalam layanan yaitu : keuntungannya meliputi masalah atau data tentang klien dan proses penyelesaian menjadi fokus catatan asuhan keperawatan, kegiatan pencatatan asuhan keperawatan dilakukan secara berkesinambungan, pendokumentasian evaluasi dan penyelesaian masalah dilakukan secara jelas, mudah dilakukan. Sebagai kelemahan menggunakan dokumentasi POR adalah dapat menyebabkan duplikasi data, manfaat menggunakan dokumentasi SOAPIER adalah menghilangkan masalah ini.

3. *POR (Progress-Oriented-Record)*

Model dokumentasi berdasarkan perkembangan dan kemajuan pasien dalam waktu 24 jam serta berisi catatan pemulangan dan ringkasan rujukan. *Progress-Oriented-Record* memiliki format-format pencatatan, antara lain: catatan perawatan, lembar alur, catatan pemulangan dan ringkasan rujukan.

- a. Catatan Perawatan berisi data: pengkajian data dan keadaan pasien, asuhan keperawatan yang dilakukan secara mandiri dan bersifat pendelegasian, setiap asuhan keperawatan di evaluasi tingkat keberhasilan, Tindakan tim sejawat lain misal dokter, tim gizi, dan lain-lain.
- b. Lembar alur, berisi: Pengamatan dan pengukuran perawat, catatan dokter, catatan kebutuhan hidrasi 24 jam, catatan resep, dan buku harian asuhan keperawatan adalah contoh dari apa yang disertakan.
- c. Catatan pemulangan dan ringkasan rujukan, berisi data: kesulitan dengan kesehatan, pengobatan saat ini, terapi

berkelanjutan, makanan dan istirahat, kemampuan perawatan diri, jaringan pendukung, cara hidup, dan agama semuanya dipertimbangkan.

4. *CBE (Charting By Exception)*

Model dokumentasi ini berisi catatan hasil penemuan menyimpang atau keadaan tidak sehat dari keadaan tubuh pasien yang dapat mengganggu Kesehatan pasien. Dokumentasi CBE didalam penggunaannya memiliki keuntungan yaitu terdapat data pengkajian sebagai standar minimal, akan tampak data yang tidak normal sehingga mudah ditandai, efisiensi waktu dalam pendokumentasian sehingga lebih banyak berfokus ke pasien dalam memberikan asuhan keperawatan, dan meminimalkan duplikasi atau pendokumentasi ganda. Namun model ini juga memiliki kekurangan diantaranya pendokumentasian tergantung pada check list, pendokumentasian tidak dapat dilakukan secara rutin, akan ada kemungkinan data yang tidak terdokumentasi.

5. *PIE (Problems Intervention and Evaluation)*

Untuk alasan ini, tidak mungkin menggunakan model dokumentasi PIE dengan proses dokumentasi disiplin lain. Problems Intervention and Evaluation memiliki ciri-ciri sebagai berikut : dokumentasi dimulai ketika pasien masuk ke RS hingga pengkajian meliputi system tubuh pasien, penemuan data masalah dapat digunakan dalam waktu yang lama, intervensi didokumentasikan dalam bentuk flow sheet, intervensi spesifik diberikan berdasarkan catatan perkembangan, penggunaan simpol “P (Problem)” ketika ditemukan masalah pada pasien, intervensi menggunakan symbol “I”, symbol “E” sebagai tanda menggambarkan keadaan pasien setelah mendapatkan intervensi, dan identifikasi masalah perlu dievaluasi setiap 8 jam.

6. *Focus (Process Oriented System)*

Model dokumentasi POS (Process-Oriented-System) memiliki sebutan lain dokumentasi focus dikarenakan berorientasi pada proses keperawatan yang berisi data pengkajian pasien, diagnose keperawatan, penyebab masalah. Dokumentasi ini menggunakan format DAR yaitu Datum (D) berisi data subjektif dan objektif, Action (A) meliputi Tindakan keperawatan yang segera diberikan, dan response (R) berisis respon pasien akibat dari Tindakan medis dan keperawatan. Model dokumentasi ini merupakan dokumentasi yang fleksibel, membutuhkan waktu yang lebih singkat, cakupannya lebih luas, mudah dipergunakan dan dimengerti.

D. Proses Asuhan Keperawatan

Pada tahun 1958, Ida Jean Orlando memulai proses keperawatan yang masih menjadi pedoman asuhan keperawatan hingga saat ini. Kebutuhan pasien diperhitungkan ketika perawat bertindak atau berperilaku, menurut teori Proses Keperawatan Deliberatif yang dikembangkan oleh Perawat Orlanda. Asuhan keperawatan dapat diberikan kepada pasien melalui proses keperawatan. Seperti yang dijelaskan oleh American Nurses Association, proses keperawatan adalah teknik sistematis untuk memberikan perawatan yang berpusat pada klien dalam hal pengobatan atau pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Selama teknik ini berorientasi pada tujuan dan menggabungkan konsep berpikir kritis, teknik ini akan memberikan rekomendasi praktik berbasis bukti. Ketika pasien dirawat secara holistik, efektif, efisien, dan terintegrasi, perawat merasa lebih mudah untuk melakukan praktik keperawatan klinis. Selain itu, hal ini dapat membantu perawat mencapai hasil yang positif dan mengevaluasi

kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan secara keseluruhan. Ini terdiri dari lima fase berturut-turut yang berfungsi sebagai panduan metodis untuk perawatan yang berpusat pada klien: pengkajian (*assessment*), diagnosis, perencanaan (*outcome identification and planning*), implementasi (*implementation*), dan evaluasi (*evaluation*). Proses keperawatan bersifat dinamis dan membutuhkan kreativitas dalam aplikasinya. Aplikasi dan hasil proses keperawatan akan berbeda di setiap kondisi klien, namun langkah-langkah penerapannya tetap sama. Kelima langkah tersebut tidak dapat dipisahkan dan akan saling terkait satu langkah dengan langkah berikutnya.

1. Pengkajian (*Assesment*)

Langkah pertama yang dilakukan dalam proses keperawatan yaitu pengkajian. Tahapan dalam pengkajian yaitu : mengumpulkan data dari berbagai sumber, memvalidasi data, mengelompokkan data, mengkategorikan atau mengidentifikasi pola dalam data, membuat kesimpulan atau kesan awal dan mencatat atau melaporkan tanggal. . Data yang diperoleh dapat bersumber dari data primer (data yang berasal dari pasien secara langsung didapat dengan teknik wawancara dan pemeriksaan fisik) dan data sekunder (pendamping/ anggota keluarga, data rekam medik atau catatan kesehatan pasien):

Ada dua jenis informasi yang dikumpulkan: informasi subjektif dan informasi objektif. Data subjektif adalah informasi yang dikumpulkan dari pernyataan vokal pasien yang berisi informasi tentang pandangan dan pengalaman khusus mereka sendiri, yaitu, apa yang klien anggap sebagai masalah atau kebutuhan dan biasanya apa yang ingin dia sampaikan kepada perawat melalui wawancara. Data objektif adalah data yang terukur, bernilai, berwujud diperoleh dari pemeriksaan fisik dan tes diagnostic, misal tanda-tanda vital, asupan dan haluaran, tinggi, berat badan, skala nyeri dan lain sebagainya

Data yang terkumpul perlu divalidasi. Validasi bertujuan menghindari kelalaian, mencegah kesalahpahaman, dan menghindari kesimpulan yang salah. Kemudian data tersebut dikelompokkan berdasarkan data yang serupa untuk membantu perawat menemukan gambaran masalah kebutuhan dasar pada klien

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut definisi NANDA, diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis dari pasien, keluarga, atau respon masyarakat terhadap masalah kesehatan aktual atau yang dicurigai. Untuk memprioritaskan dan mengatur perawatan Anda berdasarkan hasil evaluasi perawat, tergantung pada reaksi holistik pasien terhadap penyakit atau kondisi kesehatan yang Anda hadapi, Anda dapat menggunakan diagnosis keperawatan.

Kemampuan berpikir kritis untuk menganalisa data hasil pengkajian akan membantu perawat dalam membuat dan memutuskan diagnosa keperawatan. Terdapat beberapa kategori atau diagnosa keperawatan diantaranya: diagnosa keperawatan actual, diagnosa keperawatan resiko, kemungkinan diagnosis keperawatan, diagnosa keperawatan Kesehatan, dan masalah kolaboratif

Menurut SKDI (2017) diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu:

a. Diagnosis Negatif

Mengidentifikasi apakah pasien sakit atau berisiko sakit atau tidak dapat membantu perawat memutuskan apakah akan memfokuskan perawatan mereka pada penyembuhan, pemulihan, atau pencegahan. Diagnosa palsu meliputi penyakit yang sebenarnya (yang dapat dikonfirmasi oleh gejala dan indikator klien) dan diagnosis risiko (tanda dan

gejala mayor dan minor tidak ditemukan pada klien, tetapi memiliki faktor risiko untuk mengalami masalah kesehatan).

b. **Diagnosis Positif**

Hal ini menunjukkan bahwa pelanggan berada dalam kondisi kesehatan yang luar biasa dan memiliki kemampuan untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik di masa yang akan datang. Dalam hal ini, diagnosis promosi kesehatan dibuat. Klien yang termotivasi untuk memperbaiki kesehatannya dengan menyelesaikan penilaian ini lebih mungkin melakukannya. Analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis keperawatan adalah tiga langkah metode untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

1) **Analisa Data**

Metode analisis data dilakukan oleh peneliti sambil membandingkan data penilaian dengan tingkat normal dan mengidentifikasi tanda/gejala utama. Selain itu, gejala dan tanda dikelompokkan sesuai dengan kebutuhan dasar manusia.

2) **Identifikasi Masalah**

Langkah berikutnya setelah data dianalisa, perawat mengidentifikasi apakah respon klien merupakan masalah actual, risiko dan atau promosi kesehatan.

3) **Perumusan Diagnosa Keperawatan**

Perumusan diagnosa ditulis sesuai dengan format penulisan diagnosa keperawatan, dimana terdiri dari komponen masalah, etiologi dan tanda/gejala. Contoh: “Bersihkan napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan frekuensi napas meningkat, bunyi napas ronki”.

3. Perencanaan (*Outcome Identification and Planning*)

Tahapan yang ketiga yaitu perencanaan atau intervensi keperawatan. Tahapan dari intervensi keperawatan yaitu memprioritaskan daftar diagnosa keperawatan, mengidentifikasi dan menulis tujuan dan hasil jangka panjang dan pendek yang berpusat pada klien, mengembangkan intervensi khusus dan mencatat rencana perawatan. Di dalam intervensi keperawatan dituliskan tujuan dan hasil digunakan untuk menggambarkan perubahan yang diinginkan dalam perilaku klien sebagai hasil dari tindakan keperawatan. Tujuan dan hasil yang diinginkan harus terukur, memiliki batas waktu, dan realistis.

Di Indonesia, pedoman intervensi perawat telah dibuat. Berbagai macam perawatan (fisik dan psikologis), kategori (mandiri dan kolaboratif), dan jenis (mandiri dan kolaboratif) semuanya termasuk dalam standar komprehensif ini, yang berlaku untuk individu, keluarga, dan komunitas yang lebih luas (intervensi komplementer dan alternatif) . Untuk asuhan keperawatan yang sukses, sangat penting untuk memiliki hasil selain dua komponen asuhan keperawatan, yaitu diagnosis dan intervensi. Karakteristik situasional yang dapat diamati dan dievaluasi dikenal sebagai hasil. Intervensi keperawatan mungkin memiliki dampak yang signifikan pada pasien, keluarga mereka, dan masyarakat di mana mereka tinggal. Ada tiga bagian hasil keperawatan: label, harapan, dan evaluasi berdasarkan kriteria hasil. Contoh penulisan sebagai berikut:

“Setelah dilakukannya intervensi keperawatan selama 3 jam, maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : batuk efektif (5), produksi sputum menurun (5), mengi menurun (5), frekuensi napas 12-20 kali/ menit (5)”.

4. Implementasi (*Implementation*)

Implementasi merupakan langkah ke empat proses keperawatan, dimana mengaplikasikan atau melaksanakan kegiatan keperawatan yang telah direncanakan untuk memenuhi hasil klien. Perawat harus memiliki banyak keterampilan untuk melaksanakan implementasi keperawatan. Dalam proses pelaksanaan, perawat juga harus memiliki kemampuan menganalisa atau menilai kondisi klien sebelum, selama dan setelah intervensi sehingga perawat dapat mendeteksi respon klien. Jika respon yang ditunjukkan klien negatif, maka perawat harus mengambil Tindakan yang tepat. Namun jika yang muncul adalah respon positif, perawat menambahkan informasi ini ke dalam catatan atau database untuk digunakan dalam mengevaluasi kemanjuran intervensi:

5. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah langkah terakhir proses keperawatan, dimana melibatkan menentukan apakah tujuan klien telah terpenuhi, Sebagian tercapai, atau tidak tercapai jika tujuan telah tercapai, perawat kemudian harus memutuskan apakah aktivitas keperawatan akan dihentikan atau dilanjutkan agar status klien tetap terjaga. Evaluasi dapat menentukan perencanaan pemulangan yang memungkinkan perawat untuk bekerja dengan klien dan keluarga dalam memutuskan apakah perawatan Kesehatan lebih lanjut diperlukan dan kemudian memberikan yang dibutuhkan.

E. FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN FORMAT GORDON

ASUHAN KEPERAWATAN PADA

DENGAN DIAGNOSA MEDIS

DI

TANGGAL.....

I. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama :

Umur :

Agama :

Jenis Kelamin :

Status :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Suku Bangsa :

Alamat :

Tanggal Masuk :

Tanggal Pengkajian :

No. Register :

Diagnosa Medis :

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama :

Umur :

Hub. Dengan Pasien :

Pekerjaan :

Alamat :

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama (Saat MRS dan saat ini)

.....
.....

2) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

.....
.....

- 3) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

.....
.....

b. Satus Kesehatan Masa Lalu

- 1) Penyakit yang pernah dialami

.....

- 2) Pernah dirawat

.....

- 3) Alergi

.....

- 4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

.....

c. Riwayat Penyakit Keluarga

.....

d. Diagnosa Medis dan therapy

.....

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

- a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

.....

- b. Pola Nutrisi-Metabolik

- Sebelum sakit :

.....

- Saat sakit :

.....

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Sebelum sakit :

Saat sakit :

2) BAK

Sebelum sakit :

Saat sakit :

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Berpindah					

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

2) Latihan

Sebelum sakit

Saat sakit

e. Pola kognitif dan Persepsi

.....

f. Pola Persepsi-Konsep diri

.....

g. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit :

.....

.....

Saat sakit :

.....

.....

h. Pola Peran-Hubungan

.....

i. Pola Seksual-Reproduksi

Sebelum sakit :

.....

Saat sakit :

.....

.....

j. Pola Toleransi Stress-Koping

.....

k. Pola Nilai-Kepercayaan

.....

4. Pengkajian Fisik

a. Keadaan umum :

Tingkat kesadaran : komposmetis / apatis / somnolen /

sopor/koma

GCS: verbal:.....Psikomotor:.....Mata :.....

b. Tanda-tanda Vital : Nadi =, Suhu =....., TD =....., RR =.....

c. Keadaan fisik

1) Kepala dan leher :

.....

2) Dada :

Paru

.....

Jantung

.....

3) Payudara dan ketiak :

.....

4) abdomen :

.....

5) Genetalia :

.....

6) Integumen :

.....

7) Ekstremitas :

Atas

.....

Bawah

.....

8) Neurologis :

- Status mental da emosi :

.....

- Pengkajian saraf kranial :

.....

- Pemeriksaan refleks :

.....

d. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Data laboratorium yang berhubungan

.....

- 2) Pemeriksaan radiologi

.....

- 3) Hasil konsultasi

.....

- 4) Pemeriksaan penunjang diagnostic lain

.....

5. ANALISA DATA

a. Tabel Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH

b. Tabel Daftar Diagnosa Keperawatan /Masalah Kolaboratif Berdasarkan Prioritas

NO	TANGGAL / JAM DITEMUKAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	Ttd

c. Rencana Tindakan Keperawatan

Hari/ Tgl	No Dx	Rencana Perawatan			Ttd
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	

d. Implementasi Keperawatan

Hari/ Tgl/Jam	No Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi proses	Ttd

e. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tgl Jam	No Dx	Evaluasi	Ttd

Rangkuman

Segala sesuatu yang ditulis atau dicetak oleh orang yang berwenang yang memberikan informasi tentang perawatan lengkap yang diberikan kepada klien, serta tentang keadaan dan persyaratan mereka saat ini, dianggap sebagai dokumentasi dalam industri keperawatan. Perawat profesional dapat memanfaatkan dokumentasi keperawatan untuk menangani harapan akan tanggung jawab dan akuntabilitas untuk semua tindakan yang dilakukan dalam pengaturan praktik mereka. Dokumentasi asuhan keperawatan yang baik harus memiliki karakteristik sebagai berikut: landasan faktual, kebenaran dan kelengkapan, keringkasn, struktur, dan penyelesaian pada waktu yang tepat (*timeliness*) (*legibility*). Berdasarkan kondisi dan kebutuhan pasien, model dokumentasi keperawatan terdapat enam jenis model yaitu SOR (*Source-Oriented Record*), POR (*Problem Oriented Record*), *Progress Notes*, CBE (*Charting By Exception*), PIE (*Problems Intervention and Evaluation*), Focus (*Process Oriented System*). Perawat mendokumentasikan pekerjaan mereka saat mereka berjalan secara sistematis selama proses keperawatan. Proses keperawatan melibatkan lima langkah berturut-turut ketika digunakan sebagai panduan sistematis untuk perawatan yang berpusat pada klien yaitu pengkajian (*assessment*), diagnosis, perencanaan (*outcome identification and planning*), implementasi (*implementation*), dan evaluasi (*evaluation*).

Daftar Pustaka

- Budiono. (2017). *Konseo Dasar Keperawatan*. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Saraswasta, I. W. G. Hariyati, R.T.S. Fatmawati, U. (2020). Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta: Pilot Study. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*. 8(2): 199-207.
- Efendy, M. A. (2017). Analysis Of Nursing Documentation Application Standard With The Quality Of Service In Inpatient Hospitals Gambiran. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 6(1): 24-30.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan. Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika
- Potter, P., A. & Perry, A., G., P. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik. Edisi 4*. Volume 1. Jakarta: EGC.
- Ali. (2010). *Konsep Dukungan Keluarga*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis. Edisi. 4th ed*. Jakarta: Salemba Medika.
- Eriyani. (2020). *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan*. Medan : Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Binalita Sudama.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan. diterjemahkan oleh Ardina Ferderika*. Jakarta: Salemba Medika.
- Eriyani. 2020. *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan*. Medan : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan BINALITA SUDAMA.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. 2008. *Leadership Roles and Management Functions Nursing*. Philadelphia: Lippincott

- Koerniawan, K. Daeli, N. E. Srimiyati. 2020. Aplikasi Standar Proses Keperawatan : Diagnosis, Outcome, dan Intervensi Pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 3 (2) : 739 -751.
- Karttunen M, Sneck S, Jokelainen J, Elo S. Nurses' self-assessments of adherence to guidelines on safe medication preparation and administration in long-term elderly care. *Scand J Caring Sci*. 2020 Mar;34(1):108-117.
- DeLaune, S. C. Ladner, P. K. 2019. *Fundamental of Nursing Standards & Praticice Fourth Edition*. USA: DELMAR CENGAGE Learning.
- Shih CY, Huang CY, Huang ML, Chen CM, Lin CC, Tang FI. The association of sociodemographic factors and needs of haemodialysis patients according to Maslow's hierarchy of needs. *J Clin Nurs*. 2019 Jan;28(1-2):270-278.
- Doenges, M. E. Moorhouse, M. F. Murr, A. C. 2014. *Nursing care Plans Guidelines Individualizing Client Care Across the Life Span Edition 9*. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : DPP PPNI.



BIOGRAFI EDITOR DAN PENULIS



Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2009 silam. Hal ini membuat penulis memilih untuk masuk sekolah kesehatan di Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKES) Mataram, dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2014.

Tiga tahun kemudian yaitu pada tahun 2017, penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2019. Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa, manajemen keperawatan, riset kualitatif, sastra

Indonesia dan *public speaking*. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi (2020) dan juga Kemenristek DIKTI (2013). Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku ajar, buku saku, buku referensi, buku monograf dan puisi dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis puisi, Penerbit Jendela Sastra Indonesia (JSI) memberikan penghargaan sebagai salah satu Penulis Puisi Tepilih Tahun 2018.

Email Editor: editordparifmunandar@gmail.com



Ns. Lisavina Juwita, S.Kep., M.Kep. Nama lengkap penulis adalah Lisavina Juwita, S.Kep., Ns., M.Kep., penulis lahir di Padang, pada tanggal 21 Maret 1987. Penulis merupakan anak dari purnawirawan TNI dan seorang guru.

Penulis sangat berterimakasih kepada kedua orang tua beliau, karena berkat dukungan dan didikan mereka mengantarkan penulis menempuh pendidikan sampai ke perguruan tinggi dan memiliki Gelar Master Keperawatan (M.Kep). Penulis menempuh jenjang pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan magister keperawatan di Universitas Andalas Padang. Penulis sudah berkarir sebagai seorang dosen pada bidang ilmu keperawatan di Universitas Fort De Kock Bukittinggi selama 10 tahun. Menulis merupakan salah satu kewajiban dan tugas seorang dosen yang harus dilakukan. Oleh sebab itu penulis berupaya untuk berkontribusi dalam menyusun

sebuah buku, yang dituangkan dalam satu bab ini. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Email Penulis: fdklisa@gmail.com



Ns. Whaisna Switaningtyas, S.Kep., M.Kep.

Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Lahir di Kota Malang, Jawa Timur pada 22 September 1994. Ketertarikan penulis pada bidang keperawatan bermula ketika kecil harus dirawat di rumah sakit, dan sebagai seorang anak mengalami ketakutan yang luar biasa ketika harus berhadapan dengan tenaga kesehatan yang memakai jubah putih.

Namun demikian ada seorang perawat yang dengan lembut menghampiri penulis dan memberikan senyum lebar, mainan modifikasi dari alat kesehatan seadanya yang ada di sekitar, sehingga membuat pengalaman yang menyenangkan walaupun sedang berada di rumah sakit. Riwayat pendidikan keperawatan penulis dimulai dari jenjang Diploma III Keperawatan, kemudian sambil mengabdikan di sebuah rumah sakit swasta di Kota Malang tepatnya di ruang NICU hingga saat ini, penulis melanjutkan jenjang pendidikan S1 Keperawatan Program alih Jenjang, serta dilanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Brawijaya. Penulis ingin terus belajar memberikan manfaat dari sedikit ilmu yang dimiliki bagi organisasi keperawatan tercinta khususnya, dan bagi masyarakat Indonesia pada umumnya, serta mengembangkan ilmu pengetahuan demi kemajuan Keperawatan di masa mendatang.



Ns. Imelda Rahmayunia Kartika, S.Kep., M.Kep. Penulis lahir di Pekanbaru, pada tanggal 05 November 1988. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Riau (jenjang S1) dan Universitas Andalas (jenjang S2) pada bidang ilmu keperawatan. Wanita yang kerap disapa

Imel ini merupakan putri kedua dari pasangan Musnedi Husein (Papa) dan Almh Warti R (Mama). Istri dari Bapak Eko ini memiliki hobi membaca, menulis, nonton film dan memasak. Imelda saat ini berprofesi sebagai dosen keperawatan dalam departemen Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan di salah satu Perguruan Tinggi Swasta di Bukittinggi. Sebagai seorang dosen, Ia aktif menulis beberapa artikel dalam bentuk publikasi ilmiah hasil penelitian dan mengikuti beberapa seminar ilmiah baik nasional maupun internasional yang berfokus pada bidang keperawatan dasar, manajemen keperawatan dan kualitas pelayanan di bidang keperawatan. Pada tahun 2020 lalu, Imel terpilih sebagai Dosen Berprestasi karena menjadi *best oral presenter* dalam seminar ilmiah internasional keperawatan bertajuk PINC 7 (*7th Padjajaran International Nursing Conference*) yang diadakan di Bandung.

Email Penulis: imelda.rahmayunia@gmail.com



Ns. Maya Fadlilah, S.Kep., M.Kep. Anak pertama dari 4 bersaudara lahir di Payaraman Kabupaten Ogan Ilir Provinsi Sumatera Selatan 19 Mei 1981. Bertempat tinggal di griya irigasi permai Blok B. 03, jalan irigasi lorong mandi angin kelurahan srijaya kecamatan alang-alang

lebar Palembang Sumatera Selatan. Riwayat pendidikan dari lulusan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) Muhammadiyah Palembang (1999), menyelesaikan Sarjana Keperawatan di PSIK Bina Husada Palembang (2005) dan menyelesaikan Ners di PSIK Bina Husada Palembang (2009), kemudian lulus magister Ilmu Biomedik (Farmakologi) di UNSRI Sumatera Selatan (2012).

Penulis bekerja sebagai dosen tetap di Institut Ilmu Kesehatan dan Teknologi (IKesT) Teknologi (IKesT) Muhammadiyah Palembang sejak tahun 2005. Pernah menjabat sebagai Pembantu Ketua I (Puket I), Ketua Program Studi DIII Keperawatan, Kepala Bagian Administrasi Akademik dan Kemahasiswaan, dan saat ini menjabat sebagai Dekan Ilmu Kesehatan IKesT Muhammadiyah Palembang. Pengalaman mengajar pada Program Studi DIII Keperawatan sebagai pengampuh mata kuliah Farmakologi Keperawatan dan Keperawatan Dasar serta etika keperawatan. Pengalaman berorganisasi sejak tahun 2013 sampai dengan sekarang sebagai bendahara AIPViKI regional II, sebagai ketua organisasi kaderisasi dan hukum dikomisariat PPNI STIKes Muhammadiyah Palembang pada tahun 2016 sampai dengan sekarang. Penulis tetap meningkatkan kemampuan dan skill-nya dengan melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat, selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal melalui hibah penelitian dan pengabdian masyarakat IKesT Muhammadiyah Palembang.

Email : mayastikes@gmail.com



Ns. Yenny Safitri, S.Kep., M.Kep. Lahir di Ombilin, Danau Singkarak Sumatera Barat, pada tanggal 2 Agustus 1982, Anak dari Bapak H. Asril dan Ibu Yaslizar (Almh). Istri dari Bapak Kamaruzzaman, A.Md dan Mama dari Assyifa Qorina Faysa dan Arsy El Hamiza

Faysa. Ketertarikan penulis terhadap bidang kesehatan khususnya keperawatan diawali ketika penulis duduk di bangku SD, dimana pada tahun 1992 terdapat mahasiswa KKN dari Universitas Andalas Padang di sekolah saya yang salah satu jurusannya adalah keperawatan.

Riwayat pendidikan penulis dimulai dari SDN 007 Ombilin, Perguruan Diniyyah Puteri Padang Panjang (1995), SMA Adabiah Padang (1998), D3 AKPER Mercubaktijaya Padang (2001) dan Program Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang (2011). Sejak tahun 2007, Penulis sudah tercatat sebagai dosen tetap di STIKes Tuanku Tambusai yang sekarang berubah menjadi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai (2017). Selaku dosen saya mempunyai kewajiban untuk meningkatkan jenjang karier dosen, salah satunya dengan melakukan penelitian, PKM dan menulis buku. Penulis mulai menulis buku sejak tahun 2021, ini adalah buku ke 7 yang penulis buat. Salah satu hal yang membanggakan bagi saya, saya pernah memenangi hibah penelitian oleh Dirjen DIKTI di bidang manajem. Saya juga aktif melakukan penelitian yang telah dilakukan yang didanai oleh internal perguruan tinggi Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan energy positif bagi bangsa dan negara.

Email : yennysafitri37@yahoo.co.id



Ns. Fitria Nola Rezkiki, S.Kep., M.Kep. Lahir di Bukittinggi, pada 6 Juli 1983. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Padjadjaran (Ners) dan Universitas Andalas (s2 Keperawatan). Wanita yang kerap disapa Kiki ini adalah anak keempat dari pasangan Basri (ayah) dan Yusnaini (ibu). Menikah dengan Reski Kurniawan dan dikaruniai 3 orang anak (2 putri dan 1 putra). Beliau sangat hoby menggambar dan menghabiskan waktu senggang dengan menonton serial thriller. Saat ini beliau mengabdikan dirinya sebagai pengajar di salah satu Universitas Swasta di Bukittinggi dengan peminatan Keperawatan Dasar dan Manajemen Keperawatan. Pernah menjadi peserta terbaik saat TOT BLS di Koleg University Islam Melaka pada tahun 2017. Di tahun yang sama beliau juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan. Dan pada tahun 2019 sampai sekarang beliau diberikan tanggung jawab sebagai pengelola Mutu Program Studi.

Email : fitrianola.rezkiki@gmail.com



Ns. Dwi Yogo Budi Prabowo, S.Kep., M.Kep. Lahir di Pekalongan Tanggal 25 Juni 1988. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen di Akademi Keperawatan Rumkit TK III Manado. Riwayat Pendidikan Penulis Menempuh Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan menempuh gelar pendidikan S2 Keperawatan Universitas Dipenogoro Semarang Jawa Tengah. Pengalaman Organisasi Penulis Saat ini menjabat sebagai sekretaris DPW InWOCNA (*Indonesian Wound Ostomy Continence Nurses Association*) Sulawesi Utara tahun 2018-2023 dan Wakil

Ketua Bidang Pengembangan Organisasi dan HUMAS (Perencanaan Strategis , Pengembangan Organisasi) APTISI Sulawesi Utara Tahun 2021-2025 dan Anggota Divisi Publikasi Ilmiah, Pembinaan dan Penerbitan Komunitas Penulis Ilmiah (KaPIN).



Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep. Penulis lahir di Pematang, 28 Maret 1994 Saat ini penulis bekerja sebagai Karyawan tetap dengan jabatan Koordinator *Organization Health Care System* di Holding PT. Perkebunan Nusantara yang merupakan salah satu perusahaan milik BUMN di DKI Jakarta. Ketertarikan penulis dengan bidang keilmuan keperawatan tentunya tidak lain dari latar belakang penulis, dimana beliau menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Banyuwangi tahun 2012-2016 dan melanjutkan Program studi Profesi ditempat yang sama pada tahun 2016-2018, saat ini penulis sedang melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Brawijaya. Dalam buku ini penulis berharap dapat berbagi ilmu dari beberapa *Evidence Base Practice* yang beliau temui, beliau terjun sebagai praktisi saat masih duduk di bangku kuliah tahun 2014-2017 karir pertamanya dimulai sebagai Paramedic di Event Organizer dan tenaga pendidik PMR. Setelah selesai Ners penulis menekuni bidang Keperawatan Holistic-Paliatif care dari pasien sehat hingga “*End of Life Care*”, dan saat ini bekerja sebagai *Occupational Health Nursing* sembari menempuh pendidikan di Magister Keperawatan, selain aktif menulis beliau juga aktif dalam organisasi diantaranya anggota *Indonesian Paramedic Assosiation* dan Anggota Divisi

Kesejahteraan dan Ventura Himpunan Perawat Kesehatan Kerja (PERKESJA). Adapun harapan dari penulis semoga buku ini bisa bermanfaat dan tidak lupa penulis juga meminta kritik dan saran dari pembaca guna membangun kualitas karya selanjutnya sehingga bisa berkontribusi dengan baik bagi para Mahasiswa, Praktisi, maupun Akademisi Keperawatan.

Email Penulis: dfaiqhalbyn@gmail.com



Ns. Wiwit Febrina, S.Kep., M.Kep. Penulis lahir di Kota Bukittinggi pada tanggal 03 Februari 1986. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Fort De Kock (Ners) dan Universitas Andalas (S2 Keperawatan). Wanita yang kerap disapa Wiwit ini adalah anak ke-empat dari pasangan H. Mardius (Alm) dan Hj. Suhema. Menikah dengan Trinanda Afriandy dan dikaruniai 1 orang putri dan 2 orang putra. Saat ini penulis mengabdikan dirinya sebagai dosen di salah satu Universitas Swasta di Kota Bukittinggi di bawah Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar. Untuk menunjang Tri Dharma, di tahun 2020 penulis mendapatkan dana hibah Kemenristek DIKTI untuk penelitian tahun pelaksanaan 2021. Di sela-sela rutinitas sebagai dosen, penulis juga hoby entrepreneur di bidang kesehatan dan kecantikan.

Email Penulis: wiwitfebrina@fdk.ac.id



Ns. Antonia Helena Hamu, S.Kep., M.Kep.

Penulis adalah seorang anak dari pasangan alm Bapak fernandes Raka dan Ibu Klemensia Yulita. Lahir di Lekebai- Sikka pada tanggal 19 September 1974, Riwayat pendidikan: SDK Nangabl- Maumere, SMPK Bina Wirawan Maumere; SMAK Yohanes Paulus II Maumere.

Akadaemi Keperawatan Pemda Kupang; Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan jiwa dimulai pada tahun tahun 2002 silam.

Hal tersebut membuat penulis memilih masuk di Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2004, dan Profesi Ners pada Tahun 2005, penulis menyelesaikan Magister Keperawatan (S2) peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Jurusan Keperawatan poltekkes Kemenkes Kupang . Sekarang dengan Jabatan Fungsional Akademik asisten ahli. Beberapa kali juga penulis melakukan riset di bidang kesehatn jiwa. Penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan memberikan kontribusi secara umum kepada bidang keperawatan dan dan khususnya kepada keperawatan jiwa serta bangsa Indonesia..

Email Penulis: hamuantonia.2017@gmail.com



Ns. I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi, S.Kep., M.Kep. Ketertarikan penulis terhadap dunia Kesehatan terutama pada bidang keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan Karya Bhakti Husada

dengan memilih Jurusan keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2007. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan UGM Yogyakarta pada tahun 2010. Tiga tahun kemudian, penulis melanjutkan studi S2 dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2016 di Program Studi Magister Keperawatan UGM Yogyakarta.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Anak dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif dalam melaksanakan tri dharma perguruan tinggi, diantaranya sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan di publikasi di jurnal terakreditasi nasional serta sudah ada menyusun book chapter yang terkait dengan kepakaran. Penulis juga menjadi anggota di IPANI Provinsi Bali dan PPNI Provinsi Bali. Selain itu, penulis juga aktif dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat, baik yang diadakan oleh pihak regional ataupun dari internal dengan melibatkan mahasiswa.

Email Penulis: igayuputusatyalaksmi@gmail.com



Ns. Ratna Dewi, S.Kep., M.Kep. Penulis lahir di Kota Bukittinggi pada tanggal 25 November 1983. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Fort De Kock (Ners) dan Universitas Andalas (S2 Keperawatan). Wanita yang kerap disapa Dewi ini adalah anak ke-empat dari pasangan H. Usman dan Hj. Hasdimar. Menikah dengan Rudy Haryanto, SH dan dikaruniai 3 orang putri. Saat ini penulis mengabdikan dirinya sebagai Ka. Prodi Keperawatan dan Pendidikan Ners di salah satu Universitas Swasta di Kota Bukittinggi. Untuk menunjang Tri Dharma, di tahun 2017 dan 2020 penulis mendapatkan dana hibah Kemenristek DIKTI untuk penelitian tahun pelaksanaan 2021.

Email Penulis: ratnadewi251183@fdk.ac.id



Ns. Rahmawati Raharjo, S.Kep., M.Kes. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banyuwangi. Penulis menempuh pendidikan sarjana bidang keperawatan di Stikes Banyuwangi kemudian melanjutkan Profesi Ners di Stikes Surya Mitra Kediri. Setelah lulus dari program sarjana dan profesi ners, dengan pertimbangan matang, penulis memutuskan melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga pada tahun 2014 dengan bidang konsentrasi Kesehatan Reproduksi. Setelah lulus dari program pascasarjana penulis menjadi dosen di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Bakti Indoensia hingga saat ini. Penulis

memiliki kepakaran di bidang keperawatan, dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis juga melakukan berbagai kegiatan pengabdian masyarakat, dan penulis juga aktif dalam melakukan penelitian sehingga bidang keilmuan yang digeluti oleh penulis semakin terasah.

Email Penulis: rahmawatiraharjo2@gmail.com